

Diferenciais intraurbanos de sífilis congênita no Recife, Pernambuco, Brasil (2004-2006)

doi: 10.5123/S1679-49742011000200010

Intraurban Differences Related to Inherited Syphilis in Recife, State of Pernambuco, Brazil (2004-2006)

Nara Gertrudes Diniz Oliveira Melo
Secretaria Municipal de Saúde, Recife-PE, Brasil

Djalma Agripino de Melo Filho
Núcleo de Saúde Pública e Desenvolvimento Social, Universidade Federal de Pernambuco, Recife-PE, Brasil

Luiz Oscar Cardoso Ferreira
Departamento de Medicina Social, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Pernambuco, Recife-PE, Brasil

Resumo

Objetivo: o estudo analisa diferenciais intraurbanos da sífilis congênita (SC) no Recife-PE, entre 2004 e 2006, segundo fatores biológicos, socioeconômicos e assistenciais. **Metodologia:** com base no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) e do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc), realizou-se estudo descritivo e ecológico em que foram classificados os bairros pela condição de vida e segundo proporções de nascidos vivos (NV) com baixo peso ao nascer (BPN) e da raça/cor negra, filhos de mães com idade inferior a 20 anos e escolaridade menor do que 4 anos de estudo, idade gestacional inferior a 37 semanas e com até três consultas de pré-natal. **Resultados:** foram detectados 700 casos de SC (10,2/1.000 NV); após comparação dos coeficientes entre os três estratos de bairros, identificaram-se como fatores de risco a raça/cor preta e parda, a condição de vida, a idade materna inferior a 20 anos, a escolaridade materna menor do que 4 anos e número de consultas de pré-natal inferior a 4, e como consequência associada, o BPN. **Conclusão:** a SC apresentou distribuição desigual no espaço urbano, demandando estratégias diferenciadas de intervenção.

Palavras-chave: sífilis congênita; doenças transmissíveis; pré-natal; desigualdade em saúde.

Summary

Objective: this study analyzed intraurban differences in biological, socioeconomic and care factors related to inherited syphilis in the Municipality of Recife, State of Pernambuco, Brazil, between 2004 and 2006. **Methodology:** a descriptive ecological study based on data from the Information System for Notifiable Diseases (Sinan) and the Newborn Information System (Sinasc); city districts were classified in relation to living conditions and to the proportion of live births characterized by low birth weight, black colored, children from mothers aged less than 20 years, schooling less than 4 years, gestational age less than 37 weeks, and mothers who had less than four prenatal consultations. **Results:** seven hundred cases of inherited syphilis were detected (10.2/1,000 live births); after comparing data from three district strata, the study identified as risk factors, black people or people with mixed color/race, living conditions, mothers aged less than 20 years, schooling less than 4 years and prenatal consultations less than 4, along with the associated consequence of low birth weight. **Conclusion:** inherited syphilis presented uneven distribution in the urban space, thus requiring differential intervention strategies.

Key words: inherited syphilis; transmissible diseases; prenatal care; healthcare disparities.

Endereço para correspondência:

Secretaria de Saúde do Recife, Gerência de Epidemiologia, Rua Major Codeceira, 194, Santo Amaro, Recife-PE, Brasil.
CEP: 50100-070
E-mail: namelo@recife.pe.gov.br

Introdução

A despeito da disponibilidade de tecnologias eficientes para diagnóstico e tratamento, a sífilis, doença de transmissão sexual, persiste no século XXI como problema mundial de Saúde Pública, acometendo dois milhões de gestantes ao ano e causando impacto negativo na saúde da mulher e de seu concepto.¹ A forma congênita da doença, secundária à infecção intrauterina, associa-se a uma incidência de 40% de perdas gestacionais, com risco de abortamento, morte fetal e neonatal, além de outras complicações precoces e tardias nos nascidos vivos, inclusive elevando a mortalidade infantil.¹⁻³

A ocorrência de sífilis congênita é reconhecida como um indicador sensível de avaliação da qualidade da assistência pré-natal, posto que evidencia deficiências de ordem tanto estrutural como técnica dos serviços de saúde.⁴⁻⁶ No Brasil, em 2006, 79% dos casos de sífilis congênita vincularam-se a mães que fizeram pré-natal, embora entre essas, apenas 55% receberam diagnóstico de sífilis na gravidez, e 66%, os respectivos parceiros não foram tratados.⁷

Com a adoção de uma assistência pré-natal de qualidade, que pressupõe acesso ao cuidado, diagnóstico oportuno e tratamento adequado da gestante infectada e seu(s) parceiro(s) sexual(is), a doença pode ser prevenida e, até mesmo, eliminada.

Embora o pré-natal tenha sido tradicionalmente avaliado pelo número de consultas e pela precocidade do início do acompanhamento, torna-se fundamental garantir uma boa qualidade do conteúdo do atendimento, aspecto que tem sido negligenciado na rede do Sistema Único de Saúde (SUS).^{4-6,8}

Com a adoção de uma assistência pré-natal de qualidade, que pressupõe acesso ao cuidado, diagnóstico oportuno e tratamento adequado da gestante infectada⁹ e seu(s) parceiro(s) sexual(is), a doença pode ser prevenida e, até mesmo, eliminada.^{1,2} Esse acesso ao pré-natal é social e economicamente determinado por fatores como renda, etnia, escolaridade e localização, o que contribui para a exclusão dessas ações de saúde de uma parcela significativa de gestantes.^{4,8,10-12}

Por guardar estreita relação com as condições sociais e econômicas, a sífilis distribui-se de modo desigual no mundo, com maior prevalência no Sul e Sudeste Asiático e na África Subsaariana.¹ Ainda que em alguns países desenvolvidos seja verificado registro de epidemias e reemergência da sífilis adquirida,^{5,12} a forma congênita da doença é rara nesses lugares, situação diferente da dos países em desenvolvimento, onde o número de casos é elevado e crescente, em consequência da ausência ou da baixa cobertura de programas de prevenção.¹³⁻¹⁵

No Brasil, o controle da sífilis congênita ainda não foi alcançado. Em 2004, estudo multicêntrico realizado em parturientes detectou prevalência de 1,6%, com estimativa anual de 50 mil gestantes infectadas e 12 mil nascidos vivos com a doença.⁶ Nas macrorregiões, a magnitude oscilou entre 1,3% no Centro-oeste e 1,9% no Nordeste, revelando a heterogeneidade da distribuição dos casos no país.^{6,16} Estudo sobre a mortalidade por sífilis mostrou que as regiões Norte e Nordeste apresentaram situações mais desfavoráveis.¹⁷

Além desses diferenciais geográficos, o perfil de parturientes com sífilis, mesmo nos espaços intraurbanos, é diferenciado e revela que essas mulheres são jovens, com baixa escolaridade e condição socioeconômica, com estilos de vida mais vulneráveis e limitado acesso a atenção pré-natal adequada,^{3,14,18,19} fortalecendo a concepção que defende a determinação socioeconômica da sífilis.^{16,18}

No Recife, capital do Estado de Pernambuco, onde o coeficiente de detecção da doença aumentou de 7,9 (2001) para 11,3 casos por mil nascidos vivos (2006),²⁰ a situação da sífilis congênita ainda não foi investigada segundo recortes do espaço urbano. A epidemiologia, ao estudar as desigualdades no processo de adoecimento e morte nesses microespaços, pode revelar aspectos importantes para a prevenção e controle do agravo. Este estudo analisa a associação entre morbidade por sífilis congênita e indicadores biológicos, socioeconômicos e de assistência ao pré-natal em estratos intraurbanos do Recife-PE, no período entre 2004 e 2006.

Metodologia

Dois desenhos, um descritivo e outro de natureza ecológica, ambos referentes ao período entre 2004 e 2006, foram conduzidos no Recife-PE, localidade carac-

terizada por grandes desigualdades socioeconômicas.²¹ Na primeira etapa, a unidade amostral foi o caso de sífilis congênita, e na segunda, essas unidades foram constituídas pelos 94 bairros, estes caracterizados pelos indicadores de morbidade e relativos às características da criança, da mãe e da assistência pré-natal. Considerou-se como caso toda criança com idade menor que um ano, ou aborto ou natimorto de mães residentes no Recife, com diagnóstico confirmado de sífilis congênita de acordo com critérios do Ministério da Saúde.²

Os casos de sífilis congênita foram coletados na Secretaria de Saúde do Recife por meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), e os relativos aos nascidos vivos, pelo Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc), ambos coordenados em nível nacional pelo Ministério da Saúde. Na seleção das variáveis, considerou-se sua disponibilidade nos sistemas e grau de preenchimento. Foram coletadas informações sobre idade e escolaridade materna, peso ao nascer, raça/cor da criança (considerada *proxy* da raça/cor da mãe), idade gestacional e número de consultas de pré-natal. As características maternas (idade e escolaridade) foram descritas em todos os casos, incluindo abortos, natimortos e nascidos vivos; já as variáveis relativas à criança e à assistência pré-natal foram utilizadas nos casos ocorridos em nascidos vivos.

Todas as informações foram revisadas. Logo, as referentes aos casos em neonatos foram comparadas às procedentes do banco de dados de nascidos vivos, pela relação determinística entre o Sinan e o Sinasc. Esse processo visou recuperar dados ignorados e agregar novas variáveis; quando necessário, procedeu-se à correção por meio de visitas às maternidades e residências.

Na fase descritiva, calcularam-se, para todas as variáveis, proporções e o coeficiente de detecção (CD) de sífilis congênita em cujo numerador incluiu-se o número de casos com menos de um ano de idade, e no denominador, o número de nascidos vivos de mães residentes no Recife, multiplicado por 1000. Na fase da análise ecológica, calcularam-se, para cada bairro, proporções de nascidos vivos com peso ao nascer menor do que 2.500 gramas (baixo peso ao nascer – BPN), com idade gestacional ao nascer inferior a 37 semanas, da raça/cor preta e parda, e de filhos de mães com idade menor do que 20 anos (mães adolescentes), escolaridade menor que quatro anos de estudo ou que realizaram de nenhuma até três (inclusive) consultas de pré-natal durante essa gestação. Tomando-se o

tercil como ponto de corte, os bairros com base nesses indicadores foram classificados, segundo a situação, em três estratos: I – Melhor; II – Regular; e III – Pior.

Para classificar os bairros segundo condição de vida, adotou-se o Índice de Condição de Vida (ICV),²¹ construído a partir de informações sobre educação, renda e habitação disponibilizadas pelo Censo Demográfico de 2000. Os bairros também foram agrupados em três estratos segundo a magnitude do ICV. O estrato I, de melhor condição de vida, foi composto por 23 bairros; o estrato II, de condição intermediária, por 33 bairros; e o terceiro, de baixa condição de vida, agregou 38 bairros. Calcularam-se as razões de coeficientes (RC) e a sobremorbidade absoluta e relativa, tomando-se como referência o estrato I, de melhor condição de vida. Para o ajuste de fatores de confusão, procedeu-se à análise estratificada dos indicadores pela situação de assistência pré-natal e de condição de vida. Os estratos I (melhor condição) e II (condição intermediária) passaram a formar um só agrupamento. Para possibilitar a visualização espacial desses indicadores e seus diferenciais no espaço urbano, desenharam-se mapas temáticos.

Utilizou-se o χ^2 de Pearson para testar a homogeneidade entre proporções e coeficientes e o χ^2 de tendência linear para avaliar a tendência dos coeficientes nos estratos, rejeitando-se a hipótese nula quando o erro α fosse menor do que 5%.

Considerações éticas

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade de Pernambuco (UPE), sob o registro n° 131/08, em 5 de setembro de 2008.

Resultados

De 2004 a 2006, entre residentes do Recife, foram detectados 700 casos de sífilis congênita em crianças menores de um ano de idade, sobre um total de 68.807 nascidos vivos (NV). Dos casos menores de um ano, 659 (94,14%) ocorreram em nascidos vivos e 41 (5,86%) foram vinculados a abortos ou natimortos. O coeficiente médio de detecção para o município foi de 10,2 casos por mil nascidos vivos.

À exceção da idade materna, todas as variáveis estudadas mostraram-se associadas à sífilis congênita ($p < 0,0001$). Constituíram fatores de risco para essa ocorrência a escolaridade materna menor que quatro

anos, o número de consultas de pré-natal menor que quatro e a criança ser da raça/cor preta e parda. Como consequências associadas, identificaram-se o peso ao nascer menor do que 2.500g e a idade gestacional inferior a 37 semanas. Destaca-se, ainda, que o risco de sífilis congênita diminuiu com o aumento da escolaridade materna e do número de consultas de pré-natal (Tabela 1).

Verificou-se entre os estratos um gradiente no risco de ocorrência de sífilis congênita cujo aumento foi diretamente proporcional à piora dos indicadores

socioeconômicos, de assistência pré-natal e biológicos, exceto prematuridade ($p=0,4945$). A representação dos indicadores em mapas temáticos evidenciou a heterogeneidade do risco de ocorrência de sífilis congênita no espaço urbano do município. A pior situação avaliada pelos indicadores socioeconômicos e de assistência pré-natal concentrou-se em áreas mais periféricas da cidade. Quando se recortam os estratos pelo baixo peso ao nascer, a situação mais desfavorável encontra-se na região noroeste e norte do município (Figura 1).

Tabela 1 - Número e proporção de casos de sífilis congênita, nascidos vivos e coeficiente de detecção (por 1000 nascidos vivos) segundo características maternas, da criança e de assistência pré-natal no Município do Recife-PE. Brasil, 2004 a 2006

Característica	Casos		Nascidos vivos		Coeficiente de detecção	p
	N	%	N	%		
Materna^a						
Faixa etária (anos)						0,8547
<20	140	20,00	14.309	20,80	9,78	
20-29	385	55,00	37.249	54,14	10,34	
30 e +	175	25,00	17.242	25,06	10,15	
Escolaridade (anos)						<0,0001
<4	122	18,15	4.531	6,71	26,93	
4 a 7	387	57,59	22.984	34,03	16,84	
8 e +	163	24,26	40.026	59,26	4,07	
Criança^b						
Peso ao nascer (g)						<0,0001
<2500	108	16,39	6.240	9,07	17,31	
2500 e +	551	83,61	62.539	90,93	8,81	
Idade gestacional (semanas)						<0,0001
<37	84	12,75	5.424	7,89	15,49	
37 e +	575	87,25	63.347	92,11	9,08	
Raça/cor						<0,0001
Preta e parda	571	86,78	43.351	63,76	13,17	
Branca	87	13,22	24.636	36,24	3,53	
Assistência pré-natal^b						
Número de consultas						<0,0001
<4	170	26,11	8.185	12,03	20,77	
4 a 6	317	48,69	24.784	36,43	12,79	
7 e +	164	25,19	35.064	51,54	4,68	

a) n= 700 casos com idade menor que um ano

b) n= 659 casos neonatos com idade menor do que um ano

Nota: A soma do total em cada categoria varia devido à exclusão de casos e de nascidos vivos para os quais não havia informação disponível.

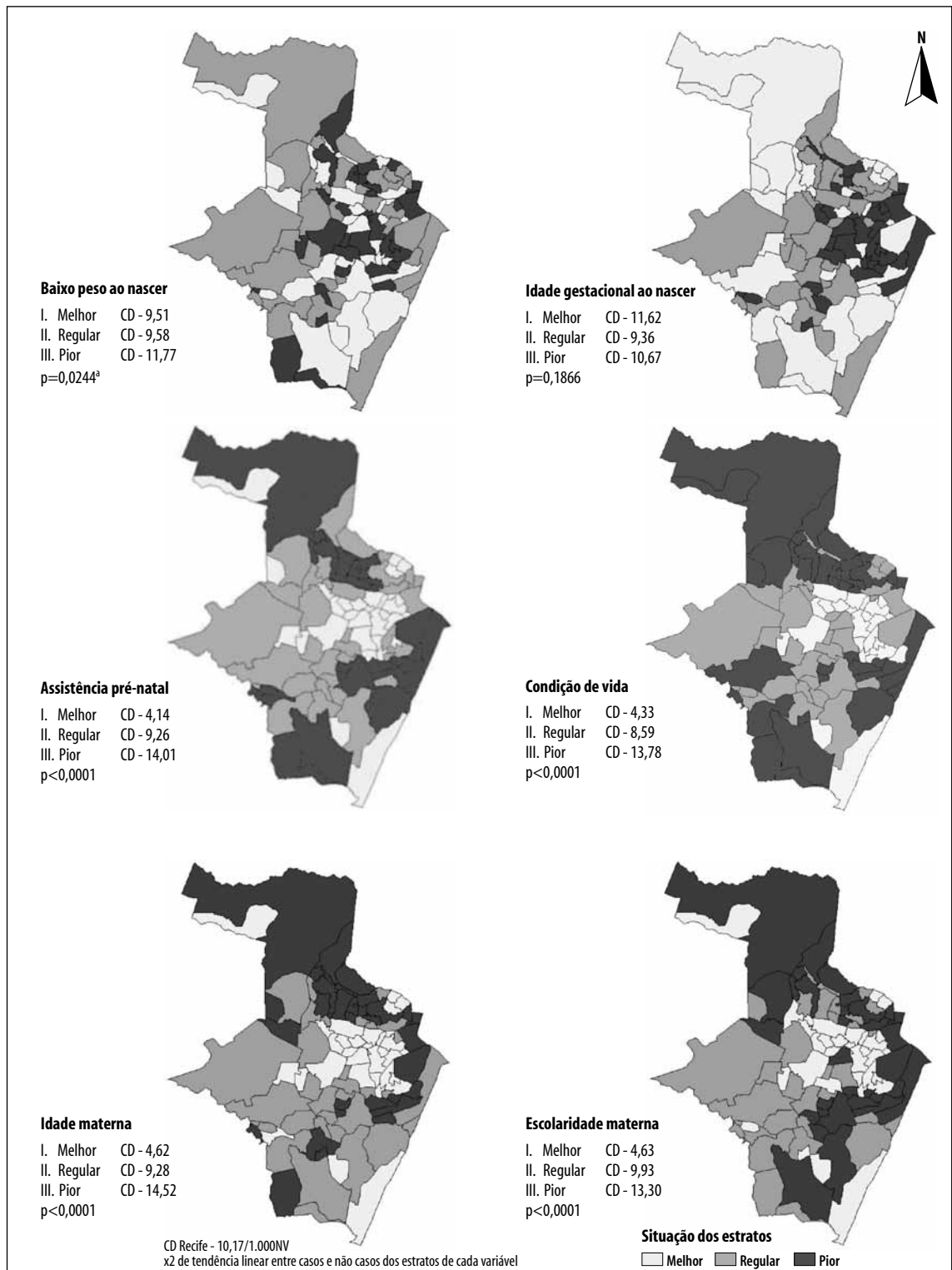


Figura 1 - Coeficiente de detecção (CD) de sífilis congênita (por 1.000 nascidos vivos) em estratos de bairros definidos segundo indicadores biológicos, socioeconômicos e de assistência pré-natal no Município do Recife-PE. Brasil, 2004 a 2006

Quando se avaliou a sobremorbidade de sífilis congênita, observou-se excesso de casos no Recife e nos estratos de pior situação, definidos por todos os indicadores, exceto prematuridade. Os maiores excessos relativos de casos foram detectados em

estratos com maior proporção de mães com menos de quatro consultas de pré-natal (70,49%) e com idade inferior a 20 anos (68,18%), e naqueles com precária condição de vida (68,59%), conforme mostra a Tabela 2.

Tabela 2 - Sobremorbidade de sífilis congênita (excesso absoluto e relativo de casos) em estratos de bairros definidos segundo indicadores biológicos, socioeconômicos e de assistência pré-natal no Município do Recife. Brasil, 2004 a 2006

Estratos de bairros segundo indicadores	Casos observados	Casos esperados	Excesso absoluto de casos	Excesso relativo de casos (%)
Indicadores biológicos				
Proporção NV^a de baixo peso ao nascer (%)				
I (<8,64)	204	204	—	—
II (8,64-9,65)	264	262	2	0,75
III (>9,65)	232	187	45	19,24
Recife	700	653	47	6,57
Proporção de NV^a com idade gestacional <37 sem (%)				
I (<7,30)	222	222	—	—
II (7,30-8,69)	367	455	—	—
III (>8,69)	111	121	—	—
Recife	700	798	—	—
Proporção NV^a raça/cor preta e parda (%)				
I (<57,83)	80	80	—	—
II (57,83-70,71)	228	125	103	45,33
III (>70,71)	392	137	255	65,03
Recife	700	342	358	51,11
Indicadores socioeconômicos				
Índice de condição de vida^b				
I (elevado)	53	53	—	—
II (intermediário)	217	109	108	49,65
III (baixo)	430	135	295	68,59
Recife	700	297	403	57,47
Proporção NV^a com idade materna <20 anos (%)				
I (<18,18)	71	71	—	—
II (18,18-22,92)	258	128	130	50,24
III (>22,92)	371	118	253	68,18
Recife	700	317	383	54,59
Proporção NV^a com escolaridade materna <4 anos (%)				
I (<4,92)	64	64	—	—
II (4,92-7,17)	277	129	148	53,43
III (>7,17)	359	125	234	65,18
Recife	700	318	382	54,54
Indicador de assistência pré-natal				
Proporção NV^a de mães com menos de 4 consultas (%)				
I (<9,24)	54	54	—	—
II (9,24-13,02)	261	117	144	55,35
III (>13,02)	385	114	271	70,49
Recife	700	285	415	59,28

a) Indicador sintético (Guimarães, 2003)

b) Indicador sintético (Guimarães, 2003)

No nível ecológico, todas as variáveis estudadas – exceto prematuridade – mostraram-se associadas à ocorrência de sífilis congênita, mesmo após ajuste com a condição de vida e com a assistência pré-natal. Comparando-se os estratos de pior com os de melhor situação, verificou-se que, após ajuste pela assistência pré-natal com menos de quatro consultas, os indicadores com maior força de associação com essa ocorrência foram: idade materna inferior a 20 anos (RC=2,16; IC_{95%}: 1,91-2,45); e raça/cor preta e parda (RC=2,07; IC_{95%}: 1,82-2,37). Quando ajustada pela condição de vida, a maior associação encontrada

foi com a assistência pré-natal com menos de quatro consultas (RC=2,29; IC_{95%}: 2,00-2,64), seguida pela idade materna menor do que 20 anos (RC=2,15; IC_{95%}: 1,90-2,45) e raça/cor preta e parda (RC=2,06; IC_{95%}: 1,79-2,36) (Tabela 3).

Discussão

Os resultados mostraram associação entre detecção de sífilis congênita e indicadores biológicos, socioeconômicos e de assistência pré-natal, evidenciando a diversidade de fatores que determinam sua

Tabela 3 - Razão de coeficientes de sífilis congênita bruta e ajustada por consultas de pré-natal e condições de vida em estratos de bairros definidos segundo indicadores biológicos e socioeconômicos no Município do Recife. Brasil, 2004 a 2006

Estratos de bairros segundo indicadores	RC bruta IC _{95%}	P	RC ajustada ^a IC _{95%}	P	RC ajustada ^b IC _{95%}	P
Indicadores biológicos						
Proporção (%) NV^c de baixo peso ao nascer						
I + II (<8,64)	1,00		1,00		1,00	
III (≥8,64)	1,31 (1,13-1,52)	0,0003	1,21 (1,08-1,34)	0,0006	1,24 (1,12-1,38)	0,0005
Proporção (%) de NV^c idade gestacional <37sem						
I + II (<7,30)	1,00		1,00		1,00	
III (≥7,30)	0,91 (0,78-1,05)	0,2027	0,96 (0,86-1,07)	0,4604	0,96 (0,87-1,07)	0,4945
Proporção (%) NV^c Raça/cor preta e parda						
I + II (<57,83)	1,00		1,00		1,00	
III (≥57,83)	2,20 (1,85-2,60)	<0,0001	2,07 (1,82-2,37)	<0,0001	2,06 (1,79-2,36)	<0,0001
Indicadores socioeconômicos						
Índice de condição de vida						
I + II (elevado + intermediário)	1,00		1,00		–	–
III (baixo)	1,31 (1,03-1,67)	0,0246	1,26 (1,07-1,50)	0,0071	–	–
Proporção (%) NV^c idade materna <20 anos						
I + II (<18,18)	1,00		1,00		1,00	
III (≥18,18)	2,33 (1,97-2,76)	<0,0001	2,16 (1,91-2,45)	<0,0001	2,15 (1,90-2,45)	<0,0001
Proporção (%) escolaridade materna < 4 anos						
I + II (<4,92)	1,00		1,00		1,00	
III (≥4,92)	1,77 (1,49-2,12)	<0,0001	1,63 (1,44-1,85)	<0,0001	1,61 (1,42-2,64)	<0,0001
Indicador de assistência pré-natal						
Proporção (%) de mães com menos de 4 consultas						
I + II (<13,02)	1,00		–	–	1,00	
III (≥13,02)	2,38 (2,00-2,84)	<0,0001	–	–	2,29 (2,00-2,64)	<0,0001

a) RC: razão de coeficiente para consultas pré-natal

b) RC: razão de coeficiente para condição de vida

c) NV: nascido vivo

transmissão vertical, não se restringindo aos aspectos relacionados às características individuais (maternas e da criança) e da atenção pré-natal mas também voltados às características da organização do espaço e da condição de vida.

Embora o sub-registro e a subnotificação da doença sejam uma realidade no país,^{6,22} a elevada magnitude do coeficiente de detecção de sífilis congênita encontrado no Recife distancia-se da meta de eliminação desse agravo (0,5 caso/1.000 NV) e contrasta com a alta cobertura de pré-natal (quatro e mais consultas) observada no município (87,0%),²⁰ indicando possíveis falhas na assistência à gestante.

O valor do coeficiente observado no Recife é superior à média do Brasil (2,0/1.000 NV), da Região Nordeste (2,5/1.000 NV) em 2006⁷ e de algumas capitais brasileiras, como Salvador (1,4/1.000 NV) em 2002.²³

As características maternas dos casos são semelhantes ao perfil encontrado em outros grandes centros urbanos brasileiros, como nas capitais Rio de Janeiro-RJ³ e Porto Alegre-RS.¹⁸ Trata-se de mulheres pobres, pouco escolarizadas e expostas a uma assistência pré-natal inadequada. Cabe ressaltar não só o alto risco de sífilis congênita em mães que realizaram menos de quatro consultas de pré-natal, como também a proporção de casos em mães com mais de sete consultas. Esse comportamento, também encontrado em outros estudos, expõe fragilidades na assistência pré-natal relativas ao acesso e à oportunidade do diagnóstico e do tratamento adequado da gestante infectada e seu(s) parceiro(s) sexual(is).^{24,25}

A associação encontrada entre maior risco de detecção de sífilis congênita e alguns desfechos da gravidez, como prematuridade e baixo peso ao nascer, considerados mediadores do elevado risco de mortalidade perinatal, também é observada em outros estudos.^{3,5,14} Esses desfechos podem ser considerados não como fatores de risco e sim como condições marcadoras para identificação pelos serviços de saúde de puérperas com sorologia positiva para sífilis.¹⁹

A distribuição espacial dos indicadores evidencia um padrão de agregação que possibilita visualizar no município áreas heterogêneas, nas quais as ações para controle desse agravo podem ser planejadas em consonância com as necessidades e prioridades, guardando coerência com as diretrizes do SUS.

Na análise da raça/cor, os resultados retratam diferencial marcante, como a maior incidência da

doença em recém-nascidos da raça/cor preta e parda. Este achado é reflexo de fatores sociais, mais do que biológicos,¹⁸ e revela-se como condição preditora da não realização de testes de rastreamento no pré-natal.²⁶ As mulheres negras têm menores chances de acesso ao pré-natal adequado¹² e, portanto, menos oportunidade para detecção e tratamento da sífilis durante a gravidez.

Os achados deste estudo confirmam a influência da condição de vida na determinação da sífilis congênita, mostrando maior ocorrência desse agravo no segmento mais empobrecido da população.^{16,18,19} Vários estudos têm demonstrado a relação entre fatores sociais e atenção pré-natal de qualidade, ao verificarem que as mães com baixa renda são as que tem menos acesso a esse atendimento durante a gestação. Além disso, tiveram menor número de consultas e o iniciaram mais tardiamente.^{8,10,27} Ressalta-se o rastreamento para sífilis com maior idade gestacional e em menor número de VDRL,⁸ que se configuram como obstáculos à prevenção da transmissão vertical da sífilis.¹¹

Outra condição a destacar é o maior risco de sífilis congênita em estratos de bairros com maior proporção de nascidos vivos de mães adolescentes, as quais geralmente pertencem a famílias de menor renda e sem companheiro estável e, portanto, são mais vulneráveis a complicações na gestação e menor acesso à assistência pré-natal adequada. Esses fatores têm desempenhado papel preponderante na morbimortalidade perinatal e neonatal, incluindo a sífilis, o que requer uma atenção especial dos planejadores em saúde.^{3,5,10,26,28}

A associação da sífilis congênita com a escolaridade materna também tem sido observada em outras capitais brasileiras, onde se destaca a baixa escolaridade materna como um dos principais fatores relacionados a esse agravo.^{3,18,29} A reconhecida associação dessa condição com a pobreza é um dos determinantes no acesso das gestantes a uma assistência pré-natal inadequada,¹¹ o que contribui para a persistência da transmissão vertical da sífilis nesse segmento da população.

O coeficiente de detecção de sífilis congênita mostrou-se um indicador sensível para revelar diferenças na acessibilidade da assistência pré-natal,⁴ fato consistente com a literatura, a qual aponta a ausência ou o baixo número de consultas de pré-natal como um fator de risco independente para a transmissão vertical da sífilis.^{14,18} A ausência de consultas torna-se um agravante, haja vista sua associação a um risco

cerca de 20 vezes maior para esse agravo.³ Todavia, o uso inadequado dos serviços de saúde reflete não só as desigualdades sociais mas, sobretudo, o despreparo da rede básica de saúde para captação e adesão dessas gestantes no pré-natal.²⁵

Dados referentes a risco de sífilis congênita e acompanhamento pré-natal, também revelados em outros estudos, expõe fragilidades na assistência pré-natal relativas ao acesso, oportunidade de diagnóstico e tratamento adequado da gestante infectada e seu(s) parceiro(s).

A sobremorbidade para sífilis congênita, observada nos estratos e no Recife, revela o excesso de casos que poderia ter sido evitado em cada estrato se sua morbidade fosse igual ao estrato de melhor situação. A evitabilidade dos casos de sífilis congênita por medidas de atenção à saúde remete, obrigatoriamente, à presunção desse agravo como um evento sentinela.

O perfil da sífilis congênita no Recife mostrou um elevado risco de ocorrência da doença, caracterizado

por condições desfavoráveis e de exclusão social para a mãe e seu conceito. No espaço urbano, o coeficiente de detecção de sífilis congênita apresentou marcantes diferenciais, ocultados pelos indicadores médios do Recife, e associou-se a fatores biológicos, socioeconômicos e à assistência pré-natal, demandando tecnologias adequadas e estratégias diferenciadas para seu controle em áreas e grupos mais vulneráveis.

Os achados aqui apresentados remetem, também, à necessidade de se rever a atenção pré-natal ofertada no município. Estes autores enfatizam a questão da acessibilidade aos serviços de saúde e à qualidade dos cuidados prestados à gestante, recomendando o enfoque de risco com atenção diferenciada para grupos mais vulneráveis (discriminação positiva), fundamental à consecução das ações de saúde incluídas nos protocolos para eliminação da doença.²⁵

A abordagem da sífilis congênita como agravo evitável pela ação dos serviços de saúde, sob o olhar dos diferenciais intraurbanos, não deve ser apenas uma estratégia a ser adotada como regra e sim uma questão ética, que implica uma “morbimortalidade consentida”, o que se contrapõe aos princípios constitucionais de universalidade, integralidade e equidade do Sistema Único de Saúde.

Referências

1. Organização Mundial de Saúde. Eliminação mundial da sífilis congênita: fundamento lógico e estratégia para ação. Genebra: OMS; 2008.
2. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids: diretrizes para o controle da sífilis congênita. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
3. Saraceni V, Guimarães MHSE, Theme Filha MM, Leal MC. Mortalidade perinatal por sífilis congênita: indicador da qualidade da atenção à mulher e à criança. Cadernos de Saúde Pública 2005; 21(4):1244-1250.
4. Serruya SJ, Lago TDG, Cecatti JG. O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil 2004; 4(3): 269-279.
5. Lorenzi DRS. Sífilis congênita como indicador de assistência pré-natal. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria 2001; 23(10):647-652.
6. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Plano operacional para redução da transmissão vertical do HIV e da Sífilis. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
7. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids, Boletim Epidemiológico AIDS/DST 2008; 5(1):45-49.
8. Lima BGC, Costa MCN, Dourado MIC. Avaliação da qualidade do rastreamento de HIV/aids e sífilis na assistência pré-natal. Epidemiologia e Serviços de Saúde 2008; 17(2):123-153.
9. Berman SM. Maternal syphilis: patho physiology and treatment. Bulletin of the World Organization [Internet]. 2004; 82(6):433-438 [acessado em 29 abr. 2009]. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/bwho/v82n6/v82n6a09.pdf>
10. Halpern R, Barros FC, Victora CG, Tomasi E. Atenção pré-natal em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 1993. Cadernos de Saúde Pública 1998; 14(3):487-492.

11. Coimbra CL, Silva AAM, Mochel EG, Alves MTS, Ribeiro VS, Aragão VME, et al. Fatores associados à inadequação do uso da assistência pré-natal. *Revista de Saúde Pública* 2003; 37(4):456-62.
12. Leal MC, Gama SGN, Cunha CB. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1991-2001. *Revista de Saúde Pública* 2005; 39(1):100-107.
13. Walker DG, Walker GJA. Forgotten but not gone: the continuing source of congenital syphilis. *The Lancet Infectious Diseases*. 2002; 2(7):432-436 [acessado em 8 abr 2008]. Disponível em: <http://www.thelancet.com/journals/laninf/issue/current>
14. Salakhov E, Tikhonova L, Southwick K, Shakarishvili A, Ryan C, Hillis S, et al. Congenital syphilis in Rússia: the value of counting epidemiologic cases and clinical cases. *Sexually Transmitted Diseases* 2004; 31(2):127-132.
15. Valderrama J, Zacarias F, Mazin R. Sífilis materna y sífilis congênita en América Latina: un problema grave de solución sencilla. *Revista Panamericana de Salud Pública* 2004; 16(3):211-217.
16. Ramos Jr AN, Matida LH, Saraceni V, Veras MASM, Pontes RJS. Control of mother-to-child transmission of infectious diseases in Brazil: progress in HIV/AIDS and failure in congenital syphilis. *Cadernos de Saúde Pública* 2007; 23 Suppl 3:S370-S378.
17. Lima BGC. Mortalidade por sífilis nas regiões brasileiras, 1980-1995. *Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial* 2002; 38(4):267-271.
18. Lago EG, Rodrigues LC, Fiori RM, Stein AT. Congenital syphilis: identification of two distinct profiles and maternal characteristics associated with risk. *Sexually Transmitted Diseases* 2004; 31(1):33-37.
19. Rodrigues CS, Guimarães MDC, Grupo Nacional de Estudo sobre Sífilis Congênita. Positividade para sífilis em puérperas: ainda um desafio para o Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública* 2004; 16(3): 168-175.
20. Prefeitura do Recife. Secretaria de Saúde, Diretoria de Vigilância à Saúde. Perfil epidemiológico da criança e do adolescente: 2001-2007. Recife: Prefeitura; 2008. p. 80.
21. Guimarães MJB, Marques NM, Melo Filho DA, Szwarcwald CL. Condição de vida e mortalidade infantil: diferenciais intra-urbanos no Recife, Pernambuco, Brasil. *Cadernos Saúde Pública* 2003; 19:1413-1424.
22. Saraceni V, Vellozo V, Leal MC, Hartz ZMA. Avaliação das campanhas para eliminação da sífilis congênita no Município do Rio de Janeiro pelo modelo teórico-lógico. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil* 2005; 5 Suppl 1:S33-S41.
23. Almeida MFG, Pereira SM. Caracterização epidemiológica da sífilis congênita no Município de Salvador, Bahia. *DST - Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis* 2007; 19(3-4):144-156.
24. Saraceni V, Domingues RMSM, Vellozo V, Lauria LM, Dias MAB, Ratto KMN, et al. Vigilância da sífilis na gravidez. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* 2007; 16(2):103-111.
25. Carvalho VCP, Araújo TVB. Adequação da assistência pré-natal em gestantes atendidas em dois hospitais de referência para gravidez de alto risco do Sistema Único de Saúde, na cidade de Recife, Estado de Pernambuco. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil* 2007; 7(3):309-317.
26. Schrag SJ, Arnold KE, Mohle-Boetani JC, Lynfield R, Zell ER, Stefonek K, et al. Prenatal screening for infectious diseases and opportunities for prevention. *The American College of Obstetricians and Gynecologists* 2003; 102 (4):753-760.
27. Neumann NA, Tanaka OY, Victora CG, Cesar JA. Qualidade e equidade da atenção ao pré-natal e ao parto em Criciúma, Santa Catarina, Sul do Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia* 2003; 6(4): 307-318.
28. Puccini RF, Pedrosa GC, Silva EMK, Araújo NS, Silva NN. Equidade na atenção pré-natal e ao parto em área da Região Metropolitana de São Paulo, 1996. *Cadernos de Saúde Pública* 2003; 19(1):35-45.
29. Figueiró-Filho EA, Gardenal RVC, Assunção LA, Costa GR, Periotto CR, Vedovatte CA, et al. Sífilis congênita como fator de assistência pré-natal no Município de Campo Grande-MS. *DST - Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis* 2007; 19(3-4):139-143.

Recebido em 27/10/2009
Aprovado em 05/03/2010