

**AVALIAÇÃO DE ESTRUTURA DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL PARA
PREVENÇÃO E CONTROLE DA SÍFILIS CONGÊNITA**Anna Larissa Moraes Mesquita^a<https://orcid.org/0000-0002-7429-5214>Maria Adelane Monteiro da Silva^b<https://orcid.org/0000-0001-7579-2645>Verena Emmanuelle Soares Ferreira^c<https://orcid.org/0000-0002-3714-3406>Rosa Lívia Freitas de Almeida^d<https://orcid.org/0000-0001-6423-543X>Ana Jessyca Campos Sousa^e<https://orcid.org/0000-0001-6892-147X>Maria Socorro Carneiro Linhares^f<https://orcid.org/0000-0001-9292-1795>**Resumo**

O objetivo deste estudo é avaliar a estrutura das Unidades Básicas de Saúde (UBS) para prevenção e controle da sífilis congênita durante a assistência pré-natal. Para tanto, foi feita uma pesquisa avaliativa, realizada entre agosto de 2016 e abril de 2018 em uma Coordenadoria Regional de Saúde do Ceará. A amostra foi composta por 102 UBS e, para coleta de dados, realizou-se observação direta e aplicação de checklist. A análise de dados foi feita a partir da

^a Enfermeira. Mestra em Saúde da Família. Técnica em Assuntos Educacionais da Santa Casa de Misericórdia de Sobral (SCMS). Sobral, Ceará, Brasil. E-mail: larissamoraesmesquita@gmail.com

^b Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Sobral, Ceará, Brasil. E-mail: adelanemonteiro@hotmail.com

^c Enfermeira. Mestra em Saúde da Família. Gerente da Célula de Vigilância Sanitária. Sobral, Ceará, Brasil. E-mail: verenaemmanuelle@gmail.com

^d Engenheira Elétrica. Doutora em Saúde Coletiva. Docente do Programa de Pós-Graduação da Universidade de Fortaleza (Unifor). Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: rliviafa@gmail.com

^e Enfermeira. Mestra em Saúde da Família. Docente da Escola de Saúde Pública Visconde Saboia (ESP-VS). Sobral, Ceará, Brasil. E-mail: ana1jessyca@gmail.com

^f Enfermeira. Doutora em Saúde Pública. Docente do Curso de Enfermagem da UVA. Sobral, Ceará, Brasil. E-mail: socorrocarneiro1@gmail.com

Endereço para correspondência: Rua Pintor Lemos, n. 227, Centro. Sobral, Ceará, Brasil. CEP: 62010-720. E-mail: larissamoraesmesquita@gmail.com

estatística descritiva e pela correlação de Spearman, e o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética, sob protocolo nº 1.633.568. Verificou-se que apoio laboratorial, medicamentos, recursos materiais e sistema de referência apresentaram correlação relevante e positiva com a taxa de sífilis congênita. Estrutura física e sistema de registro indicou correlação negativa muito baixa, embora estatisticamente significativa. Conclui-se que a recrudescência da sífilis continua sendo um problema de saúde pública. Avaliações de estrutura, como esta, servem como subsídio para construção de ações que visem a prevenção e o controle da sífilis congênita.

Palavras-chave: Sífilis congênita. Avaliação em saúde. Pré-natal.

EVALUATION OF THE STRUCTURE OF PRENATAL CARE FOR THE PREVENTION AND CONTROL OF CONGENITAL SYPHILIS

Abstract

This study aims to evaluate the structure of Basic Health Units (UBS) for the prevention and control of congenital syphilis during prenatal care. To that end, an evaluative research was carried out, between August 2016 and April 2018 in a Regional Health Coordination of Ceará. The sample consisted of 102 UBS and, for data collection, direct observation and application of the check-list were carried out. Data analysis was based on descriptive statistics and Spearman's correlation, and the study was approved by the Research Ethics Committee, under protocol No. 1,633,568. Laboratory support, drugs, material resources, and reference system showed a relevant and positive correlation with the rate of congenital syphilis. The physical structure and registration system domains showed a very low negative correlation, although statistically significant. In conclusion, syphilis recrudescence continues to be a public health problem. Structural assessments, like this, serve as a basis for building actions aimed at preventing and controlling congenital syphilis.

Keywords: Congenital syphilis. Health evaluation. Prenatal care.

EVALUACIÓN DE LA ESTRUCTURA DE LA ATENCIÓN PRENATAL PARA LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DE LA SÍFILIS CONGÉNITA

Resumen

El objetivo de este estudio fue evaluar la estructura de las Unidades Básicas de Salud (UBS) en la prevención y control de la sífilis congénita durante la atención prenatal.

Para ello, se realizó una investigación evaluativa, llevada a cabo en el periodo de agosto de 2016 a abril de 2018 en una Coordinación Regional de Salud de Ceará (Brasil). La muestra consistió en 102 UBS, y se recabaron los datos mediante la observación directa y la aplicación de una lista de verificación. El análisis de datos se estableció por medio de estadística descriptiva y la correlación de Spearman, y el estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación con el número 1.633.568. Se constató que el soporte de laboratorio, los medicamentos, los recursos materiales y el sistema de referencia mostraron una correlación relevante y positiva con la tasa de sífilis congénita. La estructura física y los dominios del sistema de registro tuvieron una correlación negativa muy baja, aunque estadísticamente significativa. Se concluyó que el recrudecimiento de la sífilis sigue siendo un problema de salud pública. Las evaluaciones estructurales como esta sirven como base para construir acciones destinadas a prevenir y controlar la sífilis congénita.

Palabras clave: Sífilis congénita. Evaluación de salud. Prenatal.

INTRODUÇÃO

A sífilis congênita (SC) se configura como resultado da transmissão vertical do *Treponema pallidum* que ocorre por meio da corrente sanguínea da gestante não tratada ou com tratamento inadequado para o feto ou casualmente pelo contato com a lesão durante o trabalho de parto. Sua probabilidade de ocorrência depende da evolução do estágio da sífilis na mãe e do tempo de exposição fetal. Destaca-se por ser um problema que afeta diretamente o binômio mãe e filho, podendo suscitar consequências como parto prematuro, natimortos, mortes neonatais, manifestações congênicas e abortos. Após o diagnóstico, apenas de 1 a 2% das gestantes são tratadas, e estima-se que, na ausência de tratamento eficaz, 11% dos casos resultem em mortes fetais e 13% em partos prematuros ou baixo peso ao nascer¹.

Durante o período gestacional, a sífilis leva a mais de 300 mil mortes fetais e neonatais por ano no mundo e aumenta o risco de morte prematura para outras 215 mil crianças². A incidência de casos de SC tem aumentado nos Estados Unidos, desde 2012, e no Canadá, desde o início dos anos 2000³. No Brasil, observa-se a disparidade entre os dados correspondentes à taxa de incidência – em 2017, o país apresentou 24.666 casos de SC e uma taxa de incidência de 8,6/1.000 nascidos vivos. No Ceará, apenas 40% dos casos de sífilis gestacional foram diagnosticados no pré-natal, seguido de 53,3% que ocorreram durante o parto⁴. No que se refere a vulnerabilidades na assistência pré-natal, elas podem resultar em lacunas quanto a prevenção, diagnóstico ou tratamento da doença, o que ocasiona casos de SC e outras adversidades que podem acometer a mãe e o feto.

O aumento do rastreio dos casos de SC ao longo dos anos se deu em parte pela ampliação da utilização dos testes rápidos; entretanto, os índices ainda permanecem significantes no contexto mundial. O rastreamento precoce durante o pré-natal possibilita o tratamento da sífilis na gestação em tempo oportuno, prevenindo a SC⁵.

Estudo epidemiológico mostrou taxas de incidência de SC maiores do que as taxas de detecção de sífilis em gestantes em algumas regiões, o que evidencia as possíveis lacunas na assistência pré-natal e no sistema de vigilância epidemiológica desses locais. Do total de casos identificados como SC no Brasil em 2017, 81,8% das mães realizaram as consultas de pré-natal, contudo, 31,3% foram diagnosticadas apenas durante o parto. Observam-se lacunas no diagnóstico durante o pré-natal, dificultando a prevenção e o controle da SC, e salienta-se que é necessário um diagnóstico precoce eficaz, bem como o tratamento da mulher e das parcerias sexuais⁵. Compreendendo que o pré-natal é fator decisivo, a pergunta norteadora deste estudo foi: como se organiza a estrutura do pré-natal com foco na prevenção e no controle da sífilis congênita? O objetivo foi avaliar a estrutura das Unidades Básicas de Saúde (UBS) para prevenção e controle da SC durante a assistência pré-natal.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa avaliativa⁶ e quantitativa, fundamentada na avaliação da qualidade em saúde⁷, a partir do modelo sistêmico que propõe a relação entre os componentes de estrutura, processo e resultado. Este estudo concentrou-se na avaliação da estrutura das UBS para a realização do pré-natal. Desenvolvido no período de agosto de 2016 a abril de 2018, em uma Coordenadoria Regional de Saúde (CRES) do Ceará localizada ao norte do estado e formada por 24 municípios. Caracteriza-se como a maior coordenadoria do Ceará em relação ao número de municípios, e possui uma estimativa populacional de 634.088 habitantes⁸. As regiões de saúde organizam, planejam e executam ações e serviços de saúde de um determinado espaço geográfico, com a união de municípios⁹.

A amostra do estudo foi estimada pela equação: $n = [deff * N * (1-P)] / [(d^2 / Z^2_{1-\alpha/2} * (n-1) + P * (1-P)]$, com nível de confiança de 95% e efeito do desenho ($deff = 2$). A probabilidade de SC (P) foi estimada em 4,4% ($\pm 3\%$), dividindo-se o número de notificações de SC pela população de nascidos vivos na Macrorregião de Sobral em 2016. O tamanho amostral resultou em 102 UBS que foram selecionadas de forma aleatória e proporcional ao número de municípios estratificados, segundo a taxa de incidência de SC dos municípios (**Quadro 1**). As UBS pertencentes aos municípios sem incidência não se enquadraram em nenhum grupo.

Quadro 1 – Seleção da amostra. Sobral, CE, Brasil – 2018

Grupos	Incidência	Quantidade de municípios por incidência	Quantidade de municípios sorteados	Quantidade de UBS sorteadas
Grupo 1	0,72 a $\leq$ 1,23	4	2	4
Grupo 2	> 1,23 a $\leq$ 4,14	11	7	64
Grupo 3	> 4,14	5	3	49

Fonte: Elaboração própria.

Para coleta de dados, realizou-se observação direta e aplicação do checklist, baseado no instrumento de avaliação de estrutura¹⁰, direcionadas aos gerentes das UBS. O instrumento contemplou os seguintes domínios: planta física, recursos humanos, apoio laboratorial, medicamentos essenciais, sistema de referência e contrarreferência, e instrumentos de registro. Cada item foi avaliado considerando uma pontuação, atribuindo zero para insatisfatório ou inexistente, quando não atendia aos critérios; cinco, quando esses critérios foram parcialmente atendidos; e dez pontos, quando os critérios foram totalmente atendidos, de acordo com o recomendado pelo Ministério da Saúde.

A análise dos dados foi realizada com o uso do *software* SPSS versão 24, sendo os resultados apresentados em tabelas de frequências. O teste de Kolmogorov-Smirnov foi utilizado para aferir a normalidade dos dados. A correlação entre os domínios estudados e a incidência da SC foi executada com Spearman, e, para efeito de comparação entre os grupos, a taxa de SC e as pontuação de cada domínio foram padronizados pelo método z-scores com média 0 e desvio padrão 1. Em todos os testes, a probabilidade de erro do tipo I foi definida em 5% como necessário para rejeição da hipótese nula.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), protocolo nº 1.633.568.

RESULTADOS

A **Tabela 1** apresenta a distribuição proporcional dos itens avaliados da estrutura do pré-natal das UBS dividida pelos grupos de incidência. No domínio planta física, os três grupos se destacam pela indisponibilidade de sala para atividades docentes: o grupo 2 apresentou percentual maior de insuficiência (32,6%), seguido do grupo 1 (25%) e posteriormente o grupo 3 (20%).

Tabela 1 – Avaliação dos recursos do pré-natal, dividido por grupos de incidência.
Sobral, CE, Brasil – 2018

(continua)

	Agrupamento								
	Grupo 1			Grupo 2			Grupo 3		
	Avaliação			Avaliação			Avaliação		
	T	P	I	T	P	I	T	P	I
Itens avaliados	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Planta física									
Há sala de espera com bancos para sentar	100	0	0	84,8	15,2	0	96	4	0
Existe sala de exame (consultório) individual	100	0	0	93,5	4,3	2,2	94	4	2
A sala apresenta condições de higiene e ventilação adequadas	100	0	0	82,6	17,4	0	86	10	4
Cada consultório dispõe de pia para lavar as mãos	75	0	25	91,3	6,5	2,2	88	8	4
Há luz individual suficiente para atividades que requeiram maior iluminação	100	0	0	82,6	15,2	2,2	96	4	0
Há sistema para regular a temperatura ambiente (ventiladores, ar-condicionado etc.)	75	25	0	82,6	10,9	6,5	84	10	6
Há sala disponível para atividade docente e/ou educação em saúde	75	0	25	45,7	21,7	32,6	72	8	20
Recursos humanos									
Os(as) pré-natalistas são especialistas em Ginecologia e/ou Obstetrícia	25	25	50	4,3	23,9	71,7	8	34	58
Há atendimento pré-natal no mínimo uma vez por semana (ou dois turnos)	100	0	0	82,6	10,9	6,5	100	0	0
Há médicos e enfermeiros na condução do pré-natal	75	25	0	95,7	4,3	0	94	6	0
Há ACS responsável pelas gestantes inscritas no programa de pré-natal	100	0	0	93,5	6,5	0	84	14	2
Há auxiliar de enfermagem trabalhando nos dias de pré-natal	100	0	0	97,8	2,2	0	100	0	0
Realiza encaminhamento para outros especialistas quando necessário	100	0	0	93,5	6,5	0	100	0	0
Há funcionário administrativo para auxiliar no preenchimento dos papéis	50	0	50	52,2	19,6	28,3	70	10	20
Há um faxineiro por turno todos os dias	100	0	0	97,8	2,2	0	98	2	0
Recursos materiais									
Mesa e cadeiras	100	0	0	97,8	2,2	0	100	0	0
Mesa ginecológica	25	75	0	84,8	8,7	6,5	78	20	2
Foco de luz	100	0	0	82,6	10,9	6,5	92	8	0
Balança para adulto (peso/altura)	50	0	50	69,6	15,2	15,2	80	16	4
Esfigmomanômetro	75	0	25	91,3	8,7	0	90	6	4
Estetoscópio clínico	75	0	25	93,5	6,5	0	94	4	2
Estetoscópio de Pinard/Sonar Doppler	75	25	0	80,4	17,4	2,2	96	4	0
Fita métrica flexível e inelástica	100	0	0	93,5	4,3	2,2	98	2	0
Espéculos	75	25	0	89,1	6,5	4,3	96	2	2
Material para coleta de exames colpocitológico	50	0	50	89,1	4,3	6,5	96	2	2
Gestograma ou disco obstétrico	75	0	25	67,4	8,7	23,9	82	2	16
Roupa de cama e camisola limpa	100	0	0	82,6	15,2	2,2	90	8	2
Lixeira para material usado	100	0	0	97,8	2,2	0	98	2	0
Existe efetiva manutenção e reparo de equipamentos e instrumental utilizados	75	0	25	63	32,6	4,3	66	34	0

Tabela 1 – Avaliação dos recursos do pré-natal, dividido por grupos de incidência.
Sobral, CE, Brasil – 2018

(conclusão)

	Agrupamento								
	Grupo 1			Grupo 2			Grupo 3		
	Avaliação			Avaliação			Avaliação		
	T	P	I	T	P	I	T	P	I
Itens avaliados	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Planta física									
Apoio laboratorial mínimo									
Hemograma completo	50	50	0	71,7	21,7	6,5	86	10	4
Grupo sanguíneo e fator Rh	50	50	0	71,7	21,7	6,5	90	10	0
VDRL	25	50	25	65,2	26,1	8,7	82	14	4
Teste de Coombs indireto	50	25	25	60,9	21,7	17,4	88	10	2
Glicemia de jejum	50	50	0	69,6	21,7	8,7	86	8	6
TTOG 75 g	25	0	75	47,8	28,3	23,9	82	12	6
Sumário de urina	50	50	0	71,7	21,7	6,5	90	10	0
Urocultura com antibiograma	50	0	50	52,2	37	10,9	86	10	4
Ultrassonografia	0	100	0	52,2	41,3	6,5	92	6	2
Papanicolau	75	0	25	80,4	15,2	4,3	98	2	0
Teste anti-HIV	25	75	0	78,3	17,4	4,3	96	4	0
TIG	25	50	25	17,4	21,7	60,9	80	4	16
TPHA ou TR Sífilis	25	50	25	82,6	15,2	2,2	96	4	0
Medicamentos essenciais									
Antiácidos	0	0	100	8,7	17,4	73,9	20	2	78
Sulfato ferroso	25	50	25	60,9	32,6	6,5	36	36	28
Ácido fólico	25	25	50	67,4	30,4	2,2	42	22	36
Penicilina benzatina	25	0	75	34,8	30,4	34,8	74	6	20
Analgésicos	75	25	0	78,3	19,6	2,2	100	0	0
Antitérmicos	75	25	0	80,4	17,4	2,2	100	0	0
Insulina	25	0	75	37	34,8	28,3	84	0	16
Anti-hipertensivos	75	0	25	67,4	32,6	0	100	0	0
Antibióticos	75	0	25	65,2	32,6	2,2	100	0	0
Medicamentos para o tratamento de corrimento vaginal	75	0	25	67,4	30,4	2,2	90	8	2
Sistema de referência e contrarreferência									
Sistema de referência operante	100	0	0	73,9	26,1	0	96	4	0
Sistema de contrarreferência operante	25	25	50	23,9	32,6	43,5	14	44	42
Instrumentos de registro									
Cartão da gestante (ou caderneta)	100	0	0	93,5	6,5	0	100	0	0
Ficha perinatal	100	0	0	100	0	0	100	0	0
Mapa de registro diário	100	0	0	97,8	0	2,2	100	0	0

Fonte: Elaboração própria.

ACS: = agente comunitário de saúde; T = Totalmente atendido; P = Parcialmente atendido; I = Insuficiente; TI = teste imunológico para gravidez; TPHA = hemaglutinação para sífilis; TR = teste rápido; TTGO = teste de tolerância à glicose oral; VDRL = *venereal disease research laboratory*

No domínio de recursos humanos, a presença do agente comunitário de saúde (ACS) responsável pelas gestantes foi considerada (14%) parcialmente atendida e (2%) insuficiente no grupo 3. O auxílio de funcionário administrativo para registro dos documentos foi insuficiente em 50% das unidades do grupo 1, em 28,3% do grupo 2 e em 20% do grupo 3.

Evidenciou-se que 75% das unidades do grupo 1 atendem parcialmente ao quesito mesa ginecológica, e 50% não possuem balança de adulto e material para coleta de exame colpocitológico suficientes. A presença de estetoscópio de Pinard ou o Sonar Doppler foi totalmente atendida em 75% das UBS do grupo 1, em 80,4% do grupo 2, e em 96% do grupo 3. Sobre manutenção e reparo dos equipamentos, os grupos 2 e 3 destacaram-se com 63% e 66% de UBS totalmente atendidas e 32,6% e 34% parcialmente atendidas, respectivamente.

O grupo 3 se sobressaiu com os melhores percentuais em relação aos exames laboratoriais básicos, em contrapartida o grupo 1 obteve a presença de 50% ou menos dos exames totalmente atendidos em suas UBS, com exceção do Papanicolau, com 75%. No grupo 1, o *venereal disease research laboratory* (VDRL) era realizado em todas as gestantes em apenas 25% das UBS, em 50% parcialmente e em 25% era insuficiente, já o grupo 2 (65,2%) e o grupo 3 (82%) disponibilizaram o VDRL para suas gestantes de maneira integral. Da mesma forma, o teste rápido de sífilis foi mais ofertado no grupo 3, com 96%, que nos grupos 1 (25%) e 2 (82,6%).

Os medicamentos sulfato ferroso e ácido fólico proporcionados a todas as gestantes pelas UBS dos grupos 1 e 3 foram menores que 50%. A penicilina benzatina, medicamento essencial para o tratamento adequado da sífilis gestacional, foi insuficiente em 75% das UBS do grupo 1, 34,8% do grupo 2 e 20% do grupo 3. Em algumas unidades os profissionais relataram que, principalmente na zona rural, ocorre a centralização desse medicamento pela Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF) do município, necessitando de solicitação justificada para sua retirada.

O sistema de referência para encaminhamento das gestantes funciona satisfatoriamente nos três grupos, em contrapartida o sistema de contrarreferência funciona em menos de 30% das UBS de cada grupo.

A **Tabela 2** demonstra a correlação entre os domínios investigados na estrutura e a taxa padronizada de SC. Apoio laboratorial, medicamentos, recursos materiais e sistema de referência apresentaram correlação relevante e positiva com a taxa de SC. Os domínios estrutura física e sistema de registro apontou correlação negativa muito baixa, embora estatisticamente significativa.

Tabela 2 – Correlação entre pontuação padronizada dos itens de domínios e a taxa padronizada de sífilis congênita. Sobral, CE, Brasil – 2018

Domínios	coeficiente de correlação*	p
Estrutura física	–0,060	0,001
Recursos humanos	–15	0,421
Medicamentos	0,478	< 0,001
Recursos materiais	0,383	< 0,001
Laboratório	0,488	< 0,001
Sistema de referência	0,119	< 0,001
Sistema de registro	–0,058	0,002

Fonte: Elaboração própria.
*Correlação de Spearman

DISCUSSÃO

Evidenciou-se que municípios que apresentaram suporte laboratorial fortalecido, com recursos materiais e sistema de referência e contrarreferência operantes diagnosticam mais a SC. Estes mesmos municípios dispõem de medicamentos suficientes, mas não tratam adequadamente as gestantes.

Em outro estudo desenvolvido no Ceará, as UBS não realizavam teste rápido para sífilis nas gestantes, apenas o VDRL como rastreio para diagnóstico¹¹. Já em pesquisa⁴ realizada em seis estados do Brasil, verificou-se um aumento da oferta dos testes rápidos nos estados do Amazonas e do Rio de Janeiro, contrapondo o Distrito Federal, que teve uma redução. Esses achados corroboram os resultados deste estudo, pois, apesar de uma maior oferta de testes rápidos, a transmissão vertical de sífilis não declinou como esperado, sugerindo que apenas o acesso ao diagnóstico não é suficiente para a prevenção e o controle da SC. Destaca-se que o teste rápido para sífilis e o VDRL são decisivos para o diagnóstico da gestante. Estudo realizado com 2.508 gestantes com sífilis mostra que 2.208 (88%) receberam assistência pré-natal pelo menos trinta dias antes do parto, 2.242 (89,4%) foram testadas para sífilis no mesmo período, e 1.928 (76,9%) receberam regime de tratamento adequado ao estágio da sífilis pelo menos trinta dias antes do parto. No geral, 1.928 (75%) casos potenciais de SC nos Estados Unidos foram evitados com sucesso em 2016¹².

Embora 20% das UBS dos municípios com maior incidência apresentasse oferta de penicilina benzatina insuficiente, as UBS dos de menor incidência atingiram 75% de insuficiência. Justifica-se a falta desse medicamento pela escassez no estoque de 2014 a 2016, período em que outros 39 países registraram sua escassez e 56 a sua falta. Ressalta-se que

esse cenário se deu tanto em países desenvolvidos como em desenvolvimento¹³. Salienta-se também a concentração dos medicamentos na CAF em alguns municípios em estudo, o que pode atrasar o início do tratamento. Em municípios de média incidência, a aplicação da penicilina ocorre exclusivamente em nível hospitalar, uma barreira geográfica que dificulta o acesso principalmente para quem reside na zona rural. O Brasil, apesar de obter quase 100% de cobertura pré-natal, ainda continua com desigualdades de acesso a um cuidado adequado, assim é mister elaborar estratégias direcionadas para as populações socioeconomicamente desfavorecidas com o objetivo de iniciar precocemente o pré-natal e favorecer um contato próximo aos serviços de saúde, a fim de garantir a realização dos cuidados essenciais e reverter desfechos perinatais adversos¹⁴.

Constatou-se que a cobertura de ACS não foi totalmente atendida nas unidades de média e alta incidência, dado preocupante. A presença desse profissional contribui para a captação precoce para o pré-natal, o seu acompanhamento periódico, bem como o tratamento adequado. O ACS possui um papel importante na captação das gestantes, por meio da busca ativa, e é o sujeito que possui vínculo com a comunidade, estabelecendo uma comunicação entre a comunidade e o serviço de saúde¹⁵.

Considera-se que a disponibilidade de recursos materiais de forma satisfatória não configura por si só um fator para a redução da SC, uma vez que tais recursos precisam ser utilizados de maneira adequada. É necessário que os profissionais que atuam na assistência pré-natal sejam sensíveis aos processos, incentivem a execução dos testes do primeiro e do terceiro trimestre, garantam o rastreio, diagnóstico e tratamento eficaz, na condução do pré-natal da gestante com sífilis. Destaca-se ainda a importância da abordagem do parceiro diante do diagnóstico, como demonstrou uma pesquisa sobre a sífilis conduzida entre 2013 e 2015, em que apenas 43,9% dos parceiros realizaram o VDRL para rastreio e 7,3% aceitaram tratamento¹⁶.

CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo revelaram que os municípios que apresentaram maior estrutura física em relação a apoio laboratorial, recursos materiais e sistema de referência e contrarreferência diagnosticaram mais a sífilis congênita, em contrapartida não conseguiram prevenir a doença mesmo dispondo de medicamentos suficientes.

Como limitação deste estudo há a necessidade de conhecer o processo de trabalho dos profissionais que realizam a assistência pré-natal. Portanto, recomenda-se a realização de estudos que avaliem esse processo no que se refere ao acompanhamento pré-natal, de forma que seja possível estabelecer sua relação com os achados sobre a estrutura.

A recrudescência da sífilis continua se caracterizando como um problema de saúde pública. Avaliações de estrutura são métodos importantes para subsidiar estratégias e ações que visem a prevenção e o controle da sífilis congênita.

COLABORADORES

1. Concepção do projeto, análise e interpretação dos dados: Anna Larissa Moraes Mesquita, Maria Adelane Monteiro da Silva, Verena Emmanuelle Soares Ferreira e Rosa Lúvia Freitas de Almeida.

2. Redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual: Anna Larissa Moraes Mesquita e Maria Adelane Monteiro da Silva.

3. Revisão e/ou aprovação final da versão a ser publicada: Ana Jessyca Campos Sousa, Maria Socorro Carneiro Linhares.

4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra: Anna Larissa Moraes Mesquita, Maria Adelane Monteiro da Silva, Verena Emmanuelle Soares Ferreira, Rosa Lúvia Freitas de Almeida, Ana Jessyca Campos de Sousa e Maria Socorro Carneiro Linhares.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical do HIV, sífilis e hepatites virais. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2019.
2. Unemo M, Bradshaw CS, Hocking JS, de Vries HJC, Francis SC, Mabey D, et al. Sexually transmitted infections: challenges ahead. *Lancet Infect Dis*. 2017;17(8):235-79.
3. Patel NU, Oussedik E, Landis ET, Strowd LC. Early congenital syphilis: recognising symptoms of an increasingly prevalent disease. *J Cutan Med Surg*. 2018;22(1):97-9.
4. Saraceni V, Pereira GFM, Silveira MF, Araujo MAL, Miranda AE. Vigilância epidemiológica da transmissão vertical da sífilis: dados de seis unidades federativas no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2017;41:e44.
5. Matthias JM, Rahman MM, Newman DR, Peterman TA. Effectiveness of prenatal screening and treatment to prevent congenital syphilis, Louisiana and Florida, 2013–2014. *Sex Transm Dis*. 2017;44(8):498-502.
6. Rouquayrol MZ, Silva MGC, organizadores. Rouquayrol: epidemiologia & saúde. 8a ed. Rio de Janeiro (RJ): MedBook; 2018.

7. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Q.* 2005; 83(4):691-729.
8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [homepage na Internet]. Rio de Janeiro (RJ): IBGE; [citado em 2019 out 7]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>
9. Brasil. Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Brasília (DF)*; 2011 jun 28. Seção1, p. 1.
10. Rocha RS. Assistência pré-natal na rede básica de Fortaleza-CE: uma avaliação da estrutura, do processo e dos resultados [dissertação]. Fortaleza (CE): Universidade Estadual do Ceará; 2011.
11. Guanabara MAO, Araújo MAL, Matsue RY, Barros VL, Oliveira FA. Acesso de gestantes às tecnologias para prevenção e controle da sífilis congênita em Fortaleza-Ceará, Brasil. *Rev Salud Pública.* 2017;19(1):73-8.
12. Kidd S, Bowen VB, Torrone EA, Bolanj G. Use of national syphilis surveillance data to develop a congenital syphilis prevention cascade and estimate the number of potential congenital syphilis cases averted. *Sex Transm Dis.* 2018;45(9S):S23-8.
13. Nurse-Findlay S, Taylor MM, Savage M, Mello MB, Saliyou S, Lavayen M, et al. Shortages of benzathine penicillin for prevention of mother-to-child transmission of syphilis: an evaluation from multi-country surveys and stakeholder interviews. *PLoS Med.* 2017;14(12):e1002473.
14. Domingues RMSM, Viellas EF, Dias MAB, Torres JA, Theme-Filha MM, Gama SGN, et al. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. *Rev Panam Salud Publica.* 2015;37(3):140-7.
15. Lima TRM, Maia PFCMD, Valente EP, Vezzini F, Tamburlini G. Inovando visitas domiciliares a gestantes e crianças por agentes comunitários de saúde: um guia orientado por ações. *Rev Bras Saúde Mater Infant.* 2017;17(4):871-6.
16. Cabral BTV, Dantas JC, Silva JA, Oliveira DA. Sífilis em gestante e sífilis congênita: um estudo retrospectivo. *Rev Ciênc Plur.* 2017;3(3):32-44.

Recebido: 9.3.2021. Aprovado: 19.12.2022. Publicado: 28.2.2023.