

Acessibilidade aos Serviços de Saúde para Casos de Sífilis Gestacional em uma Capital da Região Norte do Brasil

Accessibility to Health Services For Cases of Gestational Syphilis In a Capital City in the North Region of Brazil
Accesibilidad a los Servicios de Salud para Casos de Sífilis Gestacional en una Capital de la Región Norte de Brasil

RESUMO

Objetivo: Descrever a acessibilidade aos serviços de saúde para sífilis na gestação em uma capital da Amazônia. **Método:** Estudo descritivo, do tipo relato de experiência, desenvolvido a partir de visitas técnicas a unidades da rede de atenção à saúde, incluindo a atenção primária, vigilância epidemiológica e atenção terciária, para contextualizar o fluxo de cuidado. **Resultados:** O diagnóstico da sífilis gestacional ocorre na atenção primária, via testes rápidos, com boa adesão ao tratamento pelas gestantes, mas baixa adesão dos parceiros sexuais. A vigilância epidemiológica centraliza a notificação compulsória e promove capacitações, porém não realiza o acompanhamento direto dos casos, o que contribui para a subnotificação. A atenção terciária atende casos de sífilis majoritariamente em coinfeção com HIV, encaminhando gestantes para maternidades. **Conclusão:** A acessibilidade é dificultada pela fragmentação do cuidado, pela baixa adesão dos parceiros e pela subnotificação, que se configuram como os principais desafios para o controle da sífilis gestacional.

DESCRIPTORES: Acesso aos serviços de saúde; Sífilis congênita; Sífilis na gestação; Cuidado pré-natal; Saúde materno-infantil.

ABSTRACT

Objective: To describe access to health services for syphilis in pregnancy in a capital city in the Amazon region. **Method:** Descriptive study, in the form of an experience report, developed based on technical visits to health unit's care, including primary care, epidemiological surveillance, and tertiary care, to contextualize the care flow. **Results:** The diagnosis of gestational syphilis occurs in primary care through rapid tests, with good treatment adherence by pregnant women, but low adherence by sexual partners. Epidemiological surveillance centralizes mandatory notification and provides training, but does not directly monitor cases, contributing to underreporting. Tertiary care manages syphilis cases mainly in HIV co-infected patients, referring pregnant women to maternity hospitals. **Conclusion:** Accessibility is hindered by fragmented care, low partner adherence, and underreporting, which constitute the main challenges for the control of gestational syphilis.

DESCRIPTORS: Health services accessibility; Syphilis, congenital; Syphilis; Prenatal care; Maternal-child health.

RESUMEN

Objetivo: Describir la accesibilidad a los servicios de salud para sífilis gestacional en una capital amazónica. **Método:** Relato de experiencia basado en visitas técnicas a la atención primaria, vigilancia epidemiológica y atención terciaria. **Resultados:** El diagnóstico se realiza en atención primaria con buena adhesión de las gestantes, pero baja de las parejas. La vigilancia centraliza la notificación pero no realiza seguimiento directo, generando subnotificación. La atención terciaria maneja casos complejos, derivando a las gestantes a maternidades. **Conclusión:** La fragmentación del cuidado, la baja adherencia de las parejas y la subnotificación son los principales desafíos para el control de la sífilis gestacional.

DESCRIPTORES: Accesibilidad a los servicios de salud; Sífilis congénita; Sífilis; Atención prenatal; Salud materno-infantil.

RECEBIDO EM: 16/10/2025 APROVADO EM: 04/11/2025

Como citar este artigo: Mota AC, Bernardo DHOL, Nascimento EVV, Crispim JS, Souza JBC, Melo ODS, Santos LCB, Perez JEM, Maciel LHG, Martins FM, Evaristo JSG, Souza CSM. Acessibilidade aos Serviços de Saúde para Casos de Sífilis Gestacional em uma Capital da Região Norte do Brasil. Saúde Coletiva (Edição Brasileira) [Internet]. 2026 [acesso ano mês dia];17(104):19100-19109. Disponível em: DOI: 10.36489/saudecoletiva.2026v17i104p19100-19109

ID Ádria Costa Mota
Graduanda em Medicina, Universidade Federal do Amazonas (UFAM).
ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-9276-6727>

ID Diego Henrique de Oliveira Lima Bernardo
Graduando em Medicina, Universidade Federal do Amazonas (UFAM).
ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-9371-9214>

ID Emyly Victória Viana Nascimento
Graduanda em Medicina, Universidade Federal do Amazonas (UFAM).
ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-8909-0557>

ID Jacqueline da Silva Crispim
Graduanda em Medicina, Universidade Federal do Amazonas (UFAM).
ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-3422-2800>

ID Jennifer Beatriz Costa de Souza
Graduanda em Medicina, Universidade Federal do Amazonas (UFAM).
ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-4970-4478>

ID Orlando Douglas de Souza Melo
Graduando em Medicina, Universidade Federal do Amazonas (UFAM).
ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-8489-5506>

ID Lucas Cortez de Barros Santos
Graduando em Medicina, Universidade Federal do Amazonas (UFAM).
ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-8093-0915>

ID Julia Evan Mendes Perez
Graduanda em Medicina, Universidade Federal do Amazonas
ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-7064-1272>

ID Luiz Henrique Gonçalves Maciel
Mestre em Doenças Tropicais e Infecciosas, Universidade do Estado do Amazonas. Professor do Departamento de Saúde Coletiva, Universidade Federal do Amazonas.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1625-8255>

ID Fabiana Mânica Martins
Doutora em Ciências do Ambiente e Sustentabilidade na Amazônia, Universidade Federal do Amazonas. Professora do Departamento de Saúde Coletiva, Universidade Federal do Amazonas.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4440-2680>

ID Jucyette da Silva Gomes Evaristo
Mestra em Ciências da Saúde, Universidade Federal do Amazonas. Professora do Departamento de Saúde Coletiva, Universidade Federal do Amazonas.
ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-6935-9652>

ID Celsa da Silva Moura Souza
Doutora em Saúde Baseada em Evidência, Universidade Federal de São Paulo. Professora do Departamento de Saúde Coletiva, Universidade Federal do Amazonas.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1669-1462>

INTRODUÇÃO

A sífilis é uma infecção sexualmente transmissível (IST) causada pela bactéria *Treponema pallidum*, com transmissão por contato sexual, sanguíneo ou vertical (de mãe para feto)¹. Em gestantes, a infecção não tratada pode levar a desfechos graves como prematuridade, baixo peso ao nascer e

óbito neonatal². A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que 0,8% das gestantes no mundo são afetadas, com prevalência que pode atingir 3,3% em países de baixa renda³.

No Brasil, a doença persiste como um sério problema de saúde pública. Em 2023, foram notificados 86.111 casos de sífilis em gestantes, com as maiores taxas de detecção nas regiões Sudeste e

Sul⁴. No estado do Amazonas, observa-se um crescimento expressivo de casos, atingindo um pico de 2.162 em 2022, com a região metropolitana de Manaus concentrando quase 80% do total⁵. Em 2024, o município de Manaus registrou um total de 5.589 casos de sífilis, sendo 1.741 em gestantes e 417 de sífilis congênita, evidenciando um cenário preocupante⁶.

Relato de Experiência

Mota AC, Bernardo DHOL, Nascimento EVV, Crispim JS, Souza JBC, Melo ODS, Santos LCB, Perez JEM, Maciel LHG, Martins FM, Evaristo JSG, Souza CSM
Acessibilidade aos Serviços de Saúde para Casos de Sífilis Gestacional em uma Capital da Região Norte do Brasil

Este cenário de vulnerabilidade motivou o presente estudo. O objetivo deste trabalho é descrever a acessibilidade aos serviços de saúde para os casos de sífilis na gestação na cidade de Manaus, através de um relato de experiência de acadêmicos de medicina de uma universidade pública do estado do Amazonas.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo do

tipo relato de experiência, desenvolvido por acadêmicos de Medicina da Universidade Federal do Amazonas durante a disciplina de Saúde Coletiva 2. Para compreender o fluxo de cuidado, foram realizadas visitas técnicas a unidades de saúde de Manaus que compõem a linha de cuidado de ISTs, com foco na assistência à sífilis na gestação.

As visitas ocorreram em diferentes níveis de atenção à saúde (atenção primária, vigilância epidemiológica e

atenção terciária especializada) e foram autorizadas pela Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas e Secretaria Municipal de Saúde. Para a coleta de informações, foram elaborados roteiros de perguntas semiestruturadas, direcionadas aos profissionais de saúde de cada local visitado, conforme detalhado no Quadro 1. Os dados foram obtidos por meio de entrevistas informais e observação direta.

Quadro 1. Roteiro de perguntas para os campos práticos visitados.

Nível de Atenção	Perguntas Chave
Atenção primária - UBS Ajuricaba	1. Como os pacientes chegam para testagem de ISTs? 2. Como é feito o diagnóstico e qual a reação do paciente? 3. Quais testes são usados e como os casos são identificados? 4. Qual a conduta clínica e o nível de adesão ao tratamento? 5. Como é feito o acompanhamento dos casos e dos parceiros sexuais? 6. Quais ações de prevenção são desenvolvidas?
Atenção especializada - Diretoria de IST da SEMSA, Hospital Tropical	1. Quais os critérios para internação de gestantes com sífilis? 2. Quais as complicações mais comuns na gestação, parto e neonatais? 3. Como são manejados os recém-nascidos com sífilis congênita? 4. Quais os prognósticos para mãe e bebê? 5. Qual a orientação na alta hospitalar?
DVAE - (Diretoria de Vigilância Epidemiológica, Ambiental, Zoonoses, e da Saúde do Trabalhador)	1. Quais as estratégias de rastreamento e controle da sífilis em gestantes? 2. Como a DVAE atua na notificação e investigação dos casos? 3. Quais ações são desenvolvidas para assegurar o tratamento da gestante e do parceiro? 4. Como a DVAE contribui para a capacitação dos profissionais de saúde? 5. Quais os principais desafios no enfrentamento da sífilis gestacional?

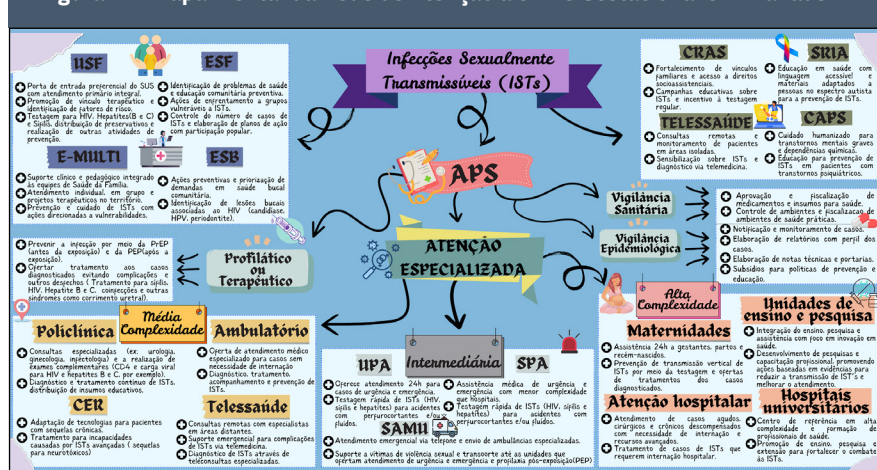
Fonte: Elaborado pelos autores, 2025.

RESULTADOS

Os resultados foram organizados de acordo com o nível de atenção à saúde visitado, descrevendo o fluxo de cuidado, os serviços ofertados e os desafios identificados.

Mapa Mental da Rede de Atenção às ISTs Para visualizar a estrutura de cuidado, foi elaborado um mapa mental. Um mapa mental é uma representação gráfica que facilita a assimilação de conteúdos complexos por meio da associação de palavras-chave e hierarquias conceituais⁷.

Figura 1 – Mapa Mental da Rede de Atenção à Sífilis Gestacional em Manaus.



Atenção Primária – UBS Ajuricaba O diagnóstico da sífilis na Unidade Básica de Saúde (UBS) é realizado por meio de testes rápidos (TR), geralmente na primeira consulta de pré-natal. A reação das gestantes ao diagnóstico positivo costuma envolver medo e ansiedade, mas a preocupação com a saúde do bebê resulta em alta adesão ao tratamento com penicilina benzatina. Em contrapartida, os parceiros sexuais, frequentemente assintomáticos, demonstram maior resistência, dificultando o controle da infecção. O acompanhamento inclui a repetição dos testes e o registro no Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC). Desafios como a subnotificação de casos e limitações estruturais persistem.

Vigilância Epidemiológica – DVAE A Diretoria de Vigilância Epidemiológica (DVAE) incentiva a busca ativa e a notificação compulsória dos casos de sífilis. O sistema de vigilância é unificado para as redes pública e privada. No entanto, a atribuição da DVAE se restringe à vigilância e monitoramento epidemiológico, sem realizar o acompanhamento direto da gestante e de seus parceiros. A DVAE promove capacitações periódicas para os profissionais da linha de frente, especialmente durante a campanha "Outubro Verde". O principal desafio relatado é a subnotificação, que compromete a fidedignidade dos dados e a eficácia das ações de controle.

Atenção Terciária – Fundação de Medicina Tropical Dr. Heitor Vieira Dourado (FMT-HVD) A FMT-HVD é um centro de referência para doenças infecciosas. O atendimento à sífilis na unidade ocorre, em geral, apenas em casos de coinfeção com HIV. Gestantes com diagnóstico de sífilis raramente são atendidas, pois o protocolo preconiza o encaminhamento direto para maternidades de referência, que possuem estrutura para o cuidado simultâneo do binômio mãe-bebê. Essa dinâmica reflete

o foco da instituição no manejo de casos mais complexos e a existência de uma linha de cuidado específica para a sífilis gestacional fora dos hospitais de infectologia geral.

DISCUSSÃO

Os resultados evidenciam que a oferta de testes rápidos na UBS está alinhada às diretrizes nacionais que preconizam o diagnóstico precoce⁸. No entanto, a dificuldade na adesão dos parceiros sexuais ao tratamento, observada na UBS visitada, é um obstáculo documentado em diversas regiões do Brasil, comprometendo o controle da transmissão vertical⁹. Ações de promoção à saúde, embora existentes, enfrentam desafios de implementação efetiva, como a necessidade de maior capacitação profissional e recursos adequados, uma realidade compartilhada por outras unidades de saúde no país¹⁰.

A experiência na DVAE revela a tensão entre a política de vigilância e a prática assistencial. A notificação compulsória e a busca ativa são pilares fundamentais, mas a subnotificação persiste como um entrave significativo, fenômeno exacerbado por limitações logísticas e estruturais em territórios extensos como o amazônico¹¹. A falta de um sistema que integre a vigilância epidemiológica ao acompanhamento clínico direto da gestante e do parceiro reflete uma fragmentação institucional. Essa separação dificulta o monitoramento em tempo real dos casos e a redução do abandono do tratamento, um desafio para o qual outros estados desenvolveram estratégias de integração, como comitês municipais¹².

A dinâmica da FMT-HVD ilustra como a rede de saúde se organiza para lidar com casos complexos. O encaminhamento de gestantes com sífilis para maternidades está em conformidade com os protocolos do Ministério da Saúde, que visam garantir um

cuidado especializado e integral ao binômio mãe-bebê¹³. Contudo, a centralização do atendimento de sífilis/HIV na FMT-HVD também pode refletir um estigma institucional que sobrecarrega os serviços de referência¹⁴. A estrutura de cuidado para a sífilis gestacional, portanto, depende de uma rede articulada, onde a atenção primária realiza o diagnóstico, a vigilância monitora os dados, e as maternidades oferecem o cuidado especializado. As falhas em qualquer um desses pontos impactam toda a cadeia.

CONCLUSÃO

A análise da acessibilidade aos serviços de saúde para sífilis gestacional em Manaus revela uma estrutura com potencialidades e desafios críticos. Embora o fluxo de diagnóstico na atenção primária esteja estabelecido, a eficácia do controle é severamente comprometida pela baixa adesão dos parceiros sexuais ao tratamento, pela fragmentação entre os serviços de vigilância e de assistência direta, e pela persistente subnotificação de casos.

A superação desses obstáculos exige o fortalecimento da atenção primária, com estratégias eficazes para a abordagem dos parceiros, e a implementação de mecanismos que integrem a vigilância epidemiológica ao acompanhamento clínico, garantindo que cada diagnóstico se converta em tratamento completo e interrupção da cadeia de transmissão.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Syphilis [Internet]. Geneva: WHO; 2024 [cited 2024 Jul 20]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/syphilis>
2. Campos ALA, Araújo MAL, Melo SP, Gonçalves MLC. Epidemiologia da sífilis gestacional em Fortaleza, Ceará, Brasil: um agravamento sem controle. *Cad Saude Publica*. 2010;26(9):1747–55.
3. World Health Organization. Data on syphilis [Internet]. Geneva: WHO; 2024 [cited 2024 Jul 20]. Available from: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/data-on-syphilis>
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Boletim Epidemiológico de Sífilis 2023. Brasília: Ministério da Saúde; 2023.
5. Gonçalves M. Sífilis gestacional e congênita em Manaus – Amazonas ao longo de dez anos [tese na Internet]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2020 [cited 2024 Jul 20]. Available from: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/17/17144/tde-19082020-232440/>
6. Prefeitura Municipal de Manaus. Secretaria Municipal de Saúde (Semsu). Boletim Epidemiológico Sífilis 2024. Manaus: Semsu; 2024.
7. Buzan T. Mapas mentais: um método ilustrado para potencializar o cérebro. 2. ed. Rio de Janeiro: Objetiva; 2012.
8. Silva MR, Oliveira MA, Costa J, Lima LS, Martins MA, Ribeiro M, et al. Atuação das equipes de Atenção Primária à Saúde no teste rápido para infecções sexualmente transmissíveis. *Saude Debate*. 2021;45(131):1075–87.
9. Santos AP, Nascimento EVV, Mendes J, Ferreira A, Pereira M, Costa A, et al. Desafio à adesão ao tratamento da sífilis pelo parceiro sexual na atenção básica. *Rev Bras Educ Saude*. 2020;10(1):15–22.
10. Oliveira MA, Pereira P, Sousa L, Lima A, Silva M, Santos R, et al. A importância das ações de promoção à saúde na atenção básica baseadas em intervenções educativas. *Rev Fisioter Ter*. 2023;10(2):45–52.
11. Costa CC, Freitas LV, Sousa DM, et al. Subnotificação da sífilis gestacional e congênita no Brasil: uma revisão integrativa. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(Supl 4):e20200232.
12. Lago EG. Desafios para o controle da sífilis congênita no Brasil. *Cad Saude Publica*. 2017;33(3):e00113316.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). Brasília: Ministério da Saúde; 2020.
14. Lima MV, et al. O estigma e a discriminação de pessoas vivendo com HIV/aids no acesso aos serviços de saúde no Brasil. *Saúde em Debate*. 2019;43(spe3):101–14.
15. Vieira-Meyer APGF, Pinto IC, Vieira LJES, Nascimento R, Lima SS, Cardoso P, et al. Infraestrutura e processo de trabalho na atenção primária à saúde: avaliação da Estratégia Saúde da Família no Ceará. *Rev Saude Publica*. 2020;54:1–10.
16. Brasil. Lei nº 14.289, de 3 de janeiro de 2022. Dispõe sobre a obrigatoriedade de sigilo sobre a condição de saúde de pessoas com HIV, hepatites crônicas, tuberculose e hanseníase. *Diário Oficial da União*. 2022 Jan 4.
17. Cavalcante RM, Xavier DR, Barcellos C, et al. Avaliação do sistema de vigilância epidemiológica da sífilis congênita em Pernambuco, 2016. *Epidemiol Serv Saude*. 2019;28(1):e2018132.
18. Domingues RMSM, Leal MC. Notificação de sífilis gestacional: desafios na rede privada de saúde. *Rev Saude Publica*. 2016;50:20.
19. Silva K, Costa MC, Ribeiro TS, et al. Capacitação de profissionais de saúde para o enfrentamento da sífilis gestacional. *Rev Enferm UFPE*. 2018;12(5):1292–300.
20. Souza FM, Freitas MIF, Gomes NCS, et al. Impacto de campanhas educativas na prevenção da sífilis congênita. *DST J Bras Doencas Sex Transm*. 2017;29(4):146–51.
21. Pinto VM, Tanaka OY, Buchalla CM. Subnotificação da sífilis congênita em diferentes estados brasileiros. *Rev Saude Publica*. 2014;48(3):493–501.
22. Garnelo L, Sousa AB. Desafios da Atenção à Saúde em Territórios Amazônicos: Barreiras Geográficas e Desigualdades Estruturais. *Cadernos de Saúde Pública*. 2021;37(4):e00123420.
23. Bento CN, Pereira GF. Infecções Fúngicas Oportunistas em Pacientes com HIV/Aids na Região Amazônica: um Desafio Diagnóstico e Terapêutico. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2022;55:e0324–2022.
24. Conselho Federal de Medicina (CFM). A Realidade dos Hospitais Públicos no Brasil: Relatório de Fiscalização. Brasília: CFM; 2023.