

Desafios da sífilis congênita na atenção primária à saúde em Alagoas, Brasil, 2009-2018

Desafios de la sífilis congénita en la atención primaria de salud en Alagoas, Brasil, 2009-2018

Bruno Quintela Souza de Moraes¹ ; Daniel Martins Correia¹ ; Michael Ferreira Machado¹ 

* michael.machado@arapiraca.ufal.br

Forma de citar: Quintela Souza de Moraes B, Martins Correia D, Ferreira Machado M. Desafios da sífilis congênita na atenção primária à saúde em Alagoas, Brasil, 2009-2018. *Salud UIS*. 2022; 54: e22031. doi: <https://doi.org/10.18273/saluduis.54.e:22031>



Resumo

Introdução: A sífilis é um agravo sexual causado pela bactéria *Treponema pallidum*, podendo causar defeitos congênitos quando há transmissão vertical da grávida infectada para seu conceito. No Brasil e no estado de Alagoas, caracteriza-se como problema de saúde pública a ser controlado, principalmente na Atenção Primária à Saúde que conta com a Estratégia Saúde da Família para o diagnóstico e o tratamento da sífilis na gestação, prevenindo os casos congênitos. **Objetivo:** Analisar as correlações entre a cobertura da Estratégia Saúde da Família e os indicadores da Sífilis Congênita no estado de Alagoas, Brasil, entre 2009 e 2018. **Método:** Trata-se de um estudo transversal retrospectivo com dados secundários do Ministério da Saúde sobre os indicadores de Sífilis Congênita e cobertura da Estratégia Saúde da Família em Alagoas. Utilizou-se o *software Statistical Package for the Social Sciences* – versão 25 e as correlações foram consideradas significantes com p-valor < 0,05. **Resultados:** Entre 2009-2018, notificou-se 3.407 casos de Sífilis Congênita em Alagoas e 73,6% das gestantes realizam o pré-natal. Contudo, observou-se que o momento do diagnóstico da sífilis materna não ocorreu durante o pré-natal; o tratamento materno não foi realizado ou realizado de forma inadequada; e apenas 9% das parcerias sexuais das gestantes foram tratadas. **Conclusão:** Em Alagoas, existem lacunas para o diagnóstico oportuno e o tratamento efetivo da sífilis na gestação, mesmo com a disponibilidade de insumos e protocolos assistenciais.

Palavras-chave: Sífilis; Sífilis Congênita; Saúde materno-infantil; Atenção primária à saúde; Estratégia Saúde da Família; Terapêutica.

Resumen

Introducción: La sífilis es un delito sexual causado por la bacteria *Treponema pallidum*, que puede causar defectos de nacimiento cuando hay transmisión vertical de la mujer embarazada infectada a su hijo. En Brasil y en el estado de Alagoas, es un problema de salud pública que debe ser controlado, especialmente en la Atención Primaria de Salud que se apoya en la Estrategia de Salud de la Familia para el diagnóstico y tratamiento de la sífilis en el embarazo, previniendo así los casos congénitos. **Objetivo:** Analizar las correlaciones entre la cobertura de la

¹Universidade Federal de Alagoas. Endereço. Brasil.

Estrategia de Salud de la Familia y los indicadores de Sífilis Congénita en el estado de Alagoas, Brasil, entre 2009 y 2018. **Método:** Se trata de un estudio transversal retrospectivo con datos secundarios del Ministerio de Salud sobre los indicadores de Sífilis Congénita y la cobertura de la Estrategia de Salud de la Familia en Alagoas. Se utilizó el software Statistical Package for the Social Sciences - versión 25 y las correlaciones se consideraron significativas con un valor $p < 0,05$. Resultados: Entre 2009-2018 se notificaron 3.407 casos de Sífilis Congénita en Alagoas y el 73,6% de las embarazadas realizaron control prenatal. Sin embargo, se observó que el momento del diagnóstico de la sífilis materna no se produjo durante la atención prenatal; el tratamiento materno no se realizó o se realizó de forma inadecuada; y sólo el 9% de las parejas sexuales de las embarazadas recibieron tratamiento. **Conclusión:** En Alagoas, existen lagunas para el diagnóstico oportuno y el tratamiento eficaz de la sífilis en el embarazo, incluso con la disponibilidad de insumos y protocolos de atención.

Palabras clave: Sífilis; Sífilis Congénita; Salud Materno-Infantil; Atención Primaria de Salud; Estrategia de Salud Familiar; Terapéutica.

Introdução

A sífilis é uma doença infectocontagiosa sistêmica, sexualmente transmissível, de evolução crônica e exclusiva do ser humano, causada pela bactéria espiroqueta *Treponema Pallidum*. Esse agravo apresenta diferentes formas e estágios: sífilis recente (primária, secundária e latente recente) cujo tempo de evolução é de até um ano; sífilis tardia (latente tardia e terciária) quando há mais de um ano de evolução; além de casos congênitos resultantes da transmissão vertical da bactéria, na qual denominamos de Sífilis Congênita (SC)¹.

A maioria dos bebês com SC são infectados no útero, mas o recém-nascido também pode ser infectado pelo contato com uma lesão genital ativa no momento do parto². A SC pode ser dividida em precoce (ocorre nos primeiros anos de vida) e tardia (após um ano de idade) e dependendo de qual estágio a SC se encontra, as manifestações no recém-nascido podem variar³. Na SC precoce, o recém-nascido pode apresentar: hepatoesplenomegalia, linfadenopatia, osteocondrite, anemia e lesões cutâneo-mucosas. As lesões da sífilis tardia são irreversíveis; as mais comuns são: ceratite, surdez e retardamental⁴.

Apesar de ser prevenível, curável e de tratamento de baixo custo, ofertado de forma gratuita pelo sistema público de saúde brasileiro, o Sistema Único de Saúde (SUS), a OMS aponta que a situação da sífilis no Brasil não é diferente de outros países^{5,6}. Em 2020, foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação/SUS 61.441 casos de sífilis em gestantes (taxa de detecção de 21,6/1.000 nascidos vivos); 22.065 casos de sífilis congênita (taxa de incidência de 7,7/1.000 nascidos vivos); e 186 óbitos por sífilis congênita (taxa de mortalidade de 6,5/100.000 nascidos vivos). Esses dados da infecção são preocupantes, sendo, portanto, necessário o controle dessa doença que permanece como um problema de saúde pública,

principalmente entre as gestantes, sendo responsável por óbitos infantis evitáveis⁶.

Para o enfrentamento da Sífilis Congênita, o Ministério da Saúde brasileiro, em 2007, elaborou o Protocolo para a Prevenção de Transmissão Vertical de HIV e da Sífilis. Esse documento estabeleceu medidas e metas com o objetivo de contribuir para a melhoria da qualidade na atenção à saúde materno-infantil, visando reduzir as taxas de transmissão vertical do HIV e a eliminação da Sífilis Congênita, através do aprimoramento da atenção pré-natal e puericultura⁷.

Neste contexto, a Rede Cegonha, instituída pela Portaria Nº 1.459 em 2011, programou estratégias para assegurar à mulher e à criança o direito à atenção humanizada no pré-natal, parto/nascimento, pós-parto e atenção infantil em todos os serviços de saúde do SUS. Uma das estratégias foi a implantação dos testes rápidos para diagnóstico e triagem da sífilis no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), no intuito de promover o diagnóstico precoce desses agravos nas gestantes e o início oportuno das ações de prevenção com vistas à redução das taxas de transmissão vertical do HIV e eliminação da sífilis congênita, bem como redução dos desfechos desfavoráveis para gestante e para o feto/recém-nascido⁸.

Em Alagoas, é importante destacar que, desde 2012, após a implantação da Rede Cegonha, o governo do estado vem traçando estratégias e metas para melhorar o diagnóstico da sífilis durante a gestação. Vale ressaltar que, a não detecção da sífilis durante o pré-natal pode representar falhas na Estratégia Saúde da Família (ESF), gerando perdas de oportunidades de intervenção e da prevenção de complicações durante a gestação (malformação congênita e aborto), o que limita as possibilidades de redução da incidência da sífilis⁹. Por isso, devido a uma

compreensão desse cenário em Alagoas, este estudo tem por objetivo analisar a correlação entre a Estratégia Saúde da Família e os indicadores da SC em Alagoas.

Método

Trata-se de um estudo transversal retrospectivo que analisa a evolução dos indicadores, de 2009 a 2018, acerca da sífilis congênita no estado de Alagoas, correlacionando-os com os níveis locais de cobertura da Estratégia Saúde da Família. Os dados foram coletados a partir do painel epidemiológico Indicadores da Sífilis disposto pelo Departamento de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis (DCCI/SVS/MS) e do Sistema de Informação e Gestão da Atenção Básica (e-Gestor AB) do Ministério da Saúde brasileiro.

A partir da coleta, os dados acerca da incidência de SC; taxa de detecção de SC; momento do diagnóstico materno; esquema de tratamento materno; tratamento do parceiro e níveis de cobertura da ESF passaram a ser tabulados, por ano, através do *Microsoft Office Excel 2013*. Foram calculados também as razões de taxas desses indicadores por meio da seguinte fórmula: taxa de 2018 / taxa de 2009. A partir desse cálculo, pode-se inferir melhoras ou piores no panorama de cada variável.

Além disso, foi utilizado o *software Statistical Package for the Social Sciences – SPSS*, versão 25, para verificar a existência de correlação entre a cobertura da ESF e os demais indicadores durante o período estudado. Para tanto, foram realizadas correlações bivariadas de Pearson; e para ser significativa, o p-valor deve ser $< 0,05$. Essas correlações foram interpretadas através do seu coeficiente de correlação (ρ).

No presente estudo, utiliza-se dados de domínio público e livre acesso, sem a identificação dos participantes. Não sendo necessária, portanto, a apreciação ética, em conformidade com as resoluções 466/12, 516/16 e 580/18, do Conselho Nacional de Saúde, que regulamentam as pesquisas com seres humanos e no âmbito do Sistema Único de Saúde, no Brasil.

Resultados

Durante o período analisado, com base no Painel dos Indicadores de Sífilis do Ministério da Saúde, foram registrados $n = 3.407$ casos de sífilis congênita em Alagoas, apenas oito desses ocorreram após um ano de vida da criança, e 40 óbitos foram contabilizados. Durante a análise estatística, foi observado que 73,6%

das gestantes realizaram o pré-natal, mas que apenas 31,7% tiveram o diagnóstico da sífilis realizado naquele momento. Ainda, maior parte das mulheres (63,8%) foi diagnosticada durante o parto/curetagem ou após o nascimento da criança.

No que concerne ao esquema de tratamento materno, aproximadamente nove em cada dez mães não foram tratadas ou foram tratadas inadequadamente, sem considerar as notificações no qual esquema de tratamento materno foi ignorado, e apenas 53 (1,6%) das mães receberam o tratamento adequado. Acerca do tratamento dos parceiros sexuais das gestantes, a grande maioria não foi tratada (67,2%); apenas 9% das parcerias sexuais foram tratadas e 23,7% tiveram notificação ignorada.

As razões de taxas calculadas mostraram crescimento de 552% na taxa de detecção de sífilis em gestantes e de 172% na taxa de detecção de sífilis congênita em Alagoas no período analisado; crescimento de 6% na realização do pré-natal e queda de 22% da não realização do mesmo; crescimento de 440% do tratamento materno e de 98% do tratamento do parceiro.

Nas análises realizadas a partir do SPSS, as correlações de Pearson significantes, considerando o p-valor, foram entre a cobertura da ESF e os seguintes indicadores: taxa de incidência de SC; taxa de detecção; momento do diagnóstico materno durante o pré-natal; momento do diagnóstico materno após o parto; esquema de tratamento materno inadequado; esquema de tratamento materno não realizado e esquema do tratamento do parceiro realizado.

Fazendo-se a interpretação dos coeficientes que correlação, foi possível observar que a cobertura da ESF possui correlações positivas fortes com as taxas de incidência e detecção da sífilis congênita, correlação positiva moderada com a realização do pré-natal e correlações negativas muito fraca e moderada com o pré-natal não realizado e ignorado, respectivamente.

Tratando-se do momento do diagnóstico materno, há correlações importantes com a cobertura da ESF: 1) a correlação é positiva forte para o diagnóstico realizado no pré-natal; 2) correlações negativas e significantes para diagnóstico realizado durante o parto/curetagem ou após do parto; e 3) correlações positivas moderadas para os indicadores “não realizado” e “ignorado”. Estes indicadores podem continuar sendo positivos por conta que muitas mães das crianças acometidas pela SC sequer tiveram o diagnóstico de sífilis, mesmo com a maior realização do pré-natal e da melhora na cobertura da ESF, evidenciando falhas na assistência.

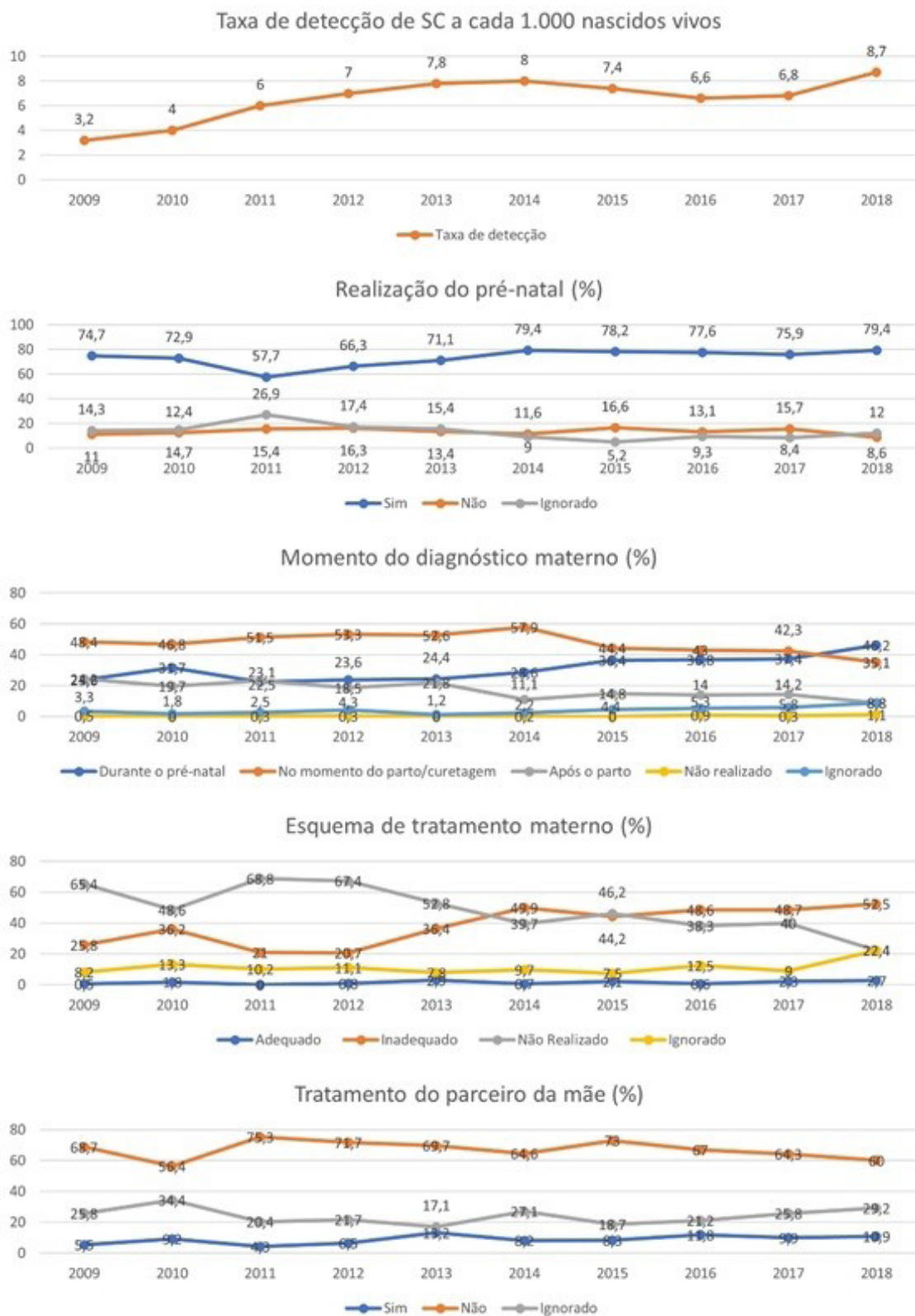
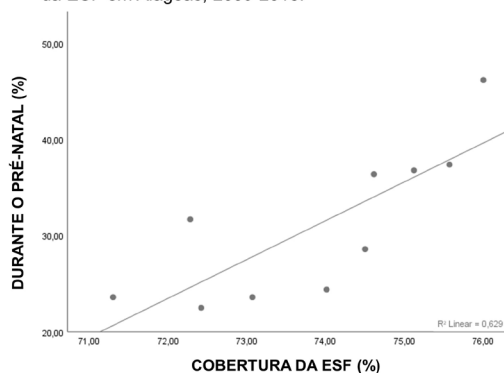


Figura 1. Evolução temporal dos indicadores da Sífilis Congênita no estado de Alagoas, Brasil, de 2009 a 2018.

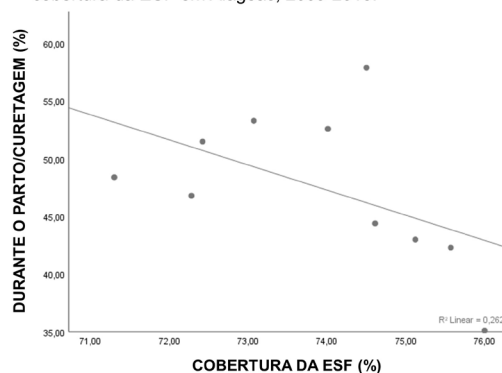
Tabela 1. Razões de taxas dos aspectos clínicos correlacionados com a Sífilis Congênita em Alagoas, Brasil, 2009 a 2018.

Indicador	TX 2009	TX 2018	Razão de taxa
Detecção de Sífilis em Gestantes	2,9	18,9	6,52
Detecção de Sífilis Congênita	3,2	8,7	2,72
Realização do pré-natal			
Sim	74,7	79,4	1,06
Não	11	8,6	0,78
Ignorado	14,3	12	0,84
Esquema de tratamento materno			
Adequado	0,5	2,7	5,4
Inadequado	25,8	52,5	2,03
Não realizado	65,4	22,4	0,34
Ignorado	9,9	22,4	2,26
Tratamento do parceiro			
Sim	5,5	10,9	1,98
Não	68,7	60	0,87
Ignorado	25,8	29,2	1,13

(a) Dispersão simples da correlação entre o momento do diagnóstico da sífilis materna durante o pré-natal e a cobertura da ESF em Alagoas, 2009-2018.



(b) Dispersão simples da correlação entre o momento do diagnóstico da sífilis materna durante o parto/curetagem e a cobertura da ESF em Alagoas, 2009-2018.



(c) Dispersão simples da correlação entre o momento do diagnóstico da sífilis materna após o parto e a cobertura da ESF em Alagoas, 2009-2018.

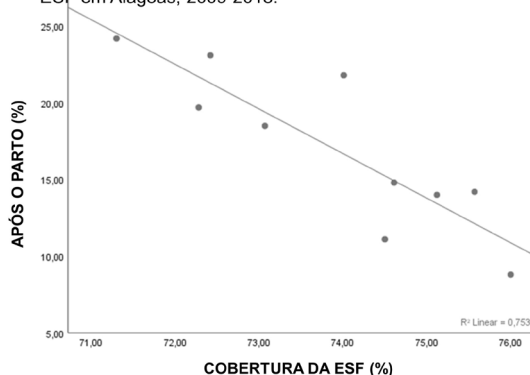
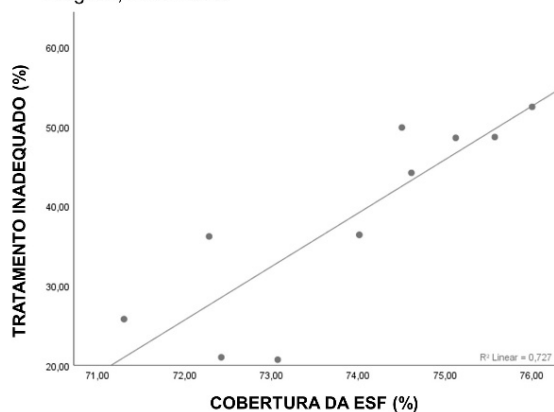


Figura 2. Dispersões simples das correlações entre o momento do diagnóstico materno e a cobertura da Estratégia Saúde da Família – ESF, Alagoas, Brasil, 2009-2018.

(a) Dispersão simples da correlação entre o esquema de tratamento materno inadequado e a cobertura da ESF em Alagoas, 2009-2018.



(b) Dispersão simples da correlação entre o esquema de tratamento materno não realizado e a cobertura da ESF em Alagoas, 2009-2018.

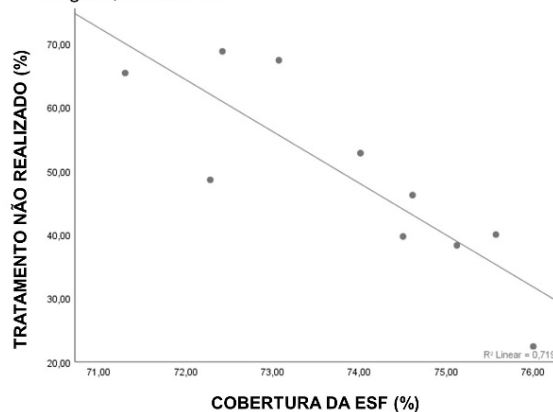
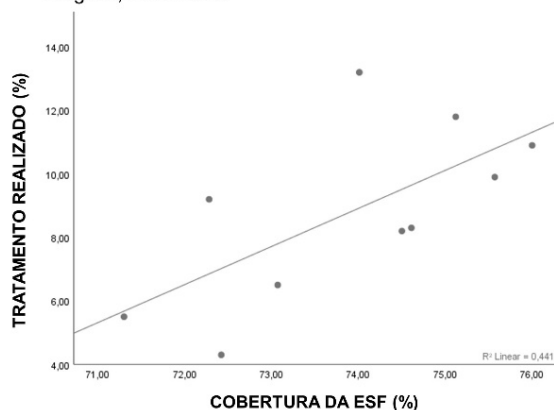


Figura 3. Dispersões simples das correlações entre o tratamento materno e a cobertura da Estratégia Saúde da Família – ESF, Alagoas, Brasil, 2009-2018.

(a) Dispersão simples da correlação entre a realização do tratamento do parceiro da mãe e a cobertura da ESF em Alagoas, 2009-2018.



(b) Dispersão simples da correlação entre a não realização do tratamento do parceiro da mãe e a cobertura da ESF em Alagoas, 2009-2018.

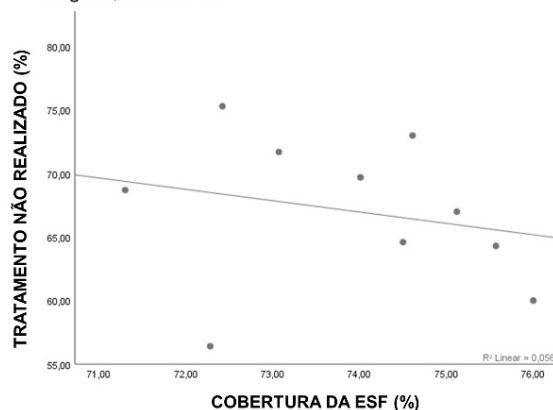


Figura 4. Dispersões simples das correlações entre o tratamento do parceiro da mãe e a cobertura da Estratégia Saúde da Família – ESF, 2009-2018.

As correlações entre a cobertura da ESF e o esquema de tratamento materno apresentam inconsistências, pois se mostra positiva moderada para o tratamento adequado, positiva forte para inadequado e negativa forte para não realizado. Isso pode sugerir que as gestantes, embora estejam sendo tratadas, estão sendo tratadas de forma inadequada.

Por fim, as correlações entre a cobertura da ESF e o tratamento do parceiro da mãe foi positiva moderada para o tratamento realizado, negativas bem fracas para tratamento não realizado e ignorado. Sendo, portanto, um ponto positivo, já que a ampliação da cobertura está diretamente relacionada/correlacionada à maior taxa de tratamento da parceria materna.

Discussão

A Estratégia Saúde da Família visa melhorar o acesso da população aos serviços de saúde e garantir que os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Atenção Primária à Saúde, expressos na Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), sejam cumpridos¹⁰. As gestantes, por sua vez, são consideradas como grupo prioritário na Atenção Primária e, por isso, devem ter acesso facilitado aos serviços para que haja o acolhimento necessário para a realização de um pré-natal preventivo e resolutivo nas condições que afetam as mulheres nesse período¹¹. Dentre essas condições, a sífilis tem destaque. Esse agravamento, além dos prejuízos à gestante, pode causar anomalias congênitas ao seu

neonato, sendo um indicador importante da qualidade do cuidado pré-natal¹².

A sífilis na gestação pertence ao grupo dos casos adquiridos para o qual o diagnóstico é mais simples do que para os casos congênitos. Por possuir um diagnóstico mais complexo, a principal forma de profilaxia da transmissão da sífilis para o recém-nascido é o diagnóstico materno ainda no pré-natal¹³. Essa premissa é ratificada por Gomez *et al.* (2013)¹⁴ cuja meta-análise concluiu a associação entre o não diagnóstico/tratamento da gestante com sífilis e desfechos adversos da gestação, entre eles: aborto, natimorto e morte perinatal.

O diagnóstico oportuno da sífilis na gestante é um dos pontos fundamentais para diminuir a transmissão vertical da doença⁹. Em Alagoas, embora haja correlação positiva forte entre o diagnóstico durante o pré-natal e a cobertura da ESF, o diagnóstico não ocorre, em sua maioria, durante esse momento; o que era esperando quando mais de 70% das grávidas passaram por esse tipo de assistência.

Essa característica é consonante com outras partes do Brasil, como os estudos de Heringer *et al.*¹⁵, ao apontar que nos estados do Amazonas, Ceará e no Rio de Janeiro, a maioria das gestantes (59,7%, 53,3% e 52,1%, respectivamente) foram diagnosticadas somente durante a internação para o parto. Ainda foi observado no estudo de Su *et al.* (2016)¹⁶ que mesmo em países desenvolvidos, como os Estados Unidos da América, os casos de sífilis congênita estão associados ao início tardio ou ausência de pré-natal, acometendo principalmente gestantes negras – agrupamento racial historicamente marginalizado.

É válido ressaltar que, desde o ano de 2012, após a implantação da Rede Cegonha no estado, o governo de Alagoas vem traçando estratégias e metas para melhorar o diagnóstico da sífilis durante a gestação – sendo preconizada a testagem rápida para HIV, sífilis e hepatites virais no 1º e 3º trimestres da gestação¹⁷. Os documentos produzidos pela gestão em saúde local trazem informações importantes para a compreensão desse fenômeno. No Relatório Anual de Gestão de 2012, foi apresentada ampliação da testagem rápida no pré-natal e nos relatórios dos anos seguintes foram estabelecidas metas de testagem em gestantes que não foram alcançadas. A última meta de ampliação da testagem foi proposta em 2015 e seria de três testes realizados por gestantes; porém, o resultado foi de 0,35

teste realizado por gestante. Ou seja, nem toda grávida é testada pelo menos uma vez durante o pré-natal.

Um estudo realizado pelo Ministério da Saúde, em 2019, pontua que cerca de 40% da dificuldade da ampliação da testagem rápida é devido a falhas na gestão local ou do serviço¹⁸. Apontando para uma baixa adequação do atendimento do pré-natal. A respeito do diagnóstico, os estudos de Benzaken *et al* revelam que a Política Nacional de Melhoria de Acesso e da Qualidade da Atenção Básica indica que a disponibilidade da testagem rápida para sífilis é baixa nas localidades estudadas – apenas 27,3%¹⁹.

No tocante ao tratamento materno, o recurso terapêutico de excelência é a administração de penicilina benzatina por via parenteral. Um método seguro, eficaz, relativamente simples e de baixo custo²⁰. Além disso, o tratamento durante a gestação contribui para a prevenção da transmissão vertical para o recém-nascido, o que o torna o fármaco de escolha para o tratamento da sífilis. Associado a isso, não há até o momento relatos documentados de casos de resistência do *T. pallidum* à penicilina⁴.

A equipe de saúde deve começar o tratamento com a penicilina benzatina com a maior brevidade possível, uma vez que os casos de reações adversas são raros e nem sempre há a possibilidade da realização do teste de sensibilidade antes da aplicação do medicamento. Fatores associados como dor, febre ou prurido que pode ocorrer nas primeiras 24 horas após a aplicação, é outro elemento que pode corroborar a não aceitação e continuidade no tratamento pelos usuários, porém estes eventos podem ser controlados com o uso de analgésicos simples, conforme a necessidade, não sendo necessária a descontinuação do tratamento²¹.

Diante da segurança com o uso da penicilina, tanto para a gestante como para a criança, o seu fornecimento às unidades de saúde deve ser garantido e ininterrupto. E caso haja problemas no abastecimento da substância, como ocorrido entre os anos de 2014 e 2017, momento em que o Brasil vivenciou o desabastecimento das penicilinas benzatina, procaína e cristalina²², deve haver um manejo eficiente das doses na unidade e sua utilização para o tratamento de gestantes com sífilis deve ser priorizado.

É importante destacar que, o Conselho Federal de Enfermagem brasileiro (COFEN) em sua Nota Técnica COFEN/CTLN Nº 03/2017²³, estabelece que a penicilina

benzatina pode ser administrada por profissionais de enfermagem no âmbito das Unidades Básicas de Saúde (UBS), mediante prescrição médica ou de enfermagem. E que ainda, enfermeiros podem prescrever a penicilina benzatina sem a necessidade da presença do médico na unidade, que não caracteriza um impedimento para realização da administração do medicamento.

Apesar do respaldo técnico, um estudo²⁴ realizado com enfermeiras que atuam nas Unidades Básicas da Família no município de Volta Redonda (RJ), aponta que uma parcela (10%) das profissionais pesquisadas em seu estudo afirmaram que não prescreve e administra a penicilina na própria unidade, sendo necessária a prescrição médica. Enquanto o estudo de Figueiredo *et al.* (2020)²⁵, revela limitações no acesso ao tratamento para sífilis na atenção primária à saúde com grande variabilidade regional. Na região nordeste do Brasil, por exemplo, menos de 50% dos municípios realizavam a aplicação de penicilina em mais da metade de suas equipes, reduzindo o acesso ao tratamento e perpetuando a cadeia de transmissão.

Segundo recomendação do Ministério da Saúde, deve-se realizar a primeira testagem no primeiro trimestre (na primeira consulta do pré-natal), uma segunda testagem após 28 semanas (no início do terceiro trimestre) e a terceira testagem no momento do parto. Também é necessário em caso de aborto e/ou natimorto, realizar teste para sífilis, independentemente se foram realizados exames anteriores¹. Isso pode ser justificado devido ao fato de que as gestantes podem possuir uma vida sexualmente ativa, o que torna necessário uma sequência de testagem por etapas para diagnosticar uma possível reinfecção.

Percebeu-se através dos estudos de Cardoso *et al.*¹⁷ que a orientação para a sequência de testagem não foi seguida, visto que uma parcela significativa de 86,1% das gestantes teve o seu diagnóstico de sífilis realizado entre o segundo e terceiro trimestre de gestação. Essa detecção mais tardia pode ocultar o fato de que o acesso aos exames durante o cuidado pré-natal não está sendo realizado de forma correta, o que resultará em um tratamento inadequado para a gestante.

Nesse contexto, foi evidenciado que, apesar da cobertura da Estratégia Saúde da Família tenha sido ampliada em Alagoas, o tratamento inadequado apresenta correlação positiva forte. Isso significa que as mulheres, embora estejam sendo tratadas, estão sendo tratadas inadequadamente, o que representa um grande desafio assistencial no âmbito da saúde pública. Esses

achados, corroboram com os dados apresentados por Torres *et al.*²⁶ que demonstram que apenas 34,2% dos pacientes completaram o tratamento de acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde do Brasil. Por outro lado, 65,7% das pacientes tiveram tratamento inadequado ou não foram tratadas durante os exames pré-natais.

A partir da análise da correlação entre o tratamento do parceiro e a cobertura da ESF, percebeu-se que ambos não têm uma taxa de crescimento semelhante. Seguindo, as atuais recomendações do Ministério da Saúde, o tratamento do parceiro deixou de ser um critério para avaliar a adequação ou não do tratamento da gestante, apesar de existir orientações tanto para prestar cuidados aos indivíduos expostos e prevenir a reinfecção, quanto para a estimulação da participação do pai/parceiro sexual durante todo o processo de pré-natal¹.

O governo do Estado de Alagoas, em seu Plano Estadual de Saúde para o Biênio 2018/2019, reafirma que o tratamento do parceiro não realizado ou inadequado favorece a reinfecção da grávida e, por consequência, aumenta as chances de a criança nascer infectada pela *T. pallidum*. Ademais, quando o parceiro não frequenta as consultas do pré-natal corretamente, pode ocorrer falha de comunicação sobre o diagnóstico de sífilis, uma vez que a comunicação do parceiro geralmente é feita pela própria gestante. A comunicação realizada pela gestante pode apresentar falhas, visto que por medo, preconceito ou diversos outros fatores, pode omitir ou distorcer a informação ao parceiro, ocasionando o não tratamento conjunto²⁷.

Os achados de Pastro *et al.*²⁸ coadunam com os dados encontrados nesse estudo, no que concerne a análise acerca do tratamento do parceiro sexual, tendo em vista que mais da metade (58%) não aderiram ao tratamento da sífilis, corroborando com as considerações de Holztrattner *et al.* 2019²⁹ que apontam que o percentual de tratamento do parceiro não ultrapassou 20,5% e ainda revela que em Porto Alegre, capital do Rio Grande do Sul, no ano de 2008, percentuais ainda menores foram registrados, com cerca de 4,3% de parceiros tratados. Esses resultados podem revelar uma dificuldade de abordagem aos parceiros, o que pode ser considerado como um dos elementos importantes para a baixa adesão e grande número de falhas terapêuticas nestes usuários.

Ainda no que se refere a fatores que perpetuam a cadeia de transmissão da sífilis, principalmente em gestantes, afetando o diagnóstico precoce e o tratamento oportuno,

Bradley & Taylor (2013)³⁰ afirmam que a pobreza, o isolamento social, a instabilidade no controle da vida pessoal e profissional, bem como questões relacionadas à moradia, alimentação, educação, entre outros, são condições que estão relacionadas ao aumento do risco de doenças. No Brasil estudos corroboram essa afirmativa ao revelarem correlações entre sífilis gestacional/congênita e a baixa escolaridade da mãe, desemprego, uso de substâncias psicoativas ilícitas, raça/cor parda ou negra e faixas etárias mais baixas^{9,12,19,28,29}.

Ainda, fatores culturais e sociais podem influenciar no diagnóstico e no tratamento da sífilis, isso devido ao contexto marginalizado da sífilis como IST, podendo causar diversas questões de ordem psicossocial como ansiedade, tristeza, raiva, culpa e insegurança por conta de possíveis problemas congênitos da criança que está sendo gerada e de fragilidades no relacionamento com o seu parceiro, constituindo, então, um “potencializador das vulnerabilidades existentes”²⁵.

Portanto, compreendendo-se que parte das mortes infantis são evitáveis com diagnóstico oportuno e tratamento adequado^{20,21,24}, as lacunas existentes entre o diagnóstico oportuno e do tratamento efetivo na gestação apresentam a falta de alinhamento da assistência pré-natal de Alagoas com os protocolos do MS e da Rede Cegonha⁹. Ainda, denota-se qualidade insuficiente para diagnóstico e tratamento da sífilis na gestante e em suas parcerias sexuais, somando a isso existem dificuldades estruturais e organizacionais. Para enfretamento desse problema de saúde pública deve haver disponibilidade de insumos, protocolos assistências^{9,19}, acesso a métodos diagnósticos e terapêuticos, investimento no desenvolvimento de estudos e pesquisas, disseminação de informação estratégica aos gestores, auxiliando a tomada de decisão e fortalecimento do SUS.

Referências

1. 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 Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2020.
2. Singh AE, Romanowski B. Syphilis: Review with emphasis on clinical, epidemiologic and some biologic features. *Clin Microbiol Rev.* 1999; 12(2): 187-209. doi: <https://doi.org/10.1128/CMR.12.2.187>
3. Scari Pires AC, Doclou Oliveira D, Moreira Netto Morais Rocha G, Santos A. Ocorrência de sífilis congênita e os principais fatores relacionados aos índices de transmissão da doença no Brasil e na atualidade – Revisão da literatura. *Rev Uningá Review.* 2014; 19(1).
4. Regazzi Avelleira JC, Bottino G. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. *An Bras Dermatol.* 2006; 81(2): 111-126, 2006. doi: <https://doi.org/10.1590/S0365-05962006000200002>
5. Boletim Epidemiológico – Número Especial Out. 2019 – Sífilis. Acessado em 09 de Dez de 2020. Disponível em <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/boletim-epidemiologico-sifilis-2019/>
6. Boletim Epidemiológico – Número Especial Out. 2020 – Sífilis. Acessado em 02 de março de 2020. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2021/boletim-epidemiologico-de-sifilis-2021>
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis: manual de bolso. Brasília; 2007.
8. Portaria Nº 1.459, DE 24 DE JUNHO DE 2011. Acessado em 09 de Dez de 2020. Disponível em https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html
9. Rezende EMA, Barbosa, NB. A Sífilis Congênita como indicador da Assistência de Pré-Natal no Estado de Goiás. *Rev APS.* 2015; 18(2): 220-232.
10. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. PORTARIA Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Brasília, 2017. Acessado em 09 de dez de 2020. Disponível em https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
11. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. PORTARIA Nº 1.459, DE 24 DE JUNHO DE 2011. Brasília, 2011. Acessado em 09 de dez de 2020. Disponível em https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html
12. Moraes BQS; Machado MF; Souza CDF. Impacto da rede cegonha nas tendências de sífilis no maranhão 2008-2017. *Revista Científica do ITPAC, Araguaína, v.13, n.1, Pub.9, 2020.*
13. Oliveira VS, Rodrigues RL, Chaves VB, Santos TS, de Assis FM, Ternes YMF, Aquino EC. *Rev Panam Salud Publica.* 2020; 44: e75. doi: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.75>
14. Gomes GB, Kamb ML, Newman LM, Mark J, Broutet N; Hawkes S. Untreated maternal syphilis and adverse outcomes of pregnancy: a systematic

- review and meta-analysis. *Bull World Health Organ.* 2013; 91(3): 217–226. doi: <https://doi.org/10.2471/BLT.12.107623>
15. Heringer AL dos S, Helia K, Sandra CF, Sandra MSB, Loren AZ, Ana CR. Desigualdades na tendência da sífilis congênita no município de Niterói, Brasil, 2007 a 2016. *Rev Panam Salud Pública.* 2020; 44: e8. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.8>
 16. Su JR, Brooks LC, Davis DW, Torrone EA, Weinstock HS, Kamb ML. Congenital syphilis: Trends in mortality and morbidity in the United States, 1999 through 2013. *Am J Obstet Gynecol.* 2016; 214(3): 381e1–381.e9. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2015.10.007>
 17. Paulo Cardoso AR, Leite Araújo MA, Cavalcante M, Albuquerque Frota M, Paes de Melo S. Análise dos casos de sífilis gestacional e congênita nos anos de 2008 a 2010 em Fortaleza, Ceará, Brasil. *Ciência Saúde Coletiva.* 2018; 23(2), 563-574. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018232.01772016>
 18. Ganassin, R. Integração entre Vigilância e APS para ampliação da testagem rápida no Brasil. Biblioteca virtual do Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2020/integracao-entre-vigilancia-e-aps-para-ampliacao-da-testagem-rapida-no-brasil>
 19. Benzaken AS, Pereira GFM, Cunha ARC da, Souza FMA de, Saraceni V. Adequacy of prenatal care, diagnosis and treatment of syphilis in pregnancy: a study with open data from Brazilian state capitals. *Cad Saúde Pública.* 2020; 36(1): e00057219. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00057219>
 20. De Aguiar LC, Bezerra da Silva G, Araujo dos Santos J, Machado Lima CB, Oliveira Gonçalves L, de Oliveira Meneses M, et al. Sífilis materna: Análise de evidências referentes à falha no tratamento de gestantes. *READ.* 2019; 87(25). doi: <https://doi.org/10.31011/reaid-2019-v.87-n.25-art.226>
 21. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis (IST). Brasília: Ministério da Saúde; 2020.
 22. Sarneiro Araújo R, Semeão de Souza AS, Ueleres Braga J. A quem afetou o desabastecimento de penicilina para sífilis no Rio de Janeiro, 2013–2017? *Rev Saúde Pública.* 2020; 54: 109. doi: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054002196>
 23. Conselho Federal de Enfermagem. Nota Técnica COFEN/CTLN No03/2017. Brasília, 14 Jun. 2017. [Acesso em 2020 Nov 25]. Disponível em <https://www.cofen-df.gov.br/site/wp-content/uploads/2017/06/cofen-nota-tecnica-penicilina-2017.pdf>.
 24. Machado I, Nascimento da Silva VA, da Silva Pereira RM, Gorgati Guidoreni C, Gomes MP. Diagnóstico e tratamento de sífilis durante a gestação: desafio para enfermeiras? *Saúde e Pesquisa.* 2018; 11(2): 249-255. doi: <https://doi.org/10.17765/1983-1870.2018v11n2p249-255>
 25. Moreira Marculino de Figueiredo DC, Medeiros de Figueiredo A, Bezerra de Souza TK, Tavares G, Pinheiro de Toledo Vianna R. Relação entre oferta de diagnóstico e tratamento da sífilis na atenção básica sobre a incidência de sífilis gestacional e congênita. *Cad Saúde Pública.* 2020; 36(3). doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00074519>
 26. Garcia Torres R, Neves Mendonça AL, Cezarine Montes G, Jácome Manzan J, Ribeiro JU, Carvalho Paschoini M. Syphilis in Pregnancy: The Reality in a Public Hospital. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 41(2): 90-96. doi: <https://doi.org/10.1055/s-0038-1676569>
 27. De Araujo Campos AL, Leite Araújo MA, Paes de Melo S, Fernandes Vieira Andrade R, Carvalho Gonçalves ML. Sífilis em parturientes: aspectos relacionados ao parceiro sexual. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* 2012; 34(9): 397-402. doi: <https://doi.org/10.1590/S0100-72032012000900002>
 28. de Oliveira Togneri Pastro D, Pereira Farias B, Gurgel Garcia OA, da Silva Gambichler B, de Oliveira Meneguetti DU, Uchôa da Silva RS. Qualidade do pré-natal e condições clínicas dos neonatos expostos à sífilis. *J Hum Growth Dev.* 2019; 29(2): 249-256. doi: <https://doi.org/10.7322/jhgd.v29.9429>
 29. Strube Holztrattner J, da Costa Linch GF, Aparecida Paz A, Gouveia HG, Fernandes Coelho D. Sífilis Congênita: realização do pré-natal e tratamento da gestante e de seu parceiro. *Cogitare Enferm.* 2019; 24: e59316. doi: <https://doi.org/10.5380/ce.v24i0.59316>
 30. Bradley EH; Taylor LA. O paradoxo da assistência médica americana: por que gastar mais está nos deixando menos. 272 pp. Nova York, NY, Public Affairs, 2013.