

Características das mães com filhos diagnosticados com Sífilis Congênita

Mayara Nascimento de Vasconcelos*
Maria Adelane Monteiro da Silva**
Thereza Maria Magalhães Moreira*
Andréa Carvalho Araújo Moreira**
Cibelly Aliny Siqueira Lima Freitas**
Raquel Sampaio Florêncio*
Maria Lúcia Duarte Pereira*

585

Resumo

O desenvolvimento de ações de saúde a partir dos aspectos sociais, culturais e econômicos é essencial. Assim, o objetivo do estudo foi identificar as características socioeconômicas e clínicas das mães com filhos diagnosticados com Sífilis Congênita. Trata-se de um estudo transversal, realizado com fichas de notificação de sífilis congênita, no período de 2010 a 2017 em uma região de saúde do Nordeste brasileiro, totalizando 522 casos. Identificou-se um percentual de transmissão vertical maior nas mulheres jovens, com idade mediana de 23 anos, 92% (f= 480) das mães se declararam como parda, 75,7% (f= 395) eram donas de casa, e 44,1% (f = 230) possuíam escolaridade da 5ª a 8ª série incompleta. No que concerne as características clínicas, verificou-se que 94,6% (f= 494) realizaram pré-natal, porém, menos da metade (46,9%; f= 245) foi diagnosticada no mesmo período, bem como 55,6% (f = 290) receberam tratamento inadequado da sífilis. Observou-se também, no que diz respeito a associação das características dessas gestantes e o pré-natal, uma diferença significativa no “diagnóstico de sífilis materna” (p: 0,001) e “esquema de tratamento” (p: 0,0001). Dessa forma, os resultados deste estudo são essenciais para o planejamento de saúde dos municípios, em que se reforça, a importância desses indicadores e das situações de vulnerabilidades durante o acompanhamento pré-natal, sendo oportuno ainda, momentos de educação permanente com os profissionais, afim de que os mesmos reconheçam o uso desses achados como ferramentas para a prática em saúde.

Palavras-chave: Perfil de Saúde. Mães. Sífilis Congênita.

INTRODUÇÃO

A Sífilis Congênita (SC) é considerada uma doença antiga, com tratamento e diagnóstico bem estabelecidos e de baixo custo, porém a Organização Mundial de Saúde (OMS) a considera ainda como problema de saúde pública, uma vez que das diversas doenças transmissíveis no ciclo grávido-puerperal, a sífilis é aquela com maior taxa de transmissão^{1,2}.

De 1998 a junho de 2019, foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) 214.891 casos de SC em menores de um ano de idade, dos quais 95.353

(44,4%) eram residentes na Região Sudeste, 64.991 (30,2%) no Nordeste, 24.343 (11,3%) no Sul, 18.119 (8,5%) no Norte e 11.979 (5,6%) no Centro-Oeste³.

Desde 2010 o Ceará registra incidência de SC superior à taxa de detecção da sífilis em gestante. De 2010 a agosto de 2018, foram notificados no SINAN 10.406 casos de SC em <1 ano. Observa-se aumento progressivo na taxa de incidência de SC: em 2010 foram 6,1 casos/1.000 nv e em 2018 foram 13,0 casos/1.000 nv. É válido salientar que essas taxas são maiores que as

DOI: 10.15343/0104-7809.201944585594

*Universidade Estadual do Ceará - UECE. Fortaleza - CE, Brasil.

**Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA. Sobral - CE, Brasil.

E-mail: mayaravasconcelos92@hotmail.com

encontradas no Brasil⁴.

Ressalta-se também, que essa infecção durante a gestação pode implicar consequências como aborto, natimorto, parto prematuro, morte neonatal e manifestações congênitas precoces ou tardias. Não existe vacina contra sífilis e a infecção prévia não confere imunidade protetora. Portanto, a pessoa pode se reinfectar a cada vez que for exposta, o que justifica o rastreamento mais frequente durante a gestação⁵.

No Brasil existem diretrizes para prevenção, diagnóstico e tratamento da sífilis, e seu modelo de vigilância epidemiológica é baseado na notificação compulsória dos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, de modo que a SC e sífilis em gestantes, compõem o grupo de doenças de notificação compulsória e, portanto, devem ser notificadas no SINAN, desde 1986 e 2005, respectivamente⁶. Com isso, ainda se busca o controle da transmissão vertical da sífilis, meta proposta pela OMS em 2010, que prevê melhorias na consulta pré-natal, com diagnóstico precoce da sífilis gestacional e tratamento adequado da gestante e do parceiro^{7,8}.

Há evidências científicas que a ocorrência da SC pode estar relacionada às fragilidades dos serviços de saúde, visto que o rastreamento da sífilis não é realizado conforme preconizado, não tendo uma cobertura adequada da assistência às gestantes no pré-natal^{9,10}. Ademais, as características maternas também vêm se associando à ocorrência da SC. Em estudo de base nacional, foi identificada associação dos casos de SC em mulheres na faixa etária de 20 a 34 anos, com a menor escolaridade, cor da pele preta, sem atividade remunerada, início tardio do pré-natal e menor número de consultas, exames sorológicos e tratamento inadequado⁸.

Diante disso, compreende-se que a SC é passível de prevenção quando a gestante infectada por sífilis é tratada adequadamente. Logo, a maior forma de prevenção é a detecção precoce no pré-natal da gestante com sífilis

e o tratamento adequado, desenvolvendo, também, ações voltadas para as populações mais vulneráveis, se concentrando na promoção do sexo seguro, educação sobre a saúde das mulheres grávidas, conscientização das IST para as mulheres em sua idade reprodutiva e seus parceiros, bem como fortalecer o vínculo com essa população¹¹.

Verifica-se, assim, a necessidade de reduzir a incidência de sífilis na gestação e, conseqüentemente a transmissão vertical. Para isso, é relevante conhecer o contexto no qual as gestantes que transmitem sífilis para seus filhos estão inseridas, uma vez que é primordial o desenvolvimento de ações de saúde a partir dos aspectos sociais, culturais e econômicos, orientando, assim, a assistência dos gestores e profissionais da saúde conforme as especificidades dessa população.

Dessa forma, será possível aperfeiçoar as medidas de prevenção da doença e promoção da saúde de gestantes e crianças, qualificando a prática em saúde, assim como o processo de gestão. Com isso, este estudo teve o objetivo de identificar as características socioeconômicas e clínicas das mães com filhos diagnosticados com Sífilis Congênita em uma região de saúde do Nordeste brasileiro.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional, transversal, com abordagem quantitativa. Teve como cenário a 11^a Região de Saúde do estado do Ceará, que se situa ao Norte e é formada por 24 municípios, a saber: Alcântaras, Cariré, Catunda, Coreaú, Forquilha, Frecheirinha, Graça, Groaíras, Hidrolândia, Ipu, Irauçuba, Massapê, Meruoca, Moraújo, Mucambo, Pacujá, Pires Ferreira, Reriutaba, Santa Quitéria, Santana do Acaraú, Senador Sá, Sobral, Uruoca e Varjota (Figura 1).

A escolha dessa Região de Saúde como campo a ser estudado se deu de forma intencional, e deve-se ao número de casos de SC ainda presentes nos municípios desse território. No ano de 2017, a região estudada se apresentou como a sexta Região de Saúde com maior incidência de SC dentre as 22 regiões do estado do Ceará⁴. Destaca-se também, por apresentar uma diversidade nas características sociais, econômicas e culturais nos municípios pertencentes, proporcionando um olhar ampliado acerca da investigação da taxa de incidência da SC entre esses municípios e das variáveis aqui estudadas.

A população foi composta por todas as mães com filhos diagnosticados com SC nos municípios que compõem a 11^a Região de Saúde do Ceará, no período de janeiro de 2010 a dezembro de 2017. Investigaram-se os casos notificados a partir de 2010, considerando que, no Brasil nesse período houve um progressivo aumento na taxa de incidência de sífilis². A coleta de dados ocorreu no período de julho de 2018 a janeiro de 2019.

Os dados foram coletados por meio de informações colhidas na Ficha de Notificação/ Investigação da SC, via acesso ao banco de dados disponibilizado pelo SINAN da regional. Selecionaram-se as variáveis relacionadas às características socioeconômicas e clínicas das mães: data da notificação; município de notificação; data do diagnóstico; município de residência/ Bairro/ logradouro/ número/ complemento/ zona; idade da mãe (< 14; 15 - 24; 25 - 34; 35 - 44); raça/cor da mãe (branca; preta; amarela; parda); ocupação da mãe (agropecuária; indústria; comércio; serviços; dona de casa; estudante; professor; desempregado); escolaridade (analfabeta; 1^a a 4^a série incompleta; 4^a série completa; 5^a a 8^a série incompleta; ensino fund. completo; ensino médio incompleto; ensino médio completo; educação superior incompleta; educação

superior completa); realização de pré-natal nesta gestação (sim; não); diagnóstico de sífilis materna (durante o pré-natal; no momento do parto/curetagem; após o parto; não realizado); teste confirmatório treponêmico no parto/curetagem (reagente; não reagente; não realizado); teste não treponêmico no parto/curetagem (reagente; não reagente; não realizado); esquema de tratamento (adequado; não adequado; não realizado); parceiro (s) tratado (s) concomitantemente à gestante (sim; não).

Os dados foram inseridos em planilha eletrônica, organizados por meio do software Excel 2017 e, em seguida, processados e analisados com a utilização do software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 23.

As variáveis foram expressas por meio de frequência e porcentagem, sendo realizadas medidas de tendência central e de dispersão, especificamente, média, mediana e desvio padrão, porém ao testar a normalidade pelo Teste de Kolmogorov-Smirnov, a variável idade mostrou distribuição assimétrica, considerando-se a mediana (percentil 50).

Nesse momento, optou-se por realizar inicialmente a análise descritiva das características das mulheres, e posteriormente verificou-se a relação das características socioeconômicas e clínicas das mães de filhos diagnosticados com Sífilis Congênita conforme a realização do pré-natal nos municípios, visto que, como já apontado, o pré-natal é o principal programa de acompanhamento das gestantes e de prevenção da transmissão da sífilis da mãe para o filho. Sendo aplicado ainda, o teste de Razão de Verossimilhança para identificar a relação entre as variáveis categóricas. Desenvolveram-se os testes estatísticos com um nível de significância $p < 0,05$ e, portanto, confiança de 95%.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), com número de parecer 3.377.307.



Fonte: Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, 2014.

Figura 1– Divisão territorial da 11ª Região de Saúde do Ceará, de acordo com o processo de regionalização da saúde do referido estado. Sobral, Ceará, Brasil.

Observou-se também, no que diz respeito a associação das características das mães de filhos com SC e o pré-natal (Tabela 2), uma significância estatística com o “diagnóstico de sífilis materna” ($p: 0,001$) e “esquema de tratamento” ($p: 0,0001$).

Tabela 1– Análise descritiva das características socioeconômicas e clínicas das mães com filhos diagnosticados com Sífilis Congênita nos municípios da 11ª Regional de Saúde de 2010 a 2017. Sobral, Ceará, Brasil.

Variáveis	f	%	
Faixa etária*	<14	9	1,7
	15-24	284	54,4
	25-34	184	35,3
	35-44	35	6,7
	Ignorado	10	1,9
Raça/Cor da mãe	Branca	31	5,9
	Preta	4	0,8
	Amarela	1	0,2

continua...

RESULTADOS

Na 11ª Região de Saúde do estado do Ceará, no período de janeiro de 2010 a dezembro de 2017 foram notificados 522 casos de SC no SINAN. Em relação às características socioeconômicas e clínicas das mães dessas crianças diagnosticadas com SC (Tabela 1), 54,94% ($f= 284$) compreendiam a faixa etária entre 15 e 24 anos, com idade mediana de 23 anos, 92% ($f= 480$) das mães se declararam como parda, 75,7% ($f= 395$) eram donas de casa e 44,1% ($f= 230$) possuíam escolaridade da 5ª a 8ª série incompleta.

A respeito do pré-natal, 94,6% ($f= 494$) dessas mulheres realizaram acompanhamento no período gestacional, porém, menos da metade (46,9%; $f= 245$) recebeu diagnóstico de sífilis no mesmo período. Com relação aos testes confirmatórios aplicados no parto/curetagem, 78% ($f= 407$) das mulheres não foram testadas com o teste treponêmico, mas 92% ($f= 480$) das mulheres realizaram o teste não treponêmico no parto/curetagem.

Nesse estudo, apesar de um grande percentual das mulheres terem realizado pré-natal na gestação dos filhos com SC, mais da metade (55,6%; $f= 290$), recebeu tratamento inadequado da sífilis, e 16,1% ($f= 84$) não foram tratadas, bem como 66,1% ($f= 345$) dos parceiros não o realizaram concomitantemente com as gestantes.

Variáveis	f	%	
	Parda	480	92,0
	Ignorada	6	1,1
Ocupação da mãe**	Agropecuária	4	0,8
	Indústria	12	2,3
	Comércio	6	1,1
	Serviços	8	1,5
	Dona de Casa	395	75,7
	Estudante	34	6,5
	Professor	2	0,4
	Desempregado	2	0,4
	Ignorado	59	11,3
Escolaridade da mãe	Analfabeta	10	1,9
	1ª a 4ª série incompleta	25	4,8
	4ª série completa	21	4,0
	5ª a 8ª série incompleta	230	44,1
	Ensino fund. completo	41	7,9
	Ensino médio incompleto	38	7,3
	Ensino médio completo	37	7,1
	Educação superior incompleta	1	0,2
	Educação superior completa	4	0,8
	Ignorado	114	21,8
	Não se aplica	1	0,2
Realizou pré-natal nesta gestação	Sim	494	94,6
	Não	8	1,5
	Ignorado	20	3,8
Diagnóstico de sífilis materna	Durante o pré-natal	245	46,9
	No momento do parto/curetagem	153	29,3
	Após o parto	93	17,8
	Não realizado	2	0,4
	Ignorado	29	5,6
Teste confirmatório treponêmico no parto/curetagem	Reagente	41	7,9
	Não reagente	10	1,9
	Não realizado	407	78,0
	Ignorado	64	12,3
Teste não treponêmico no parto/curetagem	Reagente	480	92,0
	Não reagente	12	2,3
	Não realizado	10	1,9
	Ignorado	20	3,8
Esquema de tratamento	Adequado	65	12,5
	Inadequado	290	55,6
	Não realizado	84	16,1
	Ignorado	83	15,9
Parceiro (s) tratado concomitantemente com a gestante	Sim	86	16,5
	Não	345	66,1
	Ignorado	91	17,4

*Idade: Mediana: 23 anos **Categorização das ocupações conforme setores das atividades instituídas pelo Ministério do Trabalho e Emprego (MTE).

Tabela 2– Associação entre as características socioeconômicas e clínicas das mães com filhos diagnosticados com Sífilis Congênita e o pré-natal nos municípios da 11ª Regional de Saúde de 2010 a 2017. Sobral, Ceará, Brasil.

		Realizou Pré-natal nesta gestação				p
		Sim		Não		
		f	%	f	%	
Faixa etária	< 14	6	85,7	1	14,3	0,079*
	15 – 24	273	99,3	2	0,7	
	25 – 34	175	97,2	5	2,8	
	35 – 44	34	100,0	0	0,0	
Raça/Cor da mãe	Branca	29	96,7	1	3,3	0,891*
	Preta	4	100,0	0	0,0	
	Amarela	1	100,0	0	0,0	
	Parda	457	98,5	7	1,5	
Ocupação da mãe**	Agropecuária	4	0,9	0	0,0	0,997*
	Indústria	12	2,7	0	0,0	
	Comércio	6	1,3	0	0,0	
	Serviços	8	1,8	0	0,0	
	Dona de casa	379	85,2	5	100,0	
	Estudante	32	7,2	0	0,0	
	Professores	2	0,4	0	0,0	
	Desempregado	2	0,4	0	0,0	
Escolaridade	Analfabeta	8	80,0	2	20,0	0,164*
	1ª a 4ª série incompleta	25	100,0	0	0,0	
	4ª série completa	21	100,0	0	0,0	
	5ª a 8ª série incompleta	219	99,1	2	0,9	
	Ensino fund. completo	41	100,0	0	0,0	
	Ensino médio incompleto	38	100,0	0	0,0	
	Ensino médio completo	35	97,2	1	2,8	
	Educação superior incompleta	1	100,0	0	0,0	
	Educação superior completa	4	100,0	0	0,0	
Diagnóstico de Sífilis Materna	Durante o pré-natal	243	100,0	0	0,0	0,001*
	No momento do parto/curetagem	139	96,5	5	3,5	
	Após o parto	89	98,9	1	1,1	
	Não realizado	1	50,0	1	50,0	
Teste confirmatório treponêmico no parto/curetagem	Reagente	40	100,0	0	0,0	0,436*
	Não reagente	9	100,0	0	0,0	
	Não realizado	386	98,2	7	1,8	
Teste não treponêmico no parto/curetagem	Reagente	455	98,3	8	1,7	0,669*
	Não reagente	12	100,0	0	0,0	
	Não realizado	9	100,0	0	0,0	
Esquema de tratamento	Adequado	65	100,0	0	0,0	0,0001*
	Não adequado	282	99,6	1	0,4	
	Não realizado	75	92,6	6	7,4	
Parceiro (s) tratado concomitante com a gestante	Sim	86	100,0	0	0,0	0,073*
	Não	331	97,9	7	2,1	

* Razão de verossimilhança; **Categorização das ocupações conforme setores das atividades instituídas pelo Ministério do Trabalho e Emprego (MTE).

DISCUSSÃO

Neste estudo, foi evidenciado um maior percentual de transmissão vertical da sífilis nas mulheres jovens em idade reprodutiva, pardas, donas de casa e com baixo nível de escolaridade, em que quase todas tiveram a oportunidade de serem atendidas pelo pré-natal, porém a minoria recebeu diagnóstico da Sífilis no mesmo período, e conseqüentemente não receberam tratamento adequado, assim como seus respectivos parceiros.

Esses achados se assemelham com o contexto do país, no Brasil os maiores percentuais de casos de SC, em 2017, ocorreram em crianças cujas mães tinham entre 20 e 29 anos de idade (53,4%). Em relação à raça/cor das mães das crianças com SC, a maioria se declarou como parda (56,8%), e uma expressiva quantidade das mães também apresentava escolaridade da 5ª à 8ª série incompleta. Com relação ao acesso ao pré-natal, 81,8% dessas mães fizeram pré-natal, enquanto que 13,1% não o fizeram¹².

Pesquisa desenvolvida em seis unidades federativas do Brasil, a mediana de idade também foi de 23 anos no Ceará, Amazonas e Rio de Janeiro¹³. Em estudo realizado no Hospital de Bogotá na Colômbia evidenciou que 83,6% das gestantes acometidas pela sífilis possuem entre 18 e 35 anos¹⁴. No Japão, estudo relatou a ocorrência de uma taxa crescente de SC maior nas mulheres com faixa etária de 20 a 29 anos¹⁵. Com isso, constata-se que tanto a região estudada, como em outras regiões nacionais e internacionais apresentam ocorrência de uma taxa de SC maior nas mulheres predominantemente jovens.

A similaridade de resultados também aconteceu em outras localidades, de modo que muitas mulheres que possuem filhos com diagnóstico de SC apresentavam trabalhos domésticos, e as mulheres pertencentes à raça branca possuem valor de proteção para esse agravo¹⁶. Em estudo realizado em Sergipe, 85% das mulheres também se declararam pardas¹⁷,

assim como o Rio Grande do Sul, e um município do Ceará, a maioria dessas mães tinha o ensino fundamental incompleto ou eram analfabetas^{11,18}.

Diante disso, é possível identificar que há uma predominância dessas características socioeconômicas em várias regiões, configurando, dessa forma, que mulheres que possuem esse perfil encontram-se mais vulneráveis a transmissão da doença para seus filhos, visto que, possivelmente é uma população prejudicada pela existência de determinantes sociais que, por vezes, precisam ser reforçadas no planejamento em saúde.

Em referência ao acompanhamento realizado durante o pré-natal e parto, a pesquisa identificou fragilidade na qualidade da assistência prestada às mulheres que transmitiram de forma vertical a sífilis para seus filhos, em virtude de não possibilitarem um diagnóstico oportuno da doença, e tratamento como é preconizado. Conforme o Ministério da Saúde (MS), a testagem para sífilis é orientada na primeira consulta de pré-natal, idealmente no 1º trimestre, no início do 3º trimestre (a partir da 28ª semana), no momento do parto ou em caso de aborto, exposição de risco e violência sexual¹⁹.

Salienta-se ainda que, quando o Teste Rápido (TR) treponêmico for utilizado como o primeiro teste, nos casos reagentes, uma amostra de sangue venoso deverá ser coletada e encaminhada para realização de um teste não treponêmico laboratorial e definição do diagnóstico, bem como o mesmo deve ser preferencialmente executado na gestante no momento do parto¹⁹. Neste estudo, os dados revelaram que o teste não treponêmico foi priorizado pelos serviços de saúde.

Desvela-se também, a importância do momento do diagnóstico de sífilis materna, bem como o esquema de tratamento, que ao realizar associação com o pré-natal, apresentaram diferenças significativas, confirmando-se, assim,

como condições imprescindíveis na eliminação da SC. O MS refere que a penicilina benzatina é a única opção segura e eficaz para tratamento adequado das gestantes, sendo a prescrição realizada conforme o estágio clínico. Logo, é importante reforçar que quanto mais precoce esse diagnóstico, mais efetivo será o tratamento da sífilis, pois mais rapidamente haverá desaparecimento dos anticorpos circulantes e consequente negatização dos testes não treponêmicos, ou, ainda, sua estabilização em títulos baixos¹⁹.

Assim como os municípios em estudo, uma cidade no estado do Maranhão apresentou resultados semelhantes, em que o diagnóstico da infecção materna ocorreu, sobretudo, durante o parto ou curetagem, o que se mostrou tardio e configurou falha na assistência pré-natal para o manejo correto da infecção²⁰.

Do mesmo modo, os achados identificaram que a maioria das gestantes não receberam tratamento adequado e seus parceiros não foram tratados concomitantemente. Essas informações também se revelaram em outros estados e municípios brasileiros. Em Santa Maria no Rio Grande do Sul, 71,7% dos tratamentos de sífilis materna foram considerados como inadequados, parte importante não realizou o tratamento (18,0%) e 48,5% não tiveram seus parceiros tratados ao longo da série histórica (2007-2016)²¹. Entre os anos de 2008 e 2013, na cidade de Belém, estado do Pará, o tratamento para sífilis na gestação das mães também se apresentou inadequado ou incompleto em 64,8% dos casos, e praticamente todos os parceiros não realizaram tratamento (98%)²².

Com isso, nota-se uma debilidade durante o processo de acompanhamento pré-natal, em que é preciso uma visibilidade da gestão em saúde quanto aos resultados apresentados, com o propósito de investigar as fragilidades no processo de trabalho. Nesse contexto, é evidente a necessidade de capacitação dos profissionais quanto ao protocolo de seguimento da sífilis, a partir da Política de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), como uma forma de promover

a transformação das práticas do trabalho em saúde²³.

Destaca-se também, a disponibilidade de uma estrutura de trabalho adequada, visto que os profissionais precisam de um fluxo organizacional, de equipes interprofissionais, e insumos suficientes durante a assistência. Para que assim, seja possível realizar busca ativa com qualidade, ir de encontro à essas mulheres, promover os cuidados essenciais nessa fase do ciclo vital, e juntamente a isso, estabelecer um contato efetivo com os parceiros sexuais, com o intuito de garantir que essas gestantes não sejam reinfectadas, e principalmente, que não haja transmissão para o feto.

Somado a isso, é primordial a sensibilização das equipes de saúde no momento desse atendimento, no que diz respeito a todas as situações de vulnerabilidades nas quais essas gestantes estejam envolvidas, principalmente nas ações da Atenção Primária à Saúde (APS). Contudo, é válido salientar que vínculos entre todos os serviços da Rede de Atenção à Saúde (RAS) devem existir, pois através de uma comunicação efetiva entre os profissionais, é possível prestar um cuidado integral à essas mulheres, contribuindo com as medidas de enfrentamento da SC.

Sob este prima, é oportuno considerar os fatores sociodemográficos, comportamentais e de cuidado à saúde, uma vez que estes estão associados à ocorrência de sífilis em mulheres e devem ser levados em consideração na elaboração de estratégias universais voltadas à prevenção e controle da sífilis, mas com enfoque nas situações de maior vulnerabilidade²⁴.

Logo, este levantamento descritivo das características de gestantes com sífilis é imprescindível para o direcionamento de estratégias, adequando assim, a assistência à essas mulheres de acordo com suas especificidades. Entretanto, ressalta-se que é essencial uma investigação com uma análise multivariada, verificando o efeito multicausal no desfecho da transmissão vertical da sífilis.

CONCLUSÃO

O estudo identificou as características socioeconômicas e clínicas das mães com filhos diagnosticados com SC em uma região de saúde do Nordeste brasileiro, em que se concluiu que os achados foram similares em outras regiões, inclusive em territórios internacionais, identificando-se assim, que as gestantes predominantemente jovens, pardas, donas de casa e com baixa escolaridade encontraram-se mais vulneráveis à transmissão da doença para seus bebês.

Ao relacionar as características estudadas e o pré-natal, o diagnóstico da sífilis materna e o esquema de tratamento apresentaram associação significativa, reforçando a importância de ambos no acompanhamento das gestantes para o controle da SC. Nesse momento, verificou-se, que a maioria das

gestantes não tiveram um diagnóstico de sífilis materna em tempo adequado, nem o tratamento foi realizado conforme é preconizado.

Dessa forma, os resultados deste estudo são essenciais para o planejamento de saúde dos municípios, em que se reforça, a importância desses indicadores e das situações de vulnerabilidades durante o acompanhamento pré-natal, sendo oportuno ainda, momentos de educação permanente com os profissionais, afim de que os mesmos reconheçam o uso desses achados como ferramentas para a prática em saúde.

Ressalta-se que por depender de dados secundários, a pesquisa possui algumas limitações: a possibilidade de subnotificações de SC, bem como algumas variáveis apresentarem o preenchimento do campo “ignorado” na ficha de notificação.

REFERÊNCIAS

1. Andrade ALMB, Magalhães PVVS, Moraes MM, Tresoldi AT, Pereira RM, et al. Diagnóstico tardio de sífilis congênita: uma realidade na atenção à saúde da mulher e da criança no Brasil. *Rev Paul Pediatr.* 2018;36(3):376-381. ISSN 19840462. <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2018;36;3;00011>. Disponível: <https://www.scielo.br/pdf/rpp/v36n3/0103-0582-rpp-2018-36-3-00011.pdf> Acesso em nov 2020.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Brasília: Ministério da Saúde; 2016.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico Especial. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Ano V, Nº 01. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.
4. Ceará. Boletim Epidemiológico - Sífilis. Coordenadoria de Promoção e Proteção à Saúde Núcleo de Vigilância Epidemiológica. Ceará: Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, 2018.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical de HIV, Sífilis e hepatites virais. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
6. Lima VC, Mororó RM, Feijão DM, Frota MVV, Martins MA, Ribeiro SM, Linhares MSC. Percepção de mães acerca da sífilis congênita em seu conceito. Espaço para a Saúde - R. Saúde Públ Paraná. 2016;1(2):118-125. <https://doi.org/10.22421/1517-7130.2016v17n2p118>. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/312364459_Percepcao_de_maes_acerca_da_sifilis_congenita_em_seu_concepto Acesso em nov 2020.
7. Organización Mundial de la Salud. Organización Panamericana de la Salud (OPAS). Marco para la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH, la sífilis, la hepatitis y la enfermedad de Chagas. Washington, D.C.: Organización Mundial de la Salud, 2017. ISBN: PAHO/CHA/17-009. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34306> Acesso em mai 2019.
8. Domingues RMSM, Leal MC. Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis: dados do estudo Nascer no Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2016; 32(6). <https://doi.org/10.1590/0102-311X00082415>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v32n6/1678-4464-csp-32-06-e00082415.pdf> Acesso em mai 2019.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Boletim epidemiológico: Sífilis. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2016/59209/2016_030_sifilis_publicacao2_pdf_51905.pdf Acesso em jul 2019.
10. Tinajeros F, Rey Ares L, Elías V, Reveiz L, Sánchez F, Mejía M, et al. Barreras del personal de salud para el tamizaje de sífilis en

- mujeres embarazadas de la Red Los Andes, Bolivia. *Rev Panam Salud Publica*. 2017;41:e21
11. Silva MAM, Martins KMC, Naka AAR, Vasconcelos MN, Araújo Júnior, DGA. Profile of pregnant women diagnosed with syphilis. *DST J. bras. Doenças Sex Transm*, 2017;29(2):54-58. ISSN: 0103-4065. <https://doi.org/10.5533/DST-2177-8264-201729205>.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico: Sífilis. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais (DIAHV). Volume 49, Nº 45. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.
13. Saraceni V, Pereira GFM, Silveira MF, Araujo MAL, Miranda AE. Vigilância epidemiológica da transmissão vertical da sífilis: dados de seis unidades federativas no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2017; 41: e44.
14. Cifuentes MYC, Enríquez CV. Sífilis congênita enel Instituto Materno Infantil-Hospital la Victoria, Bogotá. *Rev Salud Pública*. 2013; 15(3):434-445. ISSN 0124-0064. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0124-00642013000300010 Acesso em jul 2019.
15. Kamb ML, Taylor MM, Ishikawa, N. Rapid Increases in Syphilis in Reproductive Aged Women in Japan: A Warning for Other Countries? *Sex Transm Dis*. 2018; 45(3):144-146. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6756477/> Acesso em jul 2019.
16. Mendes, IG. Fatores associados à ocorrência de Sífilis Congênita: um estudo caso-controle. [dissertação]. Fortaleza: (Programa de Pós-Graduação em Enfermagem) Universidade Federal do Ceará (UFC); 2016.
17. Silveira KB. Epidemiologia e Distribuição Espacial da Sífilis Congênita em Sergipe. [dissertação]. Sergipe: (Programa de Pós-Graduação em Biologia Parasitária) Universidade Federal de Sergipe; 2018.
18. Teixeira LO, Belarmino V, Gonçalves CV, Mendoza-Sassi RA. Tendência temporal e distribuição espacial da sífilis congênita no estado do Rio Grande do Sul entre 2001 e 2012. *Ciênc Saúde Col*. 2018; 23(8):2587-2597. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018238.25422016>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000802587 Acesso em jul 2019.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical de HIV, Sífilis e hepatites virais. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.
20. Conceição HN, Câmara JT, Pereira BM. Análise epidemiológica e espacial dos casos de sífilis gestacional e congênita. *Saúde Debate*. 2019; 43(123): 1145-1158. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912313>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v43n123/0103-1104-sdeb-43-123-1145.pdf> Acesso em jun 2020.
21. Couto MS, Costa LS, Libera, PB, Dias JB, Quatrin LB. Perfil Epidemiológico da Sífilis Gestacional e Congênita do município de Santa Maria/RS entre os anos de 2007 e 2016. *Disciplinarum Scientia. Série: Ciências da Saúde*. 2018; 19(3):415-423.
22. Lafetá KRG, Martelli Júnior H, Silveira MF, Paranaíba, LMR. Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle. *Rev. bras. epidemiol*. 2016;19(1):63-74. ISSN 1415-790X. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201600010006>.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde - 1. ed. Rev Brasília: Ministério da Saúde, 2018. ISBN 978-85-334-2649-8. Disponível em: https://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf Acesso em nov 2020.
24. Macêdo VC, Lira PIC, Frias PG, Romaguera LMD, Caires SFF, Ximenes RAA. Risk factors for syphilis in women: case-control study. *Rev Saud Pub*. 2017;51:78.

Recebido em maio de 2020.
Aceito em novembro de 2020.