

O PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA SÍFILIS CONGÊNITA EM UMA REGIÃO DE SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL, 2015

THE EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF CONGENITAL SYPHILIS IN A HEALTH REGION OF RIO GRANDE DO SUL, 2015

Tatiana Heidi Oliveira*
Daniela Cardoso Tietzmann**
Débora Fernandes Coelho***

RESUMO

A sífilis congênita vem apresentando altas taxas de detecção em todo o país, sendo considerada, portanto, um grave problema de saúde pública. Sendo assim, o objetivo deste trabalho foi descrever o perfil epidemiológico dos casos de sífilis congênita da 10ª Região de Saúde do Rio Grande do Sul do ano de 2015. Trata-se de um estudo quantitativo, transversal e descritivo através das variáveis disponíveis nas fichas de notificação do Sistema de Informação. Os dados coletados foram organizados em uma planilha eletrônica, sendo, posteriormente, descritos. Foram identificados 752 casos confirmados e 229 notificações de sífilis em gestante relacionadas com os casos de sífilis congênita. A incidência de sífilis congênita no ano de 2015 na região 10 (23,1/1000 nascidos vivos) foi superior a todas as outras regiões do Estado, inclusive à taxa estadual (11,2/1000 nascidos vivos). Os casos confirmados em sua maioria foram provenientes dos municípios mais populosos, sendo a quase totalidade crianças assintomáticas, nascidas vivas, apresentando falhas de informação no seguimento. A média de idade das mães foi de 25,42 anos (DP \pm 6,6), raça/cor branca, baixa escolaridade (< 8 anos de estudo), acesso ao pré-natal e ausência de tratamento do parceiro. A incidência da sífilis congênita na região sugere falhas na implementação de políticas públicas voltadas para a prevenção, dentre elas, a assistência pré-natal e fatores de vulnerabilidade que necessitam de uma rede de assistência articulada. A falta de informações em algumas variáveis mostrou a necessidade constante de qualificação no intuito de conhecer a real situação do agravo na localidade.

PALAVRAS-CHAVE

Sífilis. Transmissão vertical de doença infecciosa. Epidemiologia.

ABSTRACT

Congenital syphilis has been showing high rates of detection throughout the country, and is therefore considered a serious public health problem. Therefore, the objective of this study was to describe the epidemiological profile of congenital syphilis cases of the 10th Health Region of Rio Grande do Sul in the year 2015. This is a quantitative, cross-sectional and descriptive study using the variables available in the notification of the Information System. The data collected were organized in a spreadsheet and later described. A total of 752 confirmed cases and 229 reports of syphilis in pregnant women related to cases of congenital syphilis were identified. The incidence of congenital syphilis in region 10 (23.1/1000 live births) in 2015 was higher than all other regions of the state, including the state rate (11.2/1000 live births). Most confirmed cases came from the most populous municipalities, and almost all children were asymptomatic, born alive, presenting information failures at follow-up. The mean age of the mothers was 25.42 years (SD \pm 6.6), white race/color, low schooling (<8 years of schooling), access to prenatal care and absence of partner treatment. The incidence of congenital syphilis in the region suggests failures in the implementation of Public Policies aimed at its prevention, among them prenatal care and vulnerability factors that require an articulated care network. The lack of information on some variables showed the constant need for qualification in order to know the real situation of the disease in the locality.

KEYWORDS

Syphilis. Vertical transmission of infectious disease. Epidemiology.

*Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal Ciências da Saúde (UFCSPA).

**Doutora em Epidemiologia. Docente do Programa de Pós-graduação em Saúde da Família da Universidade Federal Ciências da Saúde (UFCSPA).

***Doutora em Enfermagem. Docente do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal Ciências da Saúde (UFCSPA).

Correspondência

E-mail: *tatiheidi@gmail.com | **danielact@ufcspa.edu.br | ***deborafe@ufcspa.edu.br

INTRODUÇÃO

No Rio Grande do Sul (RS), foi registrado no período de 2005 a 2015, 9.549 casos de sífilis em gestante (SG), passando a taxa de incidência de 1,1 em 2005 para 20,2 casos para cada 1.000 nascidos vivos em 2015. Observou-se um progressivo aumento na taxa, sendo que se reflete no número de casos de sífilis congênita (SC) em menores de um ano, que no mesmo período apresentou um total de 6.943 casos, passando a taxa de 1,2 em 2005 para 11,5 casos para cada 1.000 nascidos vivos em 2015, variando de acordo com a região de residência. Tanto a taxa de incidência de SG como a da SC do ano de 2015 no RS, representaram a segunda maior taxa entre os estados brasileiros (BRASIL, 2016a).

Em conformidade com a organização da saúde no território do RS, que se divide em trinta Regiões de Saúde, distribuídas nas dezenove Regiões Administrativas da Secretaria Estadual de Saúde (SES) (RIO GRANDE DO SUL, 2012), no ano de 2015, a região 10 (Capital e Vale do Gravataí) apresentou, entre as regiões, a maior taxa de incidência de SC (RIO GRANDE DO SUL, 2015).

Entende-se que conhecer o perfil epidemiológico dos casos e suas tendências, por meio dos sistemas de vigilância, contribui para uma melhor compreensão do agravo pelos profissionais e população em geral. Já as informações maternas possibilitam, ainda, conhecer os fatores operacionais que levaram à ocorrência dos casos, especialmente sobre a prevenção do agravo durante o pré-natal e o parto (TAYRA et al., 2007).

Na busca pela redução da incidência de SC no Estado, é importante que os profissionais envolvidos no planejamento e no cuidado à saúde tenham acesso a informações

demonstrativas da dimensão do problema em cada localidade, com base na situação epidemiológica, entendendo a sua inserção no processo de controle e eliminação do agravo, dispondo assim de subsídios para o planejamento e monitoramento das intervenções empreendidas.

Tornou-se necessário entender as características epidemiológicas do agravo, as especificidades e os desafios necessários para um planejamento estratégico e operacional efetivo. Compreender a condição epidemiológica aumenta as potencialidades dos serviços de saúde, colocando em prática ações condizentes com a realidade.

Apesar das diversas políticas e medidas de intervenção para evitar a transmissão vertical (TV) estarem disponíveis nos serviços de saúde, entende-se que uma série de fatores (social, político, econômico e individual) parece dificultar o acesso às medidas, contribuindo para a ocorrência de casos em populações, principalmente com maior vulnerabilidade. Diante do exposto, questionou-se: quais as características dos casos de SC na região de saúde do RS com maior taxa de incidência no ano de 2015 (Região 10)? Sendo assim, o presente trabalho tem como objetivo descrever o perfil epidemiológico dos casos de SC dos municípios da 10ª região de saúde do RS do ano de 2015.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo quantitativo, transversal e descritivo, sendo analisado o perfil epidemiológico dos casos de SC da 10ª Região de Saúde, através das variáveis disponíveis nas fichas de notificação compulsória do Sistema de Informação

de Agravos de Notificação (Sinan) da SC (criança) e SG (mãe). Para identificar as gestantes notificadas relacionadas com os casos que tiveram desfecho de SC, foi realizado um cruzamento das duas bases de dados por meio do software RecLink, sendo utilizado como campos-chave: nome completo da mãe, idade, endereço e município de residência. Por meio dessa busca foi possível obter resultados tanto da ficha de SC, como, também, da ficha de SG para análise de variáveis complementares.

O local do estudo foi a Região de Saúde 10 que concentrou no ano de 2015, 44,7% do total de casos de SC do RS, tendo apresentado a maior incidência entre as regiões, tornando-se assim, relevante a sua seleção para a realização do estudo (RIO GRANDE DO SUL, 2015). A Região é constituída por seis municípios (Alvorada, Cachoeirinha, Glorinha, Gravataí, Porto Alegre e Viamão), possuindo uma população de 2.241.453 habitantes (BRASIL, 2012a; IBGE, 2011; RIO GRANDE DO SUL, 2013).

A seleção dos casos obedeceu aos seguintes critérios de inclusão: casos confirmados de SC, diagnosticados em 2015, residentes nos municípios pertencentes a 10ª Região. Como critério de exclusão: casos que foram notificados, mas descartados pelo sistema por não apresentar critérios.

Foram estudadas informações disponíveis nas fichas de notificação, a saber:

a) SC – dados gerais do caso, de residência, informações sociodemográficas maternas, antecedentes epidemiológicos, dados laboratoriais e esquema de tratamento da mãe e parceiro tratado concomitantemente, dados laboratoriais, clínicos e de tratamento da criança e evolução do caso.

b) SG – antecedentes epidemiológicos, laboratoriais e de tratamento.

Considerou-se necessário no processo de análise das informações das crianças notificadas, avaliar as opções assinaladas como “não realizado” e “ignorado” com prudência, pois situações como aborto e natimorto, inviabilizam a escolha de outro campo que não esses.

Os dados coletados foram organizados em uma planilha eletrônica, sendo, posteriormente, analisados por um software de estatística, o Statistical Package for Social Science for Windows (SPSS) versão 18, disponível na instituição de ensino. Para a realização do estudo foi obtida a autorização por parte da Coordenação Estadual das DST/Aids e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA) e da Escola de Saúde Pública (ESP) do RS sob o Parecer nº 1.686.510, em 19 de agosto de 2016, sendo seguida as diretrizes e normas da Resolução do Conselho Nacional em Saúde nº 466, de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2012b), que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos, assegurando, assim, o anonimato dos casos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No ano de 2015, entre os municípios da 10ª Região, Porto Alegre concentrou o maior número de casos e a zona de residência com 95,6% (n=719) de casos foi a urbana. Entre os registros, 99,3% (n=747) apresentaram idade entre 0 e 7 dias, 43,4% (n=326) eram do sexo masculino, 40,7% (n= 306) da raça/cor branca (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição dos casos confirmados de sífilis congênita (número e percentual), segundo características sociodemográficas e laboratoriais dos casos. Região de saúde 10/RS, 2015

Características sociodemográficas	nº	Percentual (%)
Municípios de residência		
Alvorada	36	4,8
Cachoeirinha	11	1,5
Glorinha	0	0,0
Gravataí	36	4,8
Porto Alegre	586	77,9
Viamão	83	11,0
Faixa etária		
≤7 dias	747	99,3
8 a 27 dias	4	0,5
28 dias a 1 ano	0	0,0
2 a 12 anos	1	0,1
Ignorado	0	0,0
Sexo		
Masculino	326	43,4
Feminino	310	41,2
Ignorado	116	15,4
Raça/Cor		
Branca	306	40,7
Preta	88	11,7
Amarela	1	0,1
Parda	72	9,6
Indígena	0	0,0
Ignorado	280	37,2
Em branco	5	0,7
Total	752	100,0

Fonte: dados da pesquisa (2017).

Entre os municípios em estudo, as maiores concentrações foram observadas nos mais populosos, porém cidades menores que apresentam menor acesso aos recursos (materiais, humanos, entre outros), tem maior probabilidade de subnotificação em seus registros, dificultando o conhecimento real da situação de saúde que culminará na ausência do planejamento de ações e monitoramento de indicadores (CARVALHO; BRITO, 2014).

A maioria dos diagnósticos dos casos confirmados de SC ocorreu logo após o nascimento, ainda na maternidade, demonstrando um sistema hospitalar vigilante e ágil na investigação, detectando oportunamente os casos. Esse diagnóstico em tempo oportuno realizado nas maternidades foi apontado em pesquisas semelhantes (ALMEIDA; PEREIRA, 2007; ARAÚJO, 2010; DONALÍSIO; FREIRE; MENDES, 2007).

A Região de Saúde 10 registrou em 2015 um total de 32.550 nascidos vivos, conforme o Sistema de Informações sobre nascidos vivos (Sinasc), sendo 51,3% do sexo masculino (RIO GRANDE DO SUL, 2017), corroborando com o resultado da pesquisa, onde ligeiramente prevaleceram às crianças nascidas do sexo masculino, como as mais afetadas.

Analisando a variável raça/cor da criança, verificou-se um percentual elevado de

informação ignorada, comprometendo a avaliação do dado. Portanto, tornou-se prudente considerar a relação dos casos com as situações de aborto e natimorto, uma vez que impossibilitam determinar a raça/cor. Sendo assim, entre os casos ignorados, 38,9% (n=109) são situações de aborto (n=86) e natimorto (n=23), e entre os casos em branco, 40,0% (n=2) é aborto. Outro fator a se considerar é que a variável não é de preenchimento obrigatório, sendo a mesma essencial para a avaliação epidemiológica dos casos. Entretanto, registrou-se no ano de 2015 na região, um percentual de 75,6% crianças nascidas vivas da raça/cor branca e 24,1% negra, conforme dados do MS (BRASIL, 2015c), prevalecendo, portanto, as crianças brancas, sendo essa informação compatível com o resultado do estudo.

Quanto aos dados laboratoriais dos casos (Tabela 2), 81,3% (n=612) realizaram o teste não treponêmico (TNT) em sangue periférico e 65,3% (n=491) no líquor, estando alterado em 4,5% (n=34) dos casos. A evidência do *Treponema pallidum* no material colhido não foi realizada em 55,3% (n=416) dos casos e analisando o exame radiológico, observou-se que 58,6% (n=441) realizaram. Avaliando o seguimento dos casos, o TT após os 18 meses de idade não foi realizado em 30,7% (n=231) e avaliação dos títulos do TNT não realizada em 47,2% (n=355).

Tabela 2 – Distribuição dos casos confirmados de sífilis congênita, segundo dados laboratoriais da criança. 10ª Região de Saúde/RS, 2015

(continua)

Características laboratoriais	nº	Percentual (%)
TNT – Sangue periférico		
Reagente	529	70,3
Não reagente	83	11,0
Não realizado	123	16,4
Ignorado	17	2,3

Características laboratoriais	nº	Percentual (%)
TNT – Líquor		
Reagente	14	1,9
Não reagente	477	63,4
Não realizado	201	26,7
Ignorado	60	8,0
Alteração liquórica		
Sim	34	4,5
Não	425	56,5
Não realizado	201	26,7
Ignorado	92	12,2
Evidência <i>Treponema pallidum</i>		
Sim	14	1,9
Não	157	20,9
Não realizado	416	55,3
Ignorado	165	21,9
Diagnóstico Radiológico		
Sim	28	3,7
Não	413	54,9
Não realizado	190	25,3
Ignorado	121	16,1
TT – Após 18 meses		
Reagente	1	0,1
Não reagente	3	0,4
Não realizado	231	30,7
Não se aplica	267	35,5
Ignorado	250	33,2
Titulação ascendente		
Sim	6	0,8
Não	136	18,1
Não realizado	355	47,2
Ignorado	255	33,9
Total	752	100,0

Fonte: dados da pesquisa (2017).

A avaliação complementar do recém-nascido com suspeita de SC deve incluir a realização do TNT em sangue periférico, pois todas as crianças cujas mães tiveram diagnóstico de sífilis ou na suspeita clínica de SC deverão realizar independente de tratamento prévio (BRASIL, 2015a, 2016b; SÃO PAULO, 2016).

Este estudo demonstrou que pouco mais de 60% das crianças realizaram punção líquórica, tendo a maioria o resultado do teste não reagente. Ressalta-se que esse resultado não exclui a presença de neurosífilis, sendo necessário avaliar outros parâmetros; já o resultado reagente, independente de outras alterações (leucócitos e proteínas), conclui o diagnóstico de sífilis (SÃO PAULO, 2010). A não realização do LCR, evidenciado também em outros estudos (ALMEIDA; PEREIRA, 2007; CAVALCANTE; PEREIRA; CASTRO, 2017), dificulta definir a neurosífilis, compromete a aplicação correta do tratamento e o cumprimento dos parâmetros de avaliação no seguimento da criança. É fundamental avaliar a função neurológica de todas as crianças de mães não tratadas ou inadequadamente tratadas, caso não haja nenhuma contraindicação, pois cerca de 10% a 40% dos casos assintomáticos poderão apresentar alterações que acometem o sistema nervoso central (BRASIL, 2015b, 2016b; SÃO PAULO, 2010, 2016).

Na prática clínica, a pesquisa específica do *Treponema pallidum* é pouco utilizada, justificando assim, o resultado deste estudo. Apesar de ser considerado um teste eficiente para determinar diretamente o diagnóstico e possuir baixo custo, a maioria das técnicas é trabalhosa e necessita de equipamento específico (BRASIL, 2016c; SÃO PAULO, 2010). O resultado positivo evidencia definitivamente a doença, porém o negativo não a exclui (SÃO PAULO, 2010).

Para o diagnóstico da SC, a radiografia dos ossos longos é recomendada como um dos exames complementares específicos (BRASIL, 2016c). Justifica-se a realização desse exame também nas crianças assintomáticas, uma vez que a radiografia alterada poderá ser a única anormalidade encontrada (SÃO PAULO, 2010). Estudo realizado em Palmas, no Tocantins, entre os anos de 2007 e 2014, evidenciaram um percentual elevado da não realização do exame e ausência da informação nas notificações (CAVALCANTE; PEREIRA; CASTRO, 2017).

O TT após os 18 meses é utilizado para o seguimento laboratorial de crianças com SC ou expostas à sífilis materna, quando os anticorpos transmitidos passivamente da mãe para a criança não serão mais detectáveis (BRASIL, 2015b, 2016b). Quando a criança menor de 18 meses é notificada, o campo correto a ser preenchido é o “não se aplica”, conforme o instrucional de preenchimento da ficha (BRASIL, 2016d). Porém, na idade adequada, ou seja, durante o seguimento, a criança fará o exame e o resultado do mesmo deverá ser informado à vigilância que providenciará a atualização do campo no sistema.

Considera-se titulação ascendente a elevação dos títulos do TNT realizados durante o acompanhamento da criança (BRASIL, 2015b). Salienta-se que todo o RN cuja mãe é soropositiva para sífilis deve ser acompanhado em seguimento ambulatorial realizando o teste com titulação no 1º, 3º, 6º, 12º, 18º e 24º mês de vida. Torna-se necessária essa avaliação, pois diante da elevação do título ou da não negatificação até os 18 meses de idade, o paciente deverá ser reavaliado e aplicado o retratamento, se necessário. Se os títulos estiverem caindo nos primeiros três meses e forem negativos entre 6 e 18 meses, define-se que a criança foi tratada de maneira correta (SÃO PAULO, 2016).

Quanto aos aspectos clínicos das crianças verificou-se que 73,4% (n=552) eram assintomáticas, e entre os sintomáticos as principais manifestações: icterícia (30,3%), lesões cutâneas (12,1%), esplenomegalia (9,1%), lesões osteoarticulares (9,1%) e outras (39,4%). O esquema terapêutico prescrito aos recém-nascidos com maior frequência foi a Penicilina G cristalina 100.000-150.000 UI/Kg/dia por 10 dias (48,0%; n=361) e outro esquema utilizado em 8,1% (n=61). Ao analisar a evolução dos casos investigados, observou-se que 81,5% (n=613) eram vivos, 12,8% (n=96) abortos e 3,7% (n=28) natimortos. (Tabela 3)

Considerando que mais de 70% das crian-

ças foram assintomáticas ao nascer, a triagem sorológica da mãe na maternidade e o seguimento da criança tornam-se fundamentais, a fim de evitar sequelas. O resultado corrobora outros estudos, assim como publicações do MS, onde registram que mais de 50% dos casos não apresentam sintomas ao nascer (BRASIL, 2007; HEBMULLER; FIORI; LAGO, 2015; SÃO PAULO, 2016). Ressalta-se que o acompanhamento da criança em consultas de puericultura é imprescindível, onde se tem a oportunidade de detectar sinais e sintomas referentes à SC. Os pais deverão ser informados, na alta hospitalar, sobre o quadro clínico da sífilis e suas sequelas (BRASIL, 2016b).

Tabela 3 – Distribuição dos casos confirmados de sífilis congênita, segundo as informações clínicas e de tratamento das crianças. Região de Saúde 10, 2015

Informações clínicas	nº	Percentual (%)
Assintomático	552	73,4
Sintomático	47	6,3
Não se aplica	121	16,1
Ignorado	32	4,3
Tratamento prescrito		
Penicilina G cristalina 100.000 a 150.000 UI/Kg/dia - 10 dias	361	48,0
Penicilina G procaína 50.000 UI/Kg/dia - 10 dias	32	4,3
Penicilina G benzatina 50.000 UI/Kg/dia	127	16,8
Outro esquema	61	8,1
Não realizado	131	17,4
Ignorado	40	5,3
Evolução dos casos		
Vivos	613	81,5
Aborto	96	12,8
Natimorto	28	3,7
Óbitos por SC	8	1,1
Óbitos outras causas	3	0,4
Ignorados	4	0,5
Total	752	100,0

Fonte: dados da pesquisa (2017).

Os resultados dessa investigação indicaram com maior frequência o esquema com a Penicilina G cristalina, sendo essa a droga de escolha. Portanto, em alguns casos utilizou-se outro esquema que não com a Penicilina, apesar da não evidência científica da eficácia de outro medicamento no tratamento da SC (BRASIL, 2016b).

A maioria dos casos notificados apresentou um curso favorável da doença, permanecendo vivas. Esse achado assemelha-se a uma pesquisa realizada entre 2007 e 2014, em Palmas, no Tocantins (CAVALCANTE; PEREIRA; CASTRO, 2017). Entretanto, sabe-se que a SG pode causar aborto, prematuridade, morte fetal, doenças congênitas ou até mesmo a morte em aproximadamente 40% dos conceptos infectados de mães não tratadas ou tratadas inadequadamente (BRASIL, 2007, 2016b).

Verificando as características sociodemográficas das mães, a média da idade foi

igual a 25,42 (DP±6,6), ressaltando que a idade mínima foi 14 e a máxima 44 anos. A maioria referia ter a cor da pele branca e mais da metade apresentaram até oito anos de estudo. O campo com a ocupação da mãe, por ser descritivo e opcional, apresentou uma diversidade de informações com destaque para 34,9% (n=263) como dona de casa, e em 42,6% (n= 320) a opção estava ignorada.

Analisando o pré-natal, 72,6% (n=546) das mães realizaram pelo menos uma consulta e 58,0% (n=436) foram diagnosticadas durante o pré-natal. Os dados laboratoriais das mães demonstraram que 99,4% (n=748) realizaram o TNT e o TT 66,6% (n=501) realizaram. Quanto ao esquema de tratamento, observou-se que em 72,6% (n=546) foi inadequado e em 23,5% (n=177) não realizado. Apenas 16,1% (n=121) dos parceiros sexuais foram tratados e um percentual significativo ignorado (Tabela 4).

Tabela 4 – Distribuição dos casos confirmados de sífilis congênita, segundo características da mãe. Região de saúde 10/RS, 2015

Faixa etária	nº	%
< 20 anos	142	18,9
20 a 29 anos	397	52,8
> 30 anos	200	26,6
Em branco	13	1,7
Raça/Cor		
Branca	341	45,3
Preta	182	24,2
Parda	92	12,2
Ignorado	137	18,2
Realização de PN		
Sim	546	72,6
Não	146	19,4
Ignorado	60	8,0

(continua)

Faixa etária	nº	%
Diagnóstico de SM		
Durante o PN	436	58,0
No momento do parto/curetagem	227	30,2
Após o parto	16	2,1
Não realizado	1	0,1
Ignorado	72	9,6
Teste não treponêmico no parto/curetagem		
Reagente	744	98,9
Não reagente	4	0,5
Ignorado	4	0,5
Teste treponêmico no parto/curetagem		
Reagente	491	65,3
Não reagente	10	1,3
Não realizado	102	13,6
Ignorado	149	19,8
Parceiro tratado		
Sim	121	16,1
Não	354	47,1
Ignorado	277	36,8
Total	752	100,0

Fonte: dados da pesquisa (2017).

A distribuição dos casos de SC segundo características das mães sugere desigualdades sociais em termos de exposição a esse agravo. As mulheres com sífilis são, principalmente, jovens adultas, com baixa escolaridade e realização do pré-natal, semelhante ao apresentado em outros estudos (CAVALCANTE; PEREIRA; CASTRO, 2017; DOMINGUES et al., 2014; NONATO; MELO; GUIMARÃES, 2015).

Quanto à raça/cor, a população do RS se distribui da seguinte forma: branca (83,2%), parda (10,6%), preta (5,6%), amarela (0,4%) e indígena (0,3%). Ressalta-se que essa distribuição reflete padrões históricos de ocupação, estando esse Estado entre os da Região Sul com maior proporção de brancos (IBGE, 2011).

Estudos demonstram que um baixo grau de instrução ou menos de oito anos de estudo, dificulta o acesso das pessoas à informação, gerando um entendimento limitado da importância dos cuidados com a saúde e conseqüentemente às medidas de prevenção (DOMINGUES et al., 2014). Analisando a ocupação das mães dos casos de SC, observou-se que o resultado corrobora com outros estudos, que assinalam um percentual relevante entre a informação ignorada e a ocupação de dona de casa (ALMEIDA; PEREIRA, 2007; TREVISAN et al., 2002).

No presente estudo verificou-se que, mais da metade das mães realizaram o pré-natal, independente do número de consultas, e mesmo assim a TV ocorreu. Um estudo descritivo (REZENDE; BARBO-

SA, 2015), com abordagem quantitativa e coleta retrospectiva de fontes secundárias em Goiás, demonstrou que em várias regiões de saúde o percentual de consultas de pré-natal realizadas foi elevado, ou seja, o acesso a assistência está sendo promovido, mas isso não evidencia a qualidade da ação.

Recomenda-se durante o parto a solicitação do TNT, independente da realização prévia de exames como um dos critérios para definir o diagnóstico (BRASIL, 2016b; SÃO PAULO, 2016). Destaca-se que a realização dos testes rápidos nas maternidades tem mostrado vantagens no sentido da otimização da utilização do leito de internação, evitando que a puérpera fique hospitalizada aguardando apenas o resultado do teste para sífilis (BRASIL, 2016b). Ressalta-se nesse estudo, a realização por mais de 95% das mães do TNT e um pouco mais de 65% o TT na maternidade, sendo necessário ampliar o teste também neste momento.

Considerando o esquema de tratamento das mães, verificou-se que em mais de 70% o tratamento foi inadequado, reforçando, assim, a elevada taxa de incidência de SC, sendo esse o mesmo cenário observado em outros estudos (CAVALCANTE; PEREIRA; CASTRO, 2017; FRANÇA et al., 2015; LIMA et al., 2013; REZENDE; BARBOSA, 2015). Ressalta-se que a proporção de tratamento inadequado e a sua não realização contribuiu significativamente para o aumento da TV.

Destaca-se a necessidade de adesão do parceiro à assistência pré-natal para, dentre outras necessidades, ofertar o tratamento frente ao diagnóstico de sífilis materna. Resultados semelhantes do não tratamento do parceiro foram encontrados por alguns estudos, como o de Palmas (TO) (2007-2014), Rio de Janeiro/RJ

(2007-2008), Fortaleza/CE (2000-2009), e também no Rio Grande do Norte/RN (2007-2010) (CARVALHO; BRITO, 2014; CAVALCANTE; PEREIRA; CASTRO, 2017; COSTA et al., 2013; DOMINGUES et al., 2013). Considera-se importante o tratamento do parceiro da gestante infectada, pois além de uma oportunidade de tratamento a um provável caso de sífilis adquirida, também se previne a ocorrência de novos casos na população em geral e a reinfeção da sífilis durante a gestação, consequentemente evitando uma situação de TV (DOMINGUES et al., 2014).

Avaliando as variáveis das notificações de SG, observou-se que 48,0% (n=110) tiveram o diagnóstico no 2º e 3º trimestres. Durante o pré-natal, 96,5% (n=221) realizaram o TNT e 71,6% (n=164) realizaram o TT. Quanto à classificação clínica, 14,8% (n=34) foram sífilis primária e a informação ignorada/sem informação em 57,3% (n=131) dos casos. Já o esquema de tratamento prescrito com maior frequência foi o de três doses em 57,6% (n=132) e ignorada em 21,4% (n=49) dos casos.

Um percentual elevado de sífilis encontrado em mulheres com assistência pré-natal, muitas vezes iniciado tardiamente, com diagnóstico tardio de sífilis, tendo em um percentual relevante o estágio clínico classificado erroneamente, corroborando para a aplicação do tratamento inadequado, e, parceiro não tratado, sugere que esse é o grupo mais exposto à infecção. Cabe destacar a necessidade urgente de garantir ao RN, na maternidade, os exames laboratoriais necessários para a avaliação e após a alta referenciá-lo para o devido acompanhamento com a realização da avaliação clínica e laboratorial até o encerramento do caso, garantindo assim, a ausência de sequelas futuras.

CONCLUSÃO

Os dados possíveis de análise permitiram observar que é factível conhecer minimamente o perfil dos casos, relacionando a situações de vulnerabilidade e também traçar e orientar ações de controle e eliminação da SC. As desigualdades verificadas na análise sociodemográfica do estudo reforçam a necessidade de estratégias de promoção da equidade do acesso aos serviços de saúde nos municípios representados. Sendo assim, além de melhorar a qualidade da assistência à gestante, com busca ativa, visita domiciliar, oferta de exames, tratamento, entre outros, as atividades de prevenção e promoção à saúde devem ser contínuas, pois não se esgotam.

Entre as limitações do estudo temos a utilização de dados secundários de notificação, considerados uma abordagem aproximada do problema, ficando condicionado à cobertura do sistema e à qualidade dos registros. Outra limitação foi o grande número de informações ignoradas ou em branco, dificultando o conhecimento do perfil epidemiológico completo da SC da Região de Saúde 10. Sendo assim, torna-se relevante melhorar a capacidade dos municípios de coletarem informações de alta qualidade na cobertura de intervenções e desigualdades e utilizarem as informações como base de decisões para a melhoria da atenção às gestantes e crianças.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, C. L. **Análise da situação da sífilis congênita e da sua relação com a cobertura da estratégia de saúde da família no Brasil: 2001 a 2008.** 2010. 112 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis:** manual de bolso. Brasília, DF, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Datasus.** Informações demográficas e socioeconômicas: População residente: censos. Brasília, DF, 2012a. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em: 20 maio 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Institui as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 13 jun. 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical do HIV, sífilis e hepatites virais.** Brasília, DF, 2015a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Curso rápido de vigilância epidemiológica de HIV, Aids e sífilis.** Brasília, DF, 2015b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Datasus.** Acesso a informação: tabnet - Estatísticas vitais/Nascidos vivos. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. Brasília, DF, 2015c. Acesso em: 20 fev. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento Nacional de DST e Aids e Hepatites Virais. Sífilis 2016. **Boletim Epidemiológico**, Brasília, DF, v. 47. n. 35, 2016a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis.** Brasília, DF, 2016b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual técnico para diagnóstico da sífilis.** Brasília, DF, 2016c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN. **Sífilis congênita.** Brasília, DF, 2016d. Disponível em: <<http://portalsinan.saude.gov.br/sifilis-congenita>>. Acesso em: 15 maio 2017.

CARVALHO, I. S.; BRITO, R. S. Sífilis congênita no Rio Grande do Norte: estudo descritivo do período 2007-2010. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 23, n. 2, p. 287-294, abr./jun. 2014.

CAVALCANTE, P. A. M.; PEREIRA, R. B. L.; CASTRO, J. G. D. Sífilis gestacional e congênita em Palmas, Tocantins, 2007-2014. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 26, n. 2, p. 255-264, 2017.

- COSTA, C. C. et al. Sífilis congênita no Ceará: análise epidemiológica de uma década. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 152-159, 2013.
- DOMINGUES, R. M. S. M. et al. Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 147-157, 2013.
- DOMINGUES, M. S. M. et al. Prevalência de sífilis na gestação e testagem pré-natal: estudo nascer no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 5, p. 766-774, 2014.
- DONALÍSIO, M. R.; FREIRE, J. B.; MENDES, E. T. Investigação da sífilis congênita na microrregião de Sumaré, Estado de São Paulo, Brasil – desvelando a fragilidade do cuidado à mulher gestante e ao recém-nascido. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 16, n. 3, p. 165-173, jul./set. 2007.
- FRANÇA, I. S. X. et al. Fatores associados à notificação da sífilis congênita: um indicador de qualidade da assistência pré-natal. **Rev. Rene.**, v. 16, n. 3, p. 374-381, maio/jun. 2015.
- HEBMULLER, M. G.; FIORI, H. H.; LAGO, E. G. Gestações subsequentes em mulheres que tiveram sífilis na gestação. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 9, p. 2867-2878, 2015.
- IBGE. **Censo demográfico 2010**: características da população e dos domicílios. Rio de Janeiro, 2011.
- LIMA, M. G. et al. Incidência e fatores de risco para sífilis congênita em Belo Horizonte, Minas Gerais, 2001-2008. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 499-506, 2013.
- NONATO, S. M.; MELO, A. P. S.; GUIMARÃES, M. D. C. Sífilis na gestação e fatores associados à sífilis congênita em Belo Horizonte-MG, 2010-2013. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, DF, v. 24, n. 4, p. 681-694, 2015.
- REZENDE, E. M. A.; BARBOSA, N. B. A sífilis congênita como indicador da assistência de pré-natal no estado de Goiás. **Rev. APS.**, Juiz de Fora, v. 18, n. 2, p. 220-232, abr./jun. 2015.
- RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Estado da Saúde. Resolução nº 555, de 19 de setembro de 2012. Altera a configuração e a quantidade de Regiões. **Diário Oficial do Estado**, Porto Alegre, 21 set. 2012.
- RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Estado da Saúde. **Plano Estadual de Saúde**: 2012-2015. Porto Alegre, 2013.
- RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Estado da Saúde. **Relatório Anual de Gestão - RAG**. Porto Alegre, 2015.
- RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Estado da Saúde. **Portal BI**. Porto Alegre, RS, 2017. Disponível em: <<http://bi.saude.rs.gov.br/index.htm>>. Acesso em: 10 abr. 2017.
- SÃO PAULO. Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids. **Guia de referências técnicas e programáticas para as ações do plano de eliminação da sífilis congênita**. São Paulo, 2010. 195 p.
- SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. Coordenadoria de Controle de Doenças. Centro de Referência e Treinamento DST/Aids. Programa Estadual DST/Aids. **Guia de bolso para o manejo da sífilis em gestantes e sífilis congênita**. 2. ed. São Paulo, 2016. 112 p.
- TAYRA, A. et al. Duas décadas de vigilância epidemiológica da sífilis congênita no Brasil: a propósito das definições de caso. **DST J. bras. Doenças Sex. Transm.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3-4, p. 111-119, 2007.
- TREVISAN, M. R. et al. Perfil da assistência pré-natal entre usuárias do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, p. 293-299. 2002.