



ISSN: 2230-9926

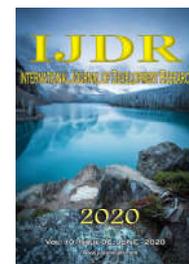
Available online at <http://www.journalijdr.com>

# IJDR

International Journal of Development Research

Vol. 10, Issue, 06, pp. 36953-36957, June, 2020

<https://doi.org/10.37118/ijdr.19152.06.2020>



RESEARCH ARTICLE

OPEN ACCESS

## CARACTERIZAÇÃO DA SÍFILIS GESTACIONAL EM ADOLESCENTES DE UMA MICRORREGIÃO DO CEARÁ

\*<sup>1</sup>José Wilson Lira Júnior, <sup>2</sup>Haylla Simone Almeida Pacheco, <sup>2</sup>Hayla Nunes Da Conceição, <sup>2</sup>Leandro Cardozo Dos Santos Brito, <sup>3</sup>Amanda Crisna Alves Teles, <sup>4</sup>Ana Patricia Timbó Batista Ribeiro, <sup>5</sup>Rômulo Dias Moreira, <sup>1</sup>Walana Érika Amâncio Sousa, <sup>6</sup>Izabel Cristina Da Silva Carvalho, <sup>7</sup>Anna Polianna Batista Ferreira Marques, <sup>8</sup>Nágila Tatielle Rocha Abreu and <sup>1</sup>Cicera Cryslany Soares Sales Pereira

<sup>1</sup>Enfermeiro, Residência em andamento em Saúde Coletiva pela Escola de Saúde Pública do Ceará. Fortaleza, Ceará, Brasil; <sup>2</sup>Enfermeira, Mestrado em andamento em Saúde e Comunidade pela Universidade Federal do Piauí. Teresina, Piauí, Brasil; <sup>3</sup>Enfermeira, Especialista em Obstetrícia e Ginecologia pela Faculdade de Quixeramobim. Crateús, Ceará, Brasil; <sup>4</sup>Enfermeira, Mestrado em andamento em Gestão de Saúde pela Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, Ceará, Brasil; <sup>5</sup>Enfermeiro pela Universidade Federal do Piauí. Floriano, Piauí, Brasil; <sup>6</sup>Enfermeira, Especialista em Estomaterapia pela Universidade Estadual do Piauí. Teresina, Piauí, Brasil; <sup>7</sup>Enfermeira, Residência em andamento em Saúde Mental Coletiva pela Escola de Saúde Pública do Ceará. Fortaleza, Ceará, Brasil; <sup>8</sup>Fisioterapeuta, Residência em andamento em Saúde Coletiva pela Escola de Saúde Pública do Ceará. Fortaleza, Ceará, Brasil

### ARTICLE INFO

#### Article History:

Received 17<sup>th</sup> March, 2020

Received in revised form

06<sup>th</sup> April, 2020

Accepted 11<sup>th</sup> May, 2020

Published online 29<sup>th</sup> June, 2020

#### Key Words:

Epidemiologia; Sífilis; Gravidez.

#### \*Corresponding author:

Sara da Silva Siqueira Fonseca,

### ABSTRACT

**Objetivou-se** caracterizar os casos de sífilis gestacional em adolescentes, de uma microrregião do interior do Ceará no período 2009-2018. Trata-se de um estudo descritivo, seccional, quantitativo, realizado a partir de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação de casos registrados no Ceará. Foram notificados 37 casos de sífilis gestacional em jovens de 13 a 18 anos com tendência crescente entre os anos de 2015 e 2016. As adolescentes grávidas com sífilis eram em sua maioria com idades na faixa etária entre 17 a 18 anos (48,6%), que estudaram da 5<sup>a</sup> a 8<sup>a</sup> série incompleta do Ensino fundamental (27%) ou tinham o ensino fundamental completo (18,9%). Realizaram o VDRL durante o pré-natal (75,6%) gestantes, destas (72,9%) com resultado positivo e 1 com resultado não reagente. Conhecer o perfil de gestantes com sífilis é fundamental para subsidiar o planejamento em saúde pública. A identificação precoce dos casos de sífilis gestacional possibilita a implementação do tratamento adequado e a redução das consequências da infecção para a saúde do conceito.

Copyright © 2020, José Wilson Lira Júnior et al. 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: José Wilson Lira Júnior, Haylla Simone Almeida Pacheco, Hayla Nunes Da Conceição et al. "Caracterização da sífilis gestacional em adolescentes de uma microrregião do Ceará", *International Journal of Development Research*, 10, (06), 36953-36957.

### INTRODUCTION

A sífilis é uma doença infecciosa, causado pela bactéria do *treponema pallidum* de transmissão, principalmente sexual. Não sendo tratada, a sífilis evolui para estágios mais graves comprometendo o sistema nervoso, o aparelho cardiovascular, o respiratório e o gastrointestinal (Brasil, 2010). A classificação da sífilis se dá pelo tempo de infecção como sífilis adquirida recente ou sífilis adquirida tardia, ou por meio das manifestações clínicas, sendo classificada como primária, secundária, latente, terciária e neurosífilis (Nonato, Melo, Guimarães, 2015). Na gestação a sífilis é a infecção que apresenta as maiores taxas de transmissão transplacentária, devendo ser realizado o teste na primeira consulta de pré-natal, no terceiro trimestre e no momento do parto, pois a sífilis

congenita pode causar aborto, má formação do feto e/ou a morte ao nascer (Brasil, 2015). Por ser uma doença prevenível, mediante a detecção e o tratamento precoce da gestante, e do seu parceiro sexual, sua ocorrência demonstra uma falha na assistência pré-natal (Brasil, 2007). O Ministério da Saúde implantou um conjunto de estratégias com o objetivo de ampliar e qualificar o acesso da população ao diagnóstico rápido de HIV e detecção da sífilis. O teste rápido permite um diagnóstico oportuno da infecção da sífilis durante o período gestacional minimizando os riscos de transmissão vertical (Brasil, 2005). O TR, é de fácil execução em campo, o que dispensa equipamentos e infraestrutura laboratorial, permite uma leitura e interpretação simples e o diagnóstico rápido, em até 15 minutos, o que contribui para uma tomada de decisão clínica imediata quanto a necessidade de tratamento e notificação no Sistema Nacional de Agravos de Notificação –

SINAN (Lorenzi, Fiaminghi, Artico, 2009). A infecção mesmo apresentando diagnóstico e tratamento bem conhecido e com baixo custo, sífilis congênita ainda é considerada pela Organização Mundial da Saúde, como um grave problema de Saúde Pública. Em 2010 o Fundo das Nações Unidas para Infância (UNICEF) e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), definiu uma meta para redução da Sífilis Congênita na América Latina para 0,5 casos/1000 nascidos vivos até o ano de 2015. Porém, uma falha é demonstrada através dos dados Epidemiológicos de Sífilis de 2016. Em menores de um ano, a incidência de SC foi de 1,7 casos/1000 nascidos vivos em 2004 para 6,5 casos/1000 nascidos vivos em 2015 (Andrade *et al.*, 2018). A sífilis gestacional pode ser encarada com descontentamento por parte da gestante adolescente, sendo imprescindível a atuação da equipe interdisciplinar para minimizar o impacto negativo da infecção no período gestacional, conhecer a gestante, seus hábitos de vida, o contexto aonde está inserida é o marco inicial para a promoção, prevenção, tratamento e reabilitação da mesma em um período tão delicado que é a gestação. Diante disto, objetivou-se caracterizar casos de sífilis gestacional em adolescentes, de uma microrregião do interior do Ceará.

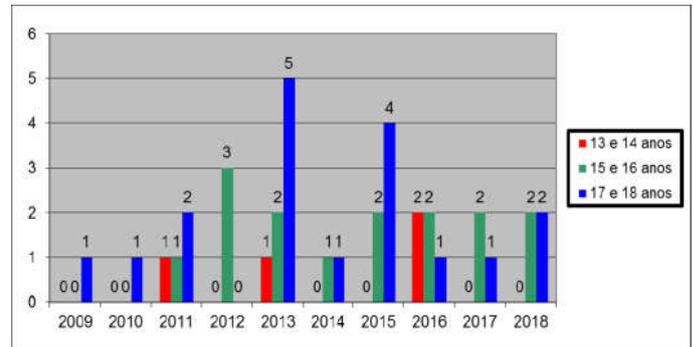
## MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se um estudo descritivo, do tipo seccional com abordagem quantitativa realizado a partir de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), disponível no Departamento de Informática do SUS (DATASUS), verificou-se no SINAN e SINANNET da 15ª Coordenadoria Regional de Saúde, referentes aos casos de Sífilis Gestacional notificados nos Municípios que compõem esta mesma região, referente aos anos de janeiro de 2009 a outubro de 2018. A 15ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRES), dentro do processo de Regionalização da Saúde no estado do Ceará, faz parte da Macrorregião Sobral. Esta microrregião é composta por 11 municípios, tais como: Ararendá, Poranga, Ipaoranga, Quiterionópolis, Nova Russas, Monsenhor Tabosa, Ipueiras, Tamboril, Novo Oriente, Independência e Crateús, com uma população de aproximadamente 300.000 habitantes, e tem sede no município Pólo, que está localizada em Crateús, à Rua Firmino Rosa S/N, Centro. Realizou-se a coleta de dados no mês de novembro de 2018. Fora incluídos todos os casos de Sífilis Gestacional em mulheres com idade entre 13 a 18 anos notificados na Microrregional de Saúde do Ceará, no intervalo de 2009 a 2018. Utilizou-se como critérios de inclusão: casos notificados para Sífilis Gestacional em adolescentes que residem nos municípios que formam a 15ª CRES e critérios de exclusão foram os casos notificados para Sífilis Gestacional, que não residem nos municípios da 15ª CRES. As variáveis analisadas foram: município de notificação, idade (dividido em três faixas etárias, sendo de 13 a 14 anos, de 15 a 16 anos e de 17 a 18 anos), gestante (trimestre), raça/cor, escolaridade, município de residência, zona (rural/urbana), ocupação, município de realização do pré-natal, classificação clínica, resultado dos exames, esquema de tratamento prescrito a gestante, tratamento de prescrito ao parceiro, realização de teste não treponêmico e treponêmico, motivo para o não tratamento do parceiro. Os dados foram armazenados no Excel na versão 2013, analisados e agrupados em tabelas e gráficos que permitiram uma melhor visualização e posterior análise de acordo com a literatura vigente. Este trabalho utilizou dados secundários, não tendo como objetivo estudar informações

acerca de pessoas ou instituições. Assim, não houve necessidade de apreciação em Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), estando de acordo com a Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

## RESULTADOS

No período entre e 2009 e 2018 foram notificados 37 casos de sífilis gestacional em jovens de 13 a 18 anos na 15ª Coordenadoria Regional de Saúde de Crateús, com tendência crescente entre os anos de 2015 e 2016 (Gráfico 1).



Fonte: SINAN

**Gráfico 1. Caracterização do número absoluto de gestantes com sífilis na 15ª CRES, 2013 – 2018**

A Tabela 1 apresenta as características sociodemográficas das gestantes da 15ª CRES. Houve um predomínio nas adolescentes com faixa etária entre 17 e 18 (n=18; 48,6%) e 15 e 16 (n=15; 40,5%), raça parda 67,5% (n=25), com ensino fundamental completo 18,9 % (n=7), 54% residente da zona urbana (n= 20) e dona de casa 29,75 (n=11). A tabela 2, caracterizou a análise clínica da assistência pré-natal de gestantes notificadas com sífilis gestacional na 15ª CRES.

**Tabela 1. Características sociodemográficos de gestante notificadas com sífilis. 15ª CRES, 2013 – 2018**

| Variáveis                          | n  | %    |
|------------------------------------|----|------|
| Faixa etária (em anos)             |    |      |
| 13 – 14                            | 4  | 10,8 |
| 15 – 16                            | 15 | 40,5 |
| 17 – 18                            | 18 | 48,6 |
| Raça                               |    |      |
| Branca                             | 6  | 16,2 |
| Preta                              | 4  | 10,8 |
| Parda                              | 25 | 67,5 |
| Ignorado                           | 2  | 5,4  |
| Escolaridade                       |    |      |
| Analfabeto                         | 0  | 0    |
| 1ª a 4ª série incompleta do EF     | 2  | 5,4  |
| 2ª a 4ª série completa do EF       | 2  | 5,4  |
| 5ª a 8ª série incompleta do EF     | 10 | 27   |
| Ensino Fundamental completo        | 7  | 18,9 |
| Ensino Médio incompleto            | 2  | 5,4  |
| Ensino Médio completo              | 1  | 2,7  |
| Educação superior incompleta       | 0  | 0    |
| Educação superior completa         | 0  | 0    |
| Ignorado                           | 3  | 8,1  |
| Não preenchido                     | 10 | 27   |
| Condições de Moradia               |    |      |
| Zona Urbana                        | 20 | 54   |
| Zona Rural                         | 16 | 43,2 |
| Ignorado                           | 0  | 0    |
| Não preenchido                     | 1  | 2,7  |
| Ocupação                           |    |      |
| Dona de casa                       | 11 | 29,7 |
| Estudante                          | 4  | 10,8 |
| Trabalhador volante da agricultura | 3  | 8,1  |
| Ignorado                           | 0  | 0    |
| Não preenchido                     | 19 | 51,3 |

Fonte: SINAN.

Ao se compararem as taxas de detecção de sífilis entre os municípios da 15ª CRES houve um predomínio no município de Novo Oriente, com um total de 6 casos notificados, o que corresponde uma incidência de 0,19%. No município de Crateús 13 gestantes foram notificadas, mas após a aplicação do cálculo da incidência demonstrou sendo 0,17% no período do estudo. Em relação a idade gestacional à notificação, 13 (35,1%) foram notificadas no primeiro trimestre, seguido de 12 (32,4%) no segundo trimestre. Realizaram o VDRL durante o pré-natal 28 (75,6%) gestantes, destas 27 (72,9%) com resultado positivo e 1 com resultado não reagente. Apresentaram titulação maior que 1:8, 16 (43,2%), gestantes. Ao investigar o teste treponêmico realizado no pré-natal, 29 gestantes, sendo que 28 (75,6%) tiveram resultado reagente.

**Tabela 2. Análise da Assistência pré-natal de gestantes notificadas com sífilis da 15ª CRES, 2013 – 2018**

| Variáveis   | n  | %    |
|---|----|------|
| Ano de Notificação  |    |      |
| 2009-2010   | 2  | 5,4  |
| 2011-2012   | 7  | 18,9 |
| 2013-2014   | 10 | 27   |
| 2015-2016   | 11 | 29,7 |
| <b>2017-2018</b>  | 7  | 18,9 |
| Idade gestacional à notificação (trimestre)                                 |    |      |
| Primeiro  | 13 | 35,1 |
| Segundo   | 12 | 32,4 |
| Terceiro  | 11 | 29,7 |
| Idade gestacional ignorada  | 1  | 2,7  |
| Realizou pré-natal  |    |      |
| Sim   | 37 | 100  |
| Não   | 0  | 0    |
| <b>Ignorado</b>   | 0  | 0    |
| Teste não treponêmico no pré-natal  |    |      |
| Reagente  | 27 | 72,9 |
| Não reagente  | 1  | 2,7  |
| Não realizado   | 4  | 10,8 |
| <b>Ignorado</b>   | 5  | 13,5 |
| Titulação   |    |      |
| ≤ 1:8   | 11 | 29,7 |
| > 1:8   | 16 | 43,2 |
| Não preenchido  | 10 | 27   |
| Teste treponêmico no pré-natal  |    |      |
| Reagente  | 28 | 75,6 |
| Não reagente  | 1  | 2,7  |
| Não realizado   | 7  | 18,9 |
| Ignorado  | 2  | 5,4  |
| Classificação clínica   |    |      |
| Primária  | 25 | 67,5 |
| Secundária  | 2  | 5,4  |
| Terciária   | 3  | 8,1  |
| Latente   | 2  | 5,4  |
| Ignorado  | 2  | 5,4  |
| Não preenchido  | 3  | 8,1  |
| Tratamento prescrito (dose total)   |    |      |
| Penicilina G benzatina 2.400.000 UI   | 22 | 59,4 |
| Penicilina G benzatina 4.800.000 UI   | 1  | 2,7  |
| Penicilina G benzatina 7.200.000 UI   | 12 | 32,4 |
| Não realizado/Ignorado  | 2  | 5,4  |
| Parceiro tratado concomitantemente à gestante                               |    |      |
| Sim   | 11 | 29,7 |
| Não   | 17 | 45,9 |
| Ignorado  | 9  | 24,3 |
| <b>Motivo para o não tratamento do parceiro</b>                             |    |      |
| Parceiro não teve mais contato com a gestante                               | 2  | 5,4  |
| Parceiro não foi comunicado/convocado à US para tratamento.                 | 2  | 5,4  |
| Parceiro foi comunicado/convocado à US para tratamento, mas não compareceu. | 3  | 8,1  |
| Parceiro foi comunicado/convocado à US mas recusou o tratamento.            | 1  | 2,7  |
| Parceiro com sorologia não reagente.  | 6  | 16,2 |
| Outro motivo.   | 23 | 62,1 |

Fonte: SINAN.

Foram tratados com penicilina G benzatina, 35 (94,5%) gestantes e para 22 (59,4%), o esquema mais receitado foi 2.400.000 UI. Constatou-se que 2 (5,4%) gestantes, não realizaram o tratamento ou não foi registrado nas fichas de notificação. O esquema de tratamento do parceiro não foi realizado em 17 (45,9%), não sendo evidenciado o motivo para a não realização do tratamento.

## DISCUSSÃO

Esse artigo apresenta a atualização dos dados referente a sífilis em gestantes adolescentes no Ceará e dimensiona a magnitude do problema para a saúde pública. Nessa pesquisa, houve um predomínio nas adolescentes com faixa etária entre 17 e 18. Esses dados podem ser explicados pelo alto grau de vulnerabilidade da população adolescente, sendo mais expostos à doenças sexualmente transmissíveis uma vez a adolescência é uma fase de imaturidade etária, emocional e cognitiva, além de um período de descobertas e de grande influência de grupos sociais (Governo do Estado do Ceará, 2008; Brasil, 2015). Outro estudo realizado no município de Fortaleza-CE, no ano de 2018 as adolescentes acometidas por sífilis gestacional, corresponderam a 24,6%, o que denota a importância de ampliar o acesso dessa população a promoção e prevenção, incluindo a realização de teste rápido em todos os momentos oportunos do atendimento à mulher, bem como dos seus parceiros sexuais (Cardoso *et al.*, 2018). Constatou-se que a maioria das gestantes notificadas com sífilis gestacional era de raça não branca. E quanto a ocupação consideravam-se donas de casa. Segundo dados do boletim da Secretaria Estadual de Saúde do Ceará, 2018, observou-se que, 75,3% das gestantes diagnosticadas com sífilis gestacional eram pardas. A sífilis gestacional está presente em gestantes com baixa condição socioeconômica, com antecedentes obstétricos de risco e um péssimo acesso aos serviços de saúde, são as que demonstram maior vulnerabilidade social e reprodutiva, tornando mais complexo o desafio de controlar a sífilis nessa população (Domingues *et al.*, 2013).

A maioria das gestantes demonstraram ter baixa escolaridade e renda sendo que, o maior desafio ainda é a falha no preenchimento das fichas, o que torna menos acurados dados importantes no momento do levantamento epidemiológico. Cardoso *et al.* (2018), em seu estudo detectou que em geral as mulheres demonstraram baixa escolaridade, e que isso pode ser corroborado por diversos fatores que segundo o mesmo limita no processo saúde-doença, tais fatores como, acesso restrito aos serviços de saúde, capacidade reduzida no conhecimento de práticas de saúde e de fatores de risco. Em outro estudo, ao se observar a escolaridade das gestantes, evidenciou que 62,2% das gestantes possuíam escolaridade menor que oito anos, mas que não era um fator de risco para suspensão do acompanhamento (Feliz *et al.*, 2016). A ocorrência de tantos casos de sífilis gestacional na zona urbana, se dá pelo fácil acesso da população aos serviços de saúde, o que supostamente demonstra uma fragilidade da assistência na zona rural e graves déficits na assistência ao pré-natal. O estudo demonstrou uma equivalência à notificação, sendo a maioria detectada no primeiro trimestre. Ainda segundo dados da Secretaria Estadual da Saúde do estado do Ceará, entre os anos de 2010 a 2018, foram notificados 8.161 casos de sífilis em gestantes e que o diagnóstico tardio ainda é o grande desafio para minimizar os casos de sífilis congênita. Apesar deste estudo ter evidenciado a prevalência de detecção

feita no primeiro trimestre, a realidade vigente ainda é muito distante do que vemos, no Ceará entre os anos de 2016 e 2017 o diagnóstico no terceiro trimestre apresentou um aumento de 43,8%, sendo necessário ressaltar que houve um progresso do primeiro trimestre que passou de 27,7 em 2016 para 32,5% em 2017 (Governo do Estado do Ceará, 2018). As gestantes com sífilis não têm acesso aos diferentes níveis de tecnologia, sendo a consulta de pré-natal muito rápida o que não proporciona uma boa interação e a criação de um vínculo, comprometendo à assistência ao pré-natal. A falha na agilidade e acolhimento complica o acesso da gestante e adia o início do pré-natal protelando o diagnóstico da sífilis nos primeiros meses de gestação (Guanabara *et al.*, 2017). Os altos índices de sífilis, são explicados pela assistência inadequada ao pré-natal, pelo não acesso da população as políticas de prevenção e promoção de doenças sexualmente transmissíveis. A OMS estabeleceu a erradicação da sífilis congênita como prioridade até o ano de 2015. Definiu a redução da incidência da doença a 0,5 ou menos casos a cada 1000 nascidos vivos (Nonato, Melo, Guimarães, 2015).

Observou-se que todas as gestantes notificadas realizaram o pré-natal. A Atenção Básica disponibiliza de tecnologias que são capazes de detectar precocemente e iniciar o tratamento prontamente, minimizando o risco de transmissão vertical. A utilização dos testes sorológicos ainda é a principal forma de se estabelecer o diagnóstico da sífilis, podendo ser de duas formas, os testes não treponêmicos (VDRL, RPR) e o treponêmicos (TPHA, FTA-Abs, ELISA). O teste rápido vem como forma de qualificar e ampliar o acesso da população brasileira na detecção da sífilis, não requerendo tecnologias complexas, permite o resultado em tempo oportuno (em média 30 minutos), contribuindo para o aumento da cobertura de testagem (Lopes *et al.*, 2016) Não descartando a realização do teste de VDRL, para triagem sorológica da sífilis em gestantes, já que se mostra bastante eficaz quanto a sensibilidade de detecção e a possibilidade de quantificar a titulação (tais como 1:2, 1:32 etc), permitindo o acompanhamento sistemático do tratamento (Brasil, 2005). Salienta-se que de acordo com a nota técnica conjunta nº391/12 que o Ministério da Saúde implementou, os testes rápidos devem ser realizados nas Unidades de Atenção Primária a Saúde, devendo ser feito por profissional capacitado para executar, interpretar e emitir o laudo, além disso o MS preconiza que o teste deve ser realizado na primeira consulta, pelo profissional de enfermagem, devendo o mesmo estar apto para diagnóstico e tratamento da gestante (Lopes *et al.*, 2016). A maior parte das gestantes diagnosticadas com sífilis no presente estudo casos foram classificadas com sífilis primária. A classificação clínica da infecção deve ser utilizada para a introdução do tratamento adequado. Estudos evidenciam que a sífilis na fase primária é incomumente diagnóstica, uma vez que segurando a fisiopatologia da infecção ela é diagnosticada predominantemente na fase latente tardia (Cardoso *et al.*, 2018).

Os resultados evidenciaram que foi realizado o VDRL durante o acompanhamento de pré-natal 28 gestantes e a maior parte das mulheres apresentaram resultado reagente e com titulação maior que 1:8. A literatura demonstra que titulações maiores que 1:4 demonstram infecção ativa, adquirida recentemente e com um risco elevado de transmissão fetal. Sendo a mortalidade fetal relacionada à intensidade da infecção, à resposta inflamatória e a diminuição do fluxo de sangue na placenta (Nascimento *et al.*, 2012). O tratamento prescrito

segue de acordo com a avaliação das condições clínicas da gestante, dos resultados de exame de triagem de VDRL, seguido do exame confirmatório. No que se refere ao tratamento instituído, notou-se uma frequência da terapia com uma dose de penicilina G benzatina 2.400.000 UI, denotando o tratamento adequado para sífilis primária na maior parte dos casos de sífilis notificados. Um estudo realizado em Santa Catarina, houve uma disparidade no tratamento prescrito, sendo o diagnóstico de sífilis secundária e a prevalência do tratamento como sendo sífilis terciária (Aquino, Gonçalves, 2016). Em relação ao tratamento receitado ao parceiro, constatou-se que apenas 11 foram subtratados, evidenciando uma falha na captação e um risco maior de co-infecção dessas gestantes, sendo que não consta nas fichas o verdadeiro motivo para o não tratamento. Diversas limitações podem ser encontradas no decorrer deste estudo, como a subnotificação e a falha nos registros. O Ministério da Saúde com seu modelo de atenção vigente e políticas públicas voltadas para a erradicação da sífilis ainda demonstra fragilidades na integralidade do cuidado as gestantes diagnósticas com sífilis na gestação. Outro fator que contribui para o alto índice desses dados, é a idade sendo os adolescentes considerados grupos de risco, e a não adesão ao tratamento por parte dos parceiros.

## Conclusão

Ainda que, as políticas públicas tenham-se demonstrando eficientes para sanar alguns problemas de saúde pública, em especial os de saúde da mulher, dados epidemiológicos vêm expondo um alto índice de gestantes diagnosticadas com sífilis no período gestacional, o que acarreta em um aumento de sífilis congênita e um elevado grau de morbimortalidade em crianças. Apesar da sífilis ter diagnóstico rápido, oportuno e de baixo custo, é importante que os profissionais estejam devidamente capacitados para a interpretação dos exames, escolha ideal do tratamento, e adesão por parte da gestante e de seu parceiro. Sendo a adesão por parte do parceiro um dos maiores entraves para o sucesso do tratamento. Há limitações por parte dos profissionais, quanto ao preenchimento acurado das fichas, o que gera uma deficiência no processamento, análise e disseminação dos dados epidemiológicos. Deve ser estimulado a educação permanente destes profissionais, aliando o conhecimento prático à saberes científicos. Embora o setor saúde ofereça todo um aparato para disseminação da qualidade do cuidado, existem problemas que passam despercebidos aos olhos de gestores, profissionais e usuários, devendo ser realizado uma investigação mais aprofundada a fim de modificar de fato a realidade da sífilis gestacional.

## REFERÊNCIAS

- Andrade, A. L. M. B., Magalhães, P. V. V. S., Moraes, M. M., Tresoldi, A. T., & Pereira, R. M. 2018. Diagnóstico tardio de sífilis congênita: uma realidade na atenção à saúde da mulher e da criança no Brasil. *Revista Paulista de Pediatria*, 36(3), 376-381.
- Aquino, G. T., & Gonçalves, H. C. 2016. Perfil das mulheres portadoras de sífilis gestacional em Santa Catarina no ano de 2012. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, 44(4), 72-81.
- Brasil 2005. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Diretrizes para o Controle da Sífilis Congênita/Ministério da Saúde,

- Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil 2007. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis – manual de bolso. Brasília.
- Brasil 2010. Sífilis: Estratégias para Diagnóstico no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, Coordenação de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids. 100 p. (Série TELELAB).
- Brasil 2015. Ministério da Saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde.
- Cardoso, A. R. P., Araújo, M. A. L., Cavalcante, M. D. S., Frota, M. A., & Melo, S. P. D. 2018. Análise dos casos de sífilis gestacional e congênita nos anos de 2008 a 2010 em Fortaleza, Ceará, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23, 563-574.
- Domingues, R. M. S. M., Saracen, V., Hartz, Z. M. D. A., & Leal, M. D. C. 2013. Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal. *Revista de Saúde pública*, 47(1), 147-157.
- Feliz, M. C., Medeiros, A. R. P. D., Rossoni, A. M., Tahnus, T., Pereira, A. M. V. B., & Rodrigues, C. 2016. Aderência ao seguimento no cuidado ao recém-nascido exposto à sífilis e características associadas à interrupção do acompanhamento. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 19, 727-739.
- Governo do Estado do Ceará 2008. Secretaria de Saúde do Estado do Ceará. Unidades Regionais de Saúde. [acesso 27 jan. 2020] Disponível em: <https://www.saude.ce.gov.br/2008/09/09/unidades-regionais-de-saude/>
- Governo do Estado do Ceará, 2018. Secretaria de Saúde do Estado do Ceará. Coordenadoria de Vigilância em Saúde. Núcleo de Vigilância Epidemiológica. Boletim epidemiológico: Sífilis. [acesso 27 jan. 2020] Disponível em: [https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2018/06/BOLETIM-DA-S%C3%8DFILIS\\_vers%C3%A3o-final.pdf](https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2018/06/BOLETIM-DA-S%C3%8DFILIS_vers%C3%A3o-final.pdf)
- Guanabara, M. A.O, Leite-Araújo, M. A., Matsue, R. Y., Lima de Barros, V., & Alves Oliveira, F. 2017. Acesso de gestantes às tecnologias para prevenção e controle da sífilis congênita em Fortaleza-Ceará, Brasil. *Revista de Salud Pública*, 19, 73-78.
- Lopes, A. C. M. U., Araújo, M. A. L. D., Vasconcelos, L. D. P. G., Uchoa, F. S. V., Rocha, H. P., & Santos, J. R. D. 2016. Implantação dos testes rápidos para sífilis e HIV na rotina do pré-natal em Fortaleza-Ceará. *Rev Bras Enferm*, 69(1), 62-66.
- Lorenzi, D. R. S., Fiaminghi, L. C., & Artico, G. R. 2009. Transmissão vertical da sífilis: prevenção, diagnóstico e tratamento. *Femina*, 83-90.
- Nascimento, M. I. D., Cunha, A. D. A., Guimarães, E. V., Alvarez, F. S., Oliveira, S. R. D. S. M., Bôas, V., & Loyola, E. 2012. Gestações complicadas por sífilis materna e óbito fetal. *Revista brasileira de ginecologia e obstetrícia*, 34(2), 56-62.
- Nonato, S. M., Melo, A. P. S., & Guimarães, M. D. C. 2015. Syphilis in pregnancy and factors associated with congenital syphilis in Belo Horizonte-MG, Brazil, 2010-2013. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 24, 681-694.

\*\*\*\*\*