

SÍFILIS CONGÊNITA NO PIAUÍ: UM AGRAVO SEM CONTROLE

PROFILE OF CONGENITAL SYPHILIS IN PIAUÍ: AN UNCONTROLLED DISEASE

MARIA CAMILA LEAL DE MOURA¹, VERÔNICA LORRÂNNY LIMA ARAÚJO¹, RENATA PEREIRA DA SILVA¹, GEÍSA DE MORAIS SANTANA², LUIS DAVI DINIZ DA SILVEIRA³, DANIEL MATOS DE SOUSA³, WALICY COSSE SILVA⁴, MAURÍCIO JAMMES DE SOUSA SILVA⁵, YARA MARIA DA SILVA PIRES⁶, MARIA HELENA RODRIGUES MESQUITA BRITTO^{7*}

1. Discente de Farmácia do Centro Universitário Santo Agostinho, Teresina-PI; 2. Discente de Fisioterapia da Universidade Estadual do Piauí, Teresina-PI; 3. Discente de Medicina da Universidade Federal do Piauí, Picos-PI; 4. Discente de Enfermagem do Centro Universitário Santo Agostinho, Teresina-PI; 5. Discente de Medicina do Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos, Porto Nacional-TO; 6. Mestre em Farmacologia pela Universidade Federal do Piauí, Teresina-PI; 7. Doutoranda em Farmacologia pela Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP, Campinas – SP.

*Centro Universitário Santo Agostinho, Av. Professor Valter Alencar, 665, São Pedro, Teresina, Piauí, CEP: 64019-625. mhmesquita@hotmail.com

Recebido em 14/03/2019. Aceito para publicação em 05/04/2019

RESUMO

O presente estudo objetiva avaliar o perfil epidemiológico da sífilis congênita no estado do Piauí. Caracteriza-se como uma pesquisa documental, de caráter descritivo, transversal, epidemiológico e retrospectivo. Os processos metodológicos delinear-se por meio da coleta dos dados de notificações de sífilis congênita através do SINAN. Analisaram-se as variáveis: ano do diagnóstico, município de notificação, raça, escolaridade da mãe, realização de pré-natal, momento do diagnóstico, tratamento do parceiro e evolução do quadro clínico no recorte temporal de 2007 à 2017 no estado do Piauí. Os resultados demonstraram aumento substancial na série histórica ascendente ano a ano. No tocante a raça tem-se a parda sendo mais acometida com 62,42% (n=1234) dos casos e predominando em filhos de mães com ensino fundamental incompleto com 43,53% (n=808). No que concerne ao tratamento da gestante 85,36% (n=1586) realizaram o pré-natal. Observou-se que em 86,41% (n=866) das notificações tiveram detecção durante o pré-natal e em 60,81% (n=1130) não houve tratamento no parceiro. Identificou-se que 85,68% (n=1592) dos casos evoluíram com a criança viva e 2,27% (n=42) evoluíram ao óbito. Portanto, evidenciou-se o aumento progressivo da sífilis congênita no estado do Piauí, apresentando dados que visam fornecer subsídios para implementar estratégias e políticas de saúde pautadas na minimização dessa problemática.

PALAVRAS-CHAVE: Sífilis congênita, vigilância epidemiológica, epidemiologia, saúde pública.

ABSTRACT

This study aims to evaluate the epidemiological profile of congenital syphilis in the state of Piauí. It is a documentary research with descriptive, cross-sectional, epidemiological and retrospective character. The methodology delineated through the collection of data from reports of congenital syphilis through SINAN. The following particulars analyzed: year of diagnosis, municipality of notification, race, mother's education, prenatal care, diagnosis, treatment of the partner and clinical evolution from 2007 to 2017 in the state of Piauí. The results showed a substantial increase in the historical

series year by year. Regarding the race, browns were more affected, representing 62.42% (n = 1234) of the cases. It also predominates in children of mothers with incomplete elementary education (43.53%, n = 808). Regarding the treatment of the pregnant woman, 85.36% (n = 1586) underwent prenatal care. It was observed that 86.41% (n = 866) of the reports were detected during prenatal care and 60.81% (n = 1130) did not treat the partner. It was identified that 85.68% (n = 1592) of the cases evolved with the live child and 2.27% (n = 42) resulted in death. Therefore, the progressive increase of congenital syphilis in the state of Piauí evidenced and the data aim to provide subsidies to implement strategies and health policies to minimize this problem.

KEYWORDS: Congenital syphilis, epidemiologic surveillance, epidemiology, public health.

1. INTRODUÇÃO

As Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) constituem um grave problema de saúde pública em virtude de sua magnitude, seja por perdas econômicas causadas pelo binômio saúde-doença, seja por suas múltiplas complicações. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima a ocorrência de mais de um milhão de casos de IST por dia, mundialmente. Em 2012 a incidência global foi estimada em 357,4 milhões de novos casos de IST curáveis na faixa etária de 15 a 49 anos, a maioria deles em países em desenvolvimento, enquadrando-se entre as 10 mais frequentes causas de procura a serviços de saúde com inúmeras consequências de caráter sanitário, social e econômico^{1,3}.

No Brasil, somente na década de 1980 com o surgimento da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (em inglês: Acquired Immunodeficiency Syndrome - AIDS) que as IST passaram a ser relevantes e conhecidas pela comunidade científica e população em geral². Acresce que, IST (Infecções Sexualmente Transmissíveis) passou a ser a terminologia adotada desde 2015 pelo Ministério da

Saúde em substituição à Doença Sexualmente Transmissível (DST), em consonância com as recomendações globais e pretendendo-se desmitificar a ideia de que toda IST necessariamente manifesta sintomas^{3,4}.

Dentre as IST, a sífilis destaca-se singularmente por possuir métodos de detecção e tratamento gratuitos disponíveis e de fácil acesso à população. A sífilis é uma doença infecciosa causada pela bactéria *Treponema pallidum*, caracterizando-se por ser sistêmica, de evolução crônica e com transmissão podendo ocorrer por meio da relação sexual ou materno-fetal. Quando a sífilis tem transmissão vertical, ou seja, da gestante para o conceito por via transplacentária em qualquer fase da gestação, até mesmo durante o parto, recebe a denominação de sífilis congênita (SC)⁵⁻⁷.

Nos últimos cinco anos tem sido observado um aumento no número de casos de sífilis em gestantes, congênita e adquirida, sendo essa problemática atribuída ao aumento de testes diagnósticos realizados, aprimoramento do sistema de vigilância que reflete em um aumento dos casos notificados, redução do uso de preservativo, história de doença transmitida sexualmente na gestante ou parceiro sexual, baixo nível socioeconômico e cultural, resistência dos profissionais de saúde à administração da penicilina, esquema de tratamento insatisfatório da patologia, tanto para gestante quanto para o parceiro na Atenção Básica^{8,9}. Ao levar em consideração que a SC trata-se do resultado da disseminação hematogênica do *Treponema pallidum*, da gestante infectada não-tratada ou inadequadamente tratada para o seu conceito, pode-se atribuir ainda as causas fatores como a falta de acesso ao serviço básico de saúde e a qualidade da assistência pré-natal¹⁰.

A SC, apesar de ser uma doença passível de prevenção, vem ocupando um lugar de destaque no mundo, particularmente em países em desenvolvimento como o Brasil, ressaltando-se a presença de taxas de incidência elevadas principalmente nas regiões Norte e Nordeste. Nos últimos 10 anos, houve um progressivo aumento na ocorrência de sífilis congênita, com taxas que ascenderam de 1,7 casos em cada 1.000 nascidos vivos, em 2004, para 4,7 em 2013. Neste mesmo período, a taxa de mortalidade infantil pela doença avançou de 2,2 para 5,5 por 1000 nascidos vivos^{11,12}.

Mediante o exposto, no ano de 2005, a OMS estabeleceu quatro pilares para a erradicação da sífilis congênita, a saber: garantir política governamental com programa bem estabelecido; aumentar o acesso e a qualidade dos serviços de saúde materno-infantil; identificar e tratar todas as gestantes portadoras de sífilis e seus parceiros; estabelecer vigilância, monitoração e avaliação do sistema de saúde^{12,13}.

Observou-se mediante considerações apontadas por Cooper et al. (2016)¹⁴, no Brasil, por Almeida et al. (2015)¹⁵, Barbosa et al. (2017)¹⁶ e Lima et al. (2017)¹⁷ em municípios de médio porte do Nordeste brasileiro que há necessidade de acompanhamento e monitoração

constante da sífilis assim como suas características epidemiológicas o que justifica a relevância do presente estudo.

Diante do exposto, a pesquisa tem por objetivo analisar a ocorrência e o perfil epidemiológico das notificações dos casos de sífilis congênita no Estado do Piauí, Brasil, de 2007 a 2017. Vislumbra-se que, o levantamento de dados com consistência de informações corrobore no planejamento de ações preventivas e de controle, tendo o resultado da análise desses dados como norteador na programação dessas ações e tomada de decisões por parte dos gestores responsáveis.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Constitui-se de um estudo com apreciação exploratória, epidemiológica e descritiva com abordagem transversal, quantitativo e retrospectivo. Os dados coletados foram referentes ao estado do Piauí. A coleta de dados foi realizada através de buscas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS).

Estabeleceu-se o critério de busca a partir do seguimento metodológico: acesso em Informação de Saúde, por conseguinte na opção Epidemiológicas e Morbidade, posteriormente selecionou-se a sífilis congênita desde 2007 e procedeu-se a coleta de dados. Após a coleta de dados, estes foram apresentados por meio de gráficos e tabelas, contabilizados através de frequência absoluta e percentuais, sendo processados nos programas Microsoft Office, Microsoft Excel versão 2016 e TabWin versão 4.14.

Para aprimorar a análise, possíveis hipóteses e justificativas, fez-se levantamento bibliográfico por meio de bases de dados como Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Portal de Pesquisa da BVS, Scientific Electronic Library Online (SciELO) e PubMed (National Library of Medicine and National Institute of Health - USA) com delimitação de período entre 2008 a 2018, utilizando-se dos Descritores em Ciência da Saúde (DECs): sífilis congênita, epidemiologia e saúde pública.

Foram objetos de estudo as seguintes variáveis: ano de diagnóstico, município de notificação, raça, escolaridade da mãe, realização do pré-natal, momento do diagnóstico, tratamento do parceiro e evolução do quadro clínico. Por tratar-se de análise de dados secundários e de domínio público o projeto não prevê danos ou riscos aos participantes, portanto não houve necessidade de apreciação em Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), estando de acordo com a Resolução de número 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde.

3. RESULTADOS

Ao longo da análise epidemiológica de uma década identificou-se que o Brasil registrou 158.350 casos de

sífilis congênita, no período de 2011 a 2017. No estado do Piauí foram notificados um total cumulativo de 1858 casos nesse recorte temporal. Conforme destaca a Figura 1, do total de 224 municípios que contemplam o estado apenas 43 tiveram notificações confirmadas da doença e de acordo com a distribuição geográfica dos casos confirmados de sífilis congênita, identificou-se que a maior incidência se deu na capital Teresina com 74,06% (n=1376) dos casos, posteriormente a cidade de Parnaíba ocupa o ranking como segunda maior incidência (200 notificações), seguida das cidades de Picos (112 notificações) e Floriano (65 notificações).

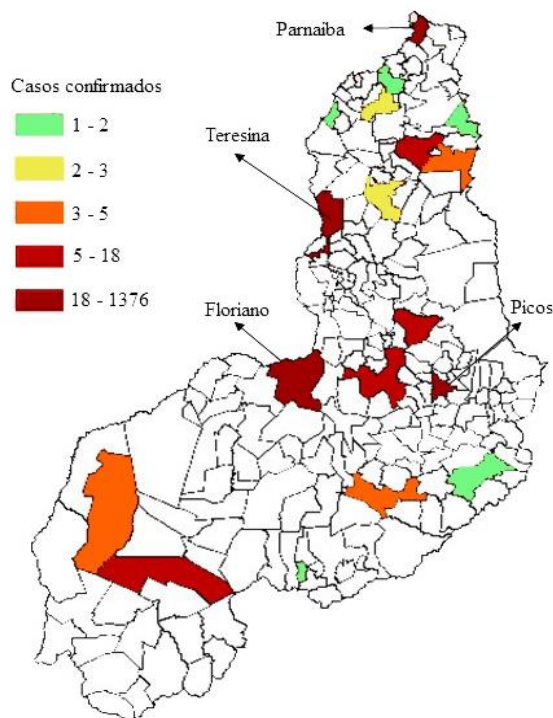


Figura 1. Distribuição geográfica de casos confirmados sífilis congênita segundo município de notificação no estado do Piauí, no período de 2007 a 2017. **Fonte:** Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net, 2018.

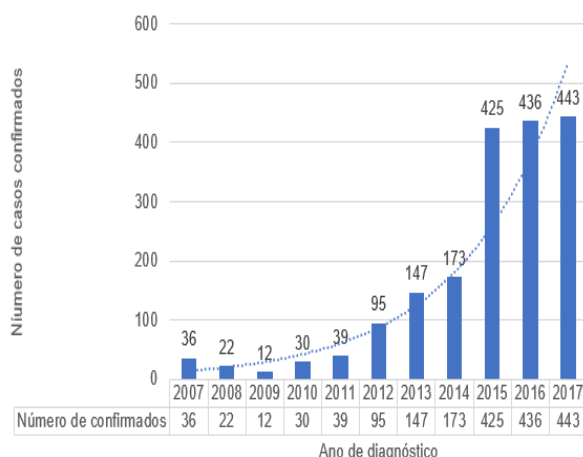


Figura 2. Total de casos confirmados de sífilis congênita segundo ano de diagnóstico no estado do Piauí, no período de 2007 a 2017. **Fonte:** Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net, 2018.

A Figura 2, a seguir, ilustra o número absoluto de casos confirmados de sífilis congênita segundo o ano de diagnóstico. Pode-se observar uma tendência crescente em todos os anos analisados, com um aumento substancial a partir do ano de 2014 possuindo um o intervalo de maior incidência relacionado a 2017 com 443 casos representando 23,84% do total. Ao analisar sob outra perspectiva, demonstrou-se que o triênio 2015-2017 representou 69,64% (n=1294) do total de casos analisados, sendo o intervalo de tempo responsável pelo o aumento significativo das taxas de incidência na última década.

A Tabela 1 demonstra os aspectos epidemiológicos referentes aos casos analisados relacionados à raça e escolaridade da mãe. Mediante análise, é possível identificar que 66,41% (n=1234) das gestantes possui a cor parda, seguidas de branca com 17,33% (n=322) e preta com 3,66% (n=68).

Tabela 1. Total de casos confirmados de sífilis congênita conforme raça e escolaridade no estado do Piauí no período de 2007 a 2017.

Parâmetros	Frequência	
	Absoluta (n)	Relativa (%)
Raça		
Parda	1234	66,41%
Branca	322	17,33%
Preta	68	3,66%
Indígena	2	0,11%
Ign/Branco	225	12,11%
Escolaridade		
Analfabeto	25	1,35%
1ª a 4ª SIEF	187	10,06%
4ª SCEF	84	4,52%
5ª a 8ª SIEF	537	28,90%
EFC	176	9,47%
EMI	321	17,28%
EMC	250	13,46%
ESI	27	1,45%
ESC	13	0,70%
Ign/Branco	219	11,79%
Não se aplica	19	1,02%

Legenda: Ign/Branco = Ignorado ou branco; SIEF = Série incompleta do ensino fundamental; SCEF = Série completa do ensino fundamental; EFC = Ensino fundamental completo; EMI = Ensino médio incompleto; EMC = Ensino médio completo; ESI = Ensino superior incompleto; ESC = Ensino superior completo. **Fonte:** Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net, 2018.

No entanto, embora haja um crescimento no número de notificações ao passar dos anos percebe-se que ainda acontece uma banalização ou omissão de informações de alguns campos na ficha de investigação, neste caso no tocante a raça teve-se um significativo número de preenchimento incompleto demonstrado por Ign/branco com 12,11% (n=225) dos casos podendo ocasionar uma visão desfocalizada do conhecimento epidemiológico da patologia. Denota-se o predomínio dos casos (28,90%) em mulheres com escolaridade inferior aos 8 anos, com baixo nível econômico, corroborando para com a falta de informação e dificuldade no acesso a serviços públicos

de saúde, entretanto, verifica-se um novo perfil de mulheres infectadas (17,20%), àquelas com maior nível de escolaridade (acima de 8 anos) concomitante com outros fatores associados.

No que tange à realização do pré-natal observou-se que 85,36% (n=1586) das gestantes estavam em tratamento (Figura 3). Embora ocorra um aumento substancial no número de gestantes que realizaram o pré-natal percebe-se que mais de 14% das gestantes não tiveram o tratamento ou até mesmo não informaram durante o parto. Desse modo, se associa a esses casos à fragilidade na cobertura e assistência do pré-natal assim como nas políticas públicas de saúde materno-infantil oferecidas a população^{18,19}.

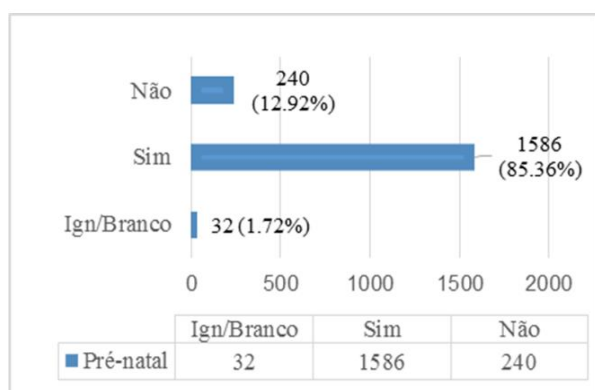


Figura 3. Distribuição dos casos de Sífilis congênita notificados no Piauí entre 2007 e 2017 de acordo com a realização do pré-natal. Legenda: Ign/Branco = Ignorado ou branco. **Fonte:** Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net, 2018.

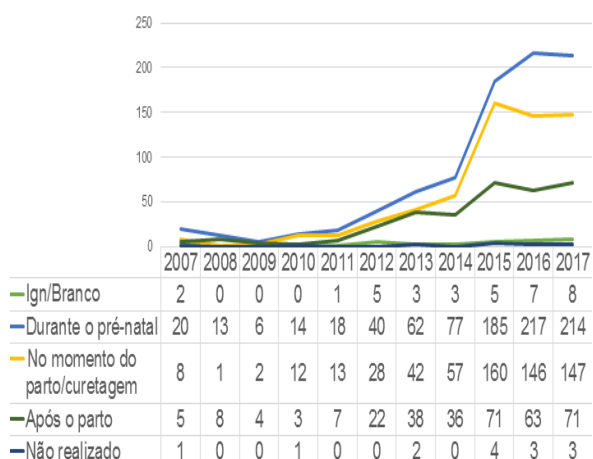


Figura 4. Total de casos de Sífilis congênita notificados no Piauí entre 2007 e 2017 conforme a realização do pré-natal. Legenda: Ign/Branco = Ignorado ou branco. **Fonte:** Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net, 2018.

Como pode ser observado na Figura 4 a maioria das mães foram diagnosticadas durante o pré-natal correspondendo a 46,61% (n=866) dos casos. Por conseguinte, encontra-se o número de gestantes diagnosticadas com sífilis materna no momento do parto/curetagem, momento de realização da limpeza do útero após a ocorrência de um aborto incompleto, que corresponde a 33,16% das notificações. Esses dados

apresentados validam a evidência que a realização do pré-natal caracteriza-se como um dos pontos fundamentais para prevenção e redução da incidência de sífilis congênita.

No tocante ao tratamento do parceiro, a Tabela 2 apresenta o elevado número de parceiros que não realizaram o tratamento adequado para sífilis correspondendo a 60,82% (n=1130) dos casos, apontando para o incidente risco de reinfecção da grávida durante o tratamento. O presente fator impede a redução das taxas de transmissão vertical o que consequentemente torna o controle da SC limitado, tendo em vista a grande quantidade de não tratados. Em relação a evolução da doença, verificou-se que 91,92% (n= 1592) dos casos não resultaram em óbitos.

Tabela 2. Total de casos confirmados de sífilis congênita conforme evolução e tratamento do parceiro no estado do Piauí (2007 a 2017).

Parâmetros	Frequência	
	Absoluta (n)	Relativa (%)
Evolução		
Óbito pelo agravo notificado	42	2,42%
Vivo	1592	91,92%
Óbito por outra causa	27	1,56%
Ign/Branco	71	4,10%
Tratamento do parceiro		
Sim	563	30,30%
Não	1130	60,82%
Ign/Branco	165	8,88%

Legenda: Ign/Branco = Ignorado ou branco. **Fonte:** Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net, 2018.

4. DISCUSSÃO

Mediante os dados apresentados, pode-se caracterizar a incidência da sífilis congênita no Piauí através da análise epidemiológica de uma década. No que concerne o aumento significativo do número de casos na série ascendente dos últimos cinco anos desta análise pode-se justificar relacionando-os ao aperfeiçoamento das notificações, as investigações dos casos, o crescimento da vigilância epidemiológica, a melhor qualidade na detecção de sífilis gestacional no pré-natal e principalmente o desabastecimento mundial de penicilina, medicamento utilizado para o tratamento da infecção, desde o ano de 2014 gerando baixa nos estoques brasileiros^{18,19}.

No Brasil, em geral, nos últimos 10 anos, a partir de 2010, houve um progressivo aumento na taxa de incidência de sífilis congênita: em 2006, a taxa observada era de 2,0 casos/1.000 nascidos vivos, e em 2016, a taxa observada foi maior que três vezes a taxa de 2006, passando para 6,8 casos/1.000 nascidos vivos. Em 2016, dez UF apresentaram taxas de incidência de sífilis congênita superiores à taxa nacional (6,8

casos/1.000 nascidos vivos) estando entre essas o estado do Piauí com (7,5 casos/1.000 nascidos vivos)²⁰.

O crescimento dos casos notificados no Piauí, particularmente na capital Teresina e nos municípios de Parnaíba, Picos e Floriano, que tem atualmente 814.230, 145.705, 73414, 57690 habitantes respectivamente de acordo com o último censo do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística); se dá pelo fator de concordância que essas cidades constituem os maiores centros do estado, atendem as demandas de saúde de municípios de toda a região, possuem os maiores hospitais regionais e centros médicos especializados e estruturas mais adequadas, sendo assim, por apresentarem mais casos devido ao maior número de pacientes assistidos, consequentemente o sistema de notificação opera eficientemente. Torna-se evidente também que ações pautadas no controle precisam ser mais amplas e efetivas, por tratar-se de doença evitável desde que o diagnóstico seja feito precocemente e com tratamento adequado para a gestante assim como para o seu parceiro^{19,21}. Acresce que, ao se compararem as taxas de detecção de sífilis em gestantes com as taxas de incidência de sífilis congênita na capital Teresina nota-se que em 2016, taxas de incidência de sífilis congênita maiores do que as taxas de detecção de sífilis em gestantes, o que remete a possíveis lacunas de notificação equivocada, diagnóstico na gestação ou até mesmo do sistema de vigilância epidemiológica nessas cidades²⁰.

Sob o viés da etnia compreende-se que a sífilis congênita não tem predomínio de acometimento sob determinada raça/cor. A maioria da população brasileira se autodeclara parda, devido a miscigenação^{10,17,18}. Tendo isso em vista, o estudo demonstrou a prevalência de mulheres pardas portadoras da sífilis associados com o fator da baixa renda econômica dificultando o acesso a atividades em saúde, corroborando, portanto, com os resultados de demais estudos que apresentaram o mesmo perfil^{9,10,17,21,23}.

No que corresponde a escolaridade, ao analisar sob aspecto geral evidencia-se a maior incidência em mulheres com baixa instrução (44.83%) estando em conformidade com as investigações de Almeida *et al.* (2015)¹⁵, Lima *et al.* (2017)¹⁷, Silva *et al.* (2017)²³ e Ferreira *et al.* (2018)¹⁸ que também apresentaram a baixa escolaridade desse público em todas as regiões do Brasil. Desse modo, ao delinear esse perfil pode-se relacionar esse agravamento a fatores como pertinência a grupos mais desfavorecidos de baixo nível socioeconômico e de escolaridade aliado ao problema de acesso à informação e compreensão sobre a importância do tratamento e adesão aos procedimentos terapêuticos^{24,25}.

Ao considerar essa perspectiva, é importante enfatizar que o expressivo aumento no número de casos de sífilis congênita aponta que existem lacunas na qualidade dos serviços de saúde, visto que embora existam medidas preventivas ainda perpetuam falhas no que concerne à difusão da educação em saúde. Em

consonância a outros estudos^{15-18,21-24} a maior parte das gestantes (85.36%) realizou o pré-natal.

Paralelamente, a maioria das mulheres teve diagnóstico durante os momentos do pré-natal e do parto/curetagem somando um total de 79,77% (n=1482) dos casos sugere falta de efetividade em algum ponto do tratamento nessa gestação. Um dos pontos fundamentais para redução da incidência de SC encontra-se na qualidade da assistência “pré-natal” que deve ser capaz de detectar a mulher de forma efetiva desde o início da gravidez, adotando condutas humanizadas, qualificadas e com intervenções oportunas^{17,18,24,25}.

Nessa abordagem percebe-se que a ocorrência desenfreada de notificações de SC indica a fragilidade dos programas de saúde pautadas na integralidade da gestante. Portanto, a SC é concebida como indicador para se avaliar a qualidade da assistência a gestante e tem consequências diretas nos números taxas de óbito por aborto, natimorto ou óbito neonatal precoce, refletindo na qualidade da saúde materno-infantil^{15,21,26}.

Outro aspecto não menos relevante, diz respeito ao tratamento dado aos parceiros das gestantes sifilíticas do estudo, constatou-se apenas 30,30% (n=563) foram tratados, dessa forma percebe-se que a falta do tratamento constitui-se como uma condição desencadeadora de reinfecções e perpetuação da incidência de sífilis. O mesmo aspecto foi observado em estudos realizados por Soeiro *et al.* (2014)²⁷, Carvalho e Brito (2014)²⁸, Almeida *et al.* (2015)¹⁵, Rezende e Barbosa (2015)²¹, Silva *et al.* (2017)²³, Lima *et al.* (2017)¹⁷ e Ferreira *et al.* (2018)¹⁸ em regiões brasileiras onde identificou-se que essa inadequação do tratamento perpassa desde a participação do parceiro durante o “pré-natal” até a adesão do parceiro sexual da gestante infectada ao tratamento e que em virtude dessa realidade, o controle da SC torna-se limitado visto que o grande percentual de parceiros não tratados impede que as taxas de transmissão vertical sejam reduzidas.

Tendo em vista a condição prioritária atribuída à transmissão vertical da sífilis, o Ministério da Saúde a fim de enfrentar a problemática no país elaborou uma Agenda de Ações Estratégicas para Redução da Sífilis Congênita no Brasil que apresenta um rol de prioridades voltadas ao compartilhamento de responsabilidades e vistas à qualificação da atenção à saúde. Dentre os eixos de atuação dessa agenda tem-se a otimização dos Comitês de Prevenção de Mortalidade Materna, Infantil e Fetal para agregar a discussão de casos de transmissão vertical do HIV e da sífilis²⁰.

Nesse âmbito vale mencionar que para o ano de 2018, o Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais esteve implantando um projeto de resposta rápida à sífilis nas redes de atenção básica, com finalidade de obter a redução da sífilis adquirida e em gestantes, e eliminação da sífilis congênita no Brasil por intermédio da gestão do governo, da assistência, educação e comunicação colaborativa em saúde e particularmente do

fortalecimento da vigilância epidemiológica^{20,29}.

Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (2017) a sífilis afeta um milhão de gestantes por ano em todo o mundo, ocasionando mais de 300 mil mortes fetais e neonatais e colocando em risco de morte prematura mais de 200 mil crianças³⁰. Acrescente-se que nos últimos dez anos, no Brasil, a taxa de mortalidade infantil por sífilis congênita passou de 2,3/100 mil nascidos vivos em 2006 para 6,7/100 mil nascidos vivos em 2016. Ao analisar esses números por região, verificou-se que a Região Nordeste passou a possuir um coeficiente de 7,7 para a Região Nordeste.

A respeito disso, em síntese, quanto ao parâmetro de evolução dos casos o estudo evidenciou-se que em 91,92%(n=1592) dos casos não houve evolução ao óbito, embora seja conveniente destacar que o Piauí estando nesse contexto insere-se entre as UF com os maiores coeficientes de mortalidade por sífilis congênita em menores de um ano por 100 mil nascidos vivos já que obteve um coeficiente de 10,2 estando acima do coeficiente de mortalidade nacional (6,1)^{20,29}.

5. CONCLUSÃO

Conforme exposto, pode-se mensurar a avaliação epidemiológica da sífilis congênita no estado do Piauí, entre os anos de 2007 e 2017 evidenciando o expressivo aumento nos números de casos confirmados correlacionado com o aumento das notificações e apontando sua significativa relação com fatores socioeconômicos. Espera-se que os conhecimentos sobre os agravos estudados possam contribuir fornecendo subsídios no planejamento de intervenções adequadas, estratégias de prevenção, implementação de políticas locais de saúde pública e tomadas de decisão pautadas na integralidade à saúde materno-infantil. De modo que o Piauí, brevemente possa ter uma melhoria na sua vigilância epidemiológica e consequentemente obtenha uma redução das taxas de incidência e de mortalidade por sífilis congênita. Ressalta-se que, tais práticas preventivas e assistências devem envolver toda a equipe de saúde multiprofissional.

REFERÊNCIAS

- [1] Pinto VM, Basso CR, Barros CRDS, *et al.* Fatores associados às infecções sexualmente transmissíveis: inquérito populacional no município de São Paulo, Brasil. *Ciênc. saúde coletiva* 2018; 23 (7):2423-32.
- [2] Carvalho AMP. 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] Minas Gerais: Universidade Federal de Juiz de Fora; 2016. 3.
- [3] Nadal RN, Manzione CR. Identificação dos grupos de risco para as doenças sexualmente transmitidas. *Rev. Bras. Coloproct* 2003; 23 (2):128- 29.
- [4] Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT): Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
- [5] Corrêa MD, Melo VH, Aguiar RAPL, Corrêa Júnior MD. *Noções práticas de obstetrícia*. 14ª ed. Belo Horizonte: Coopmed; 2011.
- [6] Magalhães DMS, Kawaguchi IAL, Dias A, *et al.* Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. *Cadernos de Saúde Pública* 2013; 29 (6):1109-20.
- [7] Montenegro CAB, Rezende Filho JD. *Obstetrícia*. 12ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan Ltda; 2013.
- [8] Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes.
- [9] Rocha JCX, Porto GM, Soares MLM *et al.* Análise da Incidência e do Perfil Epidemiológico de Sífilis Congênita no Recife-PE. *Revista Saúde-UNG* 2017; 10 (1):77. 10.
- [10] Nonato SM, Melo APS, Guimarães MDC. Sífilis na gestação e fatores associados à sífilis congênita em Belo Horizonte – MG, 2010-2013. *Epidemiol Serv Saúde* 2015; 24 (4):681-94.
- [11] Domingues RM, Szwarcwald CL, Souza Junior PR, *et al.* Prevalence of syphilis in pregnancy and prenatal syphilis testing in Brazil: birth in Brazil study. *Rev Saúde Pública* 2014; 48:766-74.
- [12] Feitosa JAS, Rocha CHR, Costa FS. Artigo de Revisão: Sífilis congênita. *Rev Med Saúde Brasília* 2016; 5 (2):286-97.
- [13] Domingues RMSM, Saraceni V, Hartz ZMA, *et al.* Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal. *Rev Saude Publica* 2013; 47 (1):147-57.
- [14] Cooper JM, Michelow IC, Wozniak PS, *et al.* Em tempo: a persistência da sífilis congênita no Brasil – Mais avanços são necessários! *Ver Paul Pediatr* 2016; 34 (3):251-3.
- [15] Almeida PD, Araújo Filho ACA, Araújo AKL, *et al.* Análise epidemiológica da sífilis congênita no Piauí. *Rev Interd* 2015; 8 (1):62-70.
- [16] Barbosa DRM, Almeida MGD, Silva AO, *et al.* Perfil epidemiológico dos casos de sífilis gestacional. *Rev enferm UFPE on line* 2017; 11 (5):1867-74.
- [17] Lima VC, Mororó RM, Martins MA, *et al.* Perfil epidemiológico dos casos de sífilis congênita em um município de médio porte no nordeste brasileiro. *J. Health Biol Sci* 2017; 5 (1):56-61.
- [18] Ferreira AG, Gomes LA, Medeiros RCT, *et al.* Perfil dos Casos de Sífilis Congênita no Município de Natal / RN no Período de 2007 a 2015. *Saúde em Foco* 2018; 5 (1):3-27.
- [19] Domingues RMSM, Leal MDC. Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis: dados do estudo Nacer no Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2016; 32 (6):e00082415.
- [20] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico Sífilis. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.
- [21] Rezende EMA, Barbosa NBA. Sífilis congênita como indicador da assistência de pré-natal no Estado de Goiás. *Revista de APS* 2015; 18 (2):220-32.
- [22] Oliveira JS, Santos JV. Perfil epidemiológico da sífilis congênita no estado da Bahia, no período de 2010 a 2013. *Rev. Eletrôn. Atualiza Saúde* 2015; 2 (2):20-30.
- [23] Silva LCVG, Teodoro CCJ, Silva JK, *et al.* Perfil dos casos de sífilis congênita em um município do sul de Mato Grosso. *Journal Health NPEPS* 2017; 2(2):380-90.

- [24] Moreira KFA, Oliveira DM, Alencar LN, *et al.* Perfil dos casos notificados de sífilis. *Cogitare Enferm* 2017; (22) 2:e48949.
- [25] Cavalcanti AES, Silva MAM, Rodrigues ARM, *et al.* Diagnóstico e Tratamento da Sífilis: uma Investigação com Mulheres Assistidas na Atenção Básica em Sobral, Ceará. *DST - J bras Doenças Sex Transm* 2012; 24(4):239-5.
- [26] Costa CCD, Freitas LV, Sousa DMDN. Congenital syphilis in Ceará: epidemiological analysis of one decade. *Rev esc enferm USP* 2013; 47(1):152-9.
- [27] Soeiro CMDO, Miranda AE, Saraceni V, *et al.* Syphilis in pregnancy and congenital syphilis in Amazonas State, Brazil: an evaluation using database linkage. *Cad. Saúde Pública* 2014; 30 (4):715-723.
- [28] Carvalho IDS, Brito RSD. Sífilis congênita no Rio Grande do Norte: estudo descritivo do período 2007-2010. *Epidemiol. Serv. Saúde* 2010; 23(2):287-94.
- [29] Brasil. Ministério da Saúde. Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: 2013-2015. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
- [30] Pan American Health Organization. PAHO. Elimination of mother-to-child transmission of HIV and syphilis in the Americas. Update 2016. Washington DC: PAHO; 2017.