

Vulnerabilidade à sífilis gestacional e congênita: uma análise de 11 anos

Vulnerability to gestational and congenital syphilis: a 11-year analysis

Vulnerabilidad a la sífilis gestacional y congénita: un análisis de 11 años

Joice Élica Espindola Paes Ozelame¹; Oleci Pereira Frota²; Marcos Antonio Ferreira Júnior³; Elen Ferraz Teston⁴

RESUMO

Objetivo: analisar a ocorrência de sífilis gestacional e congênita à luz da vulnerabilidade, no período de 2008 a 2018, no Mato Grosso do Sul. **Método:** estudo transversal, retrospectivo, de caráter analítico e abordagem quantitativa, com base em dados secundários coletados no Sistema de Informações e Agravos de Notificação. **Resultados:** houve aumento progressivo de sífilis gestacional e congênita ao longo dos 11 anos, com predomínio em populações vulneráveis e associação ($p < 0,05$) da ocorrência de sífilis congênita com as variáveis “escolaridade”, “faixa etária” e “cor da pele”. Verificou-se a influência de fatores comportamentais e relacionados aos serviços de saúde, dentre eles o diagnóstico tardio da sífilis e a baixa adesão do tratamento entre estas gestantes e seus parceiros sexuais. **Conclusão:** a sífilis gestacional e congênita tiveram causas multifatoriais e podem ser combatidas com ações em saúde que considerem os aspectos que potencializam a vulnerabilidade social, individual e programática da população.

Descritores: Vulnerabilidade em Saúde; Sífilis Congênita; Serviços de Saúde da Mulher; Cuidado Pré-Natal.

ABSTRACT

Objective: to examine the occurrence of gestational and congenital syphilis in the light of vulnerability in Mato Grosso do Sul, from 2008 to 2018. **Method:** this retrospective, analytical, quantitative, cross-sectional study was based on secondary data collected from Brazil's Notifiable Disease Information System. **Results:** gestational and congenital syphilis increased steadily over the eleven years, predominantly in vulnerable groups. The occurrence of congenital syphilis was found to associate ($p < 0.05$) with the variables “education”, “age group” and “skin color”. Behavioral and health service-related factors – among them, late diagnosis of syphilis and poor treatment adherence by pregnant women and their sexual partners – were found to influence the association. **Conclusion:** gestational and congenital syphilis had multifactorial causes and can be combated with health measures that address aspects that heighten this population's social, individual and programmatic vulnerability.

Descriptors: Health Vulnerability; Syphilis, Congenital; Women's Health Services; Prenatal Care.

RESUMEN

Objetivo: examinar la ocurrencia de sífilis gestacional y congénita a la luz de la vulnerabilidad en Mato Grosso do Sul, de 2008 a 2018. **Método:** este estudio retrospectivo, analítico, cuantitativo y transversal se basó en datos secundarios recopilados del Sistema de Información de Enfermedades Notificables de Brasil. **Resultados:** la sífilis gestacional y congénita aumentó de manera sostenida durante los once años, predominantemente en grupos vulnerables. Se encontró que la ocurrencia de sífilis congénita se asocia ($p < 0.05$) con las variables “educación”, “grupo de edad” y “color de piel”. Se encontró que factores relacionados con el comportamiento y los servicios de salud, entre ellos, el diagnóstico tardío de la sífilis y la mala adherencia al tratamiento por parte de las mujeres embarazadas y sus parejas sexuales, influyen en la asociación. **Conclusión:** la sífilis gestacional y congénita tuvo causas multifactoriales y se puede combatir con medidas de salud que aborden aspectos que aumentan la vulnerabilidad social, individual y programática de esta población.

Descriptores: Vulnerabilidad en Salud; Sífilis Congénita; Servicios de Salud para Mujeres; Atención Prenatal.

INTRODUÇÃO

O conceito de vulnerabilidade tem sido utilizado no campo da saúde pública há mais de duas décadas e encontrou espaço nas discussões com objetivo de favorecer uma leitura mais compreensiva dos complexos processos de saúde-doença. A principal característica de sua abordagem é a busca por compreender como os aspectos sociais, culturais e individuais interagem para criar condições em que certos perigos ou ameaças se concretizem¹.

Neste sentido, nota-se que a ocorrência da Sífilis Gestacional (SG) e congênita (SC) pode ser discutida sob a ótica da vulnerabilidade em saúde, uma vez que diversos estudos demonstram o quanto fatores socioeconômicos, individuais e relacionados aos serviços de saúde influenciam na ocorrência destes agravos²⁻⁴.

Em 2012, estimou-se que ocorreram cerca de 930.000 infecções maternas por sífilis ativa e 350.000 resultados adversos durante a gravidez no mundo, como óbitos fetais e neonatais, natimortos, nascimentos prematuros e de baixo peso, além de conceitos infectados⁵. No Brasil, em 2017 foi registrada uma taxa de detecção da SG de 17,2 casos/mil

Agradecimento à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) (Código de Financiamento 001) e à Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS/MEC, Brasil.
Autora correspondente: Joice Élica Espindola Paes Ozelame. E-mail: joezelame@gmail.com
Editora responsável: Adriana Lenho de Figueiredo Pereira

nascidos vivos, e de 8,6 casos/mil nascidos vivos para SC⁶. Por sua vez, o Mato Grosso do Sul (MS) apresentou uma prevalência de SG e SC superior à média nacional com uma taxa de detecção para SG de 33,3 casos/ mil nascidos vivos, enquanto a de SC foi de 10,2⁶.

Em 2007, a Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou uma iniciativa mundial para eliminar a transmissão da sífilis. Entretanto, os casos da doença continuam ascendentes em gestantes e o número de notificações de SC tem aumentado em todas as regiões do Brasil. Faixa etária, baixa escolaridade e tratamento inadequado da gestante e/ou seu parceiro sexual são fatores que contribuíram para o aumento desses agravos².

Nesse contexto, supõe-se que a grave ocorrência de SG e SC no estado foi potencializada por condições sociais, comportamentais e relacionadas aos serviços de saúde desfavoráveis para o controle destes agravos. Considerando a heterogeneidade das populações da região e a necessidade de desenvolver estratégias pautadas nos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS) o objetivo deste estudo foi analisar a ocorrência de sífilis gestacional e congênita à luz da vulnerabilidade, no período de 2008 a 2018, no Mato Grosso do Sul.

REVISÃO DE LITERATURA

Causada pelo *Treponema pallidum*, a sífilis é uma infecção sexualmente transmissível (IST) que pode ser transmitida verticalmente para o conceito da gestante infectada, não tratada ou que apresentou falhas no esquema terapêutico⁷. A transmissão vertical da sífilis resulta em eventos adversos como doenças espontâneas, aborto, natimorto, prematuridade, manifestações clínicas de SC, morte infantil e sequelas tardias⁸, que podem ser minimizados por meio da triagem pré-natal e tratamento adequado com penicilina³.

Uma pesquisa nacional de base hospitalar demonstrou que o controle da SG e SC no Brasil está deficiente. Embora o Ministério da Saúde tenha adotado estratégias importantes como Rede Cegonha, oferta de testes rápidos para diagnóstico de gravidez e aplicação da penicilina benzatina nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), ainda existem falhas que dificultam a implementação dessas medidas de controle, principalmente para atingir as populações mais susceptíveis⁹.

Estudos concluíram que a ocorrência de SG e SC é maior em grupos considerados mais vulneráveis^{10,11} e destacaram que ações específicas devem ser pensadas para essa parcela da população⁹. Destaca-se que a vulnerabilidade não deve ser confundida com risco, uma vez que pessoas, famílias ou coletividade podem estar vulneráveis por não disporem de condições para enfrentar os riscos às quais estão expostas¹².

Na área da saúde, a vulnerabilidade passou a ser discutida nos anos 1980, com pesquisas acerca da síndrome da imunodeficiência adquirida (Aids)¹³, e ao longo do tempo permitiu enxergar as epidemias não apenas sob seu aspecto patológico, mas também compreender o processo saúde-doença rumo às direções macro e microestruturais¹⁴. Nesta direção, nota-se que o conceito de vulnerabilidade busca considerar como unidade a dimensão indivíduo-coletivo e demonstrar como as interferências em diferentes níveis influenciam tanto na exposição quanto suscetibilidade ao contágio ou agravo¹.

A vulnerabilidade pode ser categorizada em três dimensões: individual - referente a conhecimentos e informações sobre problemas específicos e a atitudes para se assumirem condutas ou práticas protetoras; Social ou coletivo - diz respeito às relações econômicas, de gênero, étnico/raciais, crenças religiosas, exclusão social etc.; Programático ou Institucional - relacionado aos serviços de saúde e à forma como estes lidam para reduzir contextos de vulnerabilidade¹⁵.

Os autores ainda criticam a abordagem do adoecimento apenas pela perspectiva do risco, visto que o conceito de grupo de risco leva a crer que apenas os que possuem características específicas e inerentes ao sujeito podem desenvolver determinada doença. Em consonância com o conceito apresentado¹⁵, outros autores apontam que a noção de risco se tornou uma situação complexa que desfoca o problema do indivíduo e aponta para contextos sociais e ambientais que também produzem o adoecimento¹⁶.

Seguindo este raciocínio, um estudo analisou a ocorrência de SG e sua relação com fatores sociodemográficos, comportamentais e relacionados aos serviços de saúde e concluiu que a pobreza e suas condições vulnerabilizantes estiveram associadas à ocorrência de SG¹⁰. A vulnerabilidade também foi abordada em outros estudos como um fator importante, que deve ser levado em consideração para elaboração de estratégias específicas para o enfrentamento da sífilis durante a gestação e controle da transmissão vertical^{9,17}.

Sabe-se que SG e a SC são epidemias nacionais e o MS esteve entre os estados com mais casos desses agravos em 2016 e 2017^{6,18}. No entanto, não foram encontrados estudos atuais voltados para análise histórica dos casos de SG e SC no MS ou com objetivo de identificar quais condições permitiram que o estado estivesse com um número de casos tão acima da média nacional.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal, retrospectivo, de caráter analítico e abordagem quantitativa, com base em dados públicos, coletados do Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN), no período de 01 a 08 de março de 2019. Foram utilizados os dados disponíveis em duas bases do Departamento de Informática do SUS (DATASUS): TabNet WIN32 3.0 e Indicadores para SG e SC, ambos referentes aos casos confirmados dos agravos no estado do MS, de 2008 a 2018. Optou-se por uma análise de 11 anos devido aos dados anteriores a 2008 estarem apresentados de forma agrupada, o que inviabilizou a visualização do comportamento dos casos ao longo dos anos.

O caminho metodológico para obtenção dos dados foi o seguinte: acesso ao portal DATASUS e seleção dos itens – acesso à informação; informações de saúde (TABNET); epidemiológicas e morbidades; Doenças e Agravos de Notificação de 2007 em diante, com direcionamento automático para os indicadores de SG e SC.

A população do estudo foi composta pelo total de casos notificados confirmados de SG e SC no período de 2008 e 2018. Os dados foram inseridos e organizados no Microsoft® Office Excel 2016 e a ocorrência dos agravos foi analisada segundo as variáveis sociodemográficas, comportamentais e relacionadas aos serviços de saúde, das quais o total de casos de SG e SC, zona de residência e realização de teste treponêmico foram obtidas pelo TabNet Win32 3.0 e as demais pelos Indicadores de SG e SC.

Assim, as variáveis analisadas nesta investigação foram: idade, escolaridade, raça, zona de residência, realização do pré-natal, idade gestacional de diagnóstico, momento do diagnóstico, esquema de tratamento da mãe, esquema de tratamento do parceiro e realização de teste treponêmico. Importa destacar que o total de casos de SG e SC das variáveis extraídas da base TabNet Win32 3.0 é maior em relação às demais porque a última atualização desta base ocorreu em janeiro de 2019, enquanto que, até a finalização da coleta de dados, a base Indicadores de SG e SC havia sido atualizada pela última vez em junho de 2018.

Foram utilizados os programas estatísticos BioEstat 5.0 e GraphPad InStat 3. Na estatística descritiva as variáveis foram analisadas por meio de frequências absolutas e relativas, bem como por medidas de tendência central e dispersão. Para verificar a associação entre as variáveis com a ocorrência de SC foi aplicado o teste de Qui-quadrado, com correção de Bonferroni¹⁹, para realização de múltiplas comparações, considerando o nível de significância de 5%. A taxa de detecção dos agravos foi calculada por meio da divisão do número de casos notificados no ano, dividido pelo número de nascidos vivos do mesmo ano, obtidos pelo Painel de Monitoramento de Nascidos Vivos do Ministério da Saúde.

Quanto aos aspectos éticos, destaca-se a dispensa de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e da submissão desta investigação ao Comitê de Ética em Pesquisa, visto que os dados utilizados são de domínio público, conforme preconiza a Resolução 466/2012 quanto a realização de pesquisas com seres humanos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

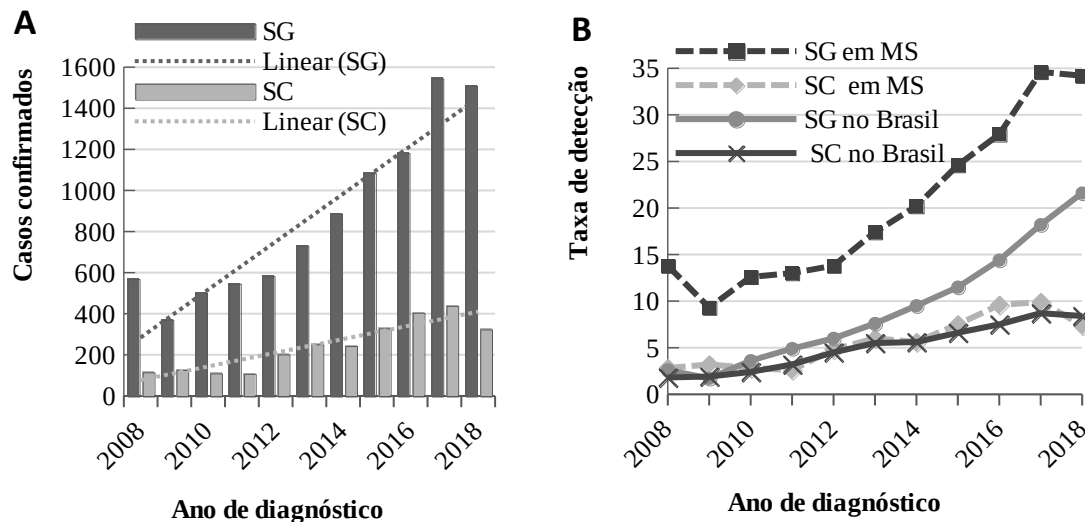
Verificou-se que a SG e SC tiveram um aumento progressivo do número de casos confirmados e apresentaram nos últimos 11 anos, uma taxa média de detecção de 20,1 casos/1000 nascidos vivos para SG e de 5,7 casos/mil nascidos vivos para SC. Ambas acima da média nacional para SG e SC: 9,2 e 5,1 casos/1000 nascidos vivos, respectivamente. A meta de eliminação da SC estabelecida pela OMS é reduzir o número de casos da doença para no mínimo 0,5 casos/1000 nascidos vivos⁵. No entanto, os achados mostraram que o MS teve uma taxa de detecção para SC muito acima dessa meta.

No período analisado, observou-se uma média de 866 casos de SG ao ano, sendo a menor ocorrência em 2009 com 373 (3,9% dos casos do recorte temporal) casos confirmados e uma taxa de detecção de 13,8 casos/mil nascidos vivos. O pico da ocorrência foi 2017, com 1.548 (16,2%) casos confirmados e uma taxa de detecção de 34,6 casos para cada 1000 nascidos vivos. Quase o dobro da taxa de detecção nacional do mesmo ano (21,6 casos/1000 nascidos vivos). Tais dados são demonstrados na Figura 1.

Com relação à SC, o aumento progressivo de casos foi semelhante ao da SG no MS, exceção feita ao ano de 2018. Observou-se uma média de 243 casos ao ano, sendo a menor ocorrência registrada em 2010, com 110 (20%) casos de SC e uma taxa de detecção de 2,6 casos/1000 nascidos vivos. A maior ocorrência do agravo foi em 2017, com 441 (28%) casos de SC e uma taxa de detecção de 10 casos/1000 nascidos vivos, também acima da média nacional que foi de 8,7 casos/1000 nascidos vivos no mesmo ano. Destaca-se que o ano de 2018 apresentou uma redução de 15% da taxa de detecção de SC em relação a 2017 (9,9 contra 7,4).

Em 2018 houve uma visível redução de casos notificados no estado, o que pode ser reflexo da implantação das estratégias pactuadas na Agenda de Ações Estratégicas para Redução da Sífilis no Brasil, lançada em outubro de 2017. Dentre os diversos objetivos, a agenda prevê a redução da SC por meio da resposta rápida à sífilis nas redes de atenção à saúde e ampliação dos Comitês de Investigação de Transmissão vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais²⁰. Assim,

destaca-se a importância da continuidade na elaboração de políticas de saúde dessa natureza, além da promoção de debates que envolvam gestores, profissionais e usuários do SUS no intuito de fortalecer as ações para eliminação da SC.



SG: Sífilis Gestacional, SC: Sífilis Congênita, MS: Mato Grosso do Sul

FIGURA 1: Ocorrência de sífilis gestacional e congênita no estado de Mato Grosso do Sul e Brasil, segundo (A) total de casos confirmados e (B) taxa de detecção por ano de diagnóstico. Mato Grosso do Sul, Brasil, 2019.

Outro ponto que chamou atenção foi a quantidade de informações assinaladas como “em branco” ou “ignorado”, principalmente nos campos escolaridade (29,0%), esquema de tratamento da gestante (24,5%) e tratamento do parceiro (25,7%). Isto sugere a necessidade de aprimoramento constante nos processos de trabalho e qualificação dos profissionais envolvidos na notificação dos casos. Destaca-se que apesar da notificação da SG e SC ser obrigatória, a subnotificação persiste como um problema que pode mascarar uma situação ainda mais grave e é considerada uma das maiores barreiras neste cenário²¹. Ressalta-se que falhas no preenchimento das fichas além de comprometer a identificação correta do indivíduo, também dificultam o reconhecimento das diferentes necessidades de saúde de grupos específicos²².

Aspectos sociodemográficos

Verificou-se que a SG ocorreu predominante em mulheres com escolaridade de 1 a 9 anos de estudo (44,8%), idade entre 20 e 29 anos (50,6%) e em gestantes de cor não branca (61,8%). Além disso, a ocorrência de SC também foi maior em filhos de mulheres nessas condições. Com exceção da zona de residência, todas as variáveis estiveram associadas à SC ($p < 0,05$). Apesar da ocorrência de SC ter sido maior na zona rural em relação à urbana, não houve diferença estatística entre as prevalências da doença nessa variável, como demonstrado na Tabela 1.

Houve maior prevalência da transmissão vertical entre mulheres analfabetas em comparação às alfabetizadas, independentemente do tempo de escolaridade. No entanto, verificou-se que mulheres com 1 a 9 anos de estudo apresentaram uma prevalência maior de transmissão vertical em comparação àquelas com 10 anos ou mais de estudo ($p < 0,05$). Considerando a RP, tendo a categoria ‘analfabeto’ como referência, constatou-se que a prevalência da transmissão vertical da sífilis diminuiu à medida que o tempo de estudo aumentou. A análise do IC reforçou que existe associação entre a escolaridade e a ocorrência de SC.

O elevado número de casos destes agravos em gestantes com baixa escolaridade pode estar relacionado à falta de compreensão dos meios de prevenção de IST²³, ao menor acesso à informação e aos serviços de saúde, além de entendimento limitado da importância dos cuidados com a saúde e medidas de prevenção da sífilis²⁴. Esses achados corroboram com a perspectiva de complexidade da vulnerabilidade por demonstrem a existência de vastos aspectos que a produzem inclusive aqueles que estão fora do alcance decisório do indivíduo, tais como analfabetismo, escolaridade precoce, carência de renda e grande desigualdade social¹⁴.

Notou-se que a falta de informação e a baixa escolaridade potencializam a vulnerabilidade dessas mulheres, porém podem ser amenizadas por uma assistência pré-natal que se adapte a esta realidade. Assim, considera-se

primordial que a linguagem utilizada durante as orientações acerca SG e suas consequências seja clara e adequada ao grau de instrução da gestante, assim poderá ser compreendida em sua totalidade²⁵.

TABELA 1: Ocorrência de sífilis congênita, segundo as variáveis sociodemográficas (n=8253). Mato Grosso do Sul, Brasil, 2019.

Variáveis	Sífilis congênita*		Total n (%)	p-valor	(IC 95%) RP
	Sim n (%)	Não n (%)			
Escolaridade (anos)					
Analfabeto	36 (52,9)a	32 (47,1)	68 (0,8)	0,0001	1
1 a 9	1134 (30,6)b	2567 (69,4)	3701 (44,8)		0,57 (0,46-0,72)
10 a 12	469 (24,8)c	1425 (75,2)	1894 (22,9)		0,24 (0,22-0,26)
> 12	40 (20,5)c	155 (79,5)	195 (2,4)		0,17 (0,12-0,22)
Ignorado†	699 (29,2)	1696 (70,8)	2395 (29,0)		
Faixa etária (anos)					
10 a 14	29 (21,6)ab	105 (78,4)	134 (1,6)	0,02	1
15 a 19	567 (29,5)ab	1357 (70,5)	1924 (23,3)		1,36 (0,97-1,83)
20 a 29	1220 (29,2)a	2954 (70,8)	4174 (50,6)		1,35 (0,97-1,81)
30 a 39	452 (25,4)b	1328 (74,6)	1780 (21,6)		0,93 (0,67-1,30)
≥40	64 (26,6)ab	177 (73,4)	241 (2,9)		0,26 (0,83-1,83)
Cor					
Branca	586 (22,6)	2009 (77,4)	2595 (31,4)	0,0001	1
Não Branca	1696 (32,7)	3488 (67,3)	5184 (61,8)		1,45 (1,34-1,57)
Ignorada†	114 (24,1)	360 (75,9)	474 (5,7)		
Zona de residência					
Rural	317 (30,1)	735 (69,9)	1052 (11,2)	0,08	1
Urbana	2296 (27,5)	6049 (72,5)	8345 (88,8)		0,91 (,082-1,00)

Legenda: RP: Razão de Prevalência; IC: Intervalo de confiança.

Nota: *Letras na coluna indicam diferença significativa na prevalência das variáveis associadas com a SC (teste de qui-quadrado, com correção de Bonferroni e p-value < 0,05). [†] Não foi incluído na análise estatística.

Quanto à faixa etária, verificou-se maior prevalência de SG em mulheres de 20 a 29 anos. Houve também associação entre essa variável ($p=0,02$) e a ocorrência de SC, sendo a prevalência de SC maior entre neonatos de mulheres com idade entre 20 e 29 anos em comparação àquela observada entre mulheres de 30 a 39 anos. Em análise da RP, tendo a menor faixa etária como referência, notou-se maior prevalência de transmissão vertical em mulheres de 15 a 29 anos.

O elevado número de casos nessa faixa etária, ocorre por ser o auge da vida reprodutiva, o que leva a um maior número de gestações²⁶. Pesquisas semelhantes revelaram que mulheres entre 20 a 29 anos foram mais acometidas pela SG, somado a outras características sociodemográficas como baixa escolaridade e baixo nível socioeconômico que podem ser marcadores importantes de pouco acesso aos serviços de saúde^{24,27}.

Quanto a idade a partir de 15 anos importa destacar que além do início precoce da vida sexual e baixa utilização do preservativo, as gestantes podem estar expostas a situações de vulnerabilidade relacionadas a esta faixa etária como a baixa escolaridade, conhecimento e informação deficiente sobre IST, fatores culturais, questões relacionadas ao gênero²⁸, condições familiares, violência e abuso de drogas²⁹. Deve-se atentar que ambos os sexos podem estar expostos a estas condições e dada a faixa etária, as escolas podem ser fortes aliadas na construção de oportunidades para que os adolescentes exponham seus problemas, discutam sobre o tema e recebam informação de qualidade para promover a prevenção das IST³⁰.

Na presente análise, a cor não branca apresentou predominância dos casos de SG e associação ($p=0,0001$) com SC, revelando uma prevalência 1,45 vezes maior da ocorrência de SC em comparação às mulheres de cor branca. Sabe-se que as desigualdades socioeconômicas, culturais e de racismo institucional podem justificar a alta incidência de IST nessas mulheres³¹. A baixa escolaridade, baixa renda, pouco acesso à informação e dificuldade de acesso aos serviços de saúde, visível pelo número insuficiente de consultas pré-natal em mulheres negras, podem agir diretamente sobre o processo saúde-doença³² revelando alguns dos aspectos da vulnerabilidade social e programática que permeiam esta população.

Verificou-se também que a prevalência SG e SC foi maior na zona urbana. Essa situação ocorreu em outras localidades brasileiras e pode estar relacionada à quantidade de pessoas residentes na região urbana³³. Destaca-se que não houve associação entre essa variável e a ocorrência de SC no MS, contudo, a prevalência da SC na zona rural se mostrou pouco acima em relação à zona urbana, o que remete à necessidade de melhorar o acesso à prevenção da SC por meio de tratamento adequado da SG, bem como garantir um pré-natal de qualidade³³.

Aspectos comportamentais e relacionados aos serviços de saúde

Os dados demonstram que 32,9% das gestantes com sífilis foram diagnosticadas no segundo trimestre de gestação, 30,6% receberam diagnóstico na fase primária da doença e 88,3% tiveram acesso ao teste Treponêmico para diagnóstico de sífilis. Além disso, 75,2% das mães de crianças com SC tiveram acesso ao pré-natal e ainda assim a adesão ao tratamento foi extremamente baixa entre estas gestantes (4%) e seus parceiros sexuais (20,5%) (Figura 2).

Uma investigação semelhante revelou que 92,6% das mães de crianças com sífilis tiveram diagnóstico tardio e concluiu que um dos principais entraves do controle da SC está relacionado ao diagnóstico e tratamento precoce e adequado²¹. Em pesquisa realizada no município de Sobral, CE, documentou-se que 85% das mães realizaram pré-natal, porém somente 48% foram diagnósticas durante o pré-natal e 83% não tiveram seus parceiros tratados²³. Estas situações demonstram que a qualidade do pré-natal recebido pela gestante não foi suficiente para garantir o controle e alcance da meta de incidência de SC estabelecida pela OMS³³.

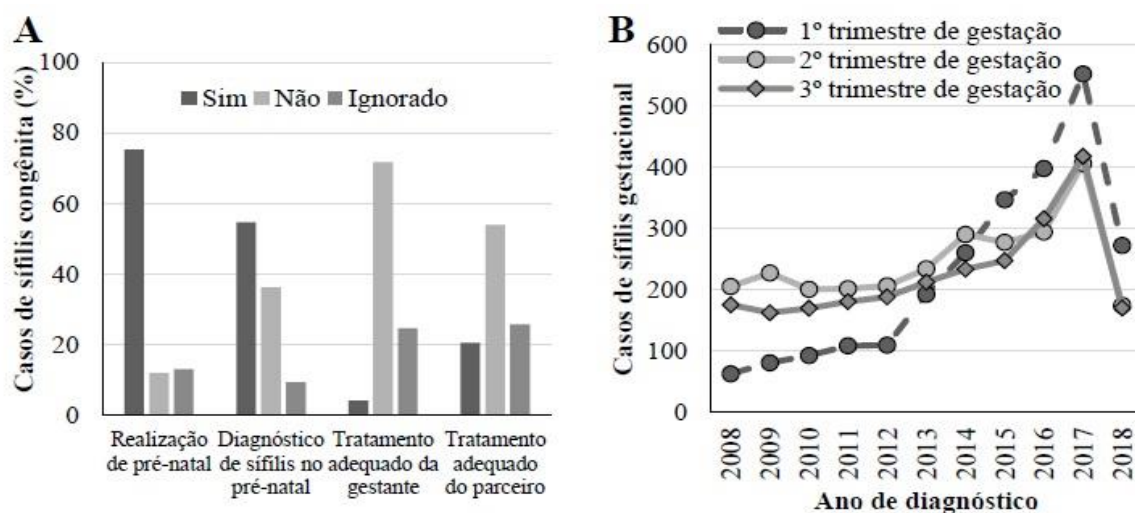


FIGURA 2: Caracterização dos casos de sífilis congênita e sífilis gestacional no Mato Grosso do Sul, segundo (A) características maternas e (B) trimestre gestacional no momento do diagnóstico de 2008 a 2018. Mato Grosso do Sul, Brasil, 2019.

Na presente análise, verificou-se que de 2008 a 2013 a realização do diagnóstico da sífilis ocorreu predominantemente no segundo trimestre gestacional (40,8%). Já em 2014, a realização do diagnóstico no primeiro trimestre superou o terceiro trimestre (33,2% contra 29,8%). Em 2015 o primeiro trimestre passou a ser a principal idade gestacional para diagnóstico de sífilis (39,8%) e em 2018 alcançou 44,2% do total de diagnóstico por idade gestacional. Esta mudança pode estar relacionada à melhoria no acesso ao pré-natal provavelmente propiciada pelas políticas de saúde, como por exemplo a Rede Cegonha que visa a captação precoce da gestante para realização do pré-natal e testagem rápida para sífilis³⁵. Sabe-se que a sífilis é transmitida em qualquer fase da gestação e que o risco é maior nas fases iniciais da doença¹⁸ por isso o diagnóstico precoce é primordial.

Apesar desse avanço, o estado ainda enfrenta o tratamento inadequado ou não realizado da mãe e/ou seu parceiro sexual, considerado um dos principais problemas relacionados à ocorrência de SC³⁶. Um estudo realizado com enfermeiros pré-natalistas, apontou que dentre as barreiras para o tratamento adequado estavam a baixa escolaridade, a falta de conhecimento sobre a doença, a associação do diagnóstico de sífilis com a infidelidade, a dor durante a administração da medicação e medo das reações adversas³⁷.

Tais fatores reforçam a necessidade de fortalecer a participação do parceiro nas consultas de pré-natal. Por meio de encontros pautados na postura ética e empatia, os profissionais podem identificar as expectativas, potencialidades

e dificuldades do parceiro e assim auxiliá-lo a refletir sobre seu comportamento em relação às medidas de prevenção e tratamento da sífilis³⁸. Ações desta natureza devem ser fortalecidas para minimizar a vulnerabilidade produzida pelas fragilidades dos serviços de saúde.

CONCLUSÃO

Houve aumento progressivo dos casos de SG e SC ao longo dos anos. Na maioria dos casos notificados as gestantes eram adultas, com baixa escolaridade e de cor não branca. Foi notória a ação desfavorável de fatores sociais, comportamentais e relacionados aos serviços de saúde sobre controle da SG e prevenção da SC.

O conceito de vulnerabilidade permitiu visualizar os mais diversos aspectos que produzem o adoecimento. Isto levou a concluir que a causa da SG e SC é multifatorial e que as ações de controle da sífilis não devem estar centradas apenas na gestante infectada, mas em qualquer indivíduo exposto a condições que o torne vulnerável à ocorrência da doença.

Este estudo apresentou algumas limitações, dentre elas a indubitável subnotificação dos casos e as informações restritas acerca de algumas das variáveis estudadas, o que dificultou verificar a associação estatística entre as variáveis analisadas neste tópico e a ocorrência de SC.

No entanto, espera-se que estes resultados contribuam para as discussões sobre as condições que potencializam a vulnerabilidade à SG e SC e suscitem o interesse na elaboração de intervenções capazes de minimizar suas consequências a curto, médio e longo prazo. Destaca-se ainda a carência de estudos para identificar de maneira mais precisa os fatores que vulnerabilizam individual, social e programaticamente as diferentes populações que residem no estado do MS.

REFERÊNCIAS

1. Oviedo RAM, Czeresnia D. The concept of vulnerability and its biosocial nature. *Interface Commun Heal Educ*. [Internet], 2015 [cited 2019 Aug 10]; 19(53):237–49. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0436>.
2. Padovani C, Oliveira RR, Pelloso SM. Syphilis in during pregnancy: association of maternal and perinatal characteristics in a region of southern Brazil. *Rev. latinoam. enferm.* [Internet], 2018 [cited 2019 Aug 20]; 26:e3019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2305.3019>.
3. Lago AC, Soltan Gomes D. Epidemiological profile and maternal-fetal transmission of syphilis in pregnant women of Cascavel (PR). *DST j. bras. doenças sex. Transm.* [Internet], 2016 [cited 2019 Aug 20]; 28(1):29-35. Available from: http://www.dst.uff.br/revista28-1-2016/DST_v28n2_IN_29-35.pdf.
4. Nobre CS, Albuquerque CMD, Frota MA, Machado MFAS, Couto CS do. Health system in syphilis control, from the nurses' perspective. *Rev. enferm. UERJ*. [Internet], 2018 [cited 2019 Aug 25]; 26:e12527. DOI: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2018.12527>.
5. Wijesooriya NS, Rochat RW, Kamb ML, Turlapati P, Temmerman M, Broutet N, et al. Global burden of maternal and congenital syphilis in 2008 and 2012: a health systems modelling study. *Lancet Glob Heal*. [Internet], 2016 [cited 2019 Sep 01]. 4(8):e525-e533. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(16\)30135-8](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(16)30135-8).
6. Ministério da Saúde (Br). Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim epidemiológico – sífilis. Brasília, 2018 [cited 2019 Aug 25]. Ano V, 49(45). Available from: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/boletim-epidemiologico-de-sifilis-2018>.
7. Ministério da Saúde (Br). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais. Brasília: Ministério da Saúde, 2019 [cited 2019 Sep 01]; Available from: <http://www.aids.gov.br/pt-br/tags/publicacoes/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas>.
8. World Health Organization. Department of Reproductive Health and Research. The global elimination of congenital syphilis: rationale and strategy for action. Geneva: WHO, 2008 [cited 2019 Sep 01]; Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43782/9789241595858_eng.pdf?sequence=1.
9. Domingues RMSM, Leal MC. Incidence of congenital syphilis and factors associated with vertical transmission: data from the Birth in Brazil study. *Cad. Saúde Pública* [internet], 2016 [cited 2019 Sep 01]; 32(6):e00082415. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00082415>.
10. Macêdo ARP, Lira PIC, Frias PG, Romaguera LMD, Caires SFF, Ximenes RAA. Risk factors for syphilis in women: case-control study. *Rev. Saúde Pública* [Internet], 2017 [cited 2019 Sep 25]; 51:1-12. DOI: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051007066>.
11. Fontes MG, Crivelaro RC, Scartezini AM, Lima DD, Garcia AA, Fujioka RT. Determinant factors of knowledge, attitudes and practices regarding STD/AIDS and viral hepatitis among youths aged 18 to 29 years in Brazil. *Ciênc. saúde coletiva* [internet], 2017 [cited 2019 Sep 28]; 22(4):1343-52. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.12852015>.
12. Aragão JS, França ISX, Coura AS, Medeiros CCM, Enders BC. Vulnerability associated with sexually transmitted infections in physically disabled people. *Ciênc. saúde coletiva* [internet], 2016 [cited 2019 Aug 25]; 21(10):3143-52. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152110.20062016>.

13. Carmo ME, Guizardi FL. The concept of vulnerability and its meanings for public policies in health and social welfare. *Cad. Saúde Pública* [internet], 2018 [cited 2019 Aug 25]; 34(3):e00101417. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00101417>.
14. Dimenstein M, Cirilo Neto M. Conceptual approaches to vulnerability in health and social care. *Pesqui. Prát. psicossociais* [internet], 2020 [cited 2020 Sep 06]; 15(1):1–17. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ppp/v15n1/02.pdf>.
15. Ayres JRCM, França Junior I, Calazans GJ, Saletti Filho HC. O conceito de vulnerabilidade em saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadoras. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro (RJ): Editora Fiocruz; 2009. P.121-144.
16. Figueiredo GO, Weihmüller VC, Vermelho SC, Araya JB. Discussion and construction of the theoretical category of social vulnerability. *Cad. Pesqui.* [internet], 2017 [cited 06 set 2020]; 47(165):796-818. DOI: <https://dx.doi.org/10.1590/198053144312>.
17. Serafim AS, Moretti GP, Serafim GS, Niero CV, Rosa MI, Pires MMS et al. Incidence of congenital syphilis in the South Region of Brazil. *Rev. Bras. Med. Trop.* [internet], 2014. [cited 2019 Aug 25]; 47(2):170-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0037-8682-0045-2014>.
18. Ministério da Saúde (Br). Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim epidemiológico – sífilis. Brasília, 2017 [cited 2019 Aug 25]; 48(36). Available from: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2016/boletim-epidemiologico-de-sifilis-2016>.
19. Portal Action [site da internet]. Teste de Bonferroni. [cited 2020 Sep 06]; Available from: <http://www.portalaaction.com.br/anova/33-teste-de-bonferroni>.
20. Ministério da Saúde (Br). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Agenda de Ações Estratégicas para Redução da Sífilis no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2017 [cited 2019 Sep 25]; Available from: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/agenda-de-acoes-estrategicas-para-reducao-da-sifilis-no-brasil>.
21. Lafetá KRG, Martelli-Júnior H; Silveira MF, Paranaíba LMR. Maternal and congenital syphilis, underreported and difficult to control. *Rev. Epidemiol.* [internet], 2016 [cited 2019 Aug 26]; 19(1):63-74. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201600010006>.
22. Tiago ZS, Picoli RP, Graeff SVB, Cunha RV, Arantes R. Underreporting of gestational, congenital and acquired syphilis among indigenous peoples in Mato Grosso do Sul State, Brazil, 2011-2014. *Epidemiol. Serv. Saúde* [internet], 2017 [cited 2019 Sep 01]; 26(3):503-12. DOI: <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742017000300008>.
23. Cavalcante PAM, Pereira RBL, Castro JGD. Syphilis in pregnancy and congenital syphilis in Palmas, Tocantins State, Brazil, 2007-2014. *Epidemiol. Serv. Saúde* [internet], 2017 [cited 2019 Aug 25]; 26(2):255-64. DOI: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742017000200003>.
24. Nonato SM, Melo AMS, Guimarães MDR. Sífilis na Gestação e fatores associados à Sífilis Congênita em Belo Horizonte – MG, 2010 – 2013. *Epidemiol. Serv. Saúde* [internet], 2015 [cited 01 set 2019]; 24(4):681-94. DOI: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742015000400010>.
25. Costa JS, Vasconcelos PRSS, Carvalho HEF, Julião AMS, Sá MIMR, Monte NL. O conhecimento de gestantes com diagnósticos de sífilis sobre a doença. *R. Interd.* [internet], 2016 [cited 2019 out 15]; 9(2):79-89. Available from: https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/881/pdf_314.
26. Benito LAO, Souza WN. Epidemiologic profile of congenital syphilis in Brazil in 2008-2014. *Universitas: ciências da saúde* [internet], 2016 [cited 2019 Sep 20]; 14(2):97-104. DOI: <https://doi.org/10.5102/ucs.v14i2.3811>.
27. Cardoso ARP, Araújo AAL, Cavalcante MS, Frota MA, Melo SP. Analysis of cases of gestational and congenital syphilis between 2008 and 2010 in Fortaleza, State of Ceará, Brazil. *Ciênc. saúde coletiva* [internet], 2018 [cited 2019 Aug 28]; 23(2):563-74. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018232.01772016>.
28. Amoras BC, Campos AT, Beserra EP. Reflections about teenagers vulnerability in sexually transmitted infections. *PRACS: Revista Eletrônica de Humanidade do Curso de Ciências Sociais da UNIFAP* [internet], 2015 [cited 2020 Sep 05]; 8(1):163-71. Available from: <https://periodicos.unifap.br/index.php/pracs/article/view/1668>.
29. Sasaski RSA, Leles CR, Malta DC, Sardinha LMV, Freire MCM. Prevalence of sexual intercourse and associated factors among adolescents attending schools in Goiânia in the state of Goiás, Brazil. *Ciênc. Saúde Coletiva* [Internet], 2015 [cited 2020 Sep 05]; 20(1):95-104. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014201.06332014>.
30. Costa ACPJ, Araújo MFM, Araújo TM, Gubert FA, Vieira NFC. Protagonism of adolescents in preventing sexually transmitted diseases. *Acta Paul Enferm* [internet], 2015 [cited 2020 Sep 05]; 28(5):482-7. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201500080>.
31. Santos, NJS. To be black and woman: dual vulnerability to STD/HIV/AIDS. *Saude soc.* [internet], 2016 [cited 2019 Sep 28]; 25(3):602-18. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-129020162627>.
32. Theophilo RL, Rattner D, Perreira EL. The vulnerability of Afro-Brazilian women in perinatal care in the Unified Health System: analysis of the Active Ombudsman survey. *Ciênc Saúde Coletiva* [internet], 2018 [cited 2020 Sep 05]; 23(11):3505-16. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182311.31552016>.
33. Marques JVS, Alves BM, Marques MVS, Arcanjo FPN, Parente CC, Vasconcelos RL. Epidemiological profile of gestational syphilis: clinic and evolution from 2012 to 2017. *Sanare*. 2018 [cited 2019 Sep 28]; 17(2):13-20. Available from: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1257/665>.
34. Magalhães DMS, Kawaguchi IAL, Calderon IMP. Maternal and congenital syphilis: a persistent challenge. *Cad. Saúde Pública* [internet], 2013 [cited 2019 Sep 01]; 29(6):1109-20. DOI: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n6/a08v29n6.pdf>.



35. Ministério da Saúde (Br). Portaria MS/GM no 1.459, de 24 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF). Seção I, p. 109, jul. 2011. [cited 2019 Sep 28]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html.
36. Motta IA, Delfino IRS, Santos LV, Morita MO, Gomes RGDG, Martins TPSM et al. Congenital syphilis: why is its prevalence still so high?. Rev. Med. Minas Gerais [internet]. 2018 [cited 2019 Sep 25]. 28(6):e-S280610. DOI: <https://dx.doi.org/10.5935/2238-3182.20180102>.
37. Figueiredo MAN, Cavalcante EGR, Oliveira CJ, Monteiro MFV, Quirino GS, Oliveira DR. Perception of nurses on the adhesion of partners of pregnant women with syphilis to the treatment. Rev. Rene. 2015 [cited 2019 Sep 25]; 16(3):345-54. DOI: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2015000300007>.
38. Ministério da Saúde (Br). Guia do Pré-Natal do Parceiro para Profissionais de Saúde /Angelita Herrmann, Michelle Leite da Silva, Eduardo Schwarz Chakora, Daniel Costa Lima. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2017 [cited 2019 Oct 16]; Available from: https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/agosto/11/guia_PreNatal.pdf.