

O PERFIL DE NASCIDOS VIVOS COM SÍFILIS CONGÊNITA PRECOCE NA ADEÇÃO À TERAPÊUTICA DE SEGUIMENTO

THE PROFILE OF LIVING BORDS WITH PRECIOS CONGENITAL SYPHILIS IN ADHERENCE TO FOLLOW-UP THERAPY

Gisele Cristina Tertuliano*
Michelle Almeida de Souza Portal**

RESUMO

Este estudo avaliou o perfil de nascidos vivos com sífilis congênita precoce na adesão à terapêutica de seguimento, para investigar possíveis falhas que acarretaram na transmissão vertical. Toda a análise foi feita na vigilância epidemiológica do município de Cachoeirinha/RS, no ano de 2017. Estudo epidemiológico descritivo com abordagem quantitativa. A coleta de dados foi realizada no município de Cachoeirinha (RS) no período de março a maio de 2018 com os dados fornecidos pelo protocolo de investigação de casos de sífilis congênita precoce elaborado pelo Ministério da Saúde do Brasil em 2014. O perfil descrito encontrou 16 crianças com peso em média de 3,248 kg e idade média de 8,9 meses; em sua maioria, são assintomáticas ao nascer 12 (75,0%). No protocolo foi observado que as mães dessas crianças, são mulheres com 25,7 anos em média, brancas 13 (81,2%), com baixa escolaridade (9,5 anos de estudo) e de baixa renda 6 (37,5%), que realizaram o pré-natal 14 (87,5%); e o esquema de tratamento para prevenção da transmissão vertical 10 (62,5%). Neste sentido, verificou-se que em Cachoeirinha há desafios quanto à qualidade da assistência ao pré-natal oferecido. A eliminação da sífilis congênita depende da qualificação na assistência à saúde, portanto, a educação permanente dos profissionais em saúde envolvidos no cuidado pré-natal deve ser estimulada, a fim de promover o diagnóstico precoce, tratamento adequado e acompanhamento dos pacientes, para alcançar o objetivo de prevenir a sífilis congênita.

PALAVRAS-CHAVE

Sífilis Congênita. Prevenção & Controle.
Infecções por Treponema.

ABSTRACT

This paper evaluated the profile of live-born with early congenital syphilis in adherence to therapeutic follow-up to investigate possible failures that resulted in vertical transmission. In the epidemiological surveillance of Cachoeirinha/RS/Brazil, in 2017, was the place where done the analysis this work. Descriptive epidemiological study with a quantitative approach. Data collection performed in Cachoeirinha/RS/Brazil from March to May 2018 with data provided by the protocol of investigation of cases of early congenital syphilis elaborated by the Ministry of Health of Brazil in 2014. The profile described found 16 children with mean weight of 3,248 kg and mean age of 8.9 months; in the majority, are asymptomatic at birth 12 (75.0%). According to the protocol, the mothers of these children were women with a mean age of 25.7 years, white 13 (81.2%), low schooling (9.5 years of schooling), and low income 6 (37.5%), who underwent prenatal care. 14 (87.5%); and the treatment plan for prevention of vertical transmission 10 (62.5%). In this sense, it verified that in Cachoeirinha there are challenges regarding the quality of prenatal care offered. The elimination of congenital syphilis depends on the qualification in health, therefore, the continuing education of health professionals involved in prenatal care should be stimulated in order to promote early diagnosis, appropriate treatment and follow-up of these patients, so that the objective the prevention of congenital syphilis is achieved.

KEYWORDS

Congenital Syphilis. Prevention & Control.
Treponemal Infections.

* Mestre em Saúde Coletiva (Ulbra). Docente na Faculdade Inedi – Cesuca.

** Acadêmica de Enfermagem. Faculdade Inedi – Cesuca.

Correspondência

E-mail: *giseletertuliano@cesuca.edu.br | **michelleportalbio@gmail.com

INTRODUÇÃO

A sífilis foi descoberta há mais de 500 anos, e ainda assim, todas as medidas tomadas até o momento para o controle e eliminação não foram suficientes. O Ministério da Saúde do Brasil pretendia atingir a meta de 0,5 casos de sífilis congênita a cada 1.000 nascidos vivos até 2015, visto que desde a Portaria nº 542 de 22 de dezembro 1986 torna a Sífilis Congênita uma doença de notificação compulsória. Medidas foram realizadas para facilitar o tratamento, porém o objetivo de eliminá-la não foi alcançado. O crescente aumento no número de novos casos da doença trouxe novamente à tona essa problemática. (BRASIL, 2009; SARACENI et al., 2005).

A sífilis é uma doença infectocontagiosa sistêmica transmitida pela bactéria espiroqueta *Treponema pallidum*, sendo transmitida por via sexual, sanguínea ou vertical com taxa de transmissibilidade superior a 80%. Esta patologia mostra uma evolução que alterna entre períodos sintomáticos e assintomáticos, com características clínicas e imunológicas bem distintas (BRASIL, 2006; ROUQUAYROL; GURGEL, 2013; SILVA; SANTOS, 2004).

Um dos grandes problemas de saúde pública é a sífilis congênita precoce, patologia que se manifesta logo após o nascimento ou até os dois primeiros anos de vida, possuindo uma das mais elevadas taxas de transmissão, podendo ser de grande mortalidade na vida intrauterina como aborto e natimorto, além de causar sequelas irreversíveis, tais como: problemas visuais, auditivos, neurológicos, entre outros no recém-nascido em mais de 50% dos casos (CAMPOS et al.; 2010; SARACENI et al., 2005;).

Em 2006, o Ministério da Saúde lançou o Plano para Redução da Transmissão Verti-

cal do HIV e da Sífilis, pactuando metas com estados e municípios por meio da Programação das Ações de Vigilância em Saúde (PAVS). Outra iniciativa realizada em 2011, foi a Rede Cegonha, um projeto que mobiliza os profissionais da saúde e colaboradores do Ministério da Saúde, visando assegurar o direito à atenção humanizada tanto à mãe quanto à criança durante o pré-natal, parto, puerpério e atenção infantil, bem como a implantação dos testes rápidos de Hepatite B e C, HIV e sífilis na atenção básica, visando à redução das taxas de transmissão vertical e a eliminação da sífilis congênita, reduzindo as mortes maternas e infantis. (BRASIL, 2007, 2009).

No Brasil, em 2016, foram notificados 87.593 casos de sífilis adquirida, 37.436 casos de sífilis em gestantes e 20.474 casos de sífilis congênita, sendo 185 óbitos, o que reflete a grande quantidade de sífilis congênita não tratada ou tratada inadequadamente que está atingindo os recém-nascidos, o que contraria totalmente a proposta do projeto Rede Cegonha (BRASIL, 2017).

No mesmo ano o Rio Grande do Sul, obteve uma das mais elevadas taxas de detecção de sífilis em gestantes e sífilis congênita em relação aos demais estados brasileiros, sendo 93,7 novos casos a cada 100 mil habitantes, só no município de Cachoeirinha foram notificados 10,94 novos casos de sífilis congênita para cada 1.000 nascidos vivos. O presente artigo visa avaliar o perfil de nascidos vivos com sífilis congênita precoce do município de Cachoeirinha durante o ano de 2017, bem como verificar fatores maternos associados à ocorrência dos casos; analisar a assistência pré-natal na prevenção da transmissão vertical da sífilis e investigar a relação da sífilis congênita precoce e a baixa adesão à terapêutica de seguimento (BRASIL, 2017).

MÉTODO

Tratou-se de uma pesquisa quantitativa, transversal, desenvolvida no município de Cachoeirinha (RS) com os dados fornecidos pelo Protocolo de Investigação de Casos de Sífilis Congênita Precoce, que tem como objetivo dar subsídios para os casos de transmissão vertical da doença, auxiliando as equipes no planejamento de intervenções, conhecendo, assim, os determinantes da transmissão vertical e corrigindo possíveis falhas na prevenção, assistência e vigilância. Foram avaliadas vinte e quatro fichas de acompanhamento durante o período de março a maio de 2018; foram analisados dezesseis casos por atenderem os critérios da Nota Informativa nº 2 – Sistema Eletrônico de Informações do Ministério da Saúde – SEI/MS 0882971 de 31 de outubro de 2017. Os critérios de inclusão foram: Todos os casos de nascidos vivos com sífilis congênita precoce no ano de 2017 residentes no município de Cachoeirinha, e os critérios de exclusão foram: crianças (\leq 2 anos) que não eram domiciliados no município, assim como abortos e natimortos. Os dados foram analisados no software (SPSS) versão 21.0 para a estatística descritiva, as variáveis categóricas foram expressas em um número absoluto e percentual e as variáveis contínuas em média \pm desvio padrão. Este estudo respeitou os aspectos éticos da Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. O estudo foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Inedi (Cesuca), sob o protocolo: CAAE nº 84215717.5.0000.5665 e autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Cachoeirinha (RS).

RESULTADOS

Durante a coleta de dados, uma nota informativa foi instaurada reduzindo da pre-

sente pesquisa quatro pacientes, totalizando dezesseis casos a serem analisados. Segundo a Nota informativa no 2 Sistema Eletrônico de Informações – SEI/MS nº 0882971 de 31 de outubro de 2017 (BRASIL, 2017, p. 39), define-se que:

Diante da necessidade de diminuir a subnotificação dos casos de sífilis em gestantes, definiu-se que todos os casos de mulheres diagnosticadas com sífilis durante pré-natal, parto e/ou puerpério devem ser notificados como sífilis em gestantes e não como sífilis adquirida.

Segundo a mesma norma, define-se como casos de Sífilis Congênita:

Todo recém-nascido, natimorto ou aborto de mulher com sífilis não tratada ou tratada de forma não adequada. [...] Toda criança com menos de 13 anos de idade com pelo menos uma das situações: Manifestação clínica, alteração líquórica ou radiológica de sífilis congênita e teste não treponêmico reagente; Títulos de teste não treponêmico do lactente maiores do que os da mãe, em pelo menos duas diluições de amostra de sangue periférico, coletadas simultaneamente no momento do parto; Títulos de testes não treponêmicos ascendentes em pelo menos duas diluições no seguimento da criança exposta; Títulos de testes não treponêmicos ainda reagentes após seis meses de idade, em crianças adequadamente tratadas no período neonatal; Testes treponêmico reagentes após 18 meses de idade sem diagnóstico prévio de sífilis congênita. [...] Evidência microbiológica de infecção pelo *Treponema pallidum* em amostra de secreção nasal ou lesão cutânea, biópsia ou necropsia de criança, aborto ou natimorto. (BRASIL, 2017, p. 40-41).

Sobre as variáveis sociodemográficas e condições de saúde da criança apresentadas na Tabela 2 temos o peso ao nascer que obteve uma média de 3,248 kg, a média de idade da criança 8,9 meses. Os dados revelam que a titulação do teste não treponêmico no sangue periférico do RN foi de 1:4 em 4 (25,0%) crianças, a maioria delas, ou seja, 10 (62,5%) tiveram titulação 1:4 no teste não treponêmico do líquido. Em relação aos sinais e sintomas da SC, a maioria 12 (75,0%) não apresentou sinais e sintomas ao nascer, e 11 (68,7%) realizaram o tratamento para sífilis congênita com Penicilina G cristalina 100.000 a 150.000UI/KG/dia durante dez dias (Tabela 2).

Quanto às variáveis demográficas, socioeconômicas e de saúde maternas a Tabela 3 mostra que a média de idade das gestantes foi de 25,7 anos, 13 (81,2%) são brancas, com escolaridade média de 9,5 anos de estudo. A grande maioria das gestantes 14 (87,5%) realizou o pré-natal, dentre elas 11 (68,5%) foram diagnosticadas com sífilis durante o pré-natal, e 6 (37,5%) declararam ser de família de baixa renda. Em relação à idade gestacional na primeira consulta de pré-natal, a

média foi de 16,7 semanas e encontrou-se uma média de 6,3 do número de consultas pré-natal realizadas pelas mães.

Ainda na Tabela 3 podemos verificar que durante o pré-natal a maioria das gestantes 10 (62,5%) realizou o tratamento para prevenção à transmissão vertical da sífilis, 87,5% das gestantes possuem diagnóstico de sífilis latente tardia, contudo, a maioria delas efetuou o esquema de tratamento com penicilina benzatina 7200,000UI, ou seja, 13 (81,2%) das mães. O estado sorológico de 12 (75,0%) gestantes era reagente durante o período gestacional e 4 (25,0%) tinham a titulação de 1:16 no primeiro teste treponêmico VDRL (Tabela 3).

No que se refere às condições de saúde paterna, a Tabela 4 nos revela que 6 (37,5%) parceiros foram chamados ao pré-natal e 7 (43,7%) apresentam diagnóstico de sífilis tratada.

No ano de 2016, foram notificados 1.932 casos de sífilis congênita, destes dezesseis casos no município de Cachoeirinha, obtendo uma taxa de incidência de 10,94/1000 NV. Quanto à terapêutica de seguimento somente 6, ou seja, 37,5 % das pacientes deram continuidade ao tratamento (Tabela 1).

Tabela 1 – Adesão à terapêutica de seguimento ao tratamento da sífilis congênita precoce

Variáveis	Amostra total (n=16)	
	N	%
Adesão ao tratamento		
Sim	6	37,5
Não	10	62,5

Fonte: as autoras (2018) a partir de dados obtidos do protocolo de investigação de casos de sífilis congênita precoce do Ministério da Saúde do Brasil.

Tabela 2 – Variáveis demográficas e condições de saúde da criança

Variáveis	Amostra total (n=16)	
	N	%
Sexo		
M	9	56,3
F	7	43,8
Idade criança	8,9	
Peso ao nascer	3,248	
Titulação do teste não treponêmico da mãe no momento do parto		
1:2	1	6,25
1:4	1	6,25
1:8	4	25,0
1:16	6	37,5
1:32	1	6,25
1:64	1	6,25
Não informado	2	12,5
Há presença de alteração no líquido		
Sim	3	18,7
Não	9	56,2
Não informado	4	25,0
Foi realizado RX de ossos longos no RN		
Sim	10	62,5
Não	6	37,5
Resultado do RX		
Alterado	1	6,25
Normal	9	56,2
Não Informado	6	37,5
Presença de sinais e sintomas		
Sim#	2	12,5
Não	12	75,0
Não informado	2	12,5
Foi realizado tratamento para sífilis no RN		
Penicilina G cristalina 100.000 à 150.000UI/KG/dia durante 10 dias	11	68,7
Penicilina G benzatina 50.000UI/KG dose única	1	6,25
Outro esquema com penicilina	1	6,25
Outro medicamento	1	6,25
Não informado	2	12,5

Fonte: as autoras (2018) a partir de dados obtidos do protocolo de investigação de casos de sífilis congênita precoce do Ministério da Saúde do Brasil.

Nota: # icterícia e lesões ósseas

Tabela 3 – Variáveis demográficas, socioeconômicas e de saúde materna

Variáveis	Amostra total (n=16)	
	N	%
Idade da mãe	25,7	
Cor da pele		
Branca	13	81,2
Preta	1	6,25
Parda	2	12,5
Escolaridade da mãe		
5-8 série incompleta do ensino Fundamental	7	43,7
Ensino médio completo	7	43,7
Educação superior incompleta	1	6,25
Ignorada	1	6,25
Anos de estudo	9,5	
Comportamento de risco e situações de vulnerabilidade vivenciadas durante a gestação		
Vivendo em casa de familiares e amigos	1	6,25
Mudança frequente de domicílio-residência	2	12,5
Usuária de crack	1	6,25
Usuária de outro tipo de droga	1	6,25
Família de baixa de renda	6	37,5
Outras	1	6,25
Não Informado	4	25,0
Momento do diagnóstico da sífilis materna		
Durante pré-natal	11	68,7
Durante parto	2	12,5
Após parto	1	6,25
Não Informado	2	12,5
Realizou pré-natal		
Sim	14	87,5
Não	2	12,5
Forma clínica de sífilis materna durante gestação		
Primária	1	6,25
Latente precoce	1	6,25
Latente tardia	14	87,5
Durante pré-natal foi realizado tratamento materno para prevenir a transmissão vertical sífilis		
Sim	10	62,5
Não	3	18,7
Não Informado	3	18,7
Esquema de tratamento		
Penicilina Benzatina 2400,000UI	1	6,25
Penicilina Benzatina 7200,000UI	13	81,2
Não Informado	2	12,5
Estado sorológico da mãe durante gestação		
Reagente	12	75,0
Não reagente	1	6,25
Não realizado	1	6,25
Não informado	2	12,5
Primeiro teste rápido		
Reagente	12	75,0
Não reagente	4	25,0
Primeiro teste treponêmico VDRL		
1:1	1	6,25
1:2	1	6,25
1:8	3	18,7
1:16	4	25,0
1:32	2	12,5
1:64	1	6,25
Não Informado	4	25,0
Parto realizado em:		
Serviço público (SUS)	16	100

Fonte: as autoras [2018] a partir de dados obtidos do protocolo de investigação de casos de sífilis congênita precoce do Ministério da Saúde do Brasil.

Tabela 4 – Condições paternas de saúde

Variáveis	Amostra total (n=16)	
	N	%
O parceiro foi chamado para o pré-natal		
Sim	6	37,5
Não	10	62,5
Estado sorológico do parceiro		
Não reagente para sífilis	1	6,25
Sífilis não tratada	2	12,5
Sífilis tratada	7	43,7
Parceiro conhecido e não testado	3	18,7
Não Informado	3	18,7

Fonte: as autoras (2018) a partir de dados obtidos do protocolo de investigação de casos de sífilis congênita precoce do Ministério da Saúde do Brasil.

DISCUSSÃO

A saúde pública no Brasil está vinculada aos determinantes sociais da saúde, como por exemplo, as condições econômicas, psicológicas e culturais que podem influenciar a ocorrência de problemas de saúde e fatores de risco à população. O acesso aos serviços de saúde é universal, sendo uma garantia constitucional. A globalização e o consumo desequilibram vários setores da sociedade o que implica na dificuldade dos indivíduos em acessar os serviços públicos (GRIEBELER, 2009; SARACENI et al., 2005; SILVA et al., 2017;).

Nos últimos anos, o Brasil teve um aumento dos casos de sífilis adquirida, sífilis em gestante e sífilis congênita. As taxas de detecção dos agravos notificados de sífilis entre os anos de 2010 e 2016 tiveram um aumento significativo, 20,5% dos casos no-

tificados no Sinan são residentes na região Sul. A taxa de incidência de sífilis congênita aumentou cerca de três vezes nesse período, passando de 2,0 para 6,8, o que justifica o presente estudo. (BRASIL, 2009, 2017).

No Brasil é ampla a proporção de gestantes infectadas que realizam as terapêuticas não adequadas para o controle e prevenção da transmissão vertical. Conforme Campos et al. (2010), 86,2% das gestantes não realizaram, ou realizaram o esquema de tratamento inadequado. Dependendo da fase clínica da gestante, o risco de transmissão varia entre 30% a 100%, ressaltando a importância de uma assistência pré-natal adequada. (CAMPOS et al. 2010; MAGALHÃES et al., 2013; VERONESI; FOCACCIA et al., 2009).

Este estudo indicou que a sífilis no período gestacional ocorre em mulheres jovens com média de idade de 25,7 anos. Nonato, Melo e Guimarães (2015) em uma pesquisa realizada com parturientes atendidas em um hospi-

tal da região de Criciúma (SC), apontou como média de idade 23,62 anos. Em estudo sobre a sífilis materna Magalhães et al. (2013), observou que 53,7% das gestantes tinham entre 19-35 anos de idade, assim como Costa et al. (2013) relataram que a idade mediana das gestantes foi de 25 anos (LORENZI; MADI, 2001; TERTULIANO; MASZLOCK, 2016).

No estudo de Cachoeirinha, a maioria das mães possui em média 9,5 anos de estudo, bem como as pesquisas realizadas por Melo, Melo Filho e Ferreira (2011), Ximenes et al. (2008) que identificaram como fator de risco a baixa escolaridade. Da mesma maneira que Domingues et al. (2014) em pesquisa realizada com 23.894 mulheres salientaram que a baixa escolaridade está ligada diretamente ao acesso à informação dos cuidados com a saúde. Quanto menor a escolaridade, menor o acesso às informações, bem como as medidas de prevenção a infecções e transmissão vertical, indo ao encontro aos resultados obtidos nesta pesquisa. (BONI; PAGLIARI, 2016; LAFETÁ et al., 2016; PEDROSA et al., 2011).

A inexistência de sinais e sintomas aparentes da doença é um dos grandes empecilhos ao seguimento do tratamento, nesta pesquisa, 75% das crianças nascidas com sífilis congênita são assintomáticas, muitas mães relatam que a criança está bem aparentemente, então não há a necessidade de seguir o tratamento, somente 37,5 % das mães do estudo de Cachoeirinha aderiram à terapêutica de seguimento ao tratamento da sífilis congênita. Acredita-se que as 62,5% das mães que não aderiram ao seguimento do tratamento de seus filhos, seria devido a pouca compreensão acerca da doença, o que influencia no modo de como elas interpretam a doença, o que leva à relutância ao seguimento do tratamento. (MORORÓ et al, 2015; NONATO; MELO; GUIMARÃES, 2015).

A abordagem, sobre infecções sexual-

mente transmissíveis (IST'S), dificulta a adesão dos parceiros ao diagnóstico e tratamento da sífilis. Percebeu-se no estudo de Cachoeirinha, que somente 37,5% dos parceiros foram chamados ao pré-natal. A importância do diagnóstico, tratamento e da presença do parceiro durante o pré-natal é fundamental, podendo assim, caso seja detectada a doença, sensibilizá-lo parceiro acerca do tratamento e da seriedade do seguimento, para que não ocorram complicações tardias (CAMPOS et al., 2012; FIGUEIRÓ-FILHO et al., 2007; GUIHEM; AZEVEDO, 2008; MESQUITA et al., 2012).

A sífilis congênita é considerada um marcador de qualidade da assistência pré-natal, na maioria das vezes, por acreditar que a transmissão vertical seja consequência da falha do sistema brasileiro de saúde, o não acompanhamento pode acarretar sequelas irreversíveis tais como problemas visuais, auditivos, neurológicos, entre outros. A medida de controle da sífilis congênita mais efetiva consiste em oferecer a gestante uma assistência pré-natal adequada, observando a necessidade de reforçar as ações para que se tenha uma consulta de pré-natal de qualidade, onde o profissional saliente a importância do seguimento ao tratamento da sífilis congênita, levando educação em saúde às gestantes principalmente em locais de população desfavorecida economicamente (CAMPOS et al., 2010; MORORÓ et al. 2015; SOUSA et al., 2014).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo apresentou limitações em relação à coleta de dados, visto que algumas variáveis não tiveram os dados informados. Devido à carência de informações fez-se necessário utilizar dados secundá-

rios do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) e o Sistema de Monitoramento e Avaliação do Pré-Natal, Parto, Puerpério e Criança (Sisprenatal), que infelizmente também não continham muitas informações, pois houve falha no preenchimento dos formulários. Fez-se necessário, então, realizar busca ativa em prontuários, já que algumas crianças não foram mais localizadas pelo serviço de saúde. Em alguns protocolos de investigação não havia solicitação de exames, em outros; embora houvesse o registro da solicitação dos exames, não havia os resultados dos mesmos e por isso não foi possível determinar se esses procedimentos foram realizados e não devidamente registrados, reforçando, assim, a fragilidade do serviço.

Observou-se um perfil sociodemográfico com predominância de mulheres jovens, com idade média de $27,5 \pm 4,9$ anos sendo a grande maioria de raça branca, com escolaridade inferior a dez anos de estudo. Esta análise ressalta que o atendimento pré-natal necessita de aprimoramento para garantir o controle da sífilis congênita precoce, visto que a maioria das gestantes realizou o pré-natal.

Para que a taxa de incidência de sífilis congênita precoce diminua, todos devem ser corresponsabilizados, cada um com suas atribuições. As puérperas, por exemplo, devem receber orientações adequadas quanto à importância do seguimento ao tratamento dos recém-nascidos, tanto por parte dos profissionais, nas unidades de alojamento conjunto, como nas unidades de saúde perinatais, uma vez que a mãe terá alta hospitalar e seu filho (a) permanecerá internado na Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) para tratamento.

A eliminação da SC depende da qualificação na assistência à saúde, portanto, a educação permanente dos profissionais em

saúde envolvidos no cuidado pré-natal deve ser estimulada, salientando a importância da busca ativa a ser realizada pelos agentes de saúde, promovendo o diagnóstico precoce, tratamento adequado e acompanhando destes pacientes, a fim de que se alcance o objetivo de eliminar a doença.

A realidade do município de Cachoeirinha não está tão diferente do restante do país, referente aos determinantes sociais e perfil sociodemográfico da transmissão vertical da sífilis. É necessário um fortalecimento da atenção básica, aumentar a oferta de consultas pré-natal e diminuir as barreiras burocráticas de acesso, estruturando os serviços de saúde como porta de entrada do sistema, realizar a captações precoce das gestantes, a fim de aumentar a adesão ao pré-natal, oportunizando a rotina de exames preconizada pelo Ministério da Saúde e garantir um tratamento oportuno e adequado tanto à gestante quanto a seu parceiro.

CONFLITOS DE INTERESSE

O artigo expressa a visão dos autores que declaram não existir conflitos de interesse na elaboração do mesmo.

REFERÊNCIAS

BONI, Sara Macente; PAGLIARI, Priscila Bertoccello. Incidência de sífilis congênita e sua prevalência em gestantes em um município do noroeste do Paraná. **Saúde e Pesquisa**, Maringá, PR, v. 9, n. 3, p. 517-524, set. 2016. Disponível em: <<http://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/viewFile/5530/2919>>. Acesso em: 04 jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Curso básico de vigilância epidemiológica sífilis congênita, sífilis em gestantes, infecção pelo HIV em gestantes e crianças expostas**. Brasília, DF, 2006. Disponível

em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/CBVE_sifilis.pdf>. Acesso em: 05 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento Nacional de DST e Aids e Hepatites Virais. Aids/DST. **Boletim Epidemiológico**, Brasília, DF, ano VI, n. 1, 2009. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/node/79>>. Acesso em: 09 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento Nacional de DST e Aids e Hepatites Virais. Sífilis. **Boletim Epidemiológico**, Brasília, DF, v. 48, n. 36, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Plano Operacional**: redução da transmissão vertical do HIV e da Sífilis. Brasília, DF, 2007. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_operacional_WEB.pdf>. Acesso em: 05 out. 2017.

CAMPOS, Ana Luiza de Araujo et al. Sífilis em parturientes: aspectos relacionados ao parceiro sexual. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 9, p. 397-402, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032012000900002>. Acesso em: 05 out. 2017.

CAMPOS, Ana Luiza de Araujo et al. Epidemiologia da sífilis gestacional em Fortaleza, Ceará, Brasil: um agravamento sem controle. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 26, p. 1747-1755, set. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n9/08.pdf>>. Acesso em: 06 out. 2017.

COSTA, Camila Chaves da et al. Sífilis congênita no Ceará: análise epidemiológica de uma década. **Revista Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 1, n. 47, p. 152-159, set. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n1/a19v47n1.pdf>>. Acesso em: 25 mai. 2018.

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira et al. Prevalence of syphilis in pregnancy and prenatal syphilis testing in Brazil: birth in Brazil study. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 5, p. 766-774, out. 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/s0034-8910.2014048005114>>. Acesso em: 15 mai. 2018.

FIGUEIRÓ-FILHO, Ernesto Antonio et al. Sífilis congênita como fator de assistência pré-natal no município de Campo Grande – MS. **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 19, p. 139-143, set. 2007. Disponível em: <<http://www.dst.uff.br//revista19-3-2007/5.pdf>>. Acesso em: 25 mai. 2018.

GRIEBELER, Ana Paula Dhein. **A concepção social da sífilis no Brasil**: uma releitura sobre o surgimento e a atualidade. 2009. 71 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/17934/000725339.pdf>>. Acesso em: 02 jun. 2018.

GUIHEM, Dirce; AZEVEDO, Anamaria Ferreira. Bioética e gênero: moralidades e vulnerabilidade feminina no contexto da Aids. **Revista Bioética**, Brasília, v. 16, n. 2, p. 229-240, set. 2008. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewFile/70/73>. Acesso em: 25 mai. 2018.

LAFETÁ, Kátia Regina Gandra et al. Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 63-74, jan. 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v19n1/1980-5497-rbepid-19-01-00063.pdf>>. Acesso em: 25 mai. 2018.

LORENZI, Dino Roberto Soares de; MADR, José Mauro. Sífilis Congênita como indicador de assistência pré-natal. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, São Paulo, v. 23, n. 10, p. 647-652, 2001.

MAGALHÃES, Daniela Mendes dos Santos et al. Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 6, p. 1109-1120, jun. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n6/a08v29n6.pdf>>. Acesso em: 15 mai. 2018.

MELO, Nara Gertrudes Diniz Oliveira; MELO FILHO, Djalma Agripino de; FERREIRA, Luiz Oscar Cardoso. Diferenciais intraurbanos de sífilis congênita no Recife, Pernambuco, Brasil (2004-2006). **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v. 20, n. 2, p. 213-222, jun. 2011. Disponível em: <<http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v20n2/v20n2a10.pdf>>. Acesso em: 01 jun. 2018.

- MESQUITA, Karina O. et al. Análise dos casos de sífilis congênita em Sobral, Ceará: contribuições para assistência pré-natal. **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 24, p. 20-27, 20 jun. 2012. Disponível em: <<http://www.dst.uff.br/revista24-1-2012/7.Analise%20dos%20Casos%20de%20Sifilis%20Congenita.pdf>>. Acesso em: 25 mai. 2018.
- MORORÓ, Raquel Martins et al. A percepção dos enfermeiros da estratégia de saúde da família acerca do seguimento da sífilis congênita. **Revista Saúde.Com**, Bahia, v. 2, n. 11, p. 291-302, set. 2015. Disponível em: <<http://www.uesb.br/revista/rsc/v11/v11N3a06.pdf>>. Acesso em: 25 mai. 2018.
- 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, DF, v. 4, n. 24, p. 681-694, 2015. Trimestral. Disponível em: <http://www.scielo.br/readcube/epdf.php?doi=10.5123/S1679-49742015000400010&pid=S2237-96222015000400681&pdf_path=ress/v24n4/2237-9622-ress-24-04-00681.pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 mai. 2018.
- PEDROSA, Valderiza L. et al. DST e suas determinantes: quatro anos de vigilância em um centro sentinela no estado do Amazonas - Brasil. **Dst - J. Bras. Doenças Sex. Transm.**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 57-65, 2011. Disponível em: <<http://www.dst.uff.br/revista23-2-2011/3-DST%20e%20suas%20Determinantes%20Quatro%20Anos%20de%20Vigilancia.pdf>>. Acesso em: 01 jun. 2018.
- ROUQUAYROL, Maria Zélia; GURGEL, Marcelo. **Epidemiologia e saúde**. 7. ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2013. 736 p.
- SARACENI, Valéria et al. **Mortalidade perinatal por sífilis congênita**: indicador da qualidade da atenção à mulher e à criança. Caderno de saúde Pública, v. 21, n. 4, p. 1244-1250, jul./ago. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n4/27.pdf>>. Acesso em: 05 out. 2017.
- SILVA, Camila Ribeiro et al. Dificuldade de acesso a serviços de média complexidade em municípios de pequeno porte: um estudo de caso. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p.1109-1120, abr. 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017224.27002016>>. Acesso em: 01 jun. 2018.
- SILVA, Leila Rangel da; SANTOS, Rosângela da Silva. O que as mães sabem e sentem sobre a sífilis congênita: um estudo exploratório e suas implicações para a prática de enfermagem. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 333-401, dez. 2004. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/1277/127718062010.pdf>>. Acesso em: 04 set. 2017.
- SOUSA, Deise Maria do Nascimento et al. Sífilis congênita: reflexões sobre um agravo sem controle na saúde mãe e filho, **Revista de Enfermagem UFPE**, Recife, PE, v. 1, n. 8, p. 160-165, jan. 2014. Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/10679/1/2014_art_lloliveira.pdf>. Acesso em: 25 mai. 2018.
- TERTULIANO, Gisele Cristina; MASZLOCK, Virgínia Petrini. Sífilis gestacional em Cachoeirinha, Rio Grande do Sul, no ano de 2016. **Mostra de iniciação científica do cesuca**, [s.l.], n. 11, p. 378-389, dez. 2017. Disponível em: <<http://ojs.cesuca.edu.br/index.php/mostrac/article/view/1382>>. Acesso em: 03 out. 2018.
- VERONESI, Ricardo; FOCACCIA, Roberto (Ed.). **Tratado de infectologia**. 4. ed. São Paulo: Atheneu, 2009. 2319 p.
- XIMENES, Izabel Patricia Ernesto et al. Incidência e controle da sífilis congênita no Ceará, **Revista Rene Fortaleza**, Fortaleza, v. 9, n. 3, p. 74-80, set. 2008. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/5067/3716>>. Acesso em: 01 jun. 2018.