

Perfil epidemiológico de Sífilis Congenida en el Estado de Bahia, Brasil, 2007 a 2017

Epidemiological Profile of Congenital Syphilis in the State of Bahia, Brazil, 2007 to 2017

Perfil epidemiológico da Sífilis Congênita no Estado da Bahia, Brasil, 2007 A 2017

Ivana Nardes Santos¹, Bárbara Santos Ribeiro²,
Layres Canuta Cardoso³, Carine de Jesus Soares⁴

Resumen:

Este estudio analizó el perfil epidemiológico de la sífilis congénita en el estado de Bahía, Brasil, de 2007 a 2017. Esta es una investigación epidemiológica descriptiva con un enfoque cuantitativo. La recopilación de datos se realizó en septiembre de 2018 en el Sistema de Información y Notificación, disponible en el Departamento de Informática del Sistema Único de Salud de Brasil. Los datos se tabularon usando el software Microsoft Office Excel y Microsoft Office Word, y luego se analizaron usando estadísticas descriptivas usando cálculos de frecuencia absoluta y relativa. La sífilis congénita fue significativa en el estado de Bahía, con la notificación de 8,917 casos, con la región oriental 57.3% (n = 5,111) de los casos. Hubo un comportamiento creciente de casos entre 2010 y 2016, con una disminución en 2017. Con respecto al perfil de los casos, se encontró que 48.4% (n = 4,314) eran mujeres, 67.3% (n = 6,602) no blancos, 83.4% (n = 7,433) residentes urbanos y 93.6% (8,349) diagnosticados al sexto día de vida. Con respecto a las características maternas, el 35,2% (n = 3.134) declaró que la escuela primaria estaba incompleta, el 71,3% (n = 6.352) tenía atención prenatal y el 47,9% (n = 4.265) de las parejas no recibió tratamiento. . Se puede concluir que la sífilis congénita es un problema de salud pública en el estado de Bahía, que requiere que los gerentes y otros profesionales de la salud implementen acciones dirigidas a la prevención y el control de los casos.

¹Biomédica egressa da Faculdades Unidas de Pesquisa Ciências e Saúde (FAPEC). Jequié, Bahia. E-mail: ivananardes@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8863-7617>

² Enfermeira. Doutorado (em andamento) e Mestrado em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (PPGESUESB). E-mail: barbara_ribeiro2@hotmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3950-0374>

³ Enfermeira. Mestrado (em andamento) em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (PPGES/UESB). E-mail: laycanuta@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8666-5203>

⁴ Enfermeira. Doutorado (em andamento) e Mestrado em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (PPGESUESB). E-mail: carineesoares@hotmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7767-9443>

Palabras clave:

Sífilis Congênita; Atención Prenatal; Perfil de Salud; Epidemiología Descriptiva.

Abstract:

This study analyzed the epidemiological profile of Congenital Syphilis in the State of Bahia, Brazil, from 2007 to 2017. This is a descriptive epidemiological investigation with a quantitative approach. Data collection was performed in September 2018 in the Information and Notification System, available from the Department of Informatics of the Brazilian Unified Health System. Data were tabulated using Microsoft Office Excel and Microsoft Office Word software, and were then analyzed using descriptive statistics using absolute and relative frequency calculations. Congenital syphilis was significant in the state of Bahia, with the notification of 8,917 cases, with the eastern region 57.3% (n = 5,111) of the cases. There was an increasing behavior of cases between 2010 and 2016, with decline in 2017. Regarding the profile of the cases it was found that 48.4% (n = 4,314) were female, 67.3% (n = 6,602) non-white, 83.4% (n = 7,433) urban residents and 93.6% (8,349) diagnosed by the 6th day of life. Regarding maternal characteristics, 35.2% (n = 3,134) declared elementary school incomplete, 71.3% (n = 6,352) underwent prenatal care and 47.9% (n = 4,265) of partners did not receive treatment. . It can be concluded that congenital syphilis is a public health problem in the state of Bahia, which requires managers and other health professionals to implement actions aimed at preventing and controlling cases.

Keywords:

Congenital Syphilis; Prenatal Care; Health Profile; Descriptive Epidemiology.

Resumo:

Este estudo analisou o perfil epidemiológico da Sífilis Congênita no estado da Bahia, Brasil, no período de 2007 a 2017. Trata-se de uma investigação epidemiológica descritiva com abordagem quantitativa. A coleta de dados foi realizada em setembro de 2018 no Sistema de Informações e Agravos de Notificações, disponibilizado pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil. Os dados foram tabulados no programa *Microsoft Office Excel e Microsoft Office Word*, e em seguida, foram analisados por meio da estatística descritiva, utilizando-se de cálculos de frequência absoluta e relativa. A Sífilis Congênita mostrou-se expressiva no estado da Bahia, com a notificação de 8.917 casos, tendo a região Leste 57,3% (n=5.111) dos casos. Houve um comportamento crescente de casos entre 2010 e 2016, com declínio no ano de 2017. Em relação ao perfil dos casos identificou-se que 48,4% (n=4.314) foram do sexo feminino, 67,3% (n=6.602) não brancos, 83,4% (n= 7.433) residentes de zona urbana e 93,6% (8.349) com diagnóstico até o 6º dia de vida. No que se refere às características maternas, 35,2% (n=3.134) declararam ensino fundamental incompleto, 71,3% (n=6.352) realizaram pré-natal e 47,9% (n=4.265) dos parceiros não realizaram tratamento. Conclui-se que a Sífilis Congênita consiste em um problema de Saúde Pública

no estado da Bahia, o que exige por parte dos gestores e demais profissionais da área de saúde, a implementação de ações voltadas para a prevenção e controle dos casos.

Palavras Chaves:

Sífilis Congênita; Cuidado Pré-Natal; Perfil de Saúde; Epidemiologia Descritiva.

Introdução

A Sífilis é uma doença infecciosa sistêmica causada pela bactéria *Treponema pallidum*, de evolução crônica e muitas vezes assintomática, que tem como principais formas de transmissão as vias sexual e vertical. Apresenta-se nas formas adquirida e congênita, sendo que esta última, a depender do tempo de infecção e do grau de infectividade, subdivide-se em precoce e tardia⁽¹⁾.

A Sífilis Congênita (SC) apresenta-se de forma variável, desde assintomática, em 70% dos casos, até formas mais graves⁽¹⁾. A SC ocorre quando a mulher gestante tem sífilis e transmite a doença para o feto por via placentária, pela passagem pelo canal do parto ou até mesmo durante o aleitamento materno quando está na fase ativa da doença⁽²⁾.

Nesse caso, o bebê pode desenvolver alterações nos ossos, olhos, ouvidos ou nos dentes, hepatomegalia e esplenomegalia, feridas na pele, anemia, icterícia, coriza com secreções avermelhadas, feridas na boca, ínguas ou dificuldade para ganhar peso. Também é possível que gere um natimorto ou que aconteça a morte na infância, por conta das complicações pulmonares⁽¹⁾⁽²⁾.

A realização do diagnóstico de SC no recém-nascido assintomático é difícil por conta da presença dos anticorpos herdados da mãe e pela inviabilidade de cultivar o *Treponema pallidum*. Dessa forma, é necessária a aplicação de

critérios que considerem a história materna, o que contribuirá tanto para vigilância epidemiológica, quanto para o manejo clínico dos recém-nascidos. Essa definição de caso, de alta sensibilidade, inclui alguns recém-nascidos que, na verdade, não estão infectados⁽²⁾⁽³⁾.

Entretanto, como há uma chance de 40 a 100% de transmissão vertical em gestantes sem tratamento adequado para Sífilis, todos os recém-nascidos com probabilidade de ter adquirido a doença devem ser encaminhados para realização de procedimentos diagnósticos. Em alguns casos, pode ser necessário hospitalizar o recém-nascido por no mínimo 10 dias para tratamento. É necessário investigar se houve um tratamento adequado da mãe, antes ou durante a gestação, devidamente registrado na documentação do pré-natal. Nas situações em que essas condições não são cumpridas, o recém-nascido precisará ser investigado, e o binômio mãe/filho serão submetidos ao início de tratamento, ainda na maternidade⁽³⁾.

A SC é uma doença que pode ser evitada mediante o tratamento adequado da gestante infectada com penicilina, cuja eficácia é em torno de 95 a 100%. Desse modo, a incidência dessa patologia sugere baixa qualidade do pré-natal e o desinteresse por parte dos profissionais de saúde quanto ao diagnóstico e ao tratamento. Estudo realizado entre profissionais de saúde indica falta de conhecimento e familiari-

dade com relação aos protocolos preconizados para controle da doença, além da dificuldade em abordar as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), configurando a necessidade de educação continuada para melhoria da assistência⁽⁴⁾.

Considerando tratar-se de uma infecção neonatal evitável, a Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu a eliminação da SC como prioritária, e estipulou como meta a redução da incidência a 0,5 ou menos casos por 1000 nascidos vivos até o ano de 2015⁽⁵⁾.

Entretanto, ainda encontra-se no Brasil um cenário epidemiológico da SC em todos os estados com taxa de 6,5 casos para cada 1.000 nascidos vivos⁽⁶⁾. A situação torna-se mais preocupante ao considerar que no Brasil, o Ministério da Saúde, com o objetivo de qualificar as Redes de Atenção Materno-Infantil em todo o país e reduzir as taxas elevadas de morbimortalidade materno-infantil, instituiu a Rede Cegonha, que tem como um dos princípios, realização de exames de rotina com resultados em tempo oportuno, incluindo o teste rápido de triagem para sífilis e/ou VDRL/RPR⁽⁷⁾.

No estado da Bahia, observou-se crescimento da incidência de SC de 1,2 para 2,7 casos por 1.000 nascidos vivos, entre os anos de 2005 e 2012⁽⁸⁾. Também identificou-se incidência elevada da doença no município de Salvador, capital do estado, variando de 1,3 a 3,1 casos por 1.000 nascidos vivos, entre os anos de 1997 e 2002⁽⁹⁾.

Mediante as elevadas taxas de infecções por SC e as graves repercussões de morbimortalidade neonatal por essa infecção, torna-se relevante o desenvolvimento do presente estudo. Ademais, os poucos estudos na literatura destinados à avaliação da SC no estado da Bahia, justifica a

realização de pesquisas que possibilitem compreender a situação da problemática no estado.

Diante do exposto, este estudo tem como objetivo analisar o perfil epidemiológico da SC no estado da Bahia no período de 2007 a 2017.

Métodos

Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo, transversal, realizado no estado da Bahia, Brasil. A população do estudo foi composta por todos os casos de SC notificados no estado da Bahia, ocorridos no período de 2007 a 2017, com Classificação Internacional de Doenças (CID 10) e codificada como A 50.

Os dados desta pesquisa foram coletados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), disponibilizado pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS), no mês de setembro do ano de 2018.

As variáveis analisadas foram:

- a) Referentes ao indivíduo: sexo (masculino; feminino; ignorado); raça/ cor (ignorado; branca; não branca); zona de residência (ignorado; urbano; rural; periurbano); faixa etária do diagnóstico (até 6 dias; 7-27 dias; 28 dias < 1ano; 12 a 23 meses; 2 a 4 anos; 5 a 12 anos).
- b) Referentes à mãe do indivíduo: escolaridade (ignorado; analfabeto; ensino fundamental incompleto; ensino fundamental completo; ensino médio incompleto; ensino médio completo; ensino superior incompleto; ensino superior completo; não se aplica); realizou pré-natal (ignorado; sim; não); tratamento do parceiro (ignorado; sim; não).
- c) Referentes à localização da ocorrência: distribuição por macrorregião no estado da

Bahia, Brasil (Centro-Oeste; Centro-Norte; Extremo Sul; Leste; Nordeste; Norte; Oeste; Sudoeste; Sul).

A coleta e tabulação dos dados foi realizado por duas das autoras em 3 etapas diferentes. Na 1ª etapa, as pessoas responsáveis pela coleta, de forma separada e independente, fizeram as buscas no SINAN, norteadas por um *check-list* que definia as variáveis, população e período do estudo. Na 2ª etapa, os dados foram revistos de forma independente numa segunda revisão para determinar sua elegibilidade. Na 3ª etapa, as pessoas que fizeram a coleta e tabulação compartilharam os achados, e entraram em consenso em relação aos desacordos dos achados encontrados.

Para tabulação e análise dos dados utilizou-se o programa estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 21, mediante estatística descritiva, sendo apresentados em frequências absoluta e relativa, os quais são apresentados por meio de tabelas e gráficos.

Por se tratar de pesquisa que utiliza informações de acesso público, este estudo não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisas em Seres Humanos (CEP), de acordo com a resolução 510, de 07 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde – Brasil.

Resultados

Segundo os dados coletados a partir do SINAN, entre os anos de 2007 a 2017, foram notificados no estado da Bahia 8.917 casos de SC. Ao analisar o gráfico 1 constata-se que houve um comportamento crescente de casos entre 2010 e 2016, com declínio no ano de 2017.

Na tabela 1 é apresentado as características sócio-demográficas assistenciais maternas dos

Investigación

Tabela 1 – Características sociodemográficas dos casos de Sífilis Congênita notificados no Estado da Bahia, Brasil, 2007 a 2017.

Variáveis	N	%
Sexo		
Masculino	3.824	42,9
Feminino	4.314	48,4
Ignorado	779	8,7
Raça/cor		
Ignorado	2.473	27,7
Branca	442	5,0
Não branca	6.602	67,3
Zona de residência		
Ignorado	624	7,0
Urbano	7.433	83,4
Rural	793	8,9
Periurbano	67	0,7
Faixa etária do diagnóstico		
Até 6 dias	8.349	93,6
7 – 27 dias	289	3,3
28 a < 1 ano	233	2,6
1 ano a (12 a 23 meses)	22	0,2
2 a 4 anos	15	0,2
5 a 12 anos	9	0,1
TOTAL	8.917	100,0

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação

Tabela 2 – Características maternas dos casos de Sífilis Congênita notificados no Estado da Bahia, Brasil, 2007 a 2017.

Variáveis	N	%
Escolaridade da mãe (n=916)		
Ignorado	3.266	36,7
Analfabeto	80	0,9
Ensino fundamental incompleto	3.134	35,2
Ensino fundamental completo	572	6,4
Ensino médio incompleto	796	8,9
Ensino médio completo	909	10,2
Ensino superior incompleto	56	0,6
Ensino superior completo	40	0,4
Não se aplica	63	0,7
Realizou pré-natal		
Ignorado	1.256	14,0
Sim	6.352	71,3
Não	1.309	14,7
Tratamento do parceiro		
Ignorado	2.335	26,1
Sim	2.317	26
Não	4.265	47,9
TOTAL	8.917	100,0

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação

casos de SC notificados no estado da Bahia. Constatou-se que 48,4% (n=4.314) foram do sexo feminino, 67,3% (n=6.602) eram não brancos e 83,4% (n=7.433) oriundos da zona urbana. O diagnóstico ocorreu até o 6º dia de vida em 93,6% (n=8.349) dos casos.

Na tabela 2 é possível observar algumas características sociais e assistenciais maternas dos casos notificados com SC. Em relação a escolaridade das mães notou-se que 36,7% (n=3.266) dos casos tiveram essa informação ignorada e 35,2% (n=3.124) tiveram ensino fundamental incompleto. Dentre os casos notificados, 6.352 (n=71,3%) das mães tiveram acompanhamento pré-natal e 47,9% (n=4.265) não tiveram seus parceiros tratados.

Sugestão: as Tabelas 1 e 2 podem ser agregadas, ficando uma única tabela com o título: ‘Características sociodemográficas e assistenciais maternas dos casos notificados. estado da Bahia – Brasil, 2007 – 2017’

Se for possível, e se houver consentimento dos avaliadores, preferimos manter as Tabelas 1 e 2 a fim de apresentar os dados de maneira mais didática.

No gráfico 2 é possível observar a distribuição de casos por macrorregião no estado da Bahia. Identificou-se que 57,3% (n=5.111) foram notificados na região Leste, seguido da região Extremo Sul com 10,5% (n=937).

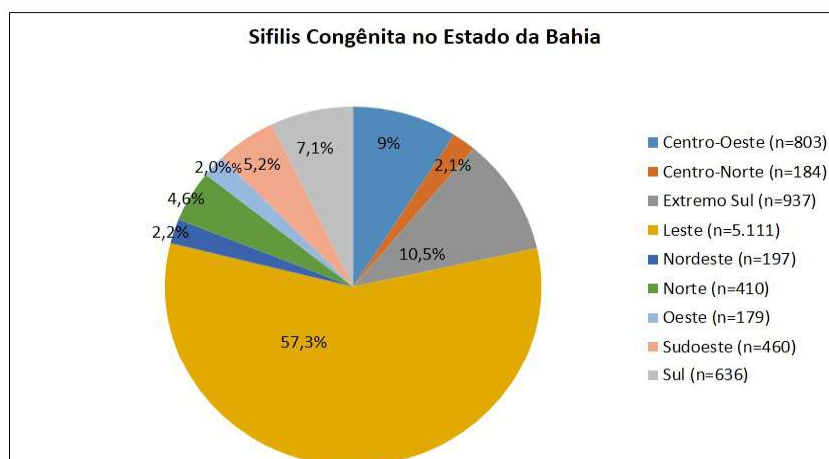
Discussão

No período estudado, a Bahia apresentou 8.917 casos de SC, revelando que a doença ainda é um problema de saúde do estado, e necessita de intervenções a fim de promover seu controle e eliminação. Por outro lado, o aumento da incidência pode ser resultado de melhorias na notificação e investigação dos casos, acrescido de melhor acompanhamento no pré-natal, e consequente rastreamento de SC⁽¹⁰⁾.

No que se refere à raça dos casos notificados, 67,3% (n=6.602) eram não brancos. De certa forma esse resultado corrobora com evidências disponíveis na literatura, que mostram um maior acometimento por Sífilis em gestantes que se autodeclararam pardas⁽¹¹⁾⁽¹²⁾⁽¹³⁾⁽¹⁴⁾.

A SC pode ser classificada em 2 tipos: SC precoce e SC tardia. A primeira é identificada até o 2º ano devida; a SC tardia é identificada após o

Gráfico 2. Distribuição dos casos de Sífilis Congênita notificados por macrorregião de saúde no Estado da Bahia, Brasil, período 2007 a 2017 (N=8.917)



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação

2º ano de vida ⁽¹⁵⁾. Na Bahia, embora a grande maioria das crianças tenha sido diagnosticada de maneira precoce (até o 2º ano de vida), ainda observou-se que em 0,2% (n=15) dos casos o diagnóstico ocorreu na faixa etária de 2 a 4 anos e 0,1% (n=9) entre 5 a 12 anos. Esses dados refletem as falhas nos diagnósticos e de estratégias de prevenção dessa doença, tanto na atenção primária à saúde como nos demais níveis de saúde, sendo necessário o cumprimento das ações preconizadas pelo Ministério da Saúde no binômio mãe/filho em relação à prevenção da SC ⁽¹⁶⁾.

Quando analisadas as características sociais e assistenciais maternas dos casos de SC, os resultados permitiram estimar que 35,2% (n=3.134) das mães tinham ensino fundamental incompleto, o que traduz os poucos anos de estudo. Essa evidência representa um desafio para o controle da SC no cenário da Saúde Pública, pois as gestantes infectadas com Sífilis precisam ter compreensão adequada sobre a patologia, o tratamento e a prevenção da SC. Espera-se que quanto maior o nível de instrução da população, melhor sejam as atitudes tomadas para manter-se saudável ⁽¹⁷⁾.

A SC não é uma doença que prioriza grupos populacionais, entretanto, mulheres jovens e com pouca escolaridade estão mais propensas a se infectarem pelo *Treponema pallidum* devido ao comportamento social de risco. Na maioria dos casos estas mulheres, têm múltiplos parceiros e não se previnem com preservativo durante o ato sexual ⁽²⁾.

No que concerne a assistência durante a gestação, em 71,3% dos casos (n=6.352), ocorreu acompanhamento pré-natal, e ainda assim, houve evolução para SC. A respectiva situação, juntamente com a evolução dos casos a partir

do ano 2011, pode ser causada pela indisponibilidade de matéria prima para produção da penicilina, conforme divulgado pelo Ministério da Saúde no Brasil. Nos últimos anos ocorreu uma drástica diminuição das reservas de penicilina, e conseqüentemente, estados brasileiros se encontraram em falta do fármaco para tratar mães, parceiros e crianças ⁽¹⁸⁾.

A Penicilina é o antibiótico preconizado para o tratamento de quadros infecciosos relevantes na saúde pública, a exemplo da Sífilis. Ressalta-se a Penicilina G Benzatina, considerada única droga efetiva na prevenção da SC durante o pré-natal, sendo o fármaco de escolha para tratamento da gestante identificada com a patologia, sendo que em crianças com SC, deve ser optado a Penicilina Cristalina ⁽¹⁵⁾⁽¹⁸⁾.

Uma problemática que acontece é a identificação de VDRL negativo na gestação e positivo no parto. Isso pode acontecer nas três situações: a) gestante com infecção muito recente, adquirida na gestação; b) cicatriz sorológica, podendo acontecer de o VDRL resultar negativo em um laboratório e positivo em título baixo em outro; c) falso positivo biológico impossível de determinar na maioria das vezes, uma vez que o teste treponêmico tende a ser positivo pela sífilis anterior ⁽¹⁹⁾.

Os testes não treponêmicos, a exemplo do VDRL, são proveitosos, pois são baratos e de alta sensibilidade (de modo especial na fase inicial da infecção), porém, a interpretação equivocada dos mesmos é comum por técnicos inexperientes, já que pode acontecer de títulos residuais muito baixos serem vistos como negativos na gestação, e na testagem da parturiente se apresentarem como positivos. Caso ocorra sorologia positiva na gestação em mulheres que já foram tratadas, ocorre outra complicação ⁽²⁰⁾.

Por outro lado, os testes treponêmicos permanecem positivos na maioria das pessoas tratadas, apesar de que em 25% possa ocorrer negatização. Na observação da gestante, muitas vezes é complicado afirmar se um teste não treponêmico baixo reflete uma memória imunológica, ou se essa pessoa, que poderia estar curada, teve nova contaminação. De acordo com os protocolos, a forma de deferir estas duas probabilidades é fazer um acompanhamento severo da gestante nessa situação, incluindo um teste não treponêmico mensal no decorrer do acompanhamento pré-natal. Assim, se o teste ainda estiver com títulos baixos, a paciente pode ser classificada como não tendo sífilis atual, e o seu feto pode ser considerado sem SC ⁽¹⁹⁾.

Em contrapartida, embora títulos altos de VDRL sejam mais frequentes entre as gestações com SC e mais ainda naquelas com resultados adversos, é importante assinalar que um título baixo não afasta a possibilidade de sífilis ativa na gestante e, conseqüentemente de SC no feto ⁽¹⁹⁾.

Esses 4 parágrafos acima (com sinalização inicial Azul) podem ser resumidos; não é necessário esse detalhamento sobre VDRL pois não foi investigado no estudo, não foi variável do estudo.

Tentamos compactar os 4 parágrafos, entretanto, não conseguimos resumir muito. Dentre os casos de SC identificados para o estado da Bahia, 71,3% foram procedentes de mães que realizaram pré-natal. Desse modo, sugerimos necessário dar uma melhor visibilidade sobre a análise do VDRL, visto que um teste não treponêmico baixo não descarta suspeita, mas segundo protocolo, sugere fazer acompanhamento severo da gestante. A inadequada interpretação do VDRL pode ser um fator que tem contribuído para a ocorrência de SC.

Outra questão que chama atenção é o fato de que em 47,9% dos casos (n=4.265) não ocorreu tratamento do parceiro ao longo do pré-natal. Sabe-se que os serviços enfrentam a grande dificuldade de tratar os parceiros de mulheres com ISTs, muitos deles são informados, no entanto, simplesmente optam por não procurar o serviço e não buscam o tratamento, motivados por questões culturais que afastam os homens dos serviços de saúde.

Nessa perspectiva, um estudo aponta para à fragmentação do cuidado relacionado à saúde do homem/parceiro como uma das causas desse afastamento, pois baixa frequência ao tratamento desse público pode estar relacionada a maneira como os serviços e profissionais atuam no acolhimento e assistência ao longo do período da gestação ⁽²¹⁾.

Na Bahia, houve notificação para SC em todas as regiões, sendo mais frequente na região leste, local onde encontra-se a capital, Salvador, além de outras importantes cidades para o estado, a exemplo de Feira de Santana e Camaçari. Embora seja uma das áreas mais desenvolvidas, os resultados demonstram que a gestão local precisa propor melhorias nas políticas de assistência à saúde materno-infantil.

Destaca-se como limitação para o desenvolvimento deste estudo o quantitativo de variáveis que apresentaram campos ignorados, o que pode influenciar a descrição do perfil epidemiológico da SC. Assim, salienta-se a necessidade de preenchimento completo das fichas de notificações para que se possa conhecer melhor o perfil dos casos, e paralelamente, elaborar e programar ações que possam proporcionar tratamento das gestantes sífilíticas e prevenção dos casos de SC.

Conclusão

Observou-se no estado da Bahia, um comportamento crescente de casos de SC entre 2010 e 2016, com declínio no ano de 2017. No que se refere ao perfil epidemiológico da SC na Bahia, identificou-se que o problema é mais frequente na região leste do estado, na população residente na zona urbana, não branca, envolvendo mulheres com pouca escolaridade. Outra questão analisada é que os casos de SC ocorreram em mulheres que realizaram o pré-natal, e ainda assim, não houve interrupção da cadeia de transmissão vertical, nem tratamento dos parceiros. Acrescenta-se o fato que a baixa produção de Penicilina no país, conforme publicado pelo Ministério da Saúde, pode ter repercutido no agravamento da situação.

A identificação do perfil epidemiológico da SC na Bahia pode auxiliar na elaboração e implementação de ações que visem diminuir sua ocorrência. Ademais, o presente estudo também chama atenção para a necessidade de capacitação dos profissionais de saúde, sobretudo dos enfermeiros que acompanham as gestantes tanto a nível de atenção básica, como nas maternidades, visando à identificação precoce do risco de ocorrência da SC, tratamento o quanto antes, e melhor preparo para realizar as notificações com qualidade.

Referências

1. Domingues RMSM, Leal MC. Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis: dados do estudo Nascer no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* [Internet] 2016; 32(6):1-12. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102=311-2016000605002X&script=sci_abstract&tlng=pt [consulta: 07 jun 2019].
2. Motta IA, Delfino IRS, Santos LV, Morita MO, Gomes RGD, Martins TPS, et al. Sífilis congênita: por que sua prevalência continua tão alta? *Rev Med Minas Gerais* [Internet] 2018; 28(Supl.6):e-S280610. Disponível em: <http://rmmg.org/sumario/189> [consulta: 07 jun 2019].
3. Lafetá KRG, Martelli Junior H, Silveira ME, Paranaíba LMR. Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle. *Revista Brasileira de Epidemiologia* [Internet] 2016; 19(1):63-74. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415=790-2016000100063X&script=sci_abstract&tlng=pt [consulta: 07 jun 2019].
4. Saraceni V, Pereira GFM, Silveira ME, Araujo MAL, Miranda AE. Vigilância epidemiológica da transmissão vertical da sífilis: dados de seis unidades federativas no Brasil. *Rev Panam Salud Publica* [Internet] 2017; 41:e44. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/rpsp/2017.v41/e44/pt> [consulta: 07 jun 2019].
5. Organização Mundial de Saúde. *Eliminação mundial da sífilis congênita: fundamento lógico e estratégia para ação*. Geneva: OMS; 2008.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Sífilis. *Boletim Epidemiológico* [Internet] 2016; 47(35):3-29.

- Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2016/boletim-epidemiologico-de-sifilis-2016>[consulta: 07 jun 2019].
7. Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília. [Internet]. 2012. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf [consulta: 26 out 2019].
 8. Brasileiro CSM, Ribeiro GS. Incidência e distribuição da sífilis congênita na Bahia, 2005-2012. *Revista Baiana de Saúde Pública* [Internet] 2016; 40 (Supl 2): 27-56. Disponível em: <http://rbps.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/2693/1895>[consulta: 26 out 2019].
 9. Almeida FMG, Pereira SM. Caracterização epidemiológica da sífilis congênita no município de Salvador, Bahia. *DST – J Bras Doenças Sex Transm* [Internet] 2007; 19(3-4):144-56. Disponível em: <http://rbps.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/2693/1895>[consulta: 26 out 2019].
 10. Sonda EC, Richter FF, Boschetti G, Casasola MP, Krumel CF, Machado CPH. Sífilis Congênita: uma revisão da literatura. *Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção* [Internet] 2013; 3(1):28-30. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/view/3022>[consulta: 07 jun 2019].
 11. Lima MG, Santos RFR, Barbosa GJA, Ribeiro GS. Incidência e fatores de risco para sífilis congênita em Belo Horizonte, Minas Gerais, 2001-2008. *Ciência Saúde Coletiva* [Internet] 2013; 18(2):499-506. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s1413-81232013000200021-&script=sci_abstract&tlng=pt[consulta: 07 jun 2019].
 12. Lima VC, Mororó RM, Martins MA, Ribeiro SM, Linhares MSC. Perfil epidemiológico dos casos de sífilis congênita em um município de médio porte no nordeste brasileiro. *Journal of Health Biological Sciences* [Internet] 2017; 5(1):56-61. Disponível em: <https://periodicos.unichristus.edu.br/jhbs/article/view/1012> [consulta: 07 jun 2019].
 13. Nonato SM, Melo APS, Guimarães, Mark DC. Sífilis na gestação e fatores associados à sífilis congênita em Belo Horizonte-MG, 2010-2013. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* [Internet] 2015; 24(4): 681-94. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?pid=S1679-49742015000400010-&script=sci_arttext&tlng=en [consulta: 07 jun 2019].
 14. Moreira KFA, Oliveira DM, Alencar LN, Cavalcante DFB, Pinheiro AS, Orfão NH. Perfil dos casos notificados de sífilis congênita. *Cogitare enferm* [Internet] 2017; 22(2):e48949. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/48949>[consulta: 07 jun 2019].
Brasil. Ministério da Saúde. Guia de vigilância em saúde: volume único. 2ª. ed. Brasília: MS; 2017.
 15. Andrade ALMB, Magalhães PVVS, Moraes MM, Tresoldi AT, Pereira RM. Diagnóstico tardio de sífilis congênita: uma realidade na atenção à saúde da mulher e da criança no Brasil. *Rev. paul. pediatr* [Internet] 2018; 36(3):376-81. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pi

Recibido 20190607

Aceptado 20191026