

DOI: <https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2021v11i69p7000>

Sífilis gestacional em cidades do Tocantins: fatores de risco e vigilância epidemiológica entre 2009-2018

Benefits for pregnant women with paternal participation in prenatal care: an integrative

Beneficios para mujeres embarazadas con participación paterna en la atención prenatal: una revisión integradora

RESUMO

Objetivo: Comparar e analisar o perfil clínico-epidemiológico da sífilis gestacional nos municípios de Paraíso, Palmas, Araguaína, Porto Nacional e Gurupi, do estado do Tocantins, no período de 2009 a 2018. Métodos: Estudo transversal e retrospectivo, realizado com dados dos municípios de Araguaína, Gurupi, Palmas, Paraíso do Tocantins e Porto Nacional, fornecidos pelo Ministério da Saúde por meio do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil e analisados por análise descritiva e estatística. Resultados: Observou-se taxa de incidência ascendente em todas as localidades a partir de 2016. As gestantes foram diagnosticadas tardiamente, majoritariamente nos 2º e 3º trimestres. Palmas apresentou maior notificação de sífilis latente (55,57%). Os fatores de risco identificados foram: cor parda e faixa etária entre 20-29 anos, a escolaridade predominantemente divergiu entre os municípios. A idade gestacional ($p < 0,0001$), escolaridade ($p = 0,003$) e classificação clínica ($p = 0,024$) foram variáveis estatisticamente significativas. Conclusões: Observaram-se possíveis falhas na assistência pré-natal, na execução de protocolos clínicos e no preenchimento das fichas de Notificação.

DESCRIPTORES: Sífilis; Monitoramento Epidemiológico; Gravidez; Cuidado pré-natal.

ABSTRACT

Objective: To compare and to analyze the clinical-epidemiological profile of gestational syphilis in the most populous municipalities in Tocantins, from 2009 to 2018. Methods: Cross-sectional and retrospective study, carried out with data from the municipalities of Araguaína, Gurupi, Palmas, Paraíso do Tocantins and Porto Nacional, provided by the Ministry of Health through the Informatics Department of the Brazilian Unified Health System and analyzed by descriptive and statistical analysis. Results: An increasing incidence rate was observed in all locations from 2016 onwards. Pregnant women were diagnosed late, mostly in the 2nd and 3rd trimesters. Palmas had the highest notification of latent syphilis (55.57%). The risk factors identified were: mulato and age group between 20-29 years old, the predominant schooling diverged between the municipalities. Gestational age ($p < 0.0001$), education ($p = 0.003$) and clinical classification ($p = 0.024$) were statistically significant variables. Conclusions: There were possible failures in prenatal care, in the execution of clinical protocols and in filling out the Notification forms.

DESCRIPTORS: Syphilis; Epidemiological Monitoring; Pregnancy; Prenatal care.

RESUMEN

Objetivo: Comparar y analizar el perfil clínico-epidemiológico de la sífilis gestacional en los municipios más poblados de Tocantins, de 2009 a 2018. Métodos: Estudio transversal y retrospectivo, realizado con datos de los municipios de Araguaína, Gurupi, Palmas, Paraíso do Tocantins y Porto Nacional, proporcionado por el Ministerio de Salud a través del Departamento de Informática del Sistema Único de Salud de Brasil y analizado mediante análisis descriptivo y estadístico. Resultados: Se observó una tasa de incidencia creciente en todas las localidades a partir de 2016. Las mujeres embarazadas fueron diagnosticadas tardíamente, principalmente en el segundo y tercer trimestre. Palmas tuvo la mayor notificación de sífilis latente (55,57%). Los factores de riesgo identificados fueron: color marrón y grupo de edad entre 20-29 años, la escolaridad predominante divergió entre los municipios. La edad gestacional ($p < 0,0001$), la educación ($p = 0,003$) y la clasificación clínica ($p = 0,024$) fueron variables estadísticamente significativas. Conclusiones: Hubo posibles fallas en la atención prenatal, en la ejecución de los protocolos clínicos y en el llenado de los formularios de Notificación.

DESCRIPTORES: Sífilis; Monitoreo epidemiológico; El embarazo; Cuidado prenatal.

RECEIVED ON: 30/01/2021 APPROVED ON: 26/04/2021

artigo

Cruz, S.T.; Rosa, G.L.M.; Sena, D.C.V.; Buzar, L.L.A.; Vasconcelos, F.H.;

Sífilis gestacional em cidades do Tocantins: fatores de risco e vigilância epidemiológica entre 2009-2018

Samara Tavares Cruz

Acadêmica de Medicina da Universidade Federal do Tocantins – Campus Araguaína.
ORCID: 0000-0003-1560-2170

Giovanna Lyssa de Melo Rosa

Acadêmica de Medicina da Universidade Federal do Tocantins – Campus Araguaína.
ORCID: 0000-0002-8772-0603

Danyelle Cristina Veloso Sena

Acadêmica de Medicina da Universidade Federal do Tocantins – Campus Araguaína.
ORCID: 0000-0002-9758-1563

Laís Lopes de Azevedo Buzar

Acadêmica de Medicina da Universidade Federal do Tocantins – Campus Araguaína
ORCID: 0000-0002-2703-0176

Fernando Holanda Vasconcelos

Professor de Atenção Primária em Saúde e Saúde da Família do curso de Medicina da Universidade Federal do Tocantins – Campus Araguaína. Enfermeiro. Especialista em Auditoria de Saúde. Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Tocantins.
ORCID: 0000-003-1054-3765

INTRODUÇÃO

A sífilis é uma infecção sexualmente transmissível, causada pela bactéria *Treponema pallidum*, que ao longo dos anos tornou-se um desafio de enfrentamento pelos órgãos de saúde pública mundiais^{1, 2, 3}. Segundo estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS), a doença atinge mais de 12 milhões de pessoas no mundo⁴. Em 2016 a região das Américas apresentou 131.000 casos de gestantes com sífilis ativa, dos quais 37.436 correspondiam ao Brasil^{1, 5, 6, 7}.

A sífilis gestacional (SG) quando não tratada ou inadequadamente tratada é passível de transmissão para o feto via transplacentária, acarretando a sífilis congênita (SC)^{3, 8, 9}. A taxa de transmissão vertical muda de acordo com a fase da doença materna, oscilando de 30 a 100%^{9, 10, 11, 12}. Vale ressaltar que os riscos fetais se estendem para abortamento, natimortalidade e morte perinatal em 40% das crianças infectadas, além de prematuridade e baixo peso ao nascer^{2, 8, 10, 13}. Em 2004, a taxa de incidência da SC no Brasil era de 1,6/1000 nascidos vivos, passando para 3,51/1000 nascidos vivos em 2016. A taxa de transmissão vertical, neste mesmo ano, foi de 34,3%^{6, 14}.

A sífilis é uma infecção sexualmente transmissível, causada pela bactéria *Treponema pallidum*, que ao longo dos anos tornou-se um desafio de enfrentamento pelos órgãos de saúde pública mundiais.

A triagem sorológica laboratorial no pré-natal é feita por meio de testes não-treponêmicos, como o mais usado Venereal Disease Research Laboratory (VDRL), para diagnóstico e monitoramento do tratamento da sífilis gestacional a fim de minimizar a incidência de SC^{2, 9, 15}. Soma-se isso à implantação dos testes imunocromatográficos (Testes rápidos) nas Unidades Básicas de Saúde em 2013, que facilitou, principalmente em áreas mais carentes de recursos laboratoriais, o rastreamento da sífilis^{1, 10, 15}.

A OMS, a Organização Pan Americana da Saúde (OPAS) e o Ministério da Saúde (MS), preconizam a testagem sorológica na primeira consulta do pré - natal (preferencialmente no 1º trimestre), no início do 3º trimestre e no momento de parto ou curetagem^{3, 15}. Apesar de melhorias na vigilância epidemiológica, estudos realizados no Ceará, Minas Gerais e Tocantins identificaram diagnóstico tardio da sífilis na gestação, o que aumenta a gravidade e o risco de SC, já que esta acomete o feto principalmente entre a 16ª e 28ª semana de gestação^{17, 18, 19, 20}.

De acordo com a sintomatologia e o tempo de exposição, a sífilis é dividida em recente, correspondendo às subclassificações: primária, secundária e latente recen-

te, apresentando até um ano de evolução, e tardia, com mais de um ano de progressão e representada pelas subdivisões: latente tardia e terciária¹⁵. O tratamento da doença é de ótimo custo-benefício, baseado preferencialmente na penicilina G benzatina, como recomenda o MS^{21,15}. As doses e intervalos variam de acordo com o estágio da infecção⁷.

Em 2005, a SG passou a ser considerada doença de notificação compulsória pela Portaria nº 33, de 14 de julho, do MS^{21,22}. Apesar disso, a subnotificação se mostra um empecilho a ser vencido, comprometendo a elaboração de estratégias, de âmbito federal a municipal, para controle e erradicação das SC e gestacional^{19,22}. Em 2007 estimou-se índice de notificação de apenas 32% no território nacional¹².

No Brasil, embora iniciativas tenham sido implantadas para ampliar o diagnóstico e tratamento das gestantes, a incidência de SG vem anualmente crescendo^{3,14,17,23}. De 2017 para 2018 a Região Norte apresentou incremento de 19,4%, sendo Tocantins o único estado cuja taxa de detecção (25,1/1.000 nascidos vivos) ultrapassou a nacional⁵.

Desta forma, o objetivo do estudo é comparar o perfil clínico-epidemiológico da SG nos municípios mais populosos do Tocantins, no período de 2009 a 2018, e analisá-lo a fim de auxiliar as secretarias e órgãos de saúde a visualizarem mais claramente a doença, a fim de programarem políticas públicas e orçamentais mais ef-

cazes e adaptadas para minimizar a transmissão vertical da sífilis.

MÉTODOS

Estudo transversal retrospectivo de caráter quantitativo, com uso de estatística descritiva e analítica²⁴. Recolheram-se dados de domínio público, disponibilizados pelo MS por meio do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS), serviço alimentado pelas fichas de notificação compulsórias do Sistema de Informação de Agravos e Notificação (SINAN)²⁵. Na aba do Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis foi possível realizar a filtragem de indicadores e informações acerca da SG por município. Estabeleceram-se as seguintes variáveis de estudo:

- Informações sociodemográficas da gestante (faixa etária, cor e escolaridade);
- Informações em relação à IST (taxa de incidência, idade gestacional de diagnóstico e classificação clínica).

Todos os dados pertencentes ao período de interesse, 2009 a 2018, e aos municípios do Tocantins: Araguaína, Palmas, Porto Nacional, Gurupi e Paraíso do Tocantins, foram incluídos no estudo e em seguida tabulados em ordem crescente de contingente populacional com o auxílio

da ferramenta Microsoft Office Excel[®] 2010. A escolha dos municípios se deu pela alta quantidade populacional permitir execução de testes estatísticos.

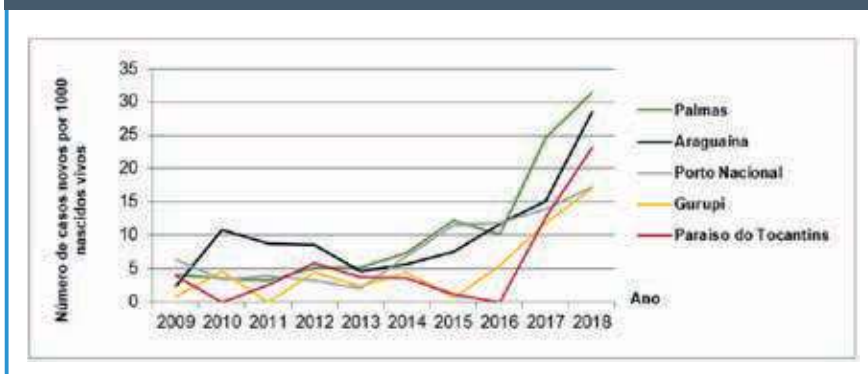
Para as análises estatísticas, os testes: Qui-quadrado (x²) por Associação, Kruskal-Wallis e S-N-K, foram aplicados por meio do programa Minitab[®]. Agruparam-se as variáveis: idade, cor e escolaridade da gestante, para atingir máxima precisão do primeiro teste citado. Empregou-se o Teste de Kruskal-Wallis com a finalidade de verificar a significância da variável classificação clínica, em relação ao número de casos. Sua escolha justifica-se pelo fato de a tabela da variável não possuir dimensão 2x2 e alguns valores dessa tabulação se mostrarem <5, não se encaixando nos requisitos para uso do x² por diminuir sua confiabilidade²⁴. Por fim, utilizou-se do Teste S-N-K para visualização das cidades que apresentaram diferenças significativas entre si²⁴. Consideraram-se estatisticamente significativas as variáveis cuja probabilidade de significância (p) foi menor que 5%.

A análise descritiva dos dados coletados foi realizada com uso da distribuição de frequências e pela unidade número de casos por 1000 nascidos vivos, em relação à taxa de incidência. Devido à coleta e à análise da pesquisa se basearem em dados de domínio público, é autorizada sua realização sem registro e avaliação pelo sistema CEP/CONEP, conforme estabelecido pela Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde²⁶.

RESULTADOS

No intervalo de 2009 a 2018, os municípios estudados apresentaram um total de 1023 casos novos de SG (Tabela 1), com significativa ($p < 0,001$) evolução no período. Apesar da oscilação da taxa de incidência da sífilis gestacional nos períodos iniciais, houve tendência geral de aumento, principalmente de 2016 a 2018, apresentando um incremento de 21,3 casos novos por 1000 nascidos vivos em Palmas, 16,7 em Araguaína, 5,5 em Porto Nacional, 11,7 em Gurupi e 23,1 em Paraíso (Figura 1).

Figura 1. Taxa incidência por 1000 nascidos vivos de sífilis em gestantes por município do Tocantins, 2009-2018.



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

Na maioria das localidades, as gestantes com sífilis foram diagnosticadas tardiamente, como Palmas, com maior detecção no 2º trimestre (38,66%) e Araguaína (47,65%), Porto Nacional (40,45%) e Gurupi (46,38%) no terceiro. Paraíso do Tocantins comportou-se como exceção, em que 56,25% delas foram identificadas no primeiro trimestre no pré-natal (Tabela

1). A diferença de casos, entre os trimestres e entre as cidades, é estatisticamente significativa ($p < 0,001$).

Em relação ao estágio da infecção no momento do diagnóstico, a cidade de Palmas revelou 55,57% das gestantes com sífilis latente, tal classificação clínica esteve em segundo lugar na porcentagem de casos em Paraíso, atingindo 31,25%. Nos

demais municípios oscilou entre 7,86 - 10,14%.

Todos os municípios, excetuando Palmas, apresentaram maioria dos casos como SG em fase primária, com frequência relativa variando entre 44,94% e 58,33%. As sífilis notificadas como secundárias e terciárias foram as com menores representações, oscilando respectivamente, entre

Tabela 1. Dados epidemiológicos de sífilis gestacional dos municípios mais populosos do Tocantins, 2009-2018.

VARIÁVEIS	MUNICÍPIOS MAIS POPULOSOS DO TOCANTINS					VALOR - P
	PALMAS (A ^{***}) N = 538	ARAGUAÍNA (A ^{***}) N = 319	PORTO NACIONAL (AB ^{***}) N = 89	GURUPI (B ^{***}) N = 69	PARAÍSO (B ^{***}) N = 48	
NÚMERO DE CASOS						<0,001*
CASOS SEGUNDO IDADE GESTACIONAL - N(%)						
1º trimestre	164 (30,48)	76 (23,82)	25 (28,09)	15 (21,74)	27 (56,25)	<0,0001*
2º trimestre	208 (38,66)	88 (27,59)	28 (31,46)	22 (31,88)	11 (22,92)	
3º trimestre	156 (29)	152 (47,65)	36 (40,45)	32 (46,38)	9 (18,75)	
idade gestacional ignorada	10 (1,86)	3 (0,94)	0 (0)	0 (0)	1 (2,08)	
CASOS SEGUNDO CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA - N(%)						
Classificados como sífilis I	159 (29,55)	153 (47,96)	41 (46,07)	31 (44,94)	28 (58,33)	=0,024**
nº de casos classificados como sífilis II	30 (5,58)	37 (11,60)	7 (7,86)	7 (10,14)	3 (6,25)	
nº de casos classificados como sífilis latente	299 (55,57)	29 (9,09)	7 (7,86)	7 (10,14)	15 (31,25)	
nº de casos classificados como sífilis III	35 (6,51)	58 (18,18)	10 (11,24)	7 (10,14)	0 (0)	
classificação ignorada	15 (2,79)	42 (13,17)	24 (26,97)	17 (24,64)	2 (4,17)	
CASOS SEGUNDO FAIXA ETÁRIA DA GESTANTE - N(%)						
10-19 anos	140 (26,02)	82 (25,71)	22 (24,72)	16 (23,19)	14 (29,16)	0,516*
20-29 anos	265 (49,26)	173 (54,23)	45 (50,56)	40 (57,97)	19 (39,58)	
30+	133 (24,72)	64 (20,06)	22 (24,72)	13 (18,84)	15 (31,25)	
CASOS SEGUNDO ESCOLARIDADE DA GESTANTE - N(%)						
<8 anos	160 (29,74)	143 (44,83)	37 (41,58)	34 (49,28)	24 (49,99)	0,003*
>8 anos	248 (46,1)	163 (51,09)	22 (24,71)	31 (44,93)	21 (43,75)	
ignorado	130 (24,16)	13 (4,08)	30 (33,71)	4 (5,8)	3 (6,25)	
CASOS SEGUNDO COR DA GESTANTE - N(%)						
branca	63 (11,71)	34 (10,66)	6 (6,74)	6 (8,7)	13 (27,08)	
preta	50 (9,29)	26 (8,15)	18 (20,22)	7 (10,14)	4 (8,33)	
parda	391 (72,68)	251 (78,68)	58 (65,17)	54 (78,26)	29 (60,42)	0,183*
outras	27 (5,02)	3 (0,94)	2 (2,24)	2 (2,9)	2 (4,17)	
ignorado	7 (1,3)	5 (1,57)	5 (5,62)	0 (0)	0 (0)	

Fonte: DATASUS - M5/SVS/DCCI - Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. *Teste Qui-quadrado por Associação entre cidades e variável de interesse. **Teste de Kruskal-Wallis. ***Letras iguais não apresentam diferenças significativas (teste S-N-K).

6,25 - 11,60% e 0 - 18,18%. Ademais, apresentaram grandes taxas de classificação ignorada assinalada nas fichas do SINAN os municípios de Araguaína (13,17%), Porto Nacional (26,97%) e Gurupi (24,64%).

O intervalo de faixas etárias que mais impactou, nas localidades, no número de gestantes acometidas foi o de 20-29 anos, seguido, na maioria das outras regiões analisadas, do de 10-19 anos. Excepciona-se a cidade de Paraíso do Tocantins, que apresentou em segundo lugar mais recorrente a faixa etária de 30+ anos. As cidades de Palmas e Porto Nacional apresentaram grandes taxas de faixa etária ignorada (Tabela 1).

O grau de escolaridade das gestantes afetadas variou entre os municípios. Em Palmas e Araguaína a maior porcentagem esteve em grávidas com >8 anos de estudo, o que contrasta com o restante das cidades, que apresentaram maior frequência com <8 anos de educação escolar. Em Palmas, 24,16% dos casos tiveram a escolaridade da gestante ignorada. As proporções mostraram-se estatisticamente significativas ($p=0,003$) para esta variável (Tabela 1).

Em relação à cor da gestante, todos os locais analisados apresentaram maioria das grávidas com cor parda, com frequência relativa oscilando de 60,42-78,68%. Em segundo lugar esteve a cor branca em Palmas, Araguaína e Paraíso do Tocantins e preta em Porto Nacional e Gurupi.

DISCUSSÃO

O incremento da taxa de incidência de SG nos últimos anos pode ser justificado pelo aparecimento de novos casos e/ou pela alteração nos critérios de definição de caso de sífilis gestacional, em 2017, em que o MS declarou que as mulheres com sífilis no momento de parto, pré-natal ou puerpério, apresentando positividade em pelo menos um teste, independente da titulação, devem compor a ficha de notificação compulsória da sífilis gestacional e não a de sífilis adquirida, como era realizado anteriormente^{4,27}.

Devido ao fato de a SC ser evento sentinela para análise da qualidade da assistência à gestante, a alteração na definição

de caso e o aumento de notificações de SG ao longo do tempo são de extrema importância para sua prevenção, visto que quanto maior e mais recente for o rastreamento das gestantes acometidas, maior a visualização da doença pelos profissionais de saúde e mais mulheres podem ter acesso ao aconselhamento e tratamento disponibilizado pelo SUS, melhorando o prognóstico fetal e diminuindo as chances de incidência da SC^{16,22}.

O grau de escolaridade das gestantes afetadas variou entre os municípios. Em Palmas e Araguaína a maior porcentagem esteve em grávidas com >8 anos de estudo, o que contrasta com o restante das cidades, que apresentaram maior frequência com <8 anos de educação escolar.

As informações sociodemográficas analisadas apresentaram como fatores de risco para a SG a faixa etária de 20-29 anos e a cor parda, resultados semelhantes foram relatados por Souza et. al. e Cardoso et. al.^{1,17}. O número maior de notificações corresponderam a mulheres com essa cor de pele pode apresentar correlação com as características étnicas e raciais da popula-

ção habitante no Tocantins, que é majoritariamente parda (63,6%)³⁰, ou com o fato de apresentarem maior vulnerabilidade social.

O acometimento prevalente de gestantes de 20-29 anos relaciona-se com o fato de que esse intervalo de idades compreende o ápice da vida sexual ativa e fase reprodutiva¹. A faixa etária de 10-19 anos esteve em segundo lugar de agravante para a enfermidade, o que aponta início precoce da vida sexual das mulheres e possível fragilidade na implantação de estratégias acerca do planejamento reprodutivo e prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis. Vale ressaltar a gravidez precoce indesejada como um fator associado à busca tardia do pré-natal pela gestante²⁰.

No que se refere à escolaridade como comportamento de risco, a frequência de gestantes com <8 anos ou >8 anos de estudo exibiu proporções variadas em cada município analisado, mostrando que apesar de pesquisas realizadas no Brasil apresentarem a baixa escolaridade como um fator comum, não é regra em todas as localidades do país, sendo importante a aplicação de estratégias de Educação em Saúde na população em geral.

Em Palmas, Araguaína, Porto Nacional e Gurupi, grande parte das gestantes foi diagnosticada tardiamente, mantendo as mesmas proporções em possibilidade de aumento populacional ($p<0,001$), fato que vem contribuindo para o aumento da taxa de transmissão vertical^{1,14,19,22}. O MS recomenda que a triagem sorológica deva ser realizada na 1ª consulta de pré-natal da gestante, preferencialmente no 1º trimestre de gravidez, o que indica três possibilidades para o desfecho citado: pré-natal realizado tardiamente pela gestante, assistência inadequada e de baixa qualidade e/ou desconhecimento de protocolos clínicos e diretrizes pelos profissionais da saúde na abordagem do rastreamento da enfermidade^{1,15,20}.

Sabe-se que o diagnóstico clínico da fase primária da sífilis é complicado devido à dificuldade de visualização do cancro duro em determinadas regiões e sua ausência de sintoma doloroso, além de que

nem sempre as informações cronológicas do tempo de infecção são disponibilizadas pela gestante^{15,18}. Assim, espera-se que pela dificuldade de inferência clínica da fase da doença, o rastreamento aponte o predomínio de registros de sífilis de duração ignorada, classificando e tratando-os como sífilis latente¹⁵.

Em Palmas, a maioria dos casos foi identificada como sífilis latente, demonstrando maior qualidade na assistência em relação à classificação e diagnóstico. Em contrapartida, no restante dos municípios, grande parte das notificações correspondeu à sífilis primária, havendo possível classificação clínica errônea e/ou equívocos no preenchimento das fichas de notificação compulsória. Inadequações na classificação podem levar ao aumentando do risco de ocorrência da sífilis congênita devido ao tratamento inadequado, visto que esse se difere de acordo com a fase da doença^{2,12,15}.

As limitações desta pesquisa se deram pelo uso de dados secundários, com possibilidade de subnotificação e problemas de preenchimento das fichas que alimentam a fonte de dados. A possível subnotificação faz com que dos dados apresentados neste estudo, como as proporções das variáveis e as taxas de incidência, serem bem mais alarmantes. São necessárias medidas de Educação Permanente com os profissionais de saúde para aprimoramento do conhecimento acerca do protocolo clínico

**Em contrapartida,
no restante dos
municípios,
grande parte
das notificações
correspondeu à sífilis
primária, havendo
possível classificação
clínica errônea e/
ou equívocos no
preenchimento das
fichas de notificação
compulsória.**

para manejo e tratamento da doença, além do reforço da importância do preenchimento adequado das fichas de notificação disponibilizadas, de modo a diminuir as repercussões negativas da SG, as falhas na assistência pré-natal e as dificuldades de supervisão da eficiência de ações de prevenção executadas pelos trabalhadores da saúde.

A utilização de estratégias, como busca ativa das gestantes e orientações acerca do acompanhamento assistencial na gestação pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), para aumentar o índice de pré-natal precoce, a cobertura de assistência à gestante e minimizar os riscos da SC, é de fundamental importância para mudar a realidade dos diagnósticos tardios que tanto ocorrem no país²⁰.

CONCLUSÃO

Com este estudo foi possível notar a fragilidade do sistema público de saúde no Tocantins em relação à prevenção das ISTs e à qualidade de assistência pré-natal nos municípios analisados. É importante que o monitoramento dos casos de sífilis seja constante, para sua identificação precoce e para que estratégias de vigilância e assistência sejam planejadas e implementadas efetivamente, atingindo a meta proposta pela OPAS, de uma saúde exemplar e de qualidade da gestante e seu recém-nascido, seja atingida. ■

REFERÊNCIAS

1. Souza BSO, Rodrigues RM, Gomes RML. Epidemiological analysis of reported cases of syphilis. *Rev Soc Bras Clin Med.* 2018; 16(2):94-8.
2. De Santis M, De Luca C, Mappa I, Spagnuolo T, Licameli A, Straface G, Scambia G. Syphilis infection during pregnancy: fetal risks and clinical management. *Hindawi Publishing Corporation: Infectious Diseases in Obstetrics and Gynecology*; 2012. Article ID 430585. <https://doi.org/10.1155/2012/430585>.
3. Rodrigues SC, Guimarães MDC, Grupo Nacional de Estudo sobre Sífilis Congênita. Positividade para sífilis em puérperas: ainda um desafio para o Brasil. *Rev Panam Salud Publica.* 2004; 16(3):168-75.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico Sífilis 2018 [online]. 2018 [acessado em 9 mai. 2020]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/boletim-epidemiologico-de-sifilis-2018>.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico Sífilis 2019 [online]. 2019 [acessado em 9 mai. 2020]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2019/boletim-epidemiologico-sifilis-2019>.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis: Manual de bolso. Brasília - DF: 2007. 2007 [acessado em 9 mai. 2020]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2006/protocolo-para-prevencao-de-transmissao-vertical-de-hiv-e-sifilis-2007-manu>

REFERÊNCIAS

al-de-bolso.

7. Korenromp EL, Rowley J, Alonso M, Mello MB, Wijesooriya NS, Mahiané SG, Ishikawa N, Le L, Newman-Owiredo M, Nagelkerke N, Newman L, Kamb M, Broutet N, Taylor MM. Global burden of maternal and congenital syphilis and associated adverse birth outcomes—Estimates for 2016 and progress since 2012. 2019. PLOS ONE 14(2): e0211720. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0211720>.
8. Milanez H, Amaral A. Por que ainda não conseguimos controlar o problema da sífilis em gestantes e recém-nascidos? Rev. Bras. Ginecol Obstet. 2008; 30(7):325-7.
9. Damasceno ABA, Monteiro DLM, Rodrigues LB, Barmpas DBS, Cerqueira LRP, Trajano AJB. Sífilis na gravidez. Rev HUPE. Rio de Janeiro, 2014; 13(3):88-94.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Nota técnica conjunta nº 391/2012/SAS/SVS/MS: Realização do teste rápido da sífilis na Atenção Básica no âmbito da Rede Cegonha [online]. 2012 [acessado em 9 mai. 2020]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/redecegonha/nt_n391_sifilis.pdf.
11. Ferreira JD, Coelho ASF, Guimarães JV, Lima MRG, Sousa MC, Pereira LTS, Paula KR. Gestacional syphilis: associated factors, risk behavior and neonatal repercussions. Revista Enfermagem Atual In Derme 2019; Vol. 87, nº. 25.
12. Magalhães DMS, Kawaguchi IAL, Dias A, Calderon IMP. A sífilis na gestação e a sua influência na morbimortalidade materno-infantil. Comun. Ciências Saúde 2011; 1(22):43-54.
13. Nascimento MI, Cunha AA, Guimarães EV, Alvarez FS, Oliveira SRSM, Villas Bôas EL. Gestações complicadas por sífilis materna e óbito fetal. Rev Bras Ginecol Obstet. 2012 fev; 34(2):56-62.
14. Domingues RMSM, Leal MC. Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis: dados do estudo Nascer do Brasil. Cad. Saúde Pública 2016; 32(6):e00082415. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00082415>.
15. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para a prevenção da transmissão vertical de HIV, sífilis e hepatites virais [online]. 1º ed. 2019. 2019 [acessado em 10 mai. 2020]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-prevencao-da-transmissao-vertical-de-hiv>.
16. Domingues RMS, Saraceni V, Hartz ZMA, Leal MC. Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal. Rev. Saúde Pública 2013; 47:147-57.
17. Cardoso ARP, Araújo MAL, Cavalcante MS, Frota MA, Melo SP. Análise dos casos de sífilis gestacional e congênita nos anos de 2008 a 2010 em Fortaleza, Ceará, Brasil. Cien Saúde Colet. 2018; 23(2):563-74.
18. Cavalcante PAM, Pereira RBL, Castro JGD. Sífilis gestacional e congênita em Palmas, Tocantins, 2007-2014. Epidemiol Serv Saúde. 2017 abr-jun; 26(2): 255-64.
19. Campos ALA, Araújo MAL, Melo SP, Gonçalves MLC. Epidemiologia da sífilis gestacional em Fortaleza, Ceará, Brasil: um agravamento sem controle. Cad. Saúde Pública 2010; 26(9): 1747-55. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X201000900008>.
20. Nonato SM, Melo APS, Guimarães MDC. Sífilis na gestação e fatores associados à sífilis congênita em Belo Horizonte-MG, 2010-2013. Epidemiol Serv Saúde. 2015 out-dez; 24(4): 681-94.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Portaria Nº 33, de 14 de Julho de 2005 [online]. 2005 [acessado em 10 mai. 2020]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2005/prt0033_14_07_2005.html
22. Lafetã KRG, Júnior HM, Silveira MF, Paranaíba LMR. Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle. Rev Bras Epidemiol. 2016;19(1): 63-74.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.012, de 19 de Outubro de 2016 [online]. 2016 [acessado em 11 jun. 2020]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/legislacao/portaria-no-2012-de-19-de-outubro-de-2016>
24. Callegari-Jacques, SM. Bioestatística: princípios e aplicações. Reimpressão 2008. Porto Alegre: Ed. Artmed, 2003.
25. Brasil. Indicadores e dados básicos da sífilis nos municípios brasileiros: IDB Brasil [online]. 2019 [acessado em 7 mai. 2020]. Disponível em: <http://indicadoreffisfilis.aids.gov.br/>
26. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Regulamenta pesquisas em Ciências Humanas e Sociais que utilizam dados de domínio e acesso públicos. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 24 mai. 2016. p. 44.
27. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de vigilância, prevenção e controle das Infecções sexualmente transmissíveis do HIV/Aids e Hepatites virais. Nota Informativa nº 02-SEI/2017 - DIAHV/SVS/MS. 2017 [acessado em 27 mai. 2020]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/legislacao/nota-informativa-no-02-sei2017-diahvsms>.
28. Hildebrand, VLPC. Sífilis congênita: fatores associados ao tratamento das gestantes e seus parceiros [tese de mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. 2010.
29. World Health Organization. Pan American Health Organization. Elimination of mother-to-child transmission of HIV and syphilis in the Americas - Update 2016. 2016 [acessado em 9 mai. 2020]. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34072>
30. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística: População residente por cor ou raça e religião - Censo Demográfico 2010 [online]. 2010 [acessado em 11 jun. 2020]. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/2094>