

QUALIDADE DO PRÉ-NATAL E FATORES QUE INTERFEREM NA TRANSMISSÃO VERTICAL DA SÍFILIS: ANÁLISE DOS CASOS DE CASCAVEL/PR

PERES, Aline Krampe¹
MANDOTTI, Michel Roberto²
SANTOS, Francilayne Moretto dos³
TAVARES, Luciana Regina Rodrigues⁴
GRIEP, Rubens⁵

RESUMO

Objetivo: O artigo tem como tema os cuidados de saúde no pré-natal e por finalidade analisar os casos de sífilis congênita, considerando ser um evento sentinela, que representa diretamente a qualidade do pré-natal e obriga a investigação retrospectiva dos casos para obter informações sobre a assistência prestada e propor medidas pertinentes. **Metodologia:** Estudo observacional, descritivo, analítico, retrospectivo, realizado de maneira transversal, para avaliar a qualidade da assistência pré-natal utilizando informações colhidas no Protocolo de Investigação de Transmissão Vertical do Ministério da Saúde dos casos de sífilis congênita confirmados em Cascavel/PR entre 2015 e 2016. **Resultados:** Dos 35 casos notificados de sífilis congênita, observou-se que 88,57% das gestantes realizaram o pré-natal, e que 71,43% dos diagnósticos foram realizados durante esse pré-natal. Aferiu-se que, das gestantes que realizaram seis ou mais consultas, sendo prestada em 93,55% dos casos em serviços públicos. Porém, mais da metade (61,29%), iniciaram o acompanhamento tardiamente. Além disso, 51,60% realizaram apenas um ou nenhum exame de sorologia para sífilis na gestação, e em menos da metade dos casos (41,93%) o parceiro foi chamado. Mais da metade (51,61%) dos casos houve prescrição incorreta do tratamento. **Conclusão:** A avaliação dos dados observados demonstra haver acesso a atenção pré natal, porém a maior parte dos casos identificados ocorreu por inadequadas condutas relacionadas a diagnóstico ou tratamento, sendo, portanto fundamental investir em capacitação da equipe para garantir qualidade no cuidado.

PALAVRAS-CHAVE: Sífilis Congênita. Cuidado Pré-Natal. Qualidade da Assistência à Saúde. Epidemiologia. Saúde Pública.

PRENATAL QUALITY AND FACTORS AFFECTING THE VERTICAL TRANSMISSION SYPHILIS: ANALYSIS OF CASCAVEL/PR CASES

ABSTRACT

Objective: The article focuses on prenatal health care with the objective of to analyze cases of congenital syphilis, considered a sentinel event, which directly represents the quality of prenatal care and a retrospective investigation of the cases to obtain information about the attentive and propose appropriate measures. **Methods:** Observational, descriptive, analytical, retrospective cross-sectional study, with the objective of evaluating the quality of prenatal care, based on information collected from the Ministry of Health's Vertical Transmission Research Protocol for cases of congenital syphilis confirmed in Cascavel/PR between 2015 and 2016. **Results:** Of the 35 reported cases of congenital syphilis, it was observed that 88.57% of the pregnant women underwent prenatal care, and that 71.43% of the diagnoses were performed during this prenatal period. It was verified that of the pregnant women who performed six or more consults, being provided in 93.55% of the cases in public services. However, more than half (61.29%) started monitoring late. In addition, 51.60% performed only one or none serology tests for syphilis during pregnancy, and in less than half of the cases (41.93%) the partner was called. More than half (51.61%) of the cases had an incorrect treatment prescription. **Conclusions:** The assessment of the data observed allows to conclude that there is access to prenatal care, however most of the cases identified occurred due to inadequate conduits related to diagnosis or treatment, making it essential to invest in team qualification to ensure quality care.

KEYWORDS: Syphilis, Congenital. Prenatal Care. Quality of Health Care. Epidemiology. Public Health.

¹Acadêmica do curso de Medicina do Centro Universitário FAG, Cascavel/PR. e-mail: aliperes@gmail.com

²Acadêmico do curso de Medicina do Centro Universitário FAG, Cascavel/PR. e-mail: michelcanhoto@hotmail.com

³Acadêmica do curso de Medicina do Centro Universitário FAG, Cascavel/PR. e-mail: francy-moretto@hotmail.com

⁴Coorientadora, Médica pela Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Residência Médica em Pediatria e Terapia Intensiva Pediátrica no Hospital Infantil Pequeno Príncipe, Curitiba/PR. Docente do curso de Medicina do Centro Universitário FAG, Cascavel/PR. e-mail: lurrtavares@yahoo.com.br

⁵Orientador, Enfermeiro pela Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Doutorando em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Londrina. Docente do curso de Medicina do Centro Universitário FAG, Cascavel/PR. e-mail: rgriep@gmail.com

1. INTRODUÇÃO

A transmissão vertical da sífilis é resultado da disseminação hematogênica do *Treponema pallidum* da gestante infectada, não-tratada ou inadequadamente tratada para o seu concepto, por via transplacentária.¹ Por se tratar de uma doença de fácil tratamento e prevenção, a sífilis congênita representa um dos principais eventos sentinela para monitoramento da Atenção Primária em Saúde (APS), portanto, sua ocorrência sugere falhas no funcionamento da rede de Atenção Básica e/ou da sua integração com o sistema de saúde.²

Em todo o território brasileiro a sífilis gestacional e a sífilis congênita são de notificação compulsória. Os dados epidemiológicos são utilizados para o cálculo da taxa de transmissão vertical, que permite avaliar a resolutividade da assistência pré-natal. Uma vez que identificado o caso gestacional, basta um adequado tratamento para evitar a transmissão vertical.³

Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) indicam que no ano de 2013 1,9 milhões de gestantes estavam infectadas pela sífilis em todo o mundo. Embora a erradicação da sífilis congênita seja uma prioridade global (OMS), regional (Organização Pan-Americana da Saúde/OPAS) e nacional (Ministério da Saúde/MS), nos últimos dez anos houve um progressivo aumento na taxa de incidência da doença no Brasil.⁴

A notificação compulsória da sífilis em gestantes visa acumular dados epidemiológicos com maior qualidade, a fim de permitir uma análise mais próxima possível da realidade e intervenções para reduzir a incidência e eliminar a transmissão vertical. A maior parte das notificações é proveniente da APS, visto que é nesse nível de atenção que o diagnóstico da doença e a assistência pré-natal se desenvolvem, na grande maioria dos casos, tornando-se fundamental atuar de forma resolutiva com tratamento adequado para alcançar as metas de erradicação, de forma que os profissionais de saúde, da APS, devem estar capacitados e atentos a sífilis gestacional.⁵

No Brasil, entre 2005 e junho de 2014 foram notificados 100.790 casos de sífilis gestacional, e em relação à sífilis congênita, entre 1998 e 2014 foram notificados 104.853 casos através do Sistema de Informação de Agravos e Notificação (SINAN), porém um estudo de monitoramento do Departamento DST, AIDS e Hepatites Virais/Secretaria de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde (DDAHV/SVS/MS) demonstra uma estimativa de subnotificação próxima a 50%.⁶ Lafeta et al. (2016) identificou que apenas 6,5% dos casos de sífilis em gestantes e 24,1% dos casos na forma congênita foram notificados, refletindo a fragilidade do sistema de saúde pública nacional.⁷

A oferta de serviços de assistência pré-natal altera os desfechos das gestações e a sua ausência pode elevar a mortalidade perinatal em até cinco vezes. Em países em desenvolvimento esses serviços podem diminuir a mortalidade materna em até 26%. A OPAS considera adequada uma

oferta de serviços de assistência pré-natal com frequência mínima de seis consultas.⁸ Sendo assim, uma das estratégias adotadas em 2011 pelo Governo Federal foi o lançamento da “Rede Cegonha”, que visa assegurar à mulher e à criança o direito a atenção humanizada durante o pré-natal, parto/nascimento, período pós-parto e atenção infantil em todos os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). O fortalecimento da assistência pré-natal permite a expansão do diagnóstico e melhoria na qualidade de sistemas de informações. Como resultado inicial, o Ministério da Saúde relata que houve elevação na taxa de detecção de sífilis em gestantes, consequência das melhorias no diagnóstico e na vigilância epidemiológica.³

Neste cenário, a medida de controle da sífilis congênita mais efetiva consiste em oferecer a toda gestante uma assistência pré-natal adequada: a) captação precoce da gestante para o início do pré-natal; b) realização de, no mínimo, seis consultas com atenção integral qualificada; c) realização do VDRL no primeiro trimestre da gestação, idealmente na primeira consulta, e de um segundo teste em torno da 28^a semana, com ações direcionadas para busca ativa a partir dos testes reagentes (recém diagnosticadas ou em seguimento); d) instituição do tratamento e seguimento adequados da gestante e do(s) seu(s) parceiro(s), abordando os casos de forma clínico-epidemiológica; e) documentação dos resultados das sorologias e tratamento da sífilis na carteira da gestante e; e) notificação dos casos de sífilis congênita.¹

A abordagem correta desse problema durante o pré-natal pode reduzir sua incidência a menos de 0,5/1.000 nascidos vivos, meta de erradicação proposta pela OMS. Além disso, é capaz de promover boas consequências em termos de controle de mortalidade, prematuridade, baixo peso ao nascer e complicações agudas. Vale lembrar ainda que a sífilis congênita também é responsável por deformidades, lesões neurológicas e outras graves sequelas.²

O grande número de transmissão vertical de sífilis sugere a baixa qualidade do pré-natal no país e o desinteresse por parte dos profissionais de saúde quanto ao diagnóstico e ao tratamento da doença. Estudo realizado entre profissionais de saúde na cidade do Rio de Janeiro indica falta de conhecimento e familiaridade com relação aos protocolos nacionais de controle da sífilis, além de dificuldade de abordagem das Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), configurando a necessidade de educação continuada para a melhoria da assistência.⁷ Vale reforçar que a sífilis congênita é uma doença evitável e deve haver tolerância zero para a sua ocorrência, pois até mesmo um caso representa uma falha do sistema público de saúde.⁹

Em face de todas as medidas disponíveis para a redução da transmissão vertical da sífilis e da continuada incidência de casos, desde 2014 o Ministério da Saúde recomenda a instituição de comitês de investigação de transmissão vertical nas Unidades da Federação e municípios, visando identificar falhas e subsidiar intervenções. Para viabilizar a atuação dos comitês foram

disponibilizados instrumentos de referência, como o “Protocolo de Investigação de Casos de Transmissão Vertical”.¹⁰ A criação de comitês estaduais e municipais permite mapear os problemas e propor soluções a partir de um protocolo de investigação pré-estabelecido, além de ter atuação técnica, sigilosa, não-coercitiva ou punitiva, com função educativa, e representar um importante instrumento de acompanhamento e avaliação permanente das políticas de atenção à saúde. Os comitês também contribuem para a melhoria da informação, permitindo avaliar os resultados da assistência prestada à gestante no pré-natal, parto e puerpério.¹⁰

Portanto, a união de esforços entre os diferentes níveis da administração pública é essencial para promover iniciativas de melhoria de processos de cuidados e educação para profissionais que realizam pré-natal.⁴ Pesquisas e dedicação humanitária devem continuar, a fim de controlar, tratar e, eventualmente, eliminar a sífilis congênita em todo o mundo. O impacto na saúde pública da sífilis na gravidez e na infância continua a ser extremamente significativa e a eliminação da transmissão materno-infantil somente irá se tornar uma realidade por meio de atenção pré-natal de alta qualidade.⁹

O objetivo deste trabalho foi obter informações sobre a qualidade da assistência pré-natal prestada, bem como propor medidas pertinentes. Dessa maneira, buscou-se identificar os casos confirmados de sífilis congênita na cidade de Cascavel/PR, nos anos de 2015 e 2016, visto que é um evento sentinela e representa diretamente a qualidade do pré-natal e que pode ser evitado por ações de saúde eficazes e obriga a investigação retrospectiva dos casos.

2. METODOLOGIA

O presente artigo é um estudo observacional, descritivo, analítico e retrospectivo, realizado de maneira transversal. A avaliação da qualidade da assistência pré-natal foi baseada em informações colhidas no Protocolo de Investigação de Transmissão Vertical do Ministério da Saúde de todos os casos de sífilis congênita confirmados na cidade de Cascavel/PR entre 2015 e 2016. O estudo seccional consiste de uma estratégia de estudos epidemiológicos realizados em determinada quantidade planejada de indivíduos, consistindo de um eficiente método para descrever características de uma população em uma determinada época.

Detalhou-se as características sociodemográficas maternas, como idade materna, estado civil, escolaridade em anos de estudo, cor da pele e a ocupação. Na assistência materna foram considerados: a realização do pré-natal, a paridade, a época do diagnóstico da sífilis, os antecedentes de transmissão de sífilis congênita e a relação com coinfeção por HIV e Hepatites

Virais. A respeito das características clínicas marcadoras de processo e qualidade da assistência pré-natal, avaliou-se o número de consultas, o local de realização do pré-natal, a idade gestacional na primeira consulta, bem como se o parceiro foi chamado, a quantidade de sorologias para sífilis na gestação (VDRL) e se o tratamento foi prescrito corretamente.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Centro Universitário FAG (CAAE nº 51793015.0.0000.5219). Todos os cuidados foram adotados, visando garantir o sigilo e a confidencialidade das informações.

3. RESULTADOS

Nos anos de 2015 e 2016 foram notificados 35 casos de sífilis congênita na cidade de Cascavel/PR. Investigando-os verificou-se a respeito dos dados sociodemográficos (Tabela 1), através dos quais foi possível identificar que a faixa etária predominante foi entre 20 e 29 anos (42,9%). Quanto ao estado civil, a maioria das gestantes infectadas eram casadas e/ou estavam em uma união estável (68,6%), e 77,14% indicaram como ocupação dona de casa. A maior parte (51,43%) possuía uma escolaridade de ensino médio incompleto ou ensino médio completo. Com relação à cor de pele, 77,14% se autorreferiram como brancas.

Tabela 1 – Distribuição das variáveis sociodemográficas das gestantes para o total da amostra.

Características da Mãe	N=35 n (%)
Idade	
Menor de 20	11 (31,4)
De 20 a 29	15 (42,9)
30 ou mais	9 (25,7)
Cor da pele	
Branca	27 (77,14)
Parda	8 (22,86)
Estado civil	
Casada/União estável	24 (68,6)
Solteira/separada	11 (31,4)
Escolaridade	
Mais de 12 anos de estudo	3 (8,57)
Entre 9 e 12 anos de estudo	18 (51,43)
Até 9 anos de estudo	12 (34,28)
Analfabeto	2 (5,72)
Ocupação	
Outros	8 (22,86)
“Dona de casa”	27 (77,14)

Como mostra a Tabela 2, observou-se que 88,57% das gestantes realizaram o pré-natal e que a maioria dos diagnósticos de sífilis na gestação foram realizados durante esse pré-natal (71,43%). Ainda, 74,29% das gestantes não tinham antecedentes de transmissão de sífilis congênita e 82,86% não possuíam coinfeção por HIV e hepatites virais.

Tabela 2 – Assistência materna para o total da amostra.

Características da Mãe	N=35 n (%)
Realização do Pré-Natal	
Sim	31 (88,57)
Não	4 (11,43)
Número de gestações	
Uma	15 (42,86)
Duas	2 (5,71)
Três	10 (28,57)
Quatro ou +	8 (22,86)
Momento do diagnóstico	
No Pré-Natal	25 (71,43)
No parto	10 (28,57)
Antecedentes de Transmissão de Sífilis Congênita	
Sim	9 (25,71)
Não	26 (74,29)
Coinfeção por HIV e hepatites virais	
Sim	6 (17,14)
Não	29 (82,86)

Quanto às características clínicas marcadoras de processo e qualidade da assistência pré-natal (Tabela 3), aferiu-se que das gestantes que realizaram o pré-natal, 58,10% das puérperas atingiram a meta preconizada pelo Ministério da Saúde de realização de seis ou mais consultas, sendo prestada em 93,55% dos casos em serviços públicos. Porém, mais da metade (61,29%) iniciaram o acompanhamento tardiamente, ou seja, após o 2º trimestre de gestação. Além disso, 51,60% realizaram apenas um ou nenhum exame de sorologia para sífilis na gestação e em menos da metade dos casos (41,93%) o parceiro foi chamado. Atentou-se para o fato de que em mais da metade dos casos (51,61%) houve prescrição incorreta do tratamento. Observou-se uma discreta redução no número de casos de sífilis congênita no ano de 2016 (48,57%) comparado com o ano de 2015 (51,43%).

Tabela 3 – Características clínicas marcadoras de processo e qualidade da assistência pré-natal.

Características do Pré-Natal	N=31 n (%)
Número de consultas	
6 ou mais	18 (58,10)
Menos do que 6	13 (41,90)
Local de Realização do Pré-Natal	
Serviço Público	29 (93,55)
Serviço Privado	2 (6,45)
Idade Gestacional na Primeira Consulta	
Adequado (1º Trimestre)	12 (38,71)
Tardio	19 (61,29)
O parceiro foi chamado	
Sim	13 (41,93)
Não	18 (58,07)
Sorologias para sífilis na gestação (VDRL)	
Uma ou nenhuma	16 (51,60)
Duas ou mais	15 (48,39)
Prescrição correta do Tratamento para Sífilis na Gestação	
Sim	15 (48,39)
Não	16 (51,61)

4. DISCUSSÃO

Os resultados encontrados neste estudo demonstram que a qualidade da atenção pré-natal na cidade de Cascavel/PR está deficitária, situação que requer grande atenção, visto que, a realização inadequada dessa assistência na atenção à gestante tem sido relacionada a maiores índices de morbimortalidade materna e infantil. Mais de 88% das mulheres incluídas no estudo receberam assistência pré-natal, resultados semelhantes foram encontrados por Domingues e Leal,¹¹ em que mais de 90% das mulheres haviam recebido este tipo de acolhimento, o que evidencia uma boa cobertura da atenção pré-natal, porém com uma qualidade insuficiente, considerando que a sífilis congênita é uma doença de fácil tratamento e prevenção.^{2,11}

Outros marcadores que também apontam falhas na qualidade desse atendimento são: a grande proporção de casos notificados de sífilis congênita que tiveram diagnóstico durante o pré-natal (71,43%); e que 58,10% das gestantes realizaram seis ou mais consultas, indo de acordo com o que o Ministério da Saúde preconiza.¹ Em vista disso, é fundamental levar em consideração os aspectos relativos ao conteúdo dessas consultas, incluindo a atenção, o tempo empregado e as orientações prestadas à gestante, bem como a subjetividade de cada paciente, como a satisfação, o acolhimento e a manutenção do vínculo.

Observa-se, ainda, que foi baixa a captação das gestantes para acompanhamento de pré-natal no 1º trimestre da gravidez, uma vez que 61,29% das gestantes tiveram um início de pré-natal tardio, desfecho semelhante (52%) com o que Celeste e Guimarães¹² encontraram em um estudo com 3047 puérperas. Estes resultados mostram a importância de organizar melhor os serviços de saúde para captar e acolher as gestantes precocemente, assim como de oferecer oportunidades de detecção e tratamento correto e oportuno da sífilis para as gestantes e seus parceiros sexuais.¹²

A realização de sorologias para sífilis durante o acompanhamento pré-natal foi insuficiente, uma vez que 51,60% das gestantes que realizaram o pré-natal fizeram apenas um ou nenhum exame VDRL, sendo que o Ministério da Saúde recomenda a realização de um teste VDRL no 1º trimestre de gestação seguido de outro teste no início do 3º trimestre¹. Este dado descortina a perda de oportunidades, por parte dos serviços de saúde, de adotar medidas de prevenção e de intervenção, pois a ausência de diagnóstico e tratamento precoces da sífilis durante a gestação pode levar a perda fetal, a um parto prematuro e ao nascimento de crianças com sífilis congênita, muitas vezes assintomática, com sérias repercussões futuras.¹²

O tratamento adequado da gestante é considerado quando realizado com Penicilina Benzatina e tenha sido concluído 30 dias antes do parto, utilizando dose da medicação conforme estágio da doença e o parceiro sexual seja devidamente medicado concomitantemente. O tratamento inadequado é extremamente comum, como verificado por vários estudos anteriores e neste trabalho, nos quais em menos da metade dos casos (48,39%) o tratamento foi prescrito da maneira correta e apenas 41,93% das vezes o parceiro foi chamado, atentando-se para o fato de que não se encontra o registro adequado em prontuário se o parceiro foi tratado adequadamente.⁷

Estudo realizado por Campos et al.¹³ investigou o motivo do não tratamento dos parceiros e verificou que eles são informados da doença e simplesmente não realizam o tratamento, questionando a questão cultural do adoecer no homem.¹³ A associação encontrada entre ter realizado tratamento para sífilis durante a gravidez e maior positividade para sífilis no puerpério pode representar um marcador da adequação do acompanhamento pré-natal pelos serviços de saúde. É preciso aumentar a captação precoce de gestantes, fixá-las ao serviço de pré-natal, ofertar a rotina mínima de exames preconizada pelo Ministério da Saúde e garantir o tratamento oportuno e adequado da gestante e de seu parceiro na presença de exame positivo para sífilis.¹²

Apesar de seu excelente custo-efetividade, as ações de prevenção realizadas no pré-natal demandam abordagens complexas por envolverem questões relativas ao comportamento sexual e social. Isso significa que o enfrentamento destes obstáculos não depende apenas de conhecimentos biomédicos, recursos humanos e materiais, pois envolve intervenções não somente sobre aspectos biológicos, mas também comportamentais e socioculturais.² São necessárias políticas de saúde de

incentivo para maior qualificação quanto ao conteúdo das consultas de pré-natal realizadas, que envolvam maior vínculo entre profissionais e gestantes, com atenção não somente aos procedimentos técnicos preconizados no pré-natal, mas também às necessidades subjetivas de cada mulher. É essencial o desenvolvimento de atividades elementares durante as consultas, que vão além dos procedimentos técnicos recomendados, como a escuta e a orientação sobre os diversos temas geradores de dúvidas e incertezas que permeiam a gravidez, incluindo orientações sobre o parto e o pós-parto e orientações quanto ao serviço de referência e contrarreferência, evitando a peregrinação dessas mulheres e, por fim, a promoção da saúde em geral às gestantes.¹⁴

Compreendendo o contexto de mundial importância para a saúde pública, OMS/OPAS projetaram metas que culminaram em políticas desenvolvidas pelo MS, como a Portaria MS nº 119/2008, que tornou obrigatória a verificação de óbitos em mulheres em idade fértil, e posteriormente a Portaria MS nº 72/2010 que estabelece que a vigilância do óbito infantil e fetal é obrigatória nos serviços de saúde (públicos e privados) que integram o Sistema Único de Saúde (SUS). Na mesma linha, o município de Cascavel/PR iniciou em 2010 o Comitê Municipal de Mortalidade Materno Infantil.^{15,16} Os esforços pretendem melhorar a qualidade de dados epidemiológicos bem como compreender as possíveis falhas em atenção pré-natal, a fim de permitir educação continuada e capacitação adequada às equipes de saúde.

Convém ressaltar as limitações importantes desse estudo, que consistem na utilização de dados secundários, sujeitos a falhas de registros; o subregistro das intercorrências, resultados de exames, tratamentos realizados e fatores de risco, juntamente com a subnotificação de casos de um agravo de notificação compulsória. O preenchimento incompleto e/ou informações conflituosas ou ignoradas foram observadas em parte significativa dos registros consultados neste estudo, fato que também demonstra uma deficiência na assistência pré-natal por não utilizar adequadamente um recurso que contempla o cuidado pré-natal.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que a qualidade do pré-natal tem indicado resultados insatisfatórios e a avaliação deste serviço de saúde através do indicador sífilis congênita demonstra ser uma ferramenta relevante para a análise das condições relacionadas à qualidade da assistência. A melhoria no serviço de pré-natal no nosso país ainda representa um grande desafio aos gestores e aos profissionais de saúde, mostrando que ainda há um longo caminho a percorrer.

O desafio hoje colocado para os serviços e trabalhadores da saúde é o da produção cotidiana de aptos cuidadores eficientes, com obtenção de resultados no plano da cura, promoção e proteção. A identificação da gestante, o acesso aos serviços de acompanhamento pré-natal, a aderência ao acompanhamento e uma boa qualidade de consultas têm impacto sabidamente positivo, não apenas na redução da prevalência da sífilis congênita.

Superar as dificuldades para melhorar a qualidade na Assistência Pré-Natal na APS necessita de esforços para a capacitação da equipe, melhorar dados epidemiológicos e sistemas de informação. Identificar insuficiência no controle da transmissão vertical da sífilis permite projetar melhorias na qualidade da assistência pré-natal como um todo, promovendo uma Atenção Primária em Saúde mais resolutiva.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO C. L.; SHIMIZU, H. E.; SOUSA, A. I. A.; HAMANN, E. M. Incidência da sífilis congênita no Brasil e sua relação com a Estratégia Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública** v. 46, n. 3, p. 479-486, 2012.
- BRASIL. **Programa Nacional de Dst e Aids (Ed.)**. Diretrizes para o Controle da Sífilis Congênita / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- BRASIL. **Protocolo de Investigação de Transmissão Vertical**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- BRASIL. **Portaria nº 1119**, de 05 de junho de 2008. Regulamenta a vigilância dos óbitos maternos, 2008.
- BRASIL. **Portaria nº 72**, de 11 de janeiro de 2010. Vigilância do óbito Infantil e Fetal. 2010.
- BRASIL. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis**. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, 2015.
- BRASIL. **Nota Informativa n 006/2016/GAB/DDAHV/SVS/MS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.
- CAMPOS, A. L. A.; ARAÚJO, M. A. L.; MELO, S. P.; ANDRADE, R. F. V.; GONÇALVES, M. L. C. Sífilis em parturientes: aspectos relacionados ao parceiro sexual. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** v. 34, n. 9, p. 397-402, 2012.

COOPER, J. M.; MICHELOW, I. C.; WOZNIAK, P. S.; SÁNCHEZ, P. J. In time: the persistence of congenital syphilis in Brazil – More progress needed! **Revista Paulista de Pediatria**, v. 34, n. 3, 2016.

DOMINGUES, R. M. S. M.; LEAL, M. C. Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis: dados do estudo Nascer no Brasil. **Cad. Saúde Pública** v. 32, n. 6, 2016.

LAFETÁ, K. R. G.; MARTELLI, J. R. H.; SILVEIRA, M. F.; PARANAÍBA, L. M. R. Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle. **Rev. bras. epidemiol.** v. 19, n. 1, p. 63-74, 2016.

MAGALHÃES, D. M. S.; KAWAGUCHI, I. A. L.; DIAS, A.; CALDERON, I. M. P. Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. **Cad. Saúde Pública.** v. 29, n. 6, p. 1109-1120, 2013.

NUNES, J. T.; GOMES, K. R. O.; RODRIGUES, M. T. P.; MASCARENHAS, M. D. M. Qualidade da assistência pré-natal no Brasil: revisão de artigos publicados de 2005 a 2015. **Cad Saúde Colet.** v. 24, n. 2, p. 252-61, 2016.

RODRIGUES, C. S.; GUIMARÃES, M. D. C. Positividade para sífilis em puérperas: ainda um desafio para o Brasil. **Rev Panam Salud Publica.** v. 16, n. 3, p. 168-175, 2004.

SARACENI, V.; MIRANDA, A. E. Relação entre a cobertura da Estratégia Saúde da Família e o diagnóstico de sífilis na gestação e sífilis congênita. **Cad. Saúde Pública** v. 28, n. 3, p. 490-496, 2012.

SILVA, L.; FERNANDES, A. M. F. A recrudescência da sífilis congênita: um alerta. **Audiol., Commun. Res.** v. 20, n. 4, 2015.