



www4.fsanet.com.br/revista

Revista Saúde em Foco, Teresina, v. 5, n. 1, art. 1, p. 3-27, jan./jun.2018

ISSN Eletrônico: 2358-7946

<http://dx.doi.org/10.12819/rsf.2018.5.1.1>

Perfil dos Casos de Sífilis Congênita no Município de Natal / RN no Período de 2007 a 2015

Profile of Cases of Congenital Syphilis in the Municipality of Natal / RN in the Period 2007 to 2015

Aline Gomes Ferreira

Graduação em Gestão Pública pelo Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte
E-mail: aline.f@escolar.ifrn.edu.br

Liliane Alves Gomes

Graduação em Gestão Pública pelo Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte
E-mail: lilianealves_@outlook.com

Ralan Carlos Tarquinio Medeiros

Graduação em Gestão Pública pelo Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte
E-mail: ralancarlos@bol.com.br

Raniara Anaizza Mauricio Leonidas

Graduação em Gestão Pública pelo Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte
E-mail: ranianaizza@gmail.com

Jássio Pereira de Medeiros

Doutor em Educação pela Universidade do Minho-Braga
Professor do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte
E-mail: jassio.pereira@ifrn.edu.br

Endereço: Aline Gomes Ferreira

Rua Caminho de Areia, 35A, Bairro: Pajuçara, CEP: 59133-365, Natal-RN, Brasil.

Endereço: Liliane Alves Gomes

Travessa Santa Teresa, 17, Bairro: Planalto, CEP: 59073-085, Natal-RN, Brasil.

Endereço: Ralan Carlos Tarquinio Medeiros

Rua Manoel Fernandes Neto, 643, Bairro: Passagem de Areia, CEP: 59146-030, Parnamirim-RN, Brasil.

Endereço: Raniara Anaizza Mauricio Leonidas

Rua Senhor do Bonfim, 301, Bairro: Potengi, CEP: 59120-000, Natal-RN, Brasil.

Endereço: Jássio Pereira de Medeiros

Avenida Senador Salgado Filho, 1559, Bairro: Tirol, CEP 59015-000, Natal-RN, Brasil.

Editor-Chefe: Dr. Tonny Kerley de Alencar Rodrigues

Artigo recebido em 05/11/2016. Última versão recebida em 21/10/2017. Aprovado em 22/10/2016.

Avaliado pelo sistema Triple Review: a) Desk Review pelo Editor-Chefe; e b) Double Blind Review (avaliação cega por dois avaliadores da área).

Revisão: Gramatical, Normativa e de Formatação



RESUMO

Objetiva-se analisar a ocorrência e o perfil dos casos notificados de sífilis congênita (SC), no município de Natal/RN, Brasil, no período de 2007-2015. A metodologia utilizada foi descritiva, com abordagem predominantemente quantitativa. Os dados foram extraídos, principalmente, do sítio oficial do Ministério da Saúde brasileiro. Resultados apontaram que a SC continua sendo um grave problema de saúde pública, mesmo sendo facilitada sua detecção e tratamento e, mesmo o município desenvolvendo ações concretas, inerentes ao combate da doença, não se conseguiu reduzir sua taxa de incidência. Conclui-se que houve avanços quanto à detecção e tratamento da SC no município; no entanto, a SC ainda permanece como problema de saúde pública, associada a deficiências na assistência pré-natal.

Palavras-Chave: Sífilis Congênita. Dsts. Saúde Pública.

ABSTRACT

The objective of this paper was to analyze the occurrence and the profile of the reported cases of congenital syphilis (SC), in the municipality of Natal/RN, Brazil, in the period 2007-2015. The methodology used was descriptive, with a quantitative approach. The data were extracted from the official website of the Brazilian Ministry of Health. Results showed that SC continues to be a serious public health problem, even though its detection and treatment is facilitated, and also that even the municipality performing concrete actions, inherent in combating the disease, has not been able to reduce its incidence rate. It is concluded that there have been advances in the detection and treatment of SC in the municipality, however, SC remains as a public health problem, associated with deficiencies in prenatal care.

Keywords: Congenital Syphilis. Dsts. Public Health.

1 INTRODUÇÃO

A realização da presente investigação pretende contribuir com informações para a melhoria de um cenário que vem se agravando nos últimos anos, qual seja, o número de casos de sífilis congênita. Segundo a Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) (2016), a sífilis continua a ser um problema mundial, avaliando-se em 12 milhões o número de pessoas infectadas todos os anos, apesar de existirem medidas de prevenção eficazes como preservativos, e opções de tratamento eficazes e relativamente baratas.

Ainda foi observado, nos últimos cinco anos, um aumento constante no número de casos de sífilis em gestantes, congênita e adquirida, que pode ser atribuído, em parte, pelo aumento da cobertura de testagem, redução do uso de preservativo, resistência dos profissionais de saúde à administração da penicilina na Atenção Básica, desabastecimento mundial de penicilina, e o aprimoramento do sistema de vigilância, o que pode refletir em um aumento de casos notificados (BRASIL, 2017).

Além disso, considerações apontadas por Cooper, Michelow, Wozniak, e Sánchez (2016), no Brasil; por Lima, Mororó, Martins, Ribeiro, e Linhares (2017), em município de médio porte da região Nordeste do Brasil; por Carvalho e Brito (2014), no estado do Rio Grande do Norte; e por Holanda, Barreto, Machado, e Pereira (2011), no próprio município de Natal/RN, sugerem a necessidade de acompanhamento constante, por meio de estudos acerca da problemática pública de combate à sífilis congênita, o que também justifica a relevância do presente estudo.

A partir da confirmação do diagnóstico, as gestantes precisam iniciar o tratamento adequado com o foco em evitar a contaminação do feto e o consequente quadro de sífilis congênita. Define-se como caso de sífilis congênita:

Toda criança, aborto ou natimorto de mãe com evidência clínica de sífilis e/ou sorologia não treponêmica reagente para sífilis, com qualquer titulação, na ausência de teste confirmatório treponêmico realizado durante o pré-natal ou no momento do parto ou curetagem, que não tenha sido tratada ou tenha recebido tratamento inadequado (BRASIL, 2005a, p. 25).

Mesmo com o aumento da notificação, o número de nascidos com sífilis congênita (SC) maior que o número de diagnósticos de sífilis em gestantes sugere falta de efetividade, em algum momento dessa gestação, na realização do exame “pré-natal” ou no tratamento adequado.

De acordo com Teixeira e Silveira (2017) a efetividade de uma política pública na área da saúde tem como preocupação verificar a necessidade e oportunidades das ações públicas; deixar claro os atores que serão beneficiados e os atores que irão desenvolver essas ações, de maneira a verificar os resultados e os benefícios que essas ações trazem à população, de maneira a reduzir as dimensões de um problema ou melhorar uma situação de saúde considerada insatisfatória.

Diante do exposto, o presente estudo tem por objetivo analisar a ocorrência e o perfil dos casos notificados de sífilis congênita (SC), no município de Natal/RN, Brasil, no período de 2007 a 2015. Vislumbra-se que, com o levantamento de dados para geração de informações consistentes, e descrição das características dos casos, é possível programar ações de controle e prevenção, tendo o resultado da análise desses dados como norteador na programação dessas ações e tomada de decisões por parte dos gestores.

Na sequência, serão apresentados o referencial teórico e os procedimentos metodológicos utilizados para respaldar a análise dos dados recolhidos junto aos órgãos públicos pertinentes ao tema. Por fim, são tecidas algumas considerações e recomendações acerca do problema em estudo.

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 Política Brasileira De DST/AIDS

As doenças sexualmente transmitidas (DST) são conhecidas desde a antiguidade. Até o século XVI eram chamadas de doenças dos indecentes, quando surgiu o termo doenças venéreas, em homenagem a Vênus, deusa do templo do amor, pois se imaginava que a transmissão poderia ser sexual, embora não se conhecessem os agentes. Somente no século XIX os microorganismos relacionados à transmissão começaram a ser identificados. A partir de 1983, adotou-se o nome doenças sexualmente transmitidas (DST) para as infecções de transmissão sexual (NADAL; MANZIONE, 2003).

As DSTs sempre tiveram significado importante para a saúde pública, mas as autoridades não davam muita atenção ao tema. Porém, com o surgimento da AIDS, na década de 1980, passaram a ser vistas como problema de saúde pública de grande importância, reconhecidas e valorizadas pelas autoridades de saúde, comunidade científica e população em geral (CARVALHO, 2016).

No Brasil, as DSTs de notificação compulsória compreendiam os casos de AIDS, de gestantes HIV positivas, de crianças expostas ao HIV, de gestantes com sífilis e de crianças com sífilis congênita: praticamente inexistem dados de incidência do restante das DSTs em nível nacional. O conhecimento sobre esse perfil epidemiológico das DSTs é escasso, devido à inexistência de um banco de dados estruturado e legítimo sobre a real prevalência dessas doenças no Brasil (BRASIL, 2008).

Dentro desse contexto, o Ministério da Saúde brasileiro criou, no ano de 1998, o Programa Nacional de DST/AIDS, sob Coordenação do atual Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais, e este estabeleceu uma rede de serviços destinados aos usuários, dentre eles os Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) e os Serviços de Assistência Especializada (SAE-DST/AIDS), sendo que, em 1993, foi implementada a Política Nacional de DST/AIDS (BRASIL, 1999). Dentre essas DSTs, uma delas chama atenção, pelo fato de ter métodos de detecção e tratamento gratuitos disponíveis e de fácil acesso à população, que é a Sífilis Congênita (SC).

2.2 Políticas Públicas Voltadas Para Sífilis Congênita

A sífilis, caracterizada como DST é uma doença infecciosa causada pela bactéria *Treponema pallidum*; a transmissão pode ocorrer por meio da relação sexual ou materno-fetal, sistêmica, de evolução crônica, sujeita a surtos agudos e períodos de latência de menor ou maior tempo de duração. Quando a sífilis é transmitida da mãe para o feto recebe o nome de Sífilis Congênita (SC). A SC pode ser prevenida por meio de medidas simples, de baixo custo e altamente eficazes, desde que haja um diagnóstico da sífilis materna e tratamento adequado da mãe e de seu(s) parceiro(s) sexual(is), resultando no tratamento simultâneo da mãe e do feto.

A transmissão pode ocorrer em qualquer fase da gestação, sendo que a probabilidade de sua ocorrência vai variar, principalmente, com o tempo de exposição do feto e do estágio clínico da doença materna. Fatores epidemiológicos associados com alto risco para exposição da gestante à sífilis são: ausência de pré-natal ou não realização do mesmo, gestante adolescente, uso de drogas ilícitas, parceiros sexuais múltiplos, história de doença transmitida sexualmente na gestante ou parceiro sexual e baixo nível socioeconômico e cultural.

No Brasil, a partir das primeiras décadas do Século XX, a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde, sendo limitada, nesse período, às demandas

relativas à gravidez e ao parto. Já em 1984, foi criado pelo Ministério da Saúde (MS) o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) que, dentre suas ações, estabelecia a prevenção, diagnósticos e tratamento de DST, incluindo a SC (BRASIL, 2011).

No ano de 1995, o Brasil, juntamente com outros países da América Latina e Caribe, assume como compromisso a elaboração do Plano de Ação, visando à eliminação da sífilis congênita nas Américas até o ano 2000, conforme preconiza a Resolução CE 116.R3, da Organização PanAmericana de Saúde (OPAS). Em 1997, o MS passou a considerar como meta de eliminação o registro de até 01 caso de sífilis congênita por 1.000 nascidos vivos/ano (BRASIL, 2005a). No ano 2000 o MS instituiu, por meio da Portaria/GM n. 569, o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, que tinha como objetivos principais, reduzir morbimortalidade materna, peri e neonatal, melhoria no acesso, cobertura e qualidade do pré-natal e, dentro das ações para alcance desses objetivos, a redução dos casos de SC (BRASIL, 2002).

No ano de 2002 o MS lançou o Projeto Nascer – Maternidades, que atuará em maternidades do SUS (próprias e conveniadas) localizadas em municípios considerados prioritários e que atendam a mais de 500 partos por ano, tendo como objetivo capacitar as equipes multiprofissionais das maternidades cadastradas no Projeto Nascer - Maternidades, com vistas à reorganização do processo de trabalho para melhoria da qualidade do atendimento à gestante, puérpera e recém-nascido, redução da transmissão vertical do HIV e controle da sífilis congênita.

A SC continua a ter um agravo, que consiste numa exacerbação de uma doença de notificação compulsória, isto é, um aumento na comunicação dos casos feita por profissionais de saúde as autoridades sanitárias desde 22 de dezembro de 1986, com a publicação da Portaria Nº 542 do Ministério da Saúde (BRASIL, 1986). Finalmente, em 14 de julho de 2005 a sífilis na gestação tornou-se um agravo de notificação compulsória obrigatória, com a publicação da Portaria MS/SVS Nº 33 (BRASIL, 2005b).

No ano seguinte, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) aprova a criação do Pacto pela Saúde, que veio fortalecer a gestão compartilhada entre as diversas esferas de governo, e repassou aos estados e municípios a responsabilidade pelo desenvolvimento de ações necessárias para o cumprimento das metas de acordo com a realidade local. Um dos três eixos do Pacto pela Saúde é o Pacto pela Vida, que estabelece, entre as prioridades básicas, a redução da mortalidade materna e infantil e a consequente redução das taxas de Transmissão Vertical (TV) do HIV e da sífilis (BRASIL, 2007).

Em 2007 foi lançado o Plano operacional para a redução da transmissão vertical do HIV e da sífilis no Brasil, com o objetivo de reduzir a transmissão vertical do HIV e da sífilis em todo o território nacional (BRASIL, 2007). Estas ações estão relacionadas a algumas constatações, como as de Araújo, Costa, Silva, Azevedo e Lima (2006), para os quais a SC é um desafio para a saúde pública brasileira, em que pese ser doença de fácil prevenção, diagnóstico e tratamento, visto que há um aumento de sua incidência associada, principalmente, às desigualdades sociais e à fragilidade na cobertura e assistência do pré-natal oferecido à população, no nível da Atenção Básica.

Para Domingues e Leal (2016) diminuir a taxa de transmissão vertical da SC depende muito da realização de ações relacionadas às políticas públicas de saúde materno-infantil e da melhoria da assistência no pré-natal. Não é fácil retirar a SC do rol das doenças que são problemas de saúde pública, pelo fato de ela predispor o desenvolvimento de deficiências permanentes nos indivíduos acometidos; para tanto é necessário que sejam tomadas medidas que priorizem a redução de sua incidência para menos de um caso por mil nascidos vivos/ano como foi determinado pelo Ministério da Saúde. Nessa perspectiva, o desenvolvimento de ações de prevenção no pré-natal em maternidades, faz-se necessário realizar busca ativa de gestantes com sífilis, fazer o tratamento completo e adequado ao estágio da doença com a penicilina, concluído-o pelo menos 30 dias antes do parto, tratando também o parceiro (REZENDE; BARBOSA, 2015).

Segundo dados do Brasil (2006), a ocorrência de casos de SC revela falhas graves no sistema de saúde. A SC é considerada, portanto, um indicador para avaliação da qualidade da assistência à gestante. Estas afirmações podem ser confirmadas por estudos realizados em capitais e Estados Brasileiros sobre a relação da SC com as ações do pré-natal, e caracterizações de cunho epidemiológico da doença (ARAÚJO *et al.*, 2006; ALMEIDA; PEREIRA, 2007; DONALÍSIO, FREIRE; MENDES, 2007; CAMPOS; ARAÚJO; MELO; GONÇALVES, 2010; CARVALHO; BRITO, 2014; REZENDE; BARBOSA, 2015; ROCHA; PORTO; SOARES; GUIMARÃES, 2017; LIMA *et al.*, 2017; SILVA; TEODORO; SILVA; SILVA; OLINDA, 2017; MOREIRA; OLIVEIRA; ALENCAR; CAVALCANTE, PINHEIRO; ORFÃO, 2017).

De acordo com Donalísio *et al.* (2007) os estudos da SC devem descrever o perfil dos casos, sendo de suma importância para conhecer as fragilidades do serviço e, assim, poder elaborar ações de intervenção frente à situação do aumento de casos de SC. Assim, para compreensão de algumas questões ligadas a sífilis congênita é feito, na sequência, um

apontamento dos resultados encontrados por estudos realizados em diferentes contextos brasileiros sobre o problema público em questão. Buscou-se, pois, trazer resultados relativos às diferentes regiões brasileiras que representassem diferentes contextos socioeconômicos.

No que diz respeito ao número de casos notificados, verificou-se uma tendência de aumento em todos os estudos consultados. Em Salvador, no período de 1997 a 2002, foram identificados 741 registros de casos de sífilis congênita, cuja a taxa de incidência variou entre 1,3 e 3,1 por mil nascidos vivos (ALMEIDA; PEREIRA, 2007). No município de Natal/RN, essa taxa anual média de incidência de SC foi de seis casos por mil nascidos vivos, no período de 2004 a 2007 (Holanda et al., 2011), diferente da meta da Organização Pan Americana da Saúde (OPAS), que é de registrar menos de um caso por cada mil nascidos vivos. Um estudo sobre incidência de sífilis congênita em todo o Brasil, considerando o período de 2003 a 2008, Araújo, Shimizu, Sousa e Hamann (2012) encontrou taxas que variaram de 1,7 a 2,1 casos para cada 1.000 nascidos vivos. Apesar da diminuição da taxa de incidência no período de 2007 a 2010, os resultados obtidos por Carvalho e Brito (2014) não estavam em consonância com a meta da OPAS para eliminação da doença. No município de Porto Velho, a incidência de sífilis congênita foi crescente durante o período estudado (2009 a 2014), de 0,92 casos para 8,65/1.000 nascidos vivos.

Quanto à assistência pré-natal, estudo realizado por Campos *et al.* (2010), na cidade de Fortaleza, já evidenciava que a qualidade do pré-natal é um fator importante no combate e controle a SC. Campos *et al.* (2010) afirmam que a quantidade de consultas realizadas pela gestante em seu atendimento pré-natal não é suficiente para garantir o controle da sífilis. Os resultados do estudo na cidade de Fortaleza corroboram os obtidos por Araújo *et al.* (2006), no estado do Pará, onde foi evidenciada a importância do pré-natal para a prevenção da SC. Também Holanda *et al.* (2011), identificou que a realização do pré-natal no município de Natal/RN, não assegurava o diagnóstico precoce de sífilis na gestante, e não permitia o tratamento adequado que evitasse a transmissão vertical da doença. De forma semelhante, para Carvalho e Brito (2014), chamou a atenção o dado que, em mais de dois terços dos casos de sífilis congênita no estado do Rio Grande do Norte, havia-se realizado o atendimento pré-natal. Ainda no que diz respeito às características da assistência pré-natal, no município de Sobral/CE, Lima *et al.* (2017), verificaram que existe uma boa adesão das mulheres a essas consultas. No entanto, os autores constataram que quase 40% das gestantes obtiveram o diagnóstico no momento do parto e que, entre as que obtiveram o diagnóstico durante o pré-natal, menos da metade completou o tratamento em menos de 30 dias antes do parto. De maneira semelhante, no município de Porto Velho, Moreira et al. (2017), constataram que

79% realizaram o pré-natal, 60% foram diagnosticadas com sífilis gestacional e o tratamento só foi considerado adequado em 19%. Na cidade de Belém/PA, a maioria das mães de crianças diagnosticadas com SC (78%), realizou o pré-natal (PEREIRA; MAIA; SETO; BICHARA, 2015). E, na cidade de Montes Claros/MG, o tratamento para SC na gestação das mães foi considerado inadequado ou incompleto em 64,8% dos casos (LAFETÁ; MARTELLI JÚNIOR; SILVEIRA; PARANAÍBA, 2016). Também Rezende e Barbosa (2015), no estado de Goiás, afirmam que apenas 55% das mães que foram diagnosticadas com sífilis durante a gravidez tiveram acesso ao diagnóstico durante o pré-natal, evidenciando falhas no acompanhamento. Em Rondonópolis/MT, 82% das mulheres realizaram o acompanhamento pré-natal, porém 64%, segundo Silva et al. (2017), receberam tratamento inadequado. Nesse mesmo contexto, estudo realizado por Costa, Freitas, Sousa, Oliveira, Chagas, Lopes e Damasceno (2013), no estado do Ceará, destacou que 71% das gestantes diagnosticadas realizaram pré-natal.

Partindo para constatações sobre o tratamento dado aos parceiros das gestantes, Carvalho e Brito (2014), destacavam que, dos casos de sífilis congênita no Brasil, mais de 80% dos parceiros não receberam tratamento, condição desencadeadora de novas infecções. A mesma constatação foi obtida pelos estudos de Lima *et al.* (2017) e Lins (2014) em municípios da região Nordeste e Norte do Brasil, respectivamente. Em estudos também realizados na região Norte do Brasil, Soeiro, Miranda, Saraceni, Santos, Talhari, e Ferreira (2014), no estado do Amazonas, verificaram que 67% dos parceiros de gestantes com sífilis não foram tratados durante o pré-natal, sendo percentual semelhante encontrado por Moreira *et al.* (2017), em estudo no município de Porto Velho/RO. No estado de Goiás, Rezende e Barbosa (2015) alertavam para as dificuldades de adesão do parceiro da gestante com sífilis ao tratamento, identificando que, entre os casos notificados, apenas 18% dos parceiros sexuais foram tratados. Tal situação se repetiu em outro estado da região Centro-Oeste do Brasil, Mato Grosso, no qual, segundo Silva *et al.* (2017), cerca de 56% dos parceiros sexuais das gestantes notificadas com sífilis não realizaram tratamento. Percentual mais alto se aplicou aos resultados de estudo realizado no estado de Alagoas, no qual cerca 66% dos parceiros não realizaram o tratamento concomitantemente com a gestante (ALVES *et al.* 2016).

Com relação ao perfil das gestantes notificadas com a doença, os estudos apontam para uma predominância de mulheres de cor parda (HOLANDA *et al.* 2011; CHAVES *et al.*, 2014; NONATO; MELO; GUIMARÃES, 2015; OLIVEIRA; SANTOS, 2015; LIMA *et al.*, 2013; LIMA *et al.*, 2017; MOREIRA *et al.*, 2017, SILVA *et al.*, 2017), em estudos realizados

em todas as regiões do Brasil. A baixa escolaridade desse público também foi verificada por Holanda *et al.* (2011); Oliveira e Santos (2015); Almeida *et al.* (2015); Lima *et al.* (2013); Lima *et al.* (2017) e Silva *et al.* (2017). Sobre essa característica do perfil, Serafim *et al.* (2014) alertavam que tal fato torna-se um agravante para a saúde pública, pois traz uma dificuldade na absorção das informações, o que dificulta o processo de prevenção à infecção. No tocante a faixa etária, a maioria delas tinha entre 20 e 30 anos de idade, conforme observações de Holanda *et al.* (2011); Chaves *et al.* (2014); Rezende e Barbosa (2015); Nonato, Melo e Guimarães (2015); Lima *et al.* (2013); Lima *et al.* (2017); Moreira *et al.* (2017); e Cavalcante, Pereira e Castro (2017), mostrando que essas mulheres se encontram na fase adulto jovem.

3 METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de uma pesquisa, predominantemente, descritiva, não probabilística que, conforme sugerido por Gil (2008), tem por objetivo primordial a descrição das características de determinada população, ou fenômeno, ou o estabelecimento de relações entre variáveis.

Para o presente estudo, o município de Natal/RN foi escolhido como alvo de investigação, tendo em vista o fato de uma das autoras desempenhar funções administrativas na Secretaria de Saúde Pública do referido município, o que implica um interesse institucional nos resultados da presente pesquisa.

A população do estudo constituiu-se de todos os indivíduos diagnosticados com sífilis congênita, notificados e investigados, incluindo abortos e natimortos, ocorridos em filhos de mulheres residentes em Natal, no período de 2007 a 2015.

Os dados aqui utilizados foram levantados de duas formas. Utilizaram-se dados secundários obtidos a partir do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) e do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc), do município do Natal/RN, Brasil, referentes ao período de 2007 a 2015 (período até então disponível para consulta), obtidos no sítio oficial do Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais/Gestores/Indicadores/Painel de indicadores de sífilis, acessado através do link <http://indicadoressifilis.aids.gov.br/>, em setembro de 2017, mesmo reconhecendo limitação, destacada por Holanda *et al.* (2011), de utilizar fontes oficiais de dados secundários, especialmente no que se refere a prováveis sub-registros, subnotificações, erros de classificação e preenchimento.

De forma apenas complementar, visando encontrar justificativas ou explicações para os dados secundários levantados, também foram coletados dados por meio de entrevista semiestruturada, com perguntas abertas focalizadas. A entrevista foi realizada junto a um gestor do Núcleo de IST/Aids e Hepatites Virais da Secretaria Municipal de Saúde de Natal/RN, por representar a unidade organizacional responsável pelo combate a este tipo de doença. Neste caso, não foi necessário o uso do termo de consentimento livre e esclarecido a ser assinado pelo entrevistado, uma vez que a identificação do mesmo foi mantida no anonimato. Conforme sugestão de Ribeiro (2008), os dados coletados por meio da entrevista visaram apenas incorporar novas fontes para a interpretação dos resultados.

No que diz respeito à forma de análise dos dados, o estudo foi de natureza predominantemente quantitativa, o que, de acordo com Ribeiro (2008), atua realçando os valores, as crenças, as representações, as opiniões e atitudes e, ao mesmo tempo, atua para trazer à tona indicadores e tendências observáveis.

O cálculo da taxa de incidência de sífilis congênita, foi obtido por meio da razão entre o número de casos de sífilis congênita detectados em crianças menores de 1 ano para cada 1.000 nascidos vivos, no mesmo espaço geográfico em um determinado período.

Por se tratar de uma pesquisa cuja obtenção dos dados foi realizada através de dados de domínio público, disponíveis no sítio oficial do Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais do Ministério da Saúde do Brasil, não se procedeu a submissão do estudo a um comitê de ética em pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Natal/RN. Todos os cuidados para a proteção do sigilo sobre os seres humanos envolvidos na pesquisa, entretanto, foram tomados; nenhum dos resultados encontrados foi expresso de maneira individual ou nominal.

Paralelamente à taxa média anual de incidência de sífilis congênita (SC), pretende-se destacar as características sociodemográficas, de assistência à saúde e diagnósticos presentes nos registros disponíveis na fonte dos dados. Para tabulação dos dados quantitativos foi utilizado o software Microsoft® Excel, versão 2016.

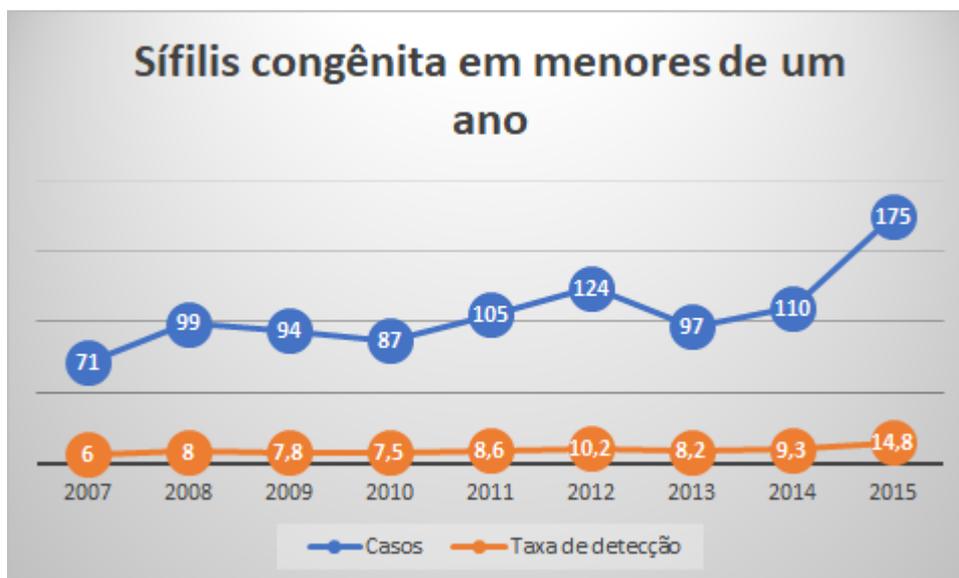
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados aqui apresentados discutem, em sua primeira parte, a incidência de sífilis congênita (SC) no período de 2007 a 2015, no município de Natal/RN, e verifica a evolução dos indicadores de saúde estabelecidos para o tema. A segunda parte, mostra as

características sociodemográficas dos casos e, de uma forma complementar, o ponto de vista do entrevistado, representante da Secretaria Municipal de Saúde de Natal/RN, é utilizado de maneira transversal, complementando as análises dos dados quantitativos.

A Figura 1, a seguir, ilustra o número absoluto dos casos de sífilis congênita notificados no município de Natal/RN, no período de 2007 a 2015. Nela se observa que, no ano de 2010, houve uma queda no número de casos, seguida de uma alta no ano de 2012.

Figura 1 – Sífilis congênita em menores de um (por 1.000 nascidos vivos)



Fonte: Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais, da Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde (DIAHV/SVS/MS), (BRASIL, 2017).

Segundo as metas estabelecidas no Pacto pela Vida para o biênio 2010-2011, que selou o compromisso entre os gestores do SUS em torno de prioridades e indicadores que impactam as condições de saúde da população, os resultados esperados de sífilis congênita para o biênio deveriam apresentar uma redução de 15% em relação ao ano de 2007 (BRASIL, 2015). O que aconteceu, no entanto, com base em estudo, foi um aumento nos casos notificados de 22%, no ano de 2010, e de 47% em 2011, tomando como referência o ano de 2007. Para que a meta fosse alcançada os casos deveriam ter sido reduzidos para 60, ou seja, o município de Natal não alcançou a meta e o número de casos voltou a subir no ano de 2012.

Houve uma queda no número de casos no ano de 2013 e, neste ano, foi assinado um novo pacto, que culminou na elaboração do Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores para os anos de 2013-2015, com vistas ao fortalecimento do planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS), o qual também trata da redução da sífilis congênita, mas não estabelece uma meta fixa (BRASIL, 2015). Porém, de 2013 para 2015 os casos de sífilis

congênita quase dobraram, ao invés de reduzir a incidência, como foi estabelecido no pacto. Cenário semelhante foi encontrado na maior parte dos estudos abordados na revisão da literatura.

O aumento do número de casos de sífilis congênita notificados, no período de 2007 a 2015, no município em estudo, deixa claro a necessidade de ações mais efetivas voltadas a seu controle, por se tratar de uma doença evitável, desde que o diagnóstico seja feito precocemente e o tratamento seja adequado, tanto para gestante, como para seu parceiro, conforme sugerido por De Lorenzi e Madi (2001); Domingues e Leal (2016); e Rezende e Barbosa (2015).

Visto de outra forma, os dados apresentados na Figura 1 também podem representar um avanço da vigilância epidemiológica do município, no que diz respeito ao processo de notificação dos casos de SC ao longo dos anos, assim como a ampliação do acesso das gestantes ao pré-natal, em decorrência da implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF) e, a implantação do Teste rápido para sífilis no município, que ocorreu a partir do ano de 2013, segundo informações colhidas junto ao entrevistado, responsável pelo Núcleo de IST/AIDS e Hepatites Virais da Secretaria Municipal de Saúde de Natal.

A Figura 2, a seguir, pode sugerir um dos fatores que retrata o aumento do número de casos de sífilis congênita no município de Natal: a quantidade de mulheres que realizaram o exame “pré-natal”.

Figura 2 – Mulheres que realizaram o pré-natal



Fonte: Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais, da Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde (DIAHV/SVS/MS), (BRASIL, 2017).

Mesmo havendo um aumento no número de gestantes que realizaram o “pré-natal” nos anos analisados, em todos os anos, em relação ao total de casos, percebe-se que mais de 25% das gestantes não realizaram ou não informaram, no momento do parto, a realização do mesmo. Esse cenário, segundo o entrevistado, pode justificar o aumento dos casos notificados já que, se no momento do parto a mãe fizer o teste rápido irá constar a cicatriz da infecção e, não tendo os dados do “pré-natal” (carteirinha da gestante), a criança será notificada com SC.

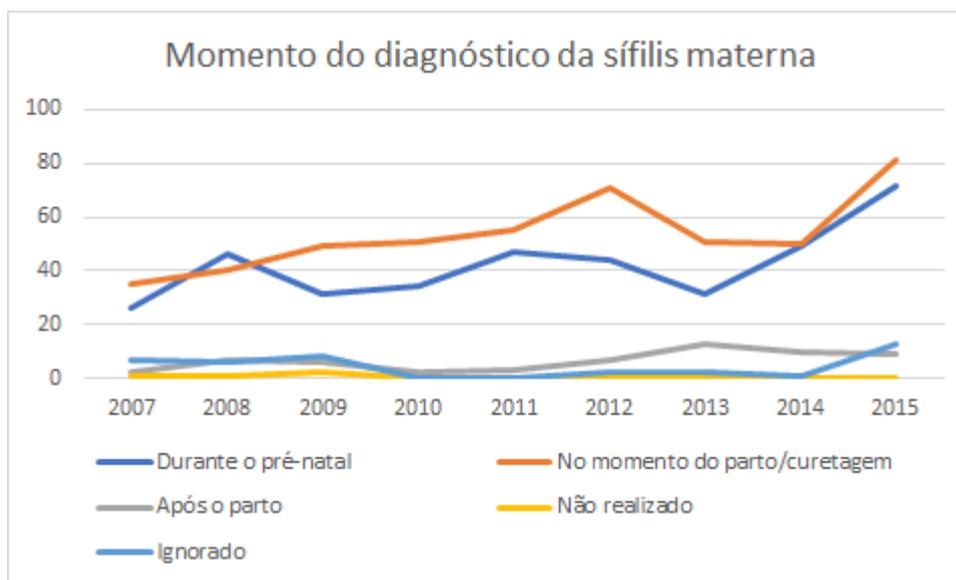
De acordo com o que foi exposto anteriormente no referencial teórico, a realização do exame “pré-natal” é um dos pontos fundamentais para redução da incidência de sífilis congênita, e mostra que as políticas públicas de combate às IST/Aids e de promoção da saúde da mulher devem andar juntas para que haja uma ação efetiva, no que tange ao objetivo de reduzir a SC.

Semelhante aos outros estudos realizados em cidades brasileiras (ARAÚJO *et al.*, 2006; CAMPOS *et al.*, 2010; HOLANDA *et al.*, 2011; CARVALHO; BRITO, 2014; PEREIRA *et al.*, 2015; LAFETÁ *et al.*, 2016; LIMA *et al.*, 2017), a maior parte das gestantes realizou o “pré-natal”. Apesar do aumento de mulheres que realizaram o “pré-natal” durante o período analisado no município de Natal/RN verificou-se que a incidência de SC também cresceu, atingindo seu ápice no ano de 2015. Esses dados podem revelar tanto a qualidade da assistência “pré-natal”, que permanece aquém da desejada, quanto o aumento da notificação dos casos. Dentro desse contexto, o entrevistado ressalta que, no ano de 2015, quando houve um aumento expressivo dos casos de sífilis congênita, a penicilina, medicamento utilizado para o tratamento da infecção, encontrava-se em baixa no estoque, sendo priorizado o tratamento da gestante, enquanto seu parceiro, que também deveria ser tratado para evitar a reinfecção, provavelmente não foi tratado, por falta do medicamento.

Um dado preocupante é o grande número de mulheres diagnosticadas com sífilis durante o “pré-natal” e durante o parto, o que dá abertura para as seguintes questões: a assistência pré-natal que está sendo ofertada à população está sendo adequada? O que leva uma gestante a ser diagnosticada com sífilis durante a gestação e mesmo assim a criança ser notificada com SC? A gestante foi tratada adequadamente, ou o tratamento não foi levado adiante? A gestante foi sensibilizada sobre a importância de comparecer a todas as consultas do pré-natal? O parceiro dessa gestante, também foi sensibilizado?

As Figuras 3, 4 e 5, apresentadas na sequência, podem esclarecer, um pouco mais, esses questionamentos.

Figura 3 – Momento do diagnóstico da sífilis materna

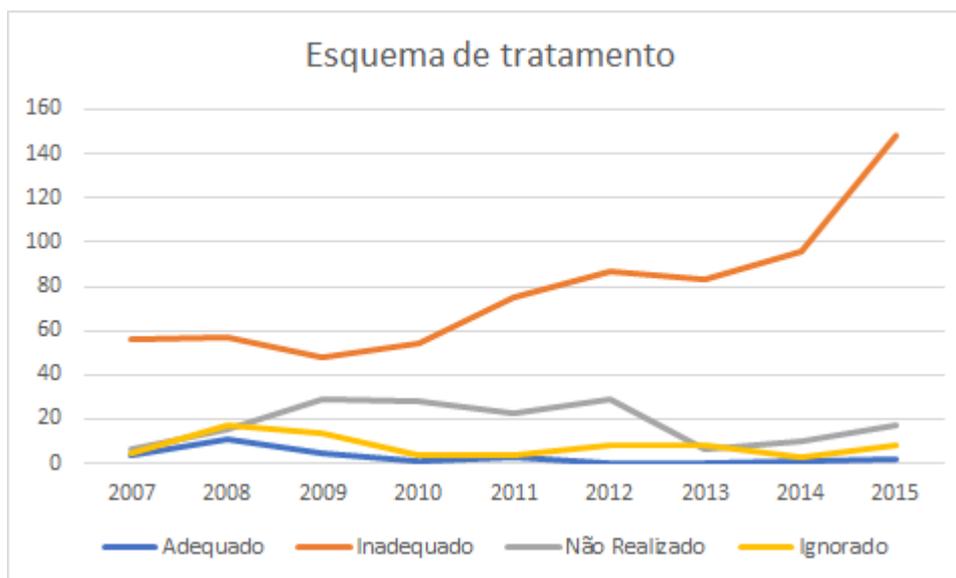


Fonte: Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais, da Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde (DIAHV/SVS/MS), (BRASIL, 2017).

Como pode ser observado na Figura 3, percebe-se que, em praticamente todos os anos, o número de gestantes diagnosticadas com sífilis materna no momento do parto ou da curetagem, momento de limpeza do útero após um aborto incompleto, é maior do que aquelas que foram diagnosticadas durante a realização do “pré-natal”.

Outros estudos realizados nos estados do Pará (ARAÚJO *et al.*, 2006) e São Paulo (DONALÍSIO *et al.*, 2007) identificaram que a maioria das mães que foram diagnosticadas com sífilis durante a gestação tiveram acesso aos serviços de saúde em algum momento. Nesta etapa poderia ter sido feito o diagnóstico ou o tratamento adequado, ou ainda ter sensibilizado essa mãe e seu parceiro para comparecer a todas as consultas do “pré-natal”.

O que se verificou, no caso do município de Natal, foi uma tendência de aumento ao longo do período estudado e da inadequação do esquema de tratamento materno para sífilis, como pode ser constatado na Figura 4.

Figura 4 – Esquema de tratamento materno

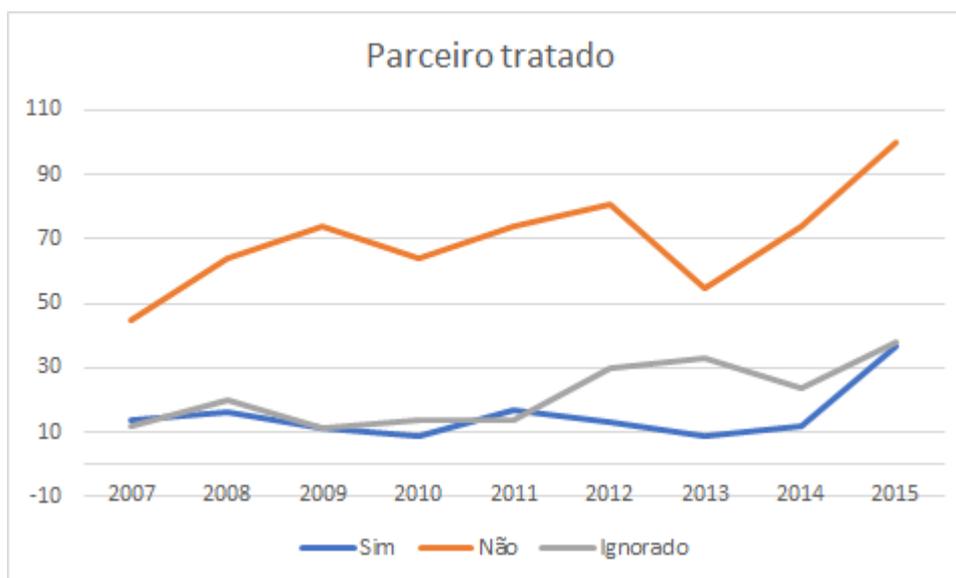
Fonte: Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais, da Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde (DIAHV/SVS/MS), (BRASIL, 2017).

No que diz respeito à realização do tratamento adequado das gestantes durante o “pré-natal”, verificou-se, em estudo semelhante realizado no Pará que, em 46 casos de sífilis congênita, 53,8% das mães, que tiveram o diagnóstico de sífilis durante o “pré-natal”, receberam tratamento adequado (ARAÚJO *et al.*, 2006) e, em estudo realizado em São Paulo de 45 mães de recém-nascidos com diagnóstico de sífilis congênita, em menos de 50% dos casos o tratamento da gestante, pré e pós-parto foi notificado como adequado (DONALÍSIO *et al.*, 2007).

Já no município de Natal/RN, levando em consideração os 965 casos notificados no período de 2007 a 2015, apenas 27 gestantes, (2,8%), foram notificadas como tendo um tratamento adequado. Ou seja, essa gestante pode ter passado pelo “pré-natal” sem ser detectada com a infecção, o que ilustra uma possível má qualidade do serviço prestado, ausência de aproximação, por parte dos serviços de saúde, para realização do mesmo, e interrupção do “pré-natal”. Em anos específicos, como 2014 e 2015, o tratamento inadequado também pode ser atribuído ao desabastecimento de penicilina benzatina em nível global, o que contribuiu para ampliar o número de casos da doença em todo o mundo (Sociedade

Brasileira de Infectologia, 2017), o que teve implicações, conforme dito anteriormente acerca do tratamento do parceiro sexual da gestante, e que pode ser verificado no gráfico a seguir.

Figura 5 - Informação sobre tratamento dos parceiros



Fonte: Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais, da Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde (DIAHV/SVS/MS), (BRASIL, 2017).

O elevado número de parceiros que não receberam tratamento adequado para sífilis, encontrado no presente estudo, também ocorreu em outros estudos (CARVALHO; BRITO, 2014; LINS, 2014; LIMA *et al.*, 2017; SILVA *et al.*, 2017), e deixa evidente que não há uma participação efetiva por parte dos mesmos nos serviços de saúde durante o “pré-natal” ou em alguns casos, o anonimato/não ciência desse parceiro por parte da gestante. A participação do parceiro durante o “pré-natal” deveria ser uma estratégia prioritária dos profissionais que o realizam, tendo em vista a diminuição do risco de reinfecção da gestante durante o tratamento. Esse fator predominante impede que as taxas de transmissão vertical sejam reduzidas, tornando o controle da SC limitado, tendo em vista o grande número de não tratados.

Em resumo, o que se pôde constatar, com relação aos dados de assistência e tratamento apresentados, foi que, dos 965 casos de SC notificados entre 2007 e 2015, em todos os anos, com exceção do ano de 2008, praticamente a metade dos casos de sífilis materna só foi detectada no momento do parto, cerca de 67% das gestantes tiveram tratamento

inadequado e, apenas 14% dos parceiros foram tratados. Esses dados sugerem uma relevante lacuna no combate a este problema de saúde pública no município.

Buscou-se, também, expor o perfil sociodemográfico dos casos de SC, a partir dos dados disponibilizados pelo Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais, da Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde (DIAHV/SVS/MS) e compará-los aos dados encontrados por estudos de natureza semelhante realizados em outros contextos.

Verificou-se que as mães que deram à luz a recém-nascidos com SC perpassam por todas as idades desde os 12 anos, o que mostra a prática de sexo sem proteção em todas as faixas etárias. Porém, a maior notificação de casos, durante o período estudado, ocorreu na faixa etária dos 20 aos 29 anos (52%). Na sequência ficaram as mulheres na faixa etária dos 15 aos 19 anos (21%), e dos 30 aos 39 anos (21%). Isso se justifica, possivelmente, por esta faixa compreender o ápice da fase reprodutiva da mulher, o que se traduz em um maior número de gestantes nessa faixa etária, resultado que pode ser observado, também, nos estudos de Holanda *et al.* (2011); Chaves *et al.* (2014); Rezende e Barbosa (2015); Nonato, Melo e Guimarães (2015); Lima *et al.* (2013); Lima *et al.* (2017); Moreira *et al.* (2017); e Cavalcante, Pereira e Castro (2017).

No que diz respeito à escolaridade, a maior incidência foi de mulheres com baixo nível de instrução (55,23%), que não chegaram a concluir o ensino fundamental. Estudo realizado na cidade de Salvador/BA, que analisou informações maternas e dos recém-nascidos com sífilis por meio das fichas de investigação/notificação registradas no SINAN, identificou que 35,7% das gestantes não tinha ensino fundamental completo (ALMEIDA; PEREIRA, 2007), enquanto outro estudo realizado em Fortaleza/CE, por meio de entrevistas com gestantes com VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) reagente, no parto ou durante a realização do pré-natal, registrou que 65,51% das gestantes não concluíram o ensino fundamental (Campos *et al.*, 2010). Além desses, outras investigações também evidenciaram o mesmo perfil (HOLANDA *et al.*, 2011; OLIVEIRA; SANTOS, 2015; ALMEIDA *et al.*, 2015; LIMA *et al.*, 2013; LIMA *et al.*, 2017; SILVA *et al.*, 2017).

No que tange à etnia, verificou-se que um maior contingente de mulheres de cor parda, com um percentual médio de 53%, no período estudado (2007-2015), corroborando os resultados de outros estudos (HOLANDA *et al.* (2011); CHAVES *et al.* (2014); NONATO, MELO E GUIMARÃES (2015); OLIVEIRA E SANTOS (2015); LIMA *et al.* (2013); LIMA *et al.* (2017); MOREIRA *et al.* (2017) e SILVA *et al.* (2017)). Em seguida, com 23% do número de casos, estavam as mulheres declaradas de cor branca. Destaca-se, ainda, que, para

tal característica do perfil, houve um percentual médio de 12% para a classificação ‘Ignorado’, isto é, no período em estudo, não foi registrada, adequadamente, a etnia da mulher atendida, em quase um quinto dos casos.

Por fim, apresenta-se uma complementação dos dados levantados por meio da entrevista. Segundo o respondente, o trabalho desenvolvido especificamente para a prevenção da sífilis congênita no município em estudo ocorre durante o “pré-natal” e nas maternidades. No “pré-natal”, toda gestante deve fazer o teste rápido, não só da sífilis como do HIV e hepatite, e, também, tentar captar o parceiro para fazer esse teste para evitar a reinfecção da gestante. Já nas maternidades, toda gestante, antes do parto, tem que fazer o teste de HIV e o de sífilis, que servem para detecção prévia e tentativa de evitar a transmissão, embora seja difícil evitar antes do parto. O teste rápido foi implantado em Natal/RN, no ano de 2013, para diagnóstico de sífilis nas maternidades, com o intuito de evitar a transmissão vertical da doença. A partir de 2015 esse teste foi expandido a todas as unidades básicas de saúde do município.

Ainda segundo o entrevistado, em relação às ações realizadas pela Secretaria Municipal de Saúde, no que diz respeito ao combate a SC, a implantação do teste rápido foi vista como um avanço no diagnóstico, pois em questão de minutos se tem um resultado. Esses testes, segundo o informante, estão disponíveis em todas as unidades básicas de saúde e nas maternidades; nesta última, com objetivo de diagnosticar a sífilis materna e tratar a criança ainda nos primeiros dias de vida. O entrevistado coloca, também, que o tratamento para os recém-nascidos é doloroso. A criança fica internada entre uma e duas semanas na maternidade; sujeita a pegar outro tipo de infecção. O ideal é que essa doença seja detectada durante o “pré-natal”, o que destaca, ainda mais, a importância de ações de prevenção e educação sobre a doença a serem desenvolvidas como política de combate à infecção.

Quanto à identificação das ações desenvolvidas para prevenção e tratamento de sífilis congênita, constatou-se, a partir da entrevista, que o Núcleo de IST/AIDS do município em estudo, responsável por articular as ações, participa de eventos que acontecem no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde, com *stands* que disponibilizam os testes rápidos tanto de sífilis, como de HIV e Hepatites B e C, além de outros eventos fora da SMS, como em Universidades, em *shows* com grande público, como o *Carnatal* (carnaval fora de época), e carnaval. Além dos testes há, também, a distribuição de preservativos.

Finalizada a análise dos dados, na sequência parte-se para apresentação das considerações finais do presente estudo.

5 CONCLUSÕES

Tendo em vista o objetivo de analisar a ocorrência e o perfil dos casos notificados de sífilis congênita (SC) no município de Natal/RN, no período de 2007 a 2015, apresentam-se as seguintes considerações finais.

Quanto à taxa de incidência da sífilis congênita, observou-se um aumento da mesma ao longo dos anos. O município em estudo não conseguiu alcançar a meta estabelecida pelo Pacto pela Vida, para os anos 2010-2011, assim como não conseguiu reduzir o número de casos, conforme estabelecido no Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores para os anos de 2013-2015, conforme posto pelo Ministério da Saúde. Este cenário revela um dado preocupante para o município, e sugere a necessidade de repensar as estratégias utilizadas para o combate a este problema de saúde pública. É válido colocar, contudo, que o representante da municipalidade entrevistado argumenta que o aumento de casos pode ser explicado pelos avanços nas formas de detecção e confirmação de diagnóstico e pela melhoria da expertise no processo de notificação da doença.

Evidenciou-se, ainda, no período estudado que, em que pese o fato de cerca de ¼ das mulheres diagnosticadas com SC não terem realizado ou não informaram que realizaram o exame “pré-natal”, há uma tendência de aumento do número de mulheres que realizaram o exame e, conseqüentemente, da detecção da SC a partir do mesmo. Apesar disso, o maior número de detecções de SC ainda aconteceu no momento do parto. Tal fato pode ser justificado pela inadequação do esquema de tratamento presente na maior parte dos casos, e com uma forte tendência de aumento desse número. De certa forma, essa inadequação do tratamento perpassa pela adesão do parceiro sexual da gestante infectada ao tratamento, visto que os dados demonstraram um elevado número de parceiros não tratados, com tendência de aumento, ao longo de todo o período estudado. Acredita-se, assim, na relevância da municipalidade envidar esforços para alcançar realizar o diagnóstico precoce, manter-se abastecida dos medicamentos necessários ao tratamento e informar a população quanto a gravidade da doença, visando a uma maior adesão ao tratamento, tanto por parte da gestante, quanto por parte de seu parceiro sexual.

No que diz respeito à descrição do perfil sociodemográfico (etnia, escolaridade e idade), das mães dos recém-nascidos com sífilis congênita, observou-se que o maior número de gestantes se encontra na faixa etária dos 20 a 29 anos, com pouca escolaridade, tendo em vista que mais de 50% não concluíram o ensino fundamental e com características étnico-

raciais, predominantemente de cor parda. De certa forma, a etnia representa aquela presente em maior parte no município de Natal/RN, conforme dados do IBGE. A baixa escolaridade presente em adultos jovens, por sua vez, pode representar um problema de acesso à informação sobre a importância do tratamento.

De uma maneira geral, apesar das ações de prevenção desenvolvidas pelo município, ressalta-se a importância de um trabalho em conjunto da vigilância epidemiológica da SC no âmbito da atenção básica por meio da Estratégia da Saúde da Família, dos distritos sanitários e também da gestão da Secretaria Municipal de Saúde, na coleta de dados e realização de estudos e diagnósticos para geração de informações que possam nortear posterior tomada de ações no controle da doença.

Pelo fato de a obtenção dos dados ter sido realizada por meio de um sítio de domínio público do Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais/MS, onde só constam dados de etnia, escolaridade e idade das mães de recém-nascidos com SC, não houve possibilidade de análise de outras variáveis como renda, quantidade de consultas de pré-natal realizada, situação de moradia e localização dentro do território do Município. Esses dados mais completos seriam obtidos no Departamento de Vigilância em Saúde/Setor de Vigilância Epidemiológica do município, por meio de solicitação via ofício, mas não houve tempo hábil para retorno das informações, de maneira que tal lacuna pode ser preenchida por estudos futuros, uma vez que com a obtenção desses dados, seria possível descrever o perfil epidemiológico das mães de recém-nascidos com sífilis congênita e mapear as áreas de maior incidência do agravo no município, para poder comparar se o perfil traçado em concordância com os dados notificados condizem com a realidade sociodemográfica - de acordo com os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) - dos locais de ocorrência dos casos.

Com este trabalho espera-se, também, contribuir com a gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Natal/RN, na preocupação em avaliar e analisar os resultados dos seus programas e políticas, por meio dos dados que são gerados pelos serviços de saúde, como forma de subsidiar tomadas de decisão em relação à elaboração das ações de combate, controle e prevenção da sífilis congênita.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. F. G.; PEREIRA, S. M. Caracterização epidemiológica da sífilis congênita no município de Salvador, Bahia. **DST–J bras Doenças Sex Transm**, v. 19, v. 3-4, p. 144-156, 2007.

ALMEIDA P. D. *et al.* Análise epidemiológica da sífilis congênita no Piauí. **Rev Interd**; v. 8, n. 1, p. 62-70. 2015.

ALVES W. A *et al.* Sífilis Congênita: epidemiologia dos casos notificados em Alagoas, Brasil, 2007 a 2011. **Rev port saúde soc.**; v. 1, p. 27-41, 2016.

ARAÚJO, E. C *et al.* Importância do pré-natal na prevenção da Sífilis Congênita. **Revista Paraense de Medicina**, v. 20, n. 1, p. 47-51. 2006.

ARAÚJO, C. L. D *et al.* Incidência da sífilis congênita no Brasil e sua relação com a Estratégia Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, p. 479-486, 2012.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria n. 542, de 22 de dezembro de 1986**. Diário Oficial da União, Brasília. 1986.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de DST/aids: princípios e diretrizes / Coordenação Nacional de DST e Aids**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde. 1999.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa de Humanização do pré-natal e nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde. 2002

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diretrizes para o Controle da Sífilis Congênita**. Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. Brasília: Ministério da Saúde. (2005a).

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria N. 33, de 14 de julho de 2005**. Diário Oficial da União, Brasília. (2005b).

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa Nacional de DST/AIDS**. Diretrizes para controle da sífilis congênita: manual de bolso. Brasília: Ministério da Saúde. 2006.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa Nacional de DST e Aids**. Plano operacional para a redução da transmissão vertical do HIV e da sífilis. Brasília: Ministério da Saúde. 2007.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa Nacional de DST e Aids**. Prevalência e frequências relativas de doenças sexualmente transmissíveis (DST) em populações selecionadas de seis capitais brasileiras, 2005. Brasília: Ministério da Saúde. 2008.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde. 2011.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. (2015). **Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: 2013-2015**. Brasília: Ministério da Saúde.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico Sífilis**. v.48, n. 36. 2017.

CAMPOS, A. L. A *et al.* Epidemiologia da sífilis gestacional em Fortaleza, Ceará, Brasil: um agravamento sem controle. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 9, p. 1747-1755, 2010.

CARVALHO, A. M. P. **Representações sociais de trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família sobre o princípio da equidade no cuidado em saúde aos portadores de doenças sexualmente transmissíveis**. Dissertação de mestrado, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, MG, Brasil. 2016.

CARVALHO, I. D. S; BRITO, R. S. D. Sífilis congênita no Rio Grande do Norte: estudo descritivo do período 2007-2010. **Epidemiologia e serviços de saúde**, v. 23, n. 2, p. 287-294. 2010.

CAVALCANTE P. A. M; PEREIRA R. B. L; CASTRO J. G. D. Syphilis in pregnancy and congenital syphilis in Palmas, Tocantins State, Brazil, 2007-2014. **Epidemiol Serv Saude**, v. 26, n. 2, p. 1-10. 2007.

CHAVES J *et al.* Sífilis congênita: análise de um hospital do interior do estado do RS. **Revista da AMRIGS**. [Internet]; v. 58, n. 3, 2014.

COOPER, J. M *et al.* Em tempo: a persistência da sífilis congênita no Brasil—Mais avanços são necessários!. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 34. n. 3, 2016.

COSTA, C. C *et al.* Congenital syphilis in Ceará: epidemiological analysis of one decade. **Rev esc enferm USP**, v. 47, n. 1, p. 152-9, 2013.

DE LORENZI, D. R. S; MADI, J. M. Sífilis congênita como indicador de assistência pré-natal. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 23, n. 10, p. 647-652, 2001.

DONALÍSIO, M. R.; FREIRE, J. B.; MENDES, E. T. Investigação da sífilis congênita na microrregião de Sumaré, Estado de São Paulo, Brasil—desvelando a fragilidade do cuidado à mulher gestante e ao recém-nascido. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 16, n. 3, p. 165-173, 2017.

DOMINGUES, R. M. S. M.; LEAL, M. D. C. Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis: dados do estudo Nascer no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, n. 6, 2016.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas. 2008.

HOLANDA, M. T. C. G *et al.* Perfil epidemiológico da sífilis congênita no Município do Natal, Rio Grande do Norte - 2004 a 2007. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 20, n. 2, p. 203-212, 2011.

LAFETÁ, K. R. G *et al.* Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle. **Rev. bras. epidemiol.** [Internet]; v. 19, n. 1, 2016.

LIMA, M. G; SANTOS, R. F. R; BARBOSA, G. J. A.; RIBEIRO, G. S. Incidência e fatores de risco para sífilis congênita em Belo Horizonte, Minas Gerais, 2001-2008. **Ciênc. Saúde Coletiva**; v. 1, n. 2, p. 499-506, 2013.

LIMA, V. C *et al.* Perfil epidemiológico dos casos de sífilis congênita em um município de médio porte no nordeste brasileiro. **Journal of Health & Biological Sciences**, v. 5, n. 1, p. 56-61, 2017.

LINS, C. D. M. **Epidemiologia da sífilis gestacional e congênita no extremo setentrional da Amazônia.** Dissertação de mestrado. Boa Vista (RR): Universidade Federal de Roraima. 2014.

MOREIRA, K. F. A *et al.* Perfil dos casos notificados de sífilis congenita. **Cogitare enferm**, [Internet]; v. 22, n. 2, 2017.

NADAL, R. N; MANZIONE C. R. Identificação dos grupos de risco para as doenças sexualmente transmitidas. **Rev. Bras. Coloproct**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p.128- 129, 2003.

NONATO, S. M; MELO, A. P. S.; GUIMARÃES, M. D. C. Sífilis na gestação e fatores associados à sífilis congênita em Belo Horizonte-MG, 2010-2013. **Epidemiol. Serv. Saúde**. [Internet]; v. 24, n. 4, 2015.

OLIVEIRA, J. S; SANTOS, J. V. Perfil epidemiológico da sífilis congênita no estado da Bahia, no período de 2010 a 2013. **Rev. Eletrôn. Atualiza Saúde**, v. 2, n. 2, p. 20-30, 2015.

ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Elimination of mother-to-child transmission of HIV and syphilis in the Americas.** Update 2016. Washington, D.C.: PAHO. 2016.

PEREIRA, D. A. P *et al.* Infecção congênita em pacientes matriculados em programa de referência materno infantil. **Rev. Para. Med.** [Internet]; v. 29, n. 1, 2015.

REZENDE, E. M. A; BARBOSA, N. B. A sífilis congênita como indicador da assistência de pré-natal no Estado de Goiás. **Revista de APS**, v. 18, n. 2, 2015.

RIBEIRO, E. A. A perspectiva da entrevista na investigação qualitativa. **Evidência: olhares e pesquisa em saberes educacionais**, v. 4, p.129-148, 2008.

ROCHA, J. C. X *et al.* Análise da Incidência e do Perfil Epidemiológico de Sífilis Congênita no Recife-PE. **Revista Saúde-UNG**, v. 10, n.1 ESP, p.77, 2017.

SERAFIM, A. S *et al.* Incidence of congenital syphilis in the South Region of Brazil. **Rev Soc Bras Med Trop.**; v. 47, n. 2, p.170-8, 2014.

SILVA, L. C. V. G *et al.* Perfil dos casos de sífilis congênita em um município do sul de Mato Grosso. **Journal Health NPEPS**, v. 2, n. 2, p.380-390, 2017.

SBI. SOCIEDADE BRASILEIRA DE INFECTOLOGIA. (2017). Boletim SBI outubro de 2017. Recuperado 19 de maio de 2018, de https://www.infectologia.org.br/admin/zcloud/principal/2017/11/boletim_outubro_2017.pdf .

SOEIRO, C. M. O *et al.* Syphilis in pregnancy and congenital syphilis in Amazonas State, **Brazil**: an evaluation using database linkage. *Cad. Saúde Pública*. [Internet]; v. 30, n. 4, 2014.

TEIXEIRA, C. F. D. S; SILVEIRA, P. **Glossário de Análise Política em Saúde**, 2007.

Como Referenciar este Artigo, conforme ABNT:

FERREIRA, A. G; GOMES, L. A; MEDEIROS, R. C. T; LEONIDAS, R. A. M; MEDEIROS, J. P. Perfil dos Casos de Sífilis Congênita no Município de Natal / RN no Período de 2007 a 2015. **Rev. Saúde em Foco**, Teresina, v. 5, n. 1, art. 1, p. 3-27, jan./jun.2018.

| Contribuição dos Autores | A. G. Ferreira | L. A. Gomes | R. C. T. Medeiros | R. A. M. Leonidas | J. P. Medeiros |
|--|----------------|-------------|-------------------|-------------------|----------------|
| 1) concepção e planejamento. | X | X | X | X | X |
| 2) análise e interpretação dos dados. | X | X | X | X | X |
| 3) elaboração do rascunho ou na revisão crítica do conteúdo. | X | X | X | X | X |
| 4) participação na aprovação da versão final do manuscrito. | X | | | | X |

