



ISSN: 2230-9926

Available online at <http://www.journalijdr.com>

IJDR

International Journal of Development Research

Vol. 11, Issue, 05, pp. 46916-46922, May, 2021

<https://doi.org/10.37118/ijdr.21908.05.2021>



RESEARCH ARTICLE

OPEN ACCESS

AVALIAÇÃO DA DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL DA SÍFILIS GESTACIONAL E CONGÊNITA NA REGIÃO NORTE E NORDESTE

Debora Gabrielly Neves Gonçalves*, Evelize Silva Mezzomo, Delize Silva Mezzomo, Julianna Rodrigues Carvalho, Larissa Da Costa Kalif De Souza and Maria Helena Rodrigues de Mendonça

Centro Universitário Metropolitano da Amazônia, Belém, Pará, Brasil

ARTICLE INFO

Article History:

Received 20th February, 2021
Received in revised form
26th March, 2021
Accepted 11th April, 2021
Published online 22th May, 2021

Key Words:

Sífilis, Epidemia, Sífilis Congênita, Vigilância Epidemiológica.

*Corresponding author:

Debora Gabrielly Neves Gonçalves

ABSTRACT

Objetivo: Descrever a distribuição espacial da sífilis gestacional e congênita nas regiões Norte e Nordeste. **Métodos:** Trata-se de um estudo observacional, de aspecto transversal e descritivo, abrangendo quantitativos os indicadores: percentagem de cobertura de Estratégia Saúde da Família (ESF) e taxa de detecção/100mil habitantes, de 2010 a 2019. **Resultados:** Foi observando crescimento constante da síf. em gestante, com maior taxa no Norte em 2019 (92,5); Nordeste em 2018 (52,4). Para síf. Congênita, houve diminuição de 2018 para 2019, todavia, ainda expressivo: Norte 673,1 e Nordeste 817,7. Nos estados, a síf. Congênita foi superior a gestacional nos estados do Nordeste e no Norte (PA/413,3; RO/275,5; TO/715,4). O mesmo perfil social foi observado nas regiões: faixa etária entre 15 a 29 anos, baixa escolaridade e diagnóstico no terceiro trimestre, na sífilis primária. Quanto à cobertura de ESF em municípios com alta detecção, foram observados 33,3% dos municípios com baixa cobertura em ambas as regiões. **Conclusão:** Foi observado aumento no número de casos de sífilis nas regiões, com predomínio na faixa entre 15 a 29 anos com baixa escolaridade e abordagem precoce no diagnóstico da doença, além da baixa cobertura da ESF para alguns municípios.

Copyright © 2021, Ana Carla Vaz Porto. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Citation: Debora Gabrielly Neves Gonçalves, Evelize Silva Mezzomo, Delize Silva Mezzomo, Julianna Rodrigues Carvalho, Larissa Da Costa Kalif De Souza and Maria Helena Rodrigues de Mendonça, 2021. "Avaliação da distribuição espacial da sífilis gestacional e congênita na região norte e nordeste", *International Journal of Development Research*, 11, (05), 46916-46922.

INTRODUÇÃO

Identificada em 1906, a Sífilis é uma doença de notificação compulsória, considerada um problema de saúde pública mundial e trata-se de uma infecção contagiosa, crônica e, em sua maioria, assintomática, favorecendo a cadeia de transmissão (Brasil, 2014; 2020). É causada pela bactéria *Treponema pallidum*, exclusivamente humano que, em sua morfologia, trata-se de um espiroqueta fino e espiralado (10 a 15 espiras), com cerca de 8 micrômetros de comprimento e, fisiologicamente, apresenta alta sensibilidade às variações ambientais, como temperatura e umidade, além de não ser cultivável *in vitro*, por não apresentar resistência a meios desinfetantes (Cooper *et al.*, 2016; Freitas *et al.*, 2021). A transmissão ocorre, essencialmente, por via sexual (oral, vaginal e/ou anal), além da transmissão vertical, sendo essa com taxa de mortalidade fetal acima de 40% (Brasil, 2020; Freitas *et al.*, 2021). Em ambos os casos, se não identificada e tratada a tempo, a doença pode evoluir para complicações graves, sobretudo, a morte. Sem um tratamento adequado, a sífilis gestacional pode causar aborto espontâneo, morte intrauterina, nascimento pré-termo, má formação em múltiplos órgãos, óbito perinatal e manifestações clínicas precoces ou tardias da sífilis congênita (Brasil, 2020, Neves *et al.*, 2021).

Em 2016, a Assembleia Mundial de Saúde instituiu uma estratégia global de saúde às Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's), no período de 2016 a 2021, a qual estabelece a expansão de intervenções e serviços para controlar as IST e minimizar seu impacto como problema de saúde pública até 2030 (OMS, 2017). No entanto, de acordo com a OMS, em 2018, foi registrada mais de 12 milhões de casos no mundo e, em nível de Brasil, entre 2009 a 2018, aproximadamente 247.583 casos de gestantes diagnosticadas com sífilis, dos quais 59,6% (147.614) eram ocorrências de sífilis congênita (Brasil, 2019). No mais, a partir do Sistema de Informação de Agravos de Notificação, em 2019 foi notificada 61.127 casos de sífilis em gestantes (taxa de detecção de 20,8/1.000), 24.130 sífilis congênita (incidência de 8,2/1.000) e 173 óbitos por sífilis congênita (mortalidade de 5,9/100.000) (Brasil, 2020), esses dados expõem que, apesar das estratégias, a sífilis permanece sendo um desafio aos sistemas de saúde em diversos países e contribui para o agravamento do delicado sistema público brasileiro que deve despender esforços por parte de autoridades da saúde e de gestores públicos tanto no tratamento quanto na prevenção da doença. Diante da realidade epidemiológica e clínica da doença e com intuito de conhecer e fornecer informações referentes ao perfil e distribuição espacial da sífilis gestacional e congênita do estado do Norte e Nordeste, faz-se

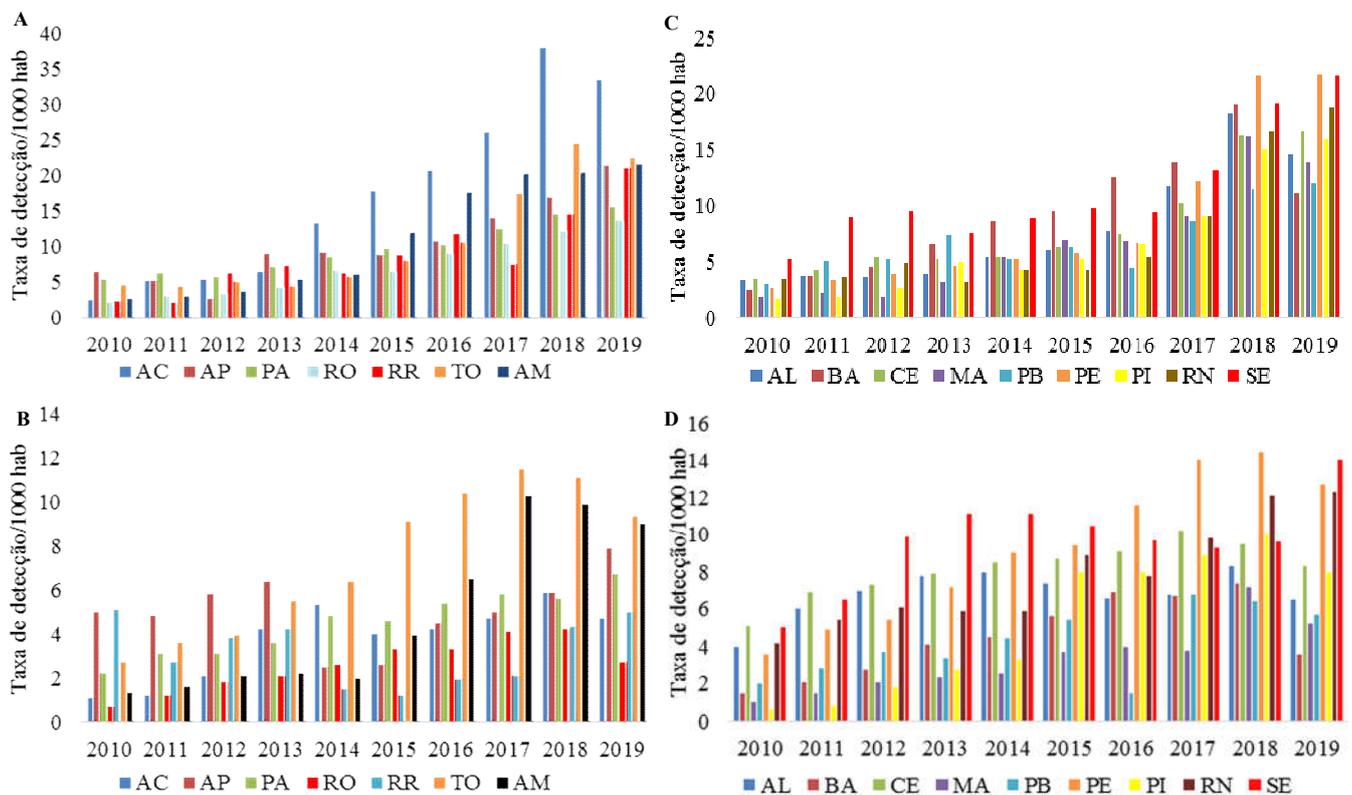
necessário a realização desse estudo, além de corroborar sua enorme contribuição no processo de territorialização que, de acordo com Munis *et al* (2021), é um instrumento diagnóstico em saúde e base à fundamentação do planejamento das ações, serviços e estratégias do sistema de saúde para o enfrentamento desta patologia, o qual apresenta-se, historicamente, desafiante no campo de ciência e intervenção em políticas sociais. Além disso, a relevância desse estudo atribui-se a necessidade de compreender o olhar da sociedade brasileira diante da contaminação por sífilis, uma IST que atualmente está relacionada a grandes complicações na saúde pública (BRASIL, 2020). Portanto, o presente estudo tem por objetivo descrever a distribuição espacial da sífilis gestacional e congênita nas regiões Norte e Nordeste.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional, de aspecto transversal, descritivo e analítico, abrangendo quantitativa dos indicadores: média da percentagem de cobertura de Estratégia Saúde da Família (ESF), taxa de detecção/100mil habitantes e dados básicos da sífilis entre gestantes e crianças, considerando as variáveis: faixa etária, escolaridade, classificação clínica e o trimestre gestacional, no período de 2010 a 2019, nas regiões Norte e Nordeste, destacando os estado e municípios que mais contribuíram para os indicadores.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com os dados do Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis, no período de 2010 a 2019, foram confirmados 32367 e 68121 casos de sífilis em gestantes; 14446 e 51974 de sífilis congênita no Norte e Nordeste, respectivamente. Considerando a taxa de detecção/1000hab da sífilis gestacional, a região Norte apresentou aumento durante todo período em alguns estados, com maior registro no em 2019 para Amazonas/AM (21,5), Amapá/AP (21,4), Roraima/RR (21,1), Pará/PA (15,6) e Rondônia/RO (13,6); no Nordeste, o perfil de crescimento foi similar para o Pernambuco/PE (21,8), Sergipe/SE (21,6), Rio Grande do Norte /RN (18,8), Ceará/CE (16,6), Piauí/PI (15,9) e Paraíba/PB (12,1) (Figura 1/A;C). Para sífilis congênita, segue o perfil de crescimento para o AP (7,4), PA (6,7), RR (5); SE (14,1) e RN (12,3) em 2019 (Figura 1/B; D). Ainda pode-se observar um registro constante casos para todos os estados e, de acordo com Boletins Epidemiológicos (BE) do Ministério da Saúde (MS) referente à sífilis em gestantes, esse aumento observado em alguns estados pode ser atribuído a uma mudança nos critérios para definição de casos a partir de 2017 tornando-se mais sensível, além da contribuição da ampliação do diagnóstico com a utilização de testes rápidos, no mais, quanto à sífilis congênita, atribui-se à maior especificidade do novo critério (BRASIL, 2020).



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

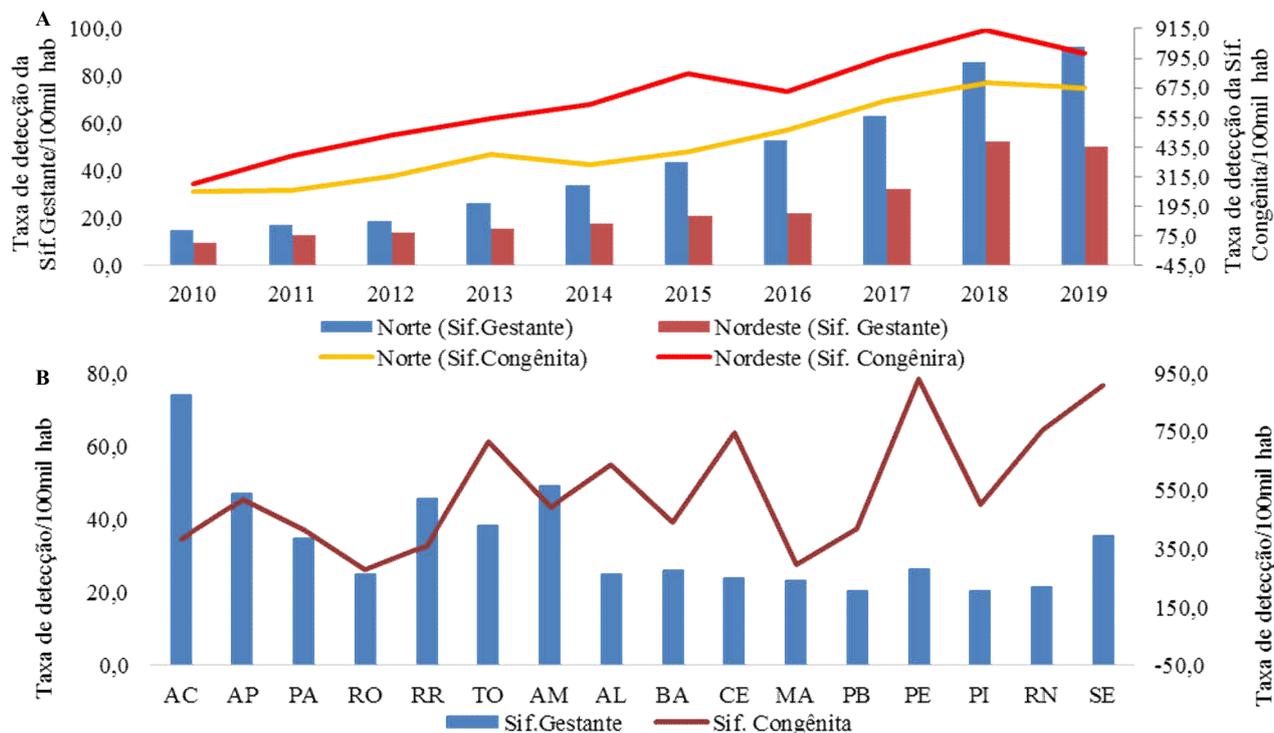
Figura 1. Distribuição da taxa de detecção de sífilis gestacional e congênita/1000 habitantes, no período de 2010 a 2019. Onde, A e B: taxa no Norte para sífilis gestacional e congênita, respectivamente; C e D: taxa no Nordeste para sífilis gestacional e congênita

Os dados foram extraídos pelo MS/SVS/Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis, no período de 2010 a 2019. Para obtenção da taxa de detecção, os casos de sífilis gestacional e congênita foram padronizados de acordo com a estimativa de população do IBGE, referente ao ano de 2020, para cada estado ou município; como numerador: a quantidade de casos por estado ou município e, denominador: população estimada x 100mil habitantes. Para obtenção das médias de percentagens da cobertura de ESF de 2010 a 2019, foi utilizado a Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE), de acordo com as cidades na da região Norte e Nordeste do Brasil que apresentaram maiores taxas na detecção da sífilis em gestante e congênita. Para coleta e elaboração de gráficos e tabelas, foram utilizados os softwares Excel 2016.

Segundo Figueiredo *et al* (2020), no Brasil, entre os anos de 2011 e 2014, houve um aumento de 3.124.910 testes rápido paratrigem da sífilis em gestantes, todavia, a distribuição não se apresentou de forma homogênea à quantidade estimada de gestantes nos estados, revelando limitações no acesso ao diagnóstico e, como consequência, diminuição no tratamento da sífilis na atenção básica em saúde. No mais, o autor expõe que o aumento da oferta de teste rápido em alguns municípios acompanha as maiores taxas de detecção sífilis gestacional, corroborando com as informações dos BE. Contudo, Neves *et al* (2021) ainda infere uma subnotificação dos casos devido a falha das redes de saúde em proporcionar um serviço adequado, gerando um aumento nos gastos públicos em problemas de fácil resolução.

Avaliando a taxa de detecção/100mil hab, considerando o Norte e Nordeste de forma geral, no período de 2010 a 2019, é visível o crescimento constante da síf. em gestante, com maior taxa no Norte em 2019 (92,5); Nordeste em 2018 (52,4). Para síf. Congênita, foi observado diminuição de 2018 para 2019, todavia, ainda apresenta-se de forma expressiva em menores de 1 ano: Norte 673,1 e Nordeste 817,7 (Figura 2/A). A nível estadual, a detecção da síf. Congênitafoi superior a gestacional, podendo inferir que o aumento do diagnóstico não seguiu a capacidade proporcional de tratamento em tempo adequado, resultando em uma maior taxa de sífilis congênita principalmente nos estados do Nordeste e no Norte para o PA (413,3), RO (275,5), TO(715,4) (Figura 2/B),

fator de risco direto às condições de saúde em diferentes localidades, no mais, em estados onde o nível de desigualdade e vulnerabilidade social são extremos, como os presentes no Norte e Nordeste, implementar política de saúde isoladas não são capazes de reduzir as iniquidades sociais e impactar nos indicadores de saúde e determinantes sociais em uma determinada população, portanto, refletindo no perfil encontrado nesse estudo (Duarte *et al.*, 2020; Silva *et al.*, 2020; Barbosa *et al.*, 2021). Em seu estudo, Figueiredo *et al* (2020) revelam entraves no acesso ao tratamento para sífilis em gestantes, permitindo inferir sua coligação aos resultados encontrados nesse estudo.



Fonte: MS/SVS/Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis

Figura 2. Distribuição da taxa de detecção de sífilis gestacional e congênita/100mil habitantes. Onde, A: taxa na região Norte e Nordeste para sífilis gestacional e congênita no período de 2010 a 2019; e B: total das taxas de sífilis gestacional e congênita nas Unidades Federativas do Norte e Nordeste de 2010 a 2019

Segundo Garbin *et al* (2019), a sífilis é uma doença reemergente no país e surge como problema de saúde pública com aumento gradativo nos últimos anos sendo, portanto, classificada como uma epidemia. Os dados expostos são constantemente descritos na literatura e expressam que, embora as medidas de prevenção e tratamento sejam relativamente simples, a doença ainda se apresenta como um importante problema de saúde, colocando em evidência a deficiência dos serviços e ações em saúde, sobretudo, em nível de educação em saúde, qualidade e acessibilidade da assistência à gestante frente às medidas de atenção, a detecção, diagnóstico precoce e o tratamento oportuno da gestante influencia significativamente na prevenção e diminuição da morbimortalidade associados à transmissão vertical (Holztrattner *et al.*, 2019; Neves *et al.*, 2021; Oliveira *et al.*, 2021). A manutenção e melhoria da assistência saúde materno-infantil são objetivos definidos pelo MS e fundamentam-se com serviços oferecidos desde a gestação até o puerperal, sobretudo, na atenção pré-parto onde o processo assistencial é marcado por ações profiláticas, diagnósticas e curativas, sendo capaz de reduzir a morbimortalidade materno-infantil quando realizado com qualidade (Barbosa *et al.*, 2021). Dessa forma, instituída em 2011, a Rede Cegonha (RC) emerge como uma estratégia no Sistema Único de Saúde (SUS) baseada nos princípios: universalidade, equidade e integralidade da atenção à saúde materna infantil, visando o acesso de qualidade, o acolhimento e atenção humanizada, além de proporcionar um nascimento e desenvolvimento seguro e saudável às crianças (Brasil, 2011). No entanto, sua implementação ocorre de forma gradual entre estados e municípios, logo, é expresso como um

Os autores expõem que, no Nordeste, menos de 50% dos municípios realizam o tratamento com penicilina benzatina para sífilis em comparação ao Norte, o qual apresentou maior oferta de teste rápido e tratamento, portanto, justificando os maiores percentuais de transmissão vertical na região Nordeste e menores para alguns estados no Norte. Tais achados não são recentes, em 2016, Domingues e Leal (2016) revelaram uma taxa de transmissão vertical superior a 30% no Nordeste. No mais, apesar da sífilis congênita ser relativamente inferior a gestacional em algumas Unidades Federativas (UF) do Norte, não se desconfigura sua contribuição negativa e em grandes proporções ao sistema de saúde e a necessidade de um maior investimento e planejamento em ações que permitam o controle adequado da doença. Logo, apesar dos avanços quanto das redes de saúde às ações de diagnóstico, as altas taxas de sífilis distanciam o país da estratégia global de saúde para controlar e minimizar sua cadeia de transmissão (OMS, 2017). De acordo com Domingues *et al* (2021), o protocolo de tratamento da sífilis durante a gestação é realizado pela administração da benzilpenicilina benzatina respeitando as diretrizes terapêuticas, a qual pode gerar um evento raríssimo de reação anafilática em cerca de 0,002% dos casos sendo, portanto, o único efetivo ao tratamento quando realizado precocemente. Destarte, embora reconhecido e eficaz, Figueiredo *et al* (2020) relatam um certo receio dos profissionais da saúde em administrar o medicamento devido a possibilidade de ocorrência das reações anafiláticas e a limitação dos recursos nas unidades de saúde para atender os eventos com maior gravidade, tais dados expõem um

nível preocupante de desinformação entre membros da saúde ligados diretamente a assistência gestacional que, como consequência, realizam qualquer tratamento não utilizando a penicilina e/ou prescrevem/realizam-no de forma incompleto e/ou incompatível com a fase clínica da doença, logo, impossibilitando o controle e a diminuição nas taxas de detecção (Souza e Beck, 2019). Para Souza et al (2018), quando uma paciente tem diagnosticoreagente para sífilis, o profissional deve seguir com suas habilidades e competências direcionando-a ao manejo e tratamento correto, contudo, Silva et al (2015) expõem que apenas 58,2% dos profissionais envolvidos utilizam o manual de sífilis do MS no pré-natal; e Macedo et al (2020) relatam que os profissionais de saúde apresentam uma baixa

percepção referente aos protocolos assistenciais, nesse sentido, ressalta que os manuais e protocolos são instrumentos norteadores ao tratamento e diagnóstico de casos de sífilis materna e congênita e, seu desconhecimento e desuso, implicam diretamente no contexto saúde durante a gestação. Atrelado a isso, Souza e Beck (2019) configuram outras problemáticas, como: sorologia para sífilis realizada fora do período estabelecido (1º e 3º trimestre), atendimento ao pré-natal não humanizado, interpretação inadequada da sorologia, instrução e falta de conhecimento sobre a doença e sua complicação e o não tratamento do parceiro sexual, sendo fatores que favorecem a incidência da doença. Frente aos fatores expostos, RC surge com objetivo também de sanar as problemáticas levantadas e reduzir a

Tabela 1. Distribuição da taxa de detecção da Sífilis em gestante/100mil habitantes, segundo as variáveis sociais, no período de 2010 a 2019. Onde, A: características sociais na região Norte; B: características sociais no Nordeste

A

Variáveis	Norte									
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Faixa etária (anos)										
10 a 14	2,4	4,0	4,5	5,1	6,0	7,3	8,8	9,9	9,8	8,3
15 a 19	40,8	47,9	48,5	68,9	83,1	118,9	128,6	169,9	193,0	205,0
20 a 29	43,2	52,5	50,1	60,3	79,9	100,9	124,5	150,7	185,6	201,5
30 a 39	15,8	15,7	17,0	24,4	30,3	39,2	47,9	54,5	68,9	66,5
>40	1,0	1,0	0,8	1,3	1,7	2,5	3,4	3,7	3,9	4,5
Escolaridade										
Analfabeto	0,3	0,3	0,2	0,2	0,4	0,5	0,4	0,4	0,4	0,4
Fundamental Incompleto	7,7	8,8	8,5	9,5	11,4	13,7	15,7	18,7	19,7	20,6
Fundamental Completo	1,1	1,6	1,5	1,8	2,0	3,2	3,8	5,3	6,6	6,5
Médio Incompleto	1,6	1,8	2,1	3,1	4,1	5,7	7,0	9,0	11,4	11,5
Médio Completo	1,4	1,9	2,1	3,1	3,7	5,2	7,0	10,1	13,8	15,3
Superior Incompleto	0,1	0,1	0,1	0,3	0,4	0,5	0,7	1,0	1,3	1,7
Superior Completo	0,0	0,1	0,1	0,3	0,2	0,3	0,3	0,6	0,9	1,2
Idade Gestacional (trimestre)										
Primeiro	2,6	2,9	2,6	3,5	5,0	6,9	10,4	13,9	18,8	20,2
Segundo	4,8	5,5	5,2	6,7	8,4	10,1	13,2	17,2	21,0	20,2
Terceiro	7,1	8,2	8,7	11,3	14,4	18,4	17,1	19,6	22,0	23,5
Classificação Clínica										
Sífilis Primária	8,6	10,1	10,4	12,2	14,0	17,8	20,4	24,7	26,0	26,7
Sífilis Secundária	1,4	1,2	1,4	1,5	1,8	2,2	2,6	3,9	3,9	3,5
Sífilis Terciária	0,8	1,1	1,2	1,4	2,3	3,6	5,1	6,5	7,6	7,7
Sífilis Latente	1,2	1,2	1,2	2,5	3,2	3,7	4,6	7,2	14,8	17,9

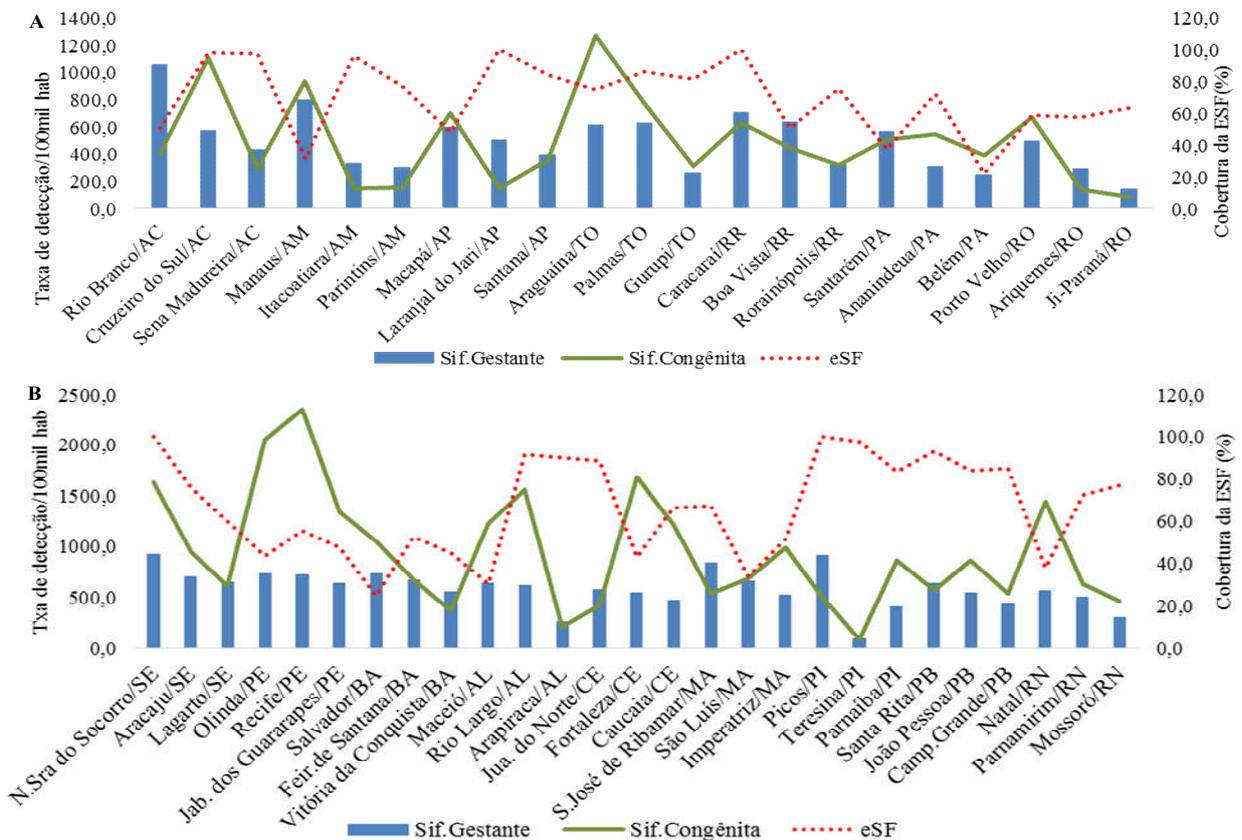
B

Variáveis	Nordeste									
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Faixa etária (anos)										
10 a 14	1,7	1,9	2,8	3,2	3,5	3,9	3,8	6,2	7,2	6,9
15 a 19	21,3	30,3	36,7	43,0	54,0	59,5	70,0	94,4	147,2	124,4
20 a 29	25,2	33,3	36,9	44,3	51,9	62,6	68,3	97,7	156,1	142,0
30 a 39	10,4	14,6	15,2	17,9	22,3	24,9	26,6	36,6	62,3	53,0
>40	0,7	0,7	0,7	0,8	1,1	1,5	1,5	1,9	3,4	3,0
Escolaridade										
Analfabeto	0,3	0,3	0,3	0,3	0,4	0,3	0,3	0,4	0,5	0,3
Fundamental Incompleto	3,5	4,6	5,1	5,4	6,7	7,6	8,1	10,9	17,3	14,8
Fundamental Completo	0,6	0,8	0,8	0,9	1,1	1,7	1,9	2,7	4,3	3,9
Médio Incompleto	0,6	0,9	1,0	1,5	1,7	2,3	2,6	4,0	6,4	5,9
Médio Completo	0,6	0,9	1,1	1,6	2,3	2,5	2,9	5,0	9,0	8,4
Superior Incompleto	0,03	0,05	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,3	0,4	0,4
Superior Completo	0,02	0,03	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,5	0,4
Idade Gestacional (trimestre)										
Primeiro	1,3	1,9	1,8	2,4	3,4	4,5	5,8	8,8	13,3	12,2
Segundo	2,8	3,8	4,1	5,0	6,5	7,7	8,4	11,0	14,0	11,7
Terceiro	3,5	4,5	5,5	6,0	6,4	7,3	7,4	10,3	20,5	19,3
Classificação Clínica										
Sífilis Primária	3,3	4,1	4,1	5,2	6,4	7,1	7,5	10,2	14,7	12,6
Sífilis Secundária	0,7	0,8	0,9	0,9	1,1	1,2	1,6	1,9	3,3	3,0
Sífilis Terciária	0,8	1,0	1,1	1,5	2,1	2,5	3,3	4,4	6,1	5,0
Sífilis Latente	0,7	1,7	2,4	2,1	2,9	3,8	3,8	6,5	13,1	12,0

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

mortalidade materna e neonatal, todavia, segundo Lamy *et al* (2021), além da admissão lenta, a estratégia apresenta desafios relacionados ao modelo de gestão, sobretudo no Norte e Nordeste, onde exibem maiores desigualdades de cobertura e de acesso a atenção em saúde, expondo fragilidades na estratégia e o aumento da vulnerabilidade durante o período gestacional. Analisando o perfil social associado ao diagnóstico de sífilis na gestação, no período de 2010 a 2019 para região Norte e Nordeste considerando 100mil habitantes, foi observado o mesmo perfil em ambas as regiões: faixa etária com maior detecção encontra-se entre 15 a 29 anos com somatório durante todo período de 2153,7 para Norte, com maior proporção em 2019 (506,5), e 1399,1 no Nordeste, com maior registro em 2018 (303,3); referente escolaridade prevalece o nível fundamental incompleto, com somatório de 134,3 para o Norte e 84,1 no Nordeste; na idade gestacional e a classificação clínica no ano de diagnóstico, foi de 150,3 no terceiro trimestre e 170, 8 na sífilis primária na região Norte, respectivamente, 90,7 e 75,3 no Nordeste à mesma idade e classificação (Tabela 1/A; B). De acordo com a literatura, não há um consenso referente a essas características frente aos fatores de risco para sífilis, no entanto, o perfil social encontrado no estudo é estritamente relatado na literatura e reflete, sobretudo, em uma maior chance de ocorrência nos desfechos analisados (Magalhães *et al.*, 2013; Lafeté *et al.*, 2016; Bertusso *et al.*, 2018; Oliveira *et al.*, 2021). No mais, quanto à faixa etária e a escolaridade, os resultados expõem uma maior vulnerabilidade social em jovens com baixa escolaridade, podendo inferir a isso sendo a fase da vida mais intensa e de maior atividade sexual, e a uma diminuição da busca e acesso pelos serviços de saúde e, por conseguinte, a realização do pré-natal devido à baixa percepção dos riscos e a importância do diagnóstico da sífilis. Logo, exige a necessidade de estratégias diferenciadas visando alcançar essas populações mais vulneráveis traçar o perfil para então fornecer informações e orientações sobre educação em saúde voltadas à prática sexual protegida, planejamento familiar e os serviços de saúde necessários a ser realizado no período gestacional, proporcionando então uma mudança de perfil (Domingues *et al.*, 2013; Lima *et al.*, 2019; Oliveira *et al.*, 2021).

Destarte, de certa forma, é recorrente na literatura estudos com maior prevalência de sífilis em mulheres com escolaridade superior, nesse sentido, corrobora aqui a significativa contribuição de ações descentralizadas a grupos com desfecho específicos, devendo ser fundamental a prevenção à população em geral (Lafeté *et al.*, 2016). Em 2005, a partir das Diretrizes para o Controle da Sífilis Congênita e como uma medida para diminuição das altas taxas de morbimortalidade, o MS estabeleceu a realização em até quarto mês de gestação a primeira consulta ao pré-natal e ter, no mínimo, seis consultas até o fim do pré-natal, todavia, apesar do relato de diagnóstico no primeiro trimestre ainda na fase primária da doença, e a assistência precoce ao pré-natal não irão, necessariamente, assegurar um desfecho favorável ao caso, como exposto por Bertusso *et al* (2018), onde relata que 44,9% das gestantes realizaram mais de seis consultas, diagnosticadas precocemente, entretanto, não foram tratadas de forma adequada. Em seu estudo, Lima *et al* (2019) expõe que 94% do tratamento em gestantes foram realizado de forma inadequada e, em 82% dos casos não houve tratamento de seus parceiros, caracterizando como pontos chave na incidência da sífilis gestacional, congênita e um contexto desfocado dos órgãos públicos. De acordo com Fiocruz (2016), o tratamento de forma adequado da sífilis compo todo o esquema e o acompanhamento pode evitar em até 100% a ocorrência de sífilis congênita e favorecer nos dados do estudo, portanto, garantir com que a gestante tenha um pré-natal adequado com vista na tríade: vigilância-assistência-prevenção diminui a ocorrência de eventos indesejáveis na gestação. No contexto da Atenção Primária em Saúde (APS), a Estratégia Saúde da Família emerge como uma proposta da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) para melhorar a oferta de serviços em saúde no Brasil, adjunto ao modelo, surge as equipes Saúde da Família (eSF) caracterizado em uma equipe multiprofissional com atuação direta às comunidades na assistência de vigilância, promoção e prevenção em saúde (Valadão *et al.*, 2019). A partir disso, visto que o pré-natal é realizado na atenção primária e a ESF de grande importância no controle e tratamento da sífilis gestacional e congênita, buscou-se avaliar, dentro os diversos indicadores de qualidade a saúde, a



Fonte: MS/SVS/Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis; SAGE.

Figura 3. Distribuição da taxa de detecção de sífilis gestacional e congênita/100mil habitantes e a percentagem média da cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF), no período de 2010 a 2019. Onde, A: municípios da região Norte com as mais elevadas taxas de detecção; e B: municípios da região Nordeste com as mais elevadas taxas de detecção

Cobertura das ESF nos municípios que apresentaram os maiores registros nas taxas de detecção da doença. Considerando os municípios com as maiores taxas de detecção/100mil habitantes e seu respectivo estado na região Norte e Nordeste e a média da cobertura de ESF no período de 2010 a 2019, houve uma tendência inversamente proporcional entre as variáveis. Foi observado que, para região Norte, em 33,3% dos municípios que apresentaram baixa cobertura de ESF foram acompanhados das altas taxas de sífilis em gestante e/ou congênita (Rio Branco/AC, Manaus/AM, Macapá/Amapá, Araguaína/TO, Boa Vista/RR, Santarém/PA e Belém/PA) (Figura 3/A). No Nordeste, esse mesmo perfil foi observado em 33,3% dos municípios (Olinda/PE, Recife/PE, Jaboatão dos Guararapes/PE, Salvador/BA, Maceió/AL, Fortaleza/CE, São Luiz/MA, Imperatriz/MA e Natal/RN) (Figura 3/B). Nas demais cidades com percentagens elevadas de ESF foram observado baixa taxa de detecção.

Embora autores apresentem não ser possível comprovar a relação causal entre esses indicadores, Pinto e Giovanella, L (2018) inferem que a ampliação do acesso à atenção básica em saúde pode ser verificada com a expansão da cobertura ESF, com isso, diante dos dados expostos, é plausível inferir a enorme contribuição das ESF frente à redução nas taxas de detecção da sífilis em especial na melhoria das ações de vigilância, acompanhamento, diagnóstico e acesso ao tratamento. No mais, como anteriormente exposto, o elevado índice de iniquidade entre os municípios e suas regiões favorecem a emergência dessa e de diversas outras patologias em diferentes localidades, logo, a expansão homogênea das estratégias no âmbito da saúde primária são essenciais. A literatura traduz uma relação direta entre a alta cobertura da ESF e o aumento na detecção da sífilis, inferindo a isso a elevação dos serviços de diagnóstico durante a gravidez, no entanto, essa relação não foi observada no presente estudo onde não houve relação diretamente proporcional, portanto, os dados desse estudo são distintos aos de Barrozo (2019) e Nunes *et al* (2018), corroborando que somente será possível reduzir os casos de sífilis a partir do esforço unificado e descentralizado entre membros profissionais da saúde para com a população devendo, por conseguinte, a ESF ser reconhecida como umadas principais e de maior relevância porta de entrada aos serviços de saúde e então cumprir com as resoluções do MS frente a melhora da saúde das mulheres e crianças. Dentro os dados cabem ressaltar que nesse grupo de cidade com baixa percentagem da cobertura prevalecem as capitais, onde se apresentam com maior contingente populacional e elevado fluxo migratório, portanto, maiores na incidência e prevalência de doenças, sobretudo, as de prevenção e controle consideravelmente fácil. Diante disto, dentre as atividades e programas de controle, há necessidade de ações focadas em estados e municípios com maior vulnerabilidade social, por meio de investimentos direcionados ações públicas e educativas à comunidade, visando a melhoria das condições de saúde (Brasil, 2019; Oliveira *et al.*, 2021).

CONCLUSÃO

A partir dos dados, foi observado um aumento expressivo e preocupante no número de casos de sífilis em gestante e congênita nas regiões norte e nordeste durante o período analisado. Referente ao perfil da gestante com sífilis houve um predomínio na faixa entre 15 a 29 anos com baixa escolaridade e abordagem precoce no diagnóstico da doença. Ademais, na análise dos municípios com maiores taxas de detecção, foi observado perfil diferente entre as cidades, contudo, uma percentagem preocupante frente à baixa cobertura de Estratégia Saúde da Família inferindo uma relação entre esses indicadores. Portanto, conhecendo o desfecho da sífilis gestacional e congênita e sua emergência, o diagnóstico e tratamento precoce realizado com qualidade são ferramentas indispensáveis frente à diminuição das taxas de incidente da sífilis, assim, sendo a atenção primária porta de entrada aos serviços assistenciais as gestantes, corroboram a expansão e ampliação desses serviços com ações unificadas, descentralizadas e de qualidade, além das ações diferenciais em nível

de educação em saúde e divulgação de informações sobre a sífilis e suas particularidades.

REFERÊNCIAS

- Barbosa, MM *et al* (2021). Rede cegonha: avanços e desafios da gestão no ambiente hospitalar. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 13(3).
- Barrozo, MAS (2019). A atuação da estratégia saúde da família no desafio do tratamento da sífilis gestacional e na redução de sífilis congênita nos anos de 2008 a 2017, no estado do Rio De Janeiro, Brasil.
- Bertusso, TCG *et al* (2018). Características de gestantes com sífilis em um hospital universitário do paraná. *R. Saúde Públ. Paraná*.
- Brasil (2005) Ministério da Saúde (BR), Programa Nacional de DST e Aids. Diretrizes para o Controle da Sífilis Congênita. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil (2011). Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha.
- Brasil (2014). Ministério Da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Universidade Federal de Santa Catarina. TELELAB (diagnóstico e monitoramento). Diagnóstico da Sífilis. Santa Catarina.
- Brasil (2019). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigilância em saúde no Brasil 2003|2019: da criação da Secretaria de Vigilância em Saúde aos dias atuais. *BolEpidemiol*.
- Brasil (2020). Ministério da Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Brasília.
- Cooper, JM *et al* (2016). Em Tempo: a persistência da sífilis congênita no Brasil – Mais avanços são necessários! *Revista Paulista de Pediatria*. São Paulo.
- Domingues, CSB *et al* (2021). Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: sífilis congênita e criança exposta à sífilis. *Epidemiol. Serv. Saude, Brasília*, 30(1).
- Domingues, RMSM, Leal, MC (2016). Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis: dados do estudo Nascer no Brasil. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro*, 32(6).
- Duarte, SEM *et al* (2020). Mortalidade materna e vulnerabilidade social no Estado de Alagoas no Nordeste brasileiro: uma abordagem espaço-temporal. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant., Recife*, 20 (2).
- Figueiredo, DCMM *et al* (2020). Relação entre oferta de diagnóstico e tratamento da sífilis na atenção básica sobre a incidência de sífilis gestacional e congênita. *Cad. Saúde Pública*.
- Freitas, FLS *et al* (2021). Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: sífilis adquirida. *Epidemiol. Serv. Saude, Brasília*.
- Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz (2016). Tratamento precoce da sífilis.
- Garbin, AJI *et al* (2019). Doenças reemergentes no Brasil: características sociodemográficas e epidemiológicas da sífilis e sua subnotificação. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop*.
- Holztrattner, JSC *et al* (2019). Sífilis congênita: realização do pré-natal e tratamento da gestante e de seu parceiro. *Cogitare Enfermagem*.
- Lafeté, KRG *et al* (2016). Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle. *Revbrasepidemiol*. 19(1): 63-74.
- Lamy, ZC *et al* (2021). Atenção ao parto e nascimento em maternidades do Norte e Nordeste brasileiros: percepção de avaliadores da Rede Cegonha. *Ciênc. saúde coletiva*.
- Lima, TM *et al* (2019). Perfil epidemiológico de pacientes com sífilis congênita e gestacional em um município do Estado de São Paulo, Brasil. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant., Recife*.
- Macêdo, VC *et al* (2020). Sífilis na gestação: barreiras na assistência pré-natal para o controle da transmissão vertical. *Cad Saúde Colet*.
- Magalhães, DMS (2013). Sífilis materna e congênita. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro*, 29(6):1109-1120.

- Muniz, LC *et al* (2021). Territorialização como instrumento diagnóstico em saúde em uma região vulnerável em um município maranhense. *Brazilian Journal of Health Review*, Curitiba.
- Neves, BSA *et al* (2021). Amanajás MB, Pires CAA. Acquired Syphilis: epidemiological profile of cases in state of Pará from 2017 to 2019. *RevCiencSaude*. 2021.
- Nunes, OS *et al* (2018). Sífilis gestacional e congênita e sua relação com a cobertura da Estratégia Saúde da Família, Goiás, 2007-2014: um estudo ecológico. *Epidemiol. Serv. Saude*, Brasília, 27(4).
- Oliveira, DJS *et al* (2021). Perfil espacial e demográfico da Hanseníase no norte do país, no período de 2014 a 2019. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 13(4).
- Oliveira, EH *et al* (2021). Avaliação epidemiológica da sífilis congênita na região Nordeste do Brasil. *Research, Society and Development*.
- Organização Mundial Da Saúde – OMS. (2017). Comitê Regional para a África Estratégia global para o sector da saúde relativa a infecções sexualmente transmissíveis 2016-2021: quadro de execução para a Região africana: relatório do Secretariado. Organização Mundial da Saúde. Escritório Regional para a África.
- Pinto, LF, Giovanella, L (2018). Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das interações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6):1903-1913.
- Silva, JJ *et al* (2020). Pobreza multidimensional no Brasil: uma análise do período 2004-2015. *Brazil. J. Polit. Econ.* São Paulo. 40(1).
- Silva, TCA *et al* (2015). Prevenção da sífilis congênita pelo enfermeiro na Estratégia Saúde da Família. *R. Interd.* v. 8, n. 1, p. 174-182
- Souza, LA *et al* (2018). Ações de enfermagem para prevenção da sífilis congênita: uma revisão bibliográfica. *Libertas*.
- Souza, MHT, Beck EQ (2016). Compreensão da sífilis congênita a partir do olhar materno. *Ver. Enfermagem. UFSM*.
- Valadão, PAS *et al.* (2019). Melhor no passado: a verdadeira saúde da família. *Saúde soc.* São Paulo.
