

**FACULDADE DO VALE DO JURUENA
BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

KAMILA CORREIA DOS SANTOS

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA SÍFILIS CONGÊNITA NO BRASIL: Estudo
Documental**

JUÍNA-MT

2019

**FACULDADE DO VALE DO JURUENA
BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

KAMILA CORREIA DOS SANTOS

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO SÍFILIS CONGÊNITA NO ESTADO BRASILEIRO:
Estudo Documental**

Monografia apresentada ao Curso de Bacharel em Enfermagem, apresentado à AJES - Faculdade do Vale do Juruena, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem, sob a orientação da Prof.^a. M. Leila Berlet

JUÍNA-MT

2019

AJES - FACULDADE DO VALE DO JURUENA

BACHARELADO EM ENFERMAGEM

SANTOS, Kamila Correia dos Santos: **Perfil Epidemiológico Da Sífilis Congênita No Brasil: Estudo Documental**. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) – AJES, Faculdade do Vale do Juruena, Juína - MT, 2019.

Data da Defesa: ___/___/2019.

MEMBROS COMPONENTES DA BANCA EXAMINADORA:

Presidente e Orientador: Prof. Ma. Leila Jussara Berlet
ISE/AJES

Membro Titular:
ISE/AJES

Membro Titular:
ISE/AJES

Local: Associação Juinense de Ensino Superior
AJES – Instituto Superior de Educação do Vale do Juruena
AJES – Unidade, Juína-MT

DECLARAÇÃO DE AUTOR

Eu, Kamila Correia dos Santos, portadora da Cédula de Identidade – RG nº 27131807 SSP/MT, inscrito no Cadastro de Pessoas Físicas do Ministério da Fazenda – CPF sob nº 057.520.561-01, declaro e autorizo, para fins de pesquisa acadêmica, didática ou técnico-científica, que este Trabalho de Conclusão de Curso, intitulado “Perfil Epidemiológico da Sífilis Congênita no Estado Brasileiro no período de 2008 a 2018”, pode ser parcialmente utilizado, desde que se faça referência à fonte e ao autor.

Autorizo, ainda, a sua publicação pela AJES, ou por quem dela receber a delegação, desde que também seja feita referência à fonte e ao autor.

Juína/MT, ____de____de 2019.

Kamila Correia dos Santos

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pelo dom da vida, saúde e felicidade que tem me proporcionado, e também pela oportunidade e força para enfrentar esta caminhada.

A minha mãe Cleonice, pela excelente criação, por cada conselho e por se sacrificar tanto para que eu e meus irmãos tivéssemos a oportunidade de futuro melhor.

Sou grata ao meu noivo Alessandro, companheiro e amigo pela compreensão nos momentos de ausência e por estimular que eu continue estudando.

Agradeço a minha Prof. Me. Leila Berlet, que sem o qual esse trabalho não seria possível. Obrigada pelas orientações e estímulo para meu crescimento enquanto pesquisadora.

RESUMO

A sífilis caracteriza-se por se tratar de uma infecção sexualmente transmissível (IST) que tem como agente causador a bactéria *Treponema Pallidum*, do gênero *Treponema*, da família dos *Treponemataceae*, que abrangem ainda dois gêneros: *Leptospira* e *Borrelia*. Essa infecção pode se apresentar das mais distintas formas clínicas e é classificada em diferentes períodos (sífilis primária, secundária, latente e terciária). Identificar a incidência anual e o perfil epidemiológico das gestantes acometidas com Sífilis no Brasil do período de 2008 a 2018. Trata-se de uma pesquisa documental, com caráter quantitativo e descritivo, tendo um recorte temporal de onze anos, sendo o período analisado de 2008 a 2018. Os dados foram coletados no período de fevereiro a março de 2019, por meio do Sistema de Informação de Agravos e Notificações (SINAN) acessado através da Vigilância Epidemiológica do Estado Brasileiro: As notificações da doença no Brasil durante o período de 2008 a 2018, segundo o DATASUS/tabnet, totalizaram 164.329 (cento e sessenta e quatro mil trezentos e vinte e nove). Ao analisar as gestantes teve-se: cor/raça parda (49%), escolaridade e até 8ª série (45%), gestantes que não realizaram pré-natal (16%), o diagnóstico de sífilis materna foi realizado em (51%) dos casos durante o pré-natal, no que se refere ao tratamento do parceiro (60,2) não realizou. De acordo com a classificação clínica da doença (90%) das crianças apresentaram sífilis congênita recente. Quanto a evolução dos casos (2%) foi a óbito pelo agravo notificado. O estudo sinaliza para a necessidade de melhorias da qualidade da atenção pré-natal, especialmente para as gestantes de maior vulnerabilidade socioeconômica e maior preparação dos profissionais envolvidos.

Palavras-chave: Sífilis Congênita; perfil epidemiologia; Enfermagem

ABSTRACT

Syphilis is characterized by a sexually transmitted infection (STI) that has the bacterium *Treponema Pallidum*, of the genus *Treponema*, of the family *Treponemataceae*, which also includes two genera: *Leptospira* and *Borrelia*. This infection can occur in different clinical forms and is classified in different periods (primary, secondary, latent and tertiary syphilis). To identify the annual incidence and epidemiological profile of pregnant women with Syphilis in Brazil from 2008 to 2018. This is a documentary research, with a quantitative and descriptive character, having a time cut of eleven years, being the period analyzed from 2008 to 2018. The notifications of the disease in Brazil during the period from 2008 to 2018, according to DATASUS/tabnet, amounted to 164,329 (one hundred sixty-four thousand, three hundred and twenty-nine). Maternal syphilis was diagnosed in 51% of the pregnant women (49%), schooling and up to 8th grade (45%), pregnant women who did not perform prenatal care (16%), of the cases during prenatal care, regarding the treatment of the partner (60,2) did not perform. According to the clinical classification of the disease (90%) the children presented recent congenital syphilis. Regarding the evolution of the cases (2%), the patient died due to the notified complaint. The study indicates the need for improvements in the quality of prenatal care, especially for pregnant women with greater socioeconomic vulnerability and greater preparation of the professionals involved.

Key words: Congenital Syphilis; Epidemiology profile; nursing.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Treponema Pallidum: Desenho esquemático	15
Figura 2 - Organograma de Tratamento da sífilis Congênita.....	23

LISTA DE TABELA

Tabela 1 - Classificação quanto a raça/cor das mães.....	29
Tabela 2 - Classificação quanto a escolaridade dos pacientes.....	30
Tabela 3 - Realizou pré-natal.....	30
Tabela 4 - Sífilis Materna.....	31
Tabela 5 - Tratamento do Parceiro.....	32
Tabela 6 - Classificação final dos casos notificados	33
Tabela 7 - Evolução dos casos notificados	34

LISTA DE ABREVIACOES

CID	Classificação Internacional de Doenças
DATA/SUS	Departamento de Informática do Sistema nico de Saúde
FNI	Ficha de Notificação e Investigação
BETA BCG	Gonadotrofina Corinica Humana
IG	Imunoglobulina
IgG	Imunoglobulina G
IDH	ndice de desenvolvimento Humano
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
IBGE	Instituto De Brasileiro de Geografia e Estatísticas
VDRL	Laboratório de Pesquisa de Doenças Venéreas
ONU	Organização das Nações Unidas
OMS	Organização Mundial da Saúde
HPV	Papilomavírus
EQL	Quimioluminescência
RN	Recém-nascido
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
SC	Sífilis Congênita
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Humana
SINAN	Sistema Nacional de Notificações
SUS	Sistema nico de Saúde
TPHA	Teste de hemaglutinação
FTA-Abs	Teste de imunofluorescência indireta
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana

SÚMARIO

INTRODUÇÃO	11
1. OBJETIVO	13
2. REVISÃO DE LITERATURA	14
2.1 HISTÓRICO DA SÍFILIS.....	14
2.2 AGENTE ETIOLOGICO DA SÍFILIS	15
2.3 CLASSIFICAÇÃO.....	16
2.3.1 Quadro Clínico	18
2.4 EPIDEMIOLOGIA.....	19
2.5 DIAGNÓSTICO	20
2.6 TRATAMENTO.....	22
3. MÉTODO	25
3.1 TIPO DE ESTUDO	25
3.2 LOCAL DE PESQUISA	25
3.2 UNIVERSO DE ESTUDO E AMOSTRA.....	26
3.3 CRITÉRIO DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	26
3.4 COLETA DE DADOS	26
3.5 TRATAMENTO E TABULAÇÃO DOS DADOS	27
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	28
4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO QUANTOS AOS ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS.....	28
4.2 O PERFIL OBSTÉTRICO DAS PARTICIPANTES DO ESTUDO	30
4.3 EVOLUÇÃO FINAL DOS CASOS NOTIFICADOS.....	33
CONSIDERAÇÕES FINAIS	36
REFERÊNCIA	37
ANEXO	41

INTRODUÇÃO

A sífilis é caracterizada por uma infecção sexualmente transmissível (IST) que tem como agente causador a bactéria *Treponema Pallidum*, do gênero *Treponema*, da família dos *Treponemataceae*, que abrangem ainda dois gêneros: *Leptospira* e *Borrelia*. O gênero inclui ainda quatro espécies patogênicas e pelo menos seis não patogênicas. As patogênicas são o *Treponema pallidum subsp pallidum*, causador da sífilis, o *treponema carateum*, responsável pela pinta, e o *treponema pertenue*, agente da boubá ou framboesia. O bejel ou sífilis endêmica é atribuído à variante *T. pallidum subsp endemicum* (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).

Conforme o Ministério da Saúde (2019), existe mais de meio milhão (cerca de 661.000) casos totais de sífilis congênita em 2016, tendo como consequência mais de 200.000 natimortos e mortes neonatais. Entre as infecções sexualmente transmissíveis mais comuns no mundo está a sífilis, que constitui, aproximadamente, 6 milhões de novos casos a cada ano. Se a mulher gestante infectada não receber tratamento precoce e efetivo, ela poderá transmitir a infecção para o feto. Esse fenômeno é conhecido como “sífilis congênita”, que na maioria das vezes é fatal. Pode causar ao recém-nascido baixo peso, prematuridade e outras deformidades congênitas. Tendo como destaque, que a sífilis congênita é a segunda principal causa de morte fetal evitável, globalmente, antecedida apenas pela malária.

O número de indivíduos afetados pelas Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) é surpreendente. Mais de 30 bactérias, vírus e parasitas distintos acarretam mais de 1 milhão de infecções transmissíveis por dia. Por ano, existem cerca de 131 milhões de infecções por clamídia, 78 milhões de infecções por sífilis e 143 milhões por tricomoníase. Essas infecções podem, atualmente, ser tratadas com regimes antibióticos existentes. A resistência antimicrobiana, entretanto, é um risco crescente, particularmente para gonorreia e *Mycoplasma genitalium* (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2017).

As ISTs mais prevalentes são a infecção pelo vírus genital herpes simplex (afetando cerca de 500 milhões de pessoas no mundo) e a infecção pelo papiloma vírus humano (HPV). Essas infecções causam danos em resultados graves, destacando-se morte por câncer, infertilidade e complicações no parto, incluindo natimorto. As ISTs também perniciosas, devido a patógenos causais com diversas

características, estigma social que limita a busca de cuidados e, geralmente, sintomas leves ou inexistentes (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2017).

A transmissão irá depender do estágio de sífilis na mãe e a duração da exposição do feto no útero. O percentual de transmissão vertical do *T. pallidum* em mulheres não tratadas é de 70 a 100%, no estágio primário e secundário da doença, diminuindo cerca de 30% nas fases tardias da infecção materna, ou seja, na fase tardia e terciária (BRASIL, 2006).

A morbidade hospitalar do SUS, por lugar de internação de acordo com a região para o Classificação Internacional de Doença - CID-10: Sífilis congênita, no período de agosto de 2018 tem se para região norte 157 casos, para nordeste 534, sudeste 528, sul 197 e centro-oeste 66, deste modo totaliza-se 1.482 casos de sífilis congênita somente no mês de agosto 2018 (SANTOS et al, 2018).

Para Amaral (2012) o aumento da incidência de sífilis congênita e suas implicações graves, com a mortalidade evidencia falhas na assistência ao pré-natal relacionado ao não controle das infecções, cujo o protocolo clínico a ser seguido é bem conhecido, com triagem sorológica e tratamento de baixo custo. Isso afronta a redução da transmissão vertical do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) já demonstrados no Brasil, apesar de ter protocolos clínicos complexos e de custo elevado.

Deste modo surgiu, a necessidade de uma análise a cerca de qual a incidência anual de gestantes com sífilis, bem como qual o perfil epidemiológico dessa paciente para posterior levantamento de melhor forma de prevenir e/ou obter melhor tratamento para mitigar a quantidade de casos de sífilis congênita.

1. OBJETIVO

Traçar o perfil epidemiológico da sífilis congênita no Brasil, no período de 2008 a 2018.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 HISTÓRICO DA SÍFILIS

Na atualidade, existe um determinado consenso quanto ao fato de a sífilis ter sido uma doença desconhecida no Velho Mundo, que data até o final do século XV, porém sua origem geográfica permanece acarretando polêmicas. Tem-se que, no ano de 1495, quando a cidade de Nápoles foi cercada por tropas francesas, comandadas pelo Rei Carlos VII, as tropas espanholas foram enviadas à cidade para reforçar a sua defesa. Posteriormente, a tomada da cidade pelos franceses fez surgir em suas tropas uma enfermidade, causadora de muitas mortes e que, através de mercenários, velozmente, espalhou-se pela Europa. Primeiramente, foi denominada “Mal de Nápoles”, mas na Itália e na Alemanha ficou conhecida como “Mal francês”; na França chamaram-na de “Mal alemão” e na Rússia de “Mal polonês” (BRASIL, 2010).

A criação do termo sífilis foi creditada a Hieronymus Fracastorius em 1530, ao utilizar o nome de um pastor mítico que se chamava “Syphilus” em um poema nomeado “*Syphilis Sive Morbus Gallicus*”, no qual são descritas as principais manifestações clínicas dessa patologia. Nesse poema, a sífilis seria uma doença atribuída, como castigo pelo Deus Apolo, ao pastor (SINGH; ROMANOWSKI, 1999).

O agente etiológico da sífilis, *Treponema pallidum*, foi descoberto somente em 1905, pelo zoologista Fritz Schaudin, juntamente com o dermatologista Paul Erich Hoffman. Schaudin analisou o preparado *a fresco*, da amostra coletada por Hoffman de pápula existente na vulva de uma mulher com sífilis secundária. Os dois verificaram a microscópio os microorganismos com forma espiralados, finos que giravam em torno do seu maior comprimento e que se movimentavam para frente e para trás. Denominara-os, inicialmente, de *Spirochoeta pallida* e, um ano depois, mudaram o nome para *trepanema pallidum* (BRASIL, 2010).

De acordo com Avelleira e Bottino (2006), o crescimento da endemia sífilis era preocupante no século XIX. Em compensação a medicina tinha melhoras significativas tendo assim o surgimento das primeiras drogas. O melhor resultado provavelmente tenha sido a introdução da penicilina que, por sua qualidade, muitos pensaram que a doença estivesse controlada, resultando na diminuição do interesse por seu estudo e controle. Em 1960, modificações na sociedade em relação a aspectos sexuais e o

aparecimento da pílula anticoncepcional fizeram que o número de casos novamente tivesse um grande pico. No término dos anos 70, com o surgimento da síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS), ocorreram um redimensionamento das doenças sexualmente transmissíveis. O desempenho da sífilis como fator facilitador na transmissão do vírus HIV ocasionaria novo interesse pela sífilis e a necessidade de estratégias para seu controle.

2.2 AGENTE ETIOLOGICO DA SÍFILIS

A sífilis caracteriza-se por se tratar de uma infecção sexualmente transmissível (IST) que tem como agente causador a bactéria *Treponema Pallidum*, do gênero *Treponema*, da família dos *Treponemataceae*, que abrangem ainda dois gêneros: *Leptospira* e *Borrelia*. O gênero inclui ainda quatro espécies patogênicas e pelo menos seis não patogênicas. A patogênicas são o *Treponema pallidum subsp pallidum*, causador da sífilis, o *treponema carateum*, responsável pela pinta, e o *treponema pertenuae*, agente da boubá ou framboesia. O bejel ou sífilis endêmica é atribuído à variante *T. pallidum subsp endemicum* (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).

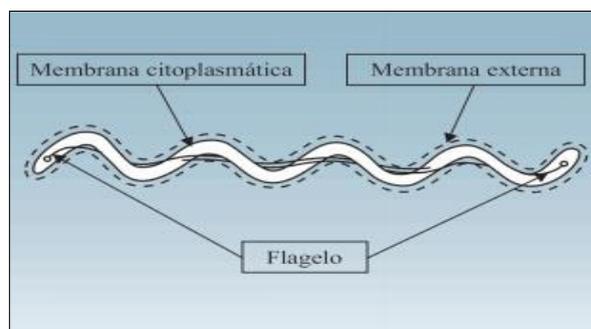


Figura 1 - *Treponema Pallidum*: Desenho esquemático
Fonte: Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle, 2006

O *T. pallidum* tem forma de espiral (10 e 20 voltas), com aproximadamente 5-20µm de comprimento e apenas 0,1 a 0,2µm de espessura. O mesmo não tem membrana celular, sendo envolto por três camadas ricas em moléculas de ácido N-acetil murâmico e N-acetil glucosamina (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006). Contém flagelos que se iniciam na extremidade distal da bactéria e encontram-se junto à

camada externa ao decorrer do eixo longitudinal, move-se por rotação do corpo em volta desses filamentos (Figura 01).

Para Avelleira e Bottino (2006) a transmissão do treponema é realizada por pequenas abrasões decorrentes da relação sexual. Após o treponema atingir o sistema linfático regional e, por disseminação hemotogênica, outras partes do corpo. O resultado da defesa local responde em erosão e exulceração no ponto de inoculação, enquanto a disseminação sistêmica procede na produção de complexos imunes circulantes que podem pôr-se em qualquer órgão.

A principal via de transmissão é a por meio de relação sexual, seja por via vaginal, anal e oral, desprotegida com um indivíduo infectado, ou ainda pode ser transmitida para a criança durante a gestação ou até mesmo no momento do parto (BRASIL, 2018).

2.3 CLASSIFICAÇÃO

Essa infecção pode se apresentar das mais distintas formas clínicas e é classificada em diferentes períodos (sífilis primária, secundária, latente e terciária). Os sinais e sintomas variam:

Sífilis primária: úlcera (cancro duro), normalmente única, no local de entrada da bactéria (pênis, vulva, vagina, colo uterino, ânus, boca ou outros locais). Geralmente é indolor, não coça, não arde e não tem pus. Podem surgir ínguas na virilha. O aparecimento ocorre entre 10 a 90 dias (média 21 dias) após o contágio. Pode durar entre 2 e 6 semanas e desaparecer de forma espontânea, independente de tratamento. Cancro é uma lesão erosada ou ulcerada, geralmente única, indolor com bordos endurecidos, fundo liso, brilhante e secreção serosa escassa (BRASIL, 2018).

Sífilis secundária: entre as características, destaca-se as manchas no corpo, especialmente na palma das mãos e planta dos pés, são as mais comuns, o que é fator concomitante para ser confundida com alergias ou outras doenças semelhantes. Esses sintomas têm início entre 6 semanas a 6 meses após aparecimento da úlcera inicial. Em poucas semanas, desaparecem de forma espontânea, com ou sem tratamento, mesmo a pessoa ainda possuindo a infecção (BRASIL, 2018).

Sífilis latente: nesta fase não aparecem sinais ou sintomas, sendo o diagnóstico realizado por teste imunológico. É dividida em sífilis latente recente (menos de dois anos de infecção) e sífilis latente tardia (mais de 2 anos de infecção). Sendo assintomática, pode ser interrompida pelo surgimento de sinais e sintomas da forma secundária ou terciária. A existência de histórico de relação sexual desprotegida e alta suspeita do profissional de saúde são fundamentais para que ocorra o diagnóstico nesse período (BRASIL, 2018).

Sífilis terciária: geralmente apresenta lesões cutânea, ósseas, cardiovasculares e neurológicas, podendo levar à óbito. Pode aparecer décadas após o início da infecção (BRASIL, 2018).

Sífilis congênita: resulta da disseminação sanguínea do *Treponema pallidum*, da gestante infectada não-tratada ou inadequadamente tratada para o seu concepto, por meio transplacentário. Hoje, sabe-se que a transmissão vertical do *T. pallidum* pode acontecer em qualquer fase gestacional clínico da doença materna. A transmissão irá depender do estágio de sífilis na mãe e a duração da exposição do feto no útero. O percentual de transmissão vertical do *T. pallidum* em mulheres não tratadas é de 70 a 100%, no estágio primário e secundário da doença, diminuindo cerca de 30% nas fases tardias da infecção materna, ou seja, na fase tardia e terciária (BRASIL, 2006).

Quanto mais tardia a gestação mais permeável é a placenta, o que facilita a passagem de microrganismo, sendo maior as chances de ocorrer infecções no terceiro trimestre de gestação. Porém, a partir das 20 a 25 semanas de idade gestacional (IG), o feto é capaz de produzir respostas imunológicas específica contra o agressor, além de contar com a imunidade humoral da Imuglobulina G (IgG) materna, visto que sua concentração se eleva a partir da segunda semana metade da gestação. Assim sendo, apesar de a chance de infecção ser menor na primeira metade da gestação, o risco de óbito fetal ou infecção sintomática aumenta. Entretanto, quanto mais próximo do termino da gestação mais chances de o feto ser acometido, mas também a probabilidade de a infecção ser assintomática ou até mesmo latente (MAROSTICA et al., 2018).

Ainda de acordo com Brasil (2006), existe a probabilidade de transmissão direta do *T. pallidum* por meio do contato da criança pelo canal de parto, se houver lesões

genitais maternas. No período da amamentação, a transmissão ocorrerá apenas se no mamilo tiver lesões por sífilis. A partir das mães não tratadas, cerca de 40% há aborto espontâneo, natimorto ou morte perinatal. Quando a mãe adquire sífilis durante a gestação, a infecção aos recém-nascidos pode ser assintomática ou sintomática. É essencial a triagem sorológica da mãe na maternidade, visto que mais de 50% das crianças infectadas são assintomáticas no nascimento, com surgimento dos primeiros sintomas geralmente, nos 3 meses iniciais de vida. A sífilis congênita é classificada em dois estágios: precoce, diagnosticada até dois anos e tardia após esse período.

2.3.1 Quadro Clínico

Sífilis congênita precoce: a síndrome clínica surge até o 2º ano de vida e deve ser diagnosticada por meio de uma avaliação epidemiológica criteriosa da situação materna e de avaliação clínica, sendo que o diagnóstico de uma criança é algo complexo. Como a maior parte das crianças são assintomáticas, é necessária uma associação de critérios epidemiológicos, clínicos e laboratoriais deve ser a base para o diagnóstico da sífilis na criança. As principais características são baixo peso ao nascer, hepatomegalia com ou sem esplenomegalia, lesões cutâneas (ex. pênfigo palmo-plantar, condiloma plano), periostite ou osteíte ou osteocondrite, bem como, pseudoparalisia dos membros, sofrimento respiratório com ou sem pneumonia, rinite sero-sanguinolenta, icterícia, anemia e linfadenopatia generalizada. Outras características clínicas incluem: petéquias, púrpura, fissura éribucal, síndrome nefrótica, hidropsia, edema, convulsão e meningite. Entre as alterações laboratoriais incluem-se: anemia, trombocitopenia, leucocitose e leucopenia (BRASIL, 2006).

Sífilis congênita tardia: surge após o 2º ano de vida. Da mesma forma que a sífilis congênita precoce, o diagnóstico deve ser concluído por meio da associação de critérios epidemiológicos, clínicos e laboratoriais. Além disso, deve-se estar atento na investigação para a possibilidade de a criança ter sido exposta ao *T. pallidum* por meio de exposição sexual (MONTELEONE; VALENTE, 1997). A sífilis congênita tardia não é contagiosa. Sua sematologia se acha condicionada à atividade contínua da enfermidade e/ou aos denominados estigmas, que apresentam sequelas, cicatrizes e deformidades, de agressões sífilíticas prévias (MONTELEONE; VALENTE, 1997).

Segundo Monteleone e Valente (1997), antes acreditava-se que o contágio ocorria somente após o quarto mês de gestação, porque antes disso o treponema não conseguia atravessar a placenta, devido à existência da barreira de Langhans. Estudos atuais demonstraram a presença do treponema em fetos de poucas semanas mostrando a passagem pela placenta. Tendo como base esses achados, acredita-se que a infecção ocorra antes da 16ª semana, entretanto como o feto não é capaz de apresentar sintomas antes das 18ª-20ª semana de vida, não aparecem as lesões características e, na ausência delas, os treponemas não são rotineiramente pesquisados. Segundo Monteleone e Valente (1997), o grau de intensidade das manifestações da sífilis congênita depende de alguns fatores:

- época de penetração do treponema;
- número de treponemas infectantes;
- virulência dos treponemas infectantes e;
- estado imunizante do organismo materno

2.4 EPIDEMIOLOGIA

O Sistema Único de Saúde (SUS) agrupou ao Sistema Nacional de Vigilância (SNVE), definindo na Lei nº 8.080/90, a vigilância epidemiológica como conjunto de atos que proporciona o conhecimento, a detecção ou a prevenção de qualquer mudança nos fatores fundamentais e condicionantes de saúde, tanto individual como coletiva, com objetivo de reconhecer e adquirir as medidas de prevenção e controle das possíveis doenças e agravos. Bem como expandir o conceito, as ações de vigilância epidemiológica passaram a ser dirigidas em ambiente de profunda reorganização do sistema de saúde brasileiro, marcada pela descentralização de responsabilidade, pela universalidade, integralidade e equidade na prestação de serviço (BRASIL, 2010).

Para Marostica et al. (2018), as infecções congênitas e perinatais são consideradas uma grande causa de morbimortalidade nos recém-nascidos (RNs). Seu rastreamento tem como principal finalidade diagnosticar precocemente essas infecções e iniciar, quanto possível, o tratamento durante a gestação, afim de minimizar o risco de potencial acometimento fetal. A via mais frequente pelo qual o feto é infectado é a via hematogênica transplacentária, após a mãe ser infectada. As

infecções ocorridas adquiridas durante o parto ou pós-parto (por via de amamentação) são conhecidas como infecções perinatais. A maioria dos RNs são assintomáticos ao nascimento, podendo os sinais e sintomas aparecerem nos primeiros dias, semanas ou meses de vida. Para os sintomáticos ao nascimento, o quadro clínico é muito distinto.

No Brasil é estimado uma prevalência em gestante de 1,6% da infecção, em 2004, representando entorno de 50 mil parturientes com sífilis ativa e uma estimativa de 15 mil crianças nascendo com sífilis congênita para aquele ano, em média. Desde 1986, a sífilis congênita é de notificação compulsória, tendo sido incluída no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Porém, embora a subnotificação tenha sido a regra, entre os anos de 1998 a 2004 foram notificados 24.448 casos da doença neste intervalo de tempo. Em 2003 observou-se uma mortalidade de 2,7 óbitos por 100 mil, em menores de 1 ano, demonstrando ainda um insuficiente controle do agravo em todo o território brasileiro (BRASIL, 2006).

2.5 DIAGNÓSTICO

Os testes empregues para o diagnóstico da sífilis são divididos em duas categorias: exames diretos e testes imunológicos. Na ocasião da escolha dos testes, é necessário considerar não apenas os testes disponíveis, mais também a provável fase da sífilis a ser diagnosticado. Por exemplo, no começo da infecção, quando, quando o tempo não é suficiente para a produção de anticorpos anti-*T. pallidum*, o ideal é que realize a pesquisa direta do *T. pallidum* (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2015).

Exames diretos: a análise direta de *T. pallidum* na sífilis recente primária e secundária pode ser feita pela microscopia de campo escuro (sensibilidade de 74% a 86%). Quando isso não é possível, a pesquisa do treponema pode ser alcançada por imunofluorescência direta, exame de material corado e biópsias (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2015;).

Testes imunológicos: caracterizam-se por ser os mais utilizados e podem ser divididos em: treponêmicos e não treponêmicos.

Testes treponêmicos: Detectam anticorpos particulares produzidos contra os antígenos do *T. pallidum*. São os primeiros a se virarem reagentes, consistir em importantes para a confirmação do diagnóstico. Na maior parte das vezes, conservar-se positivos mesmo após o tratamento pelo resto da vida do indivíduo; por isso, não são indicados para o monitoramento da resposta ao tratamento. Exemplos de testes treponêmicos: testes de hemaglutinação e aglutinação passiva Teste de hemaglutinação (TPHA); teste de imunofluorescência indireta (FTA-Abs, Absorção de Anticorpo Treponemal Fluorescente); quimioluminescência (EQL); ensaio imunoenzimático indireto (ELISA); testes rápidos (imunocromatográficos). Os testes rápidos são práticos e de fácil cumprimento, com leitura do resultado em, no máximo, 30 minutos. A realização pode ser feita com amostras de sangue total, colhidas por punção venosa, ou por punção digital (LARSEN; STEINER, 1995).

Testes não treponêmicos: Detectam anticorpos não específicos anticardiolipina para os antígenos do *T. pallidum*, e podem ser qualitativos ou quantitativos. Tornam-se reagentes cerca de uma a três semanas após o advento do cancro duro. O teste qualitativo indica a comparecimento ou ausência de anticorpo na amostra. O teste quantitativo admite a titulação de anticorpos. O resultado precisa ser expresso em títulos (1:2, 1:4, 1:64, entre outros), sendo essencial para o diagnóstico e monitoramento da resposta ao tratamento, pois a queda do título é indicação de sucesso terapêutico (LARSEN; STEINER, 1995).

Ainda segundo Larsen e Steiner (1995), exemplos de testes não treponêmicos com método de floculação incluem: Laboratório de Pesquisa de Doenças Venéreas (VDRL), Reação rápida ao teste (RPR) e Teste sérico vermelho não aquecido de toluidina (TRUST). O VDRL fundar-se em uma suspensão antigênica combinada por uma solução alcoólica contendo cardiolipina, colesterol e lecitina purificada e emprega soro inativado como amostra. O RPR e o TRUST são transformações do VDRL que propor-se a acrescentar o equilíbrio da suspensão antigênica e possibilitar a leitura do resultado a olho nu. O teste não treponêmico mais frequentemente utilizado é o VDRL. Se a infecção for detectada nas etapas tardias da doença, são esperados títulos baixos (< 1:4), que podem continuar por meses ou anos. Nesses episódios, sem registro de tratamento e sem data de infecção conhecida, a pessoa é considerada portadora de sífilis latente tardia, necessitando ser tratada.

As amostras com títulos altos podem exibir resultados falso-negativos quando triadas sem uma diluição acessória (1:8 ou 1:16), decorrente do “fenômeno prozona”. Esse fato incide na deficiência de reatividade do teste efetivado em uma amostra que, apesar de conter anticorpos não treponêmicos, proporciona resultado não reagente quando é verificada sem diluir. Deriva da semelhança desproporcional entre as quantidades de antígenos e anticorpos presentes na reação não treponêmica, provocando resultados falso-negativos (BENZAKEN et al., 2016).

A adoção de teste rápido em maternidades apresenta vantagens a respeito da otimização do tempo, visto que evita que a puérpera fique internada aguardando apenas o resultado do teste para sífilis. Nas gestantes, durante o pré-natal, a escolha do fluxograma é feita por cada serviço, de acordo com a sua conveniência, que deverá levar em consideração a infraestrutura laboratorial disponível inclusive nos finais de semana, a disponibilidade de pessoal para execução dos testes necessários e, finalmente o tipo de testes viáveis em cada instituição (BENZAKEN et al., 2016).

2.6 TRATAMENTO

De acordo com Brasil (2016), para o tratamento da sífilis na gestante, o medicamento de escolha é a penicilina, pois tem a capacidade de atravessar a barreira transplacentária. Tem-se que o tratamento da sífilis na gestação é o mesmo realizado para sífilis adquirida conforme a fase em que a infecção se apresenta:

- Sífilis primária (cancro duro): penicilina 2.400.000 UI via intramuscular (1,2 milhões em cada glúteo na mesma aplicação);
- Sífilis secundária (lesões cutâneas não ulceradas) ou latente precoce (com menos de um ano de evolução): penicilina benzatina 4.800.00 UI via intramuscular dose total, aplicar duas com intervalo de sete dias, sendo 2,4 milhões por dose: 1,2 milhões em cada glúteo na mesma aplicação);
- Sífilis terciária ou latente tardia (apresentando mais de um ano de evolução ou duração ignorada): penicilina benzatina 7.200.000 UI via intramuscular dose total (três séries, com intervalo de sete dias: 2,4 milhões por dose – 1,2 milhões e cada glúteo na mesma aplicação).

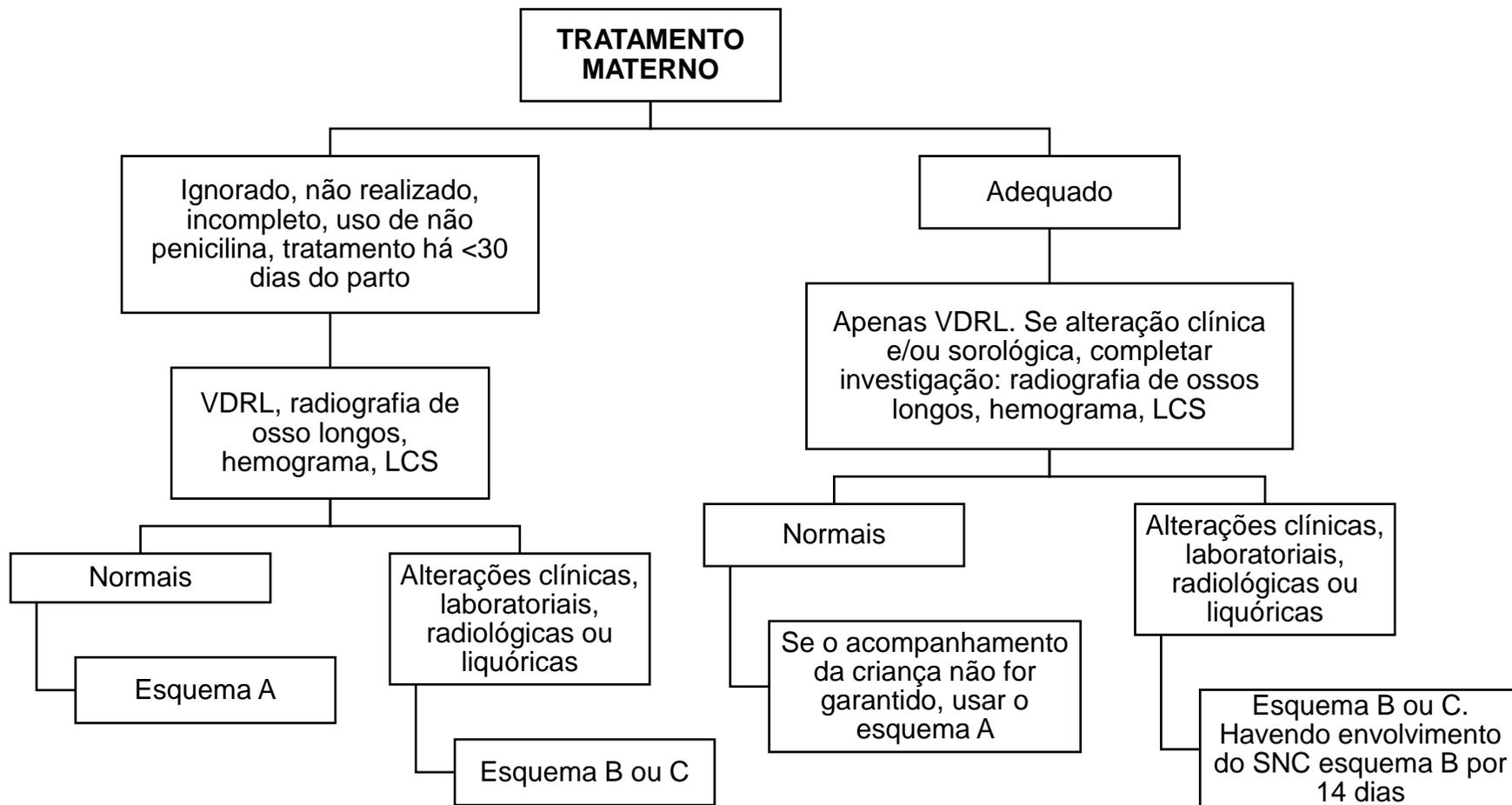


Figura 2 - Organograma de Tratamento da sífilis Congênita
 Fonte: Marostica et al., (2018)

Para a criança com sífilis congênita o tratamento, segundo Marostica et al. (2018), segue os seguintes esquemas (Figura 2):

- Esquema A: Penicilina Benzatina 50.000 UI/kg/dia, IM, dose única;
- Esquema B: Penicilina G Cristalina 50.000 UI/kg/dose a cada 6, 8 ou 12 horas (de acordo com a maturidade e idade do recém-nascido).
- Esquema C: Penicilina Procaína 50.000 UI/kg/dia, IM, dose única diária por 10 dias.

3. MÉTODO

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa documental, com caráter quantitativo e descritivo, retrospectivo, sendo o período analisado de 2008 a 2018.

A pesquisa documental compreende a análise de materiais que ainda não passaram por um tratamento, sendo suas fontes diversificadas como documentos de instituições públicas ou privadas, associações científicas, entre outros. Nesse tipo de estudo o pesquisador extrai dados de documentos como cartas, diários, memorandos, regulamentos, ofícios, boletins, etc., tendo que esses documentos constituem uma fonte valiosa de apresentação de dados, a pesquisa se faz vantajosa pois o pesquisador não entra em contato direto com indivíduos estudados, respeitando seu anonimato e não prejudicando por forma de envolvimento (GIL, 2002).

A abordagem quantitativa evidencia a observação de fenômenos, define ideias e os fundamenta através de análise, além de propor observações que explicam e modificam ou fundamentam respostas e possíveis ideias (MARCONI; LAKATOS, 2011).

A pesquisa descritiva objetiva delinear as características gerais de um grupo: idade, sexo, escolaridade, estado de saúde, etc. Busca mais que a identificação das variáveis que estuda, mas também a informação da relação entre elas (GIL, 2002).

3.2 LOCAL DE PESQUISA

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – (IBGE, 2018) estima que a população do Brasil é de 208.494.900 habitantes, possuindo uma área de 8.515.759,090 km². A expectativa de vida do estado é de 75,8 anos, sendo que os homens alcançam idades menos avançadas do que as mulheres. Segundo o IBGE, a expectativa de vida dos homens era de 72,2 anos em 2016. Para as mulheres, a esperança de vida ao nascer era de chegar aos 79,4 anos, tendo uma diferença de sete anos e 2 meses. Conforme dados divulgados em novembro de 2010 pela ONU, o Brasil

apresenta IDH (Índice de desenvolvimento humano) de 0,699, valor considerado alto, e hoje ocupa o 73º lugar no ranking mundial. A cada ano o país tem elevado o seu IDH, aspectos como aumento da expectativa de vida da população e taxa de alfabetização estão interligados a esse progresso.

3.2 UNIVERSO DE ESTUDO E AMOSTRA

O universo da pesquisa constitui-se através do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS/tabnet), sistema que disponibiliza informações que podem servir para subsidiar análises objetivas da situação sanitária, tomadas de decisão baseadas em evidências e elaboração de programas de ações de saúde.

compreende os casos notificados de sífilis congênita, no estado brasileiro. Somente serão analisados os casos notificados de gestantes com o diagnóstico sífilis congênita no período de 2008 a 2018.

3.3 CRITÉRIO DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram analisadas as notificações de crianças que tiveram o diagnóstico de sífilis congênita no período de 2008 a 2018.

3.4 COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados no período de fevereiro a março de 2019, por meio do Sistema de Informação de Agravos e Notificações (SINAN) acessado através da Vigilância Epidemiológica do Estado Brasileiro. Os dados foram exportados do sistema de informação do Ministério da Saúde – DATASUS/Tabnet, e armazenados em Microsoft Office Excel ® 2016.

Para a caracterização epidemiológica do cunho da pesquisa, foram selecionadas as seguintes variáveis: cor/raça, classificação quanto a escolaridade, realização do pré-natal, diagnóstico da sífilis materna no decorrer do pré-natal,

realização do tratamento do parceiro, classificação clínica da doença, bem como evolução dos casos.

3.5 TRATAMENTO E TABULAÇÃO DOS DADOS

Os dados coletados foram quantificados em frequência média, utilizando o programa Microsoft Office Excel ® 2016. Após a tabulação, os resultados são apresentados em forma de tabelas para sua melhor compreensão.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste estudo foram examinadas as notificações de Sífilis congênita do período de 2008 a 2018. Os dados foram divididos em 3 grupos: características quanto aos aspectos sociodemográficos, aos aspectos obstétricos das mulheres e, por fim, a evolução dos casos notificados neste período.

As notificações da doença no Brasil durante o período de 2008 a 2018, segundo o DATASUS/tabnet, totalizaram 164.329 (cento e sessenta e quatro mil trezentos e vinte e nove) casos.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO QUANTOS AOS ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS

As crianças diagnosticadas e notificadas com sífilis congênita no Brasil no período analisado, 2008 a 2018, totalizaram 164.329 casos. Em relação aos aspectos das mães, teve-se que 49% (n=80.957) intitularam-se pardas 0,4% (n=659) consideravam-se indígenas, o que indica um percentual alto visto que o contingente populacional no Brasil apresenta poucas pessoas indígenas. (Tabela 1).

Em um estudo realizado no município de Santa Cruz, Rio Grande do Norte em um Hospital Universitário Materno Infantil que teve como objetivo caracterizar o perfil epidemiológico das usuárias que eram portadoras de sífilis adquirida. Com os dados coletados nas fichas de investigação de sífilis, obteve como resultado que 67% das puérperas notificadas cursaram apenas o ensino fundamental, 33% eram solteiras, 42% realizaram menos que 06 consultas de pré-natal, 58% delas realizaram tratamento prévio da sífilis, porém apenas 25% dos parceiros aderiram e o realizaram. Deste modo, ficou evidenciado o avanço quanto ao diagnóstico da sífilis durante o período de pré-natal, entretanto sobressaiu a não realização do tratamento da gestante antes do parto, assim como do parceiro. Os autores apontam que estratégia inovadoras são essenciais visando o tratamento antecipado e apropriado das gestantes e parceiros (DANTAS et al., 2017).

A predominância sob a etnia parda também foi observada por Dantas et al. (2017), que representou 83% e 17% se denominaram brancas. Tendo uma observação que este estudo considera apenas as raças branca e parda.

Tabela 1 - Classificação quanto a raça/cor das mães

Cor/Raça	N	%
Ign/Branco	33.501	20,387
Branca	40.699	25
Preta	8.136	4,951
Amarela	377	0,2294
Parda	80.957	49
Indígena	659	0,401
Total	164.329	100%

Fonte: Ministério da Saúde/Secretaria de vigilância em saúde - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net

Durante o período, a taxa de pessoas que cursaram apenas o ensino fundamental foi de 45% (n=73.385), 24% (n=39.390) dizem ter o ensino médio completo. Porém, é importante ressaltar que o número de branco/ignorado somou 28,3% (n=46.573), onde observamos pontos falhos nas notificações, seja por não levantamento dos dados ou pelo mal preenchimento.

Para Barbosa et al. (2017), em um estudo descritivo do tipo seccional, de cunho documental realizado no estado do Piauí entre 2010 e 2013, utilizando o Sistema de Informação de agravos de notificações, teve como resultado 388 casos de sífilis gestacional e como consequência 193 casos de sífilis congênita entre 2010 e 2013. Dentre as gestantes, 72,4% possuem 20 a 39 anos, tendo que 44,7% apresentavam escolaridade entre 5^o e 8^o séries incompletas. No que se refere aos casos de transmissão vertical, 82,4% realizaram pré-natal. 40,4% foram diagnosticadas durante a gestação e em 22,3% existiu, juntamente, tratamento do parceiro. De acordo com os autores a taxa de incidência mostrou-se crescente entre os anos de estudo, com dados superiores aos objetivos propostos para a eliminação ou mitigação da doença.

Para Barbosa et al. (2017), a baixa escolaridade das gestantes é de grande relevância para os condicionantes de saúde de maneira geral, e de maneira específica, determinado a construção de um ambiente social, afetivo e econômico

favorável à exposição a risco que vai desde o adoecimento até a morte do indivíduo (Tabela 2).

Tabela 2 - Classificação quanto a escolaridade das mães

Escolaridade da Mãe	N	%
Ign/Branco	46.573	28,34132
Analfabeto	1.655	1
Ensino Fundamental	73.385	45
Ensino Médio	39.390	24
Ensino Superior	2.503	2
Não se aplica	823	0,500825
Total	164.329	100

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net

4.2 O PERFIL OBSTÉTRICO DAS PARTICIPANTES DO ESTUDO

Do que tange a realização do pré-natal, um grande número de mulheres realizou o pré-natal, totalizando 79% (n=129.137 dos casos), porém 16% (n=25.535) dessas mulheres não participaram de consultas de pré-natal. Tem-se, deste modo um grande número de mulheres não realizando o pré-natal, seja por não acessibilidade ou até mesmo por rejeição. De acordo com Barbosa et al. (2017), a maior parte das gestantes as quais os filhos foram diagnosticados com sífilis congênita (SC) tinham realizado pré-natal, o que não garantiu o tratamento correto da gestante sífilítica e seu parceiro (a), acerca da facilidade e acesso do tratamento farmacológico à base de penicilina (Tabela 3).

Tabela 3 - Realizou pré-natal

Realizou Pré-Natal	N	%
Ign/Branco	9.658	6
Sim	129.137	79
Não	25.535	16
Total	164.330	100

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net

Tabela 4 - Sífilis Materna

Sífilis Materna	N	%
Ign/Branco	7.407	5
Durante o pré-natal	84.564	51
No momento do parto/curetagem	57.053	35
Após o parto	14.211	9
Não realizado	1.095	0,66
Total	164.330	100

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net

Em relação a sífilis materna 9% (14.211) foram diagnosticadas após o parto, 35% (n=57.053) apenas no momento do parto/curetagem e 51% (n= 84.564) durante o pré-natal (Figura 04). Nota-se que apesar de um grande número de mulher realizarem o pré-natal e o diagnóstico de sífilis se dar de forma rápida, as mulheres, na maior parte das vezes, são diagnosticadas com a infecção apenas no momento do parto.

Em um estudo realizado por Alcântara e Guerreiro (2016) no estado da Paraíba de 2007 a 2016 identificou que a maior parte dos diagnósticos de sífilis materna (50,4%) ocorreu no momento do parto. Dos casos restantes, 36,5% foram diagnosticados durante o pré-natal, sendo que 8,1% após o parto. Outro achado importante é que em uma população de 1.237 casos de sífilis congênita no estado, entorno de 15% das mães não realizaram pré-natal e a maioria dos diagnósticos de sífilis materna (50,4%) foi realizada apenas no momento do parto. Em 75,7% dos casos foi realizado tratamento inadequado, sendo que em 7,75% dos casos foi realizado. Deste modo, eles concluíram que diante das graves consequências que a sífilis pode trazer tanto para a gestante e o parceiro para evitar a transmissão vertical deste agravo, torna-se essencial fornecer e qualificar as ações realizadas durante o acompanhamento pré-natal e assistência ao parto nas maternidades.

Tabela 5 - Tratamento do Parceiro

Tratamento de Parceiros	N	%
Ign/Branco	37.675	23
Sim	27705	17
Não	98950	60,2
TOTAL	164330	100

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net

No que se refere ao tratamento do parceiro, no período analisado, 60,2% (n= 98.950) não realizaram o tratamento e somente 17% (27.705) fizeram. Para Alcântara e Guerreiro (2016), em aproximadamente 60% dos casos não houve tratamento do parceiro.

A dificuldade de realizar o tratamento da parceria, das gestantes com IST, pode estar relacionado à própria construção histórica das políticas de saúde, que sempre foram excludentes quando se trata de homens, resultando na baixa procura por atendimento. Pode também estar ligada à visão que os homens têm em relação a saúde, pois atribuem à mulher a reponsabilidade pelo cuidado (CAMPOS, et al., 2012).

Visto a dificuldade de tratar o parceiro para Mascarenhas et. al (2016) seria necessário implantar uma estratégia eficaz por parte da equipe para realizar a abordagem e tratamento de forma eficaz destas parcerias, tendo o objetivo de mitigar a infecção e principalmente a reinfecção em gestantes. Lembrando e reforçando a importância do uso do preservativo para prevenção e quando infectado a adequação e conclusão do tratamento.

4.2.1 Papel do enfermeiro

No momento em que a gestante tem diagnóstico positivo para sífilis é necessário que a mesma seja assistida por profissionais com conhecimento e habilidade específicos no que se refere ao manejo, cuidado e tratamento desta patologia. Deste modo o profissional de enfermagem é habilitado e designado legalmente para realização do pré-natal das gestantes de baixo risco (ANDRADE, et al., 2011).

O enfermeiro(a) no pré-natal deve solicitar os exames laboratoriais, assim quando esta gestante comparecer com resultado de um BETA-HCG positivo, sendo realizado toda anamnésia e orientações, logo depois realizar o teste rápido e depois o exame VDRL e fazer as anotações no cartão da gestante. A parte preventiva começa na unidade básica com acompanhamento essencial do enfermeiro(a). Com o cartão completo na chegada a maternidade os profissionais saberão o real estado clínico da gestante, sabendo como agir (LEMOS, 2018).

As ações específicas ao profissional de enfermagem na prevenção da sífilis congênita, a realização das consultas de enfermagem de pré-natal eo aconselhamento e seguimento das pacientes cujo teste de VDRL foi positivo. Além disso cabe ao profissional de enfermagem atuar a partir da orientação educacional visando a prevenção novos casos de sífilis, através a prática de orientações e informações adequadas a toda as mulheres e seus parceiros (Souza et al., 2018).

4.3 EVOLUÇÃO FINAL DOS CASOS NOTIFICADOS

Tabela 6 - Classificação final dos casos notificados

Classificação dos Casos	N	%
Ign/Branco	4.435	3
Sífilis Congênita Recente	147.890	90
Sífilis Congênita Tardia	403	0,24
Natimorto/Aborto por Sífilis	5.660	3
Descartado	5.941	4
Total	164.329	100

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net

De acordo com a classificação clínica da doença 90% (n=147.890 dos pacientes) apresentaram sífilis congênita recente e 0,24% (n=403) tiveram sífilis congênita tardia, 3% como caso de natimorto/aborto por sífilis (Tabela 6).

Tabela 7 - Evolução dos casos notificados

Evolução dos Casos	N	%
Ign/Branco	6.700	4
Vivo	142.315	93
Óbito pelo agravo notificado	2.842	2
Óbito por outra causa	1.301	0,84
Total	153.158	100

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net

Quanto a evolução dos casos 2% (2.842) resultaram em óbito pelo agravo notificado, 96% (n=142.315) vivos. Esses dados também foram observados por Padovani et al. (2018), sendo que encontraram dois óbitos por sífilis congênita, um por outras causas e cinco natimortos. Esses finais, mesmo que não pareçam significativos quantitativamente, são importantes pois podem ser evitados em uma assistência materno-infantil de qualidade. Apontam ainda, com esses resultados, que existe uma longa jornada a ser trilhada para o alcance da meta da Organização Mundial da Saúde que busca a erradicação da sífilis congênita (Tabela 07).

Para Padovani et al., (2018) é essencial que os profissionais de saúde e a sociedade se mobilize acerca da importância do diagnóstico e tratamento precoce da mulher e de seu parceiro. À equipe multiprofissional é responsável por realização de busca ativa das gestantes faltosas nas consultas de pré-natal, ações para a conscientização da população no que tange os riscos da prática sexual insegura e da importância do autocuidado, especialmente entre os mais vulneráveis.

O aumento progressivo no número de casos de sífilis congênita notificados no período de 2008 a 2018 no estado brasileiro é preocupante e mostra a necessidade do desenvolvimento de medidas eficazes para seu controle, pois trata-se de uma doença evitável quando diagnosticado precocemente e o tratamento adequado das gestantes e seus parceiros (ALCÂNTARA; GUERREIRO, 2016).

Segundo Silva et al. (1981) em um estudo que buscava descrever o perfil epidemiológico dos casos de sífilis congênita notificados em um município nordestino tiveram como conclusão a necessidade de implementação de ações voltadas para a minimização dos casos de sífilis congênita, como análise da qualidade da assistência pré-natal pois na maioria dos casos observados, as mães realizaram consultas durante esse período gestacional. Entretanto, não impediu a transmissão vertical da sífilis. Outro ponto a ser trabalhado é a verificação dos mecanismos que integrem o

parceiro ao pré-natal e, assim favoreçam a sua adesão ao tratamento quando positivamente diagnosticados (SILVA et al., 1981).

Para Silva et al. (1981) é preciso investimento na capacitação dos profissionais das equipes de saúde que executam o pré-natal, com o monitoramento das atividades realizadas para a prevenção da sífilis congênita, estimulando o comprometimento dos profissionais com os procedimentos adequados, evitando o mecanicismo.

Outro fator eficaz é o trabalho em conjunto da vigilância epidemiológica com a atenção primária gerando informações uteis para a tomada de decisões dos gestores em saúde buscando a uma melhor qualidade da assistência às gestantes e, por conseguinte a minimização de casos de sífilis congênita no país (SILVA et al., 1981).

Dentre as medidas a serem adotadas para mitigação da sífilis, bem como de outras infecções sexualmente transmissível está, principalmente, na utilização de preventivo. Quando a mulher já se encontra com sífilis e no processo gravídico deve ser iniciado o tratamento com penicilina adequado para o estágio ao qual se encontra (SILVA et al., 1981).

Para Rouquayrol e Gurgel (2013) a prevenção da sífilis tem como linha de frente a permanente educação sexual do jovem pela família, escola, centros de saúde e meios de comunicação. Nas regiões subdesenvolvidas a prostituição, promovida pela miséria, é um dos meios de manutenção e disseminação de agentes das ISTs. As medidas de prevenção, nesses casos, não são apenas médicas, mas eminentemente econômicas e políticas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No estudo os resultados foram divididos em três grupos, socioeconômico, obstétricos das mulheres e evolução dos casos. O que sinalizou grande necessidade de melhorias da qualidade da atenção no pré-natal, especialmente para pacientes de maior vulnerabilidade.

Um dos dados mais relevantes que foram observado e analisado é a falta de qualidade na notificação, visto que na coleta de dados obteve-se muitos casos de ignorado/branco, bem como descartado. Com maior adequação será possível conjuntos de atos que proporciona o conhecimento, a detecção ou a prevenção de qualquer mudança nos fatores fundamentais e condicionantes de saúde, tanto individual como coletiva.

Ao analisar os dados coletados verificou-se que a sífilis congênita se encontra acima do que é definido pelo Ministério da Saúde e pela Organização Mundial da Saúde. No período estudado as características analisadas ligadas a mãe, ao recém-nascido à assistência à saúde, bem como o diagnóstico apontam para uma baixa efetividade da assistência ao pré-natal. Visto que a sífilis congênita é um acontecimento determinante para a qualidade da assistência do pré-natal.

O estudo evidenciou as vulnerabilidades intrínsecas aos casos notificados de sífilis, como escolaridade e qualidade da atenção à saúde, os quais podem sugerir uma falha por parte dos profissionais na captação precoce e acompanhamento destas gestantes ou as mesmas não estão efetuando busca das unidades de Saúde para consulta pré-natal. Assim concebendo a captação tardia da sífilis gestacional e da frequência da transmissão vertical da infecção.

A maior coerência dos serviços envolvidos, em específico, do sistema nacional de vigilância, tanto da atenção básica e da hospitalar pode gerar a priorização e o acompanhamento mais próximo e proativo dos grupos identificados como de vulneráveis.

REFERÊNCIA

ANDRADE, Roumayne FV ; LIMA Nara BG ; ARAÚJO Maria AL ; Silva Denise MA ; Melo Simone. **Conhecimento dos Enfermeiros acerca do Manejo da Gestante com Exame de VDRL Reagente**. DST - J bras Doenças Sex Transm. V.23; n.4, p:188-193, 2011. Disponível em <<http://www.dst.uff.br> >. Acesso em: 20 maio 2018.

ALCÂNTARA, Thaís Teixeira; GUERREIRO, Jória Viana. **Perfil Epidemiológico Da Sífilis Congênita no Estado da Paraíba, 2007 A 2016**. Disponível em: <<http://www.ccm.ufpb.br> >. Acesso em: 20 de abr. de 2019.

AMARAL, Eliana. **Sífilis na gravidez e óbito fetal**: de volta para o futuro. Disponível em: <<http://www.scielo.br> >. Acesso em: 26 de marc. de 2019.

AVELLEIRA, J. C. R.; BOTTINO, G. **Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle (2006)**. Disponível em: <<http://www.scielo.br> >. Acesso em: 16 mar. 2019.

BARBOSA, Débora Regina Marques; ALMEIDA, Manoel Guedes de; SILVA, Abimael Oliveira; ARAÚJO, Antonia Almeida; SANTOS, Ariane Gomes dos. **Perfil epidemiológico os casos de sífilis gestacional**. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br>>. Acesso em: 26 mar. de 2019.

BENZAKEN; Adele Schawartz; FRANCHINI, Miriam; BAZZO, Maria Luiza; GASPAR; Pamela Cristina; COMPARINI; Regina. **Manual técnico para o diagnóstico da sífilis**. Disponível em: <<https://www.pncq.org.br> >. Acesso em: 19 mar. de 2019

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diretrizes para o Controle da Sífilis Congênita**: Manual de Bolso. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br>>. Acesso em: 13 mar.2019.

_____. Ministério da Saúde. **Secretaria de Vigilância em Saúde**. Departamento de Vigilância Epidemiológica. 7. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_epidemiologica_7ed.pdf>. Acesso em: 02 mai. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Sífilis (2018)**. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/campanhas/sifilis/>>. Acesso em: 12 de mar. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação de Agravos de notificação: Ficha de Investigação – Sífilis Congênita**. Disponível em: <<http://portalsinan.saude.gov.br/>>. Acesso em: 12 mar. de 2019

_____. Ministério da Saúde. **Sífilis: estratégia para diagnóstico no Brasil (2010)**. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br>>. Acesso em: 12 de mar. De 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Fundação Nacional de Saúde**. Portaria n.º 73, de 9 de março de 1998. Constitui comissão para desenvolver os instrumentos, definir fluxos e no novo software do Sinan. Boletim de Serviço da Funasa, Brasília, 20 mar. 1998.

CAMPOS, Ana Luiza de Araújo et al. **Epidemiologia da sífilis gestacional em Fortaleza, Ceará, Brasil: um agravado sem controle**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 26, n. 9, p. 1747-1755, set. 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org>>. Acessos em 24 maio 2016.

DANTAS, Livia Azevedo; JERÔNIMO, Silvana Helena Neves de Medeiros; TEIXEIRA, Gracimary Alves; LOPES, Thais Rosental Gabriel; CASSIANO, Alexandra Nascimento; CARVALHO, Jovanka Bittencourt Leite de. **Perfil epidemiológico de sífilis adquirida diagnosticada e notificada em hospital universitário materno infantil**. Disponível em: <<http://scielo.isciii.es>>. Acesso em: 26 mar. de 2019.

FIGUEREDO, Luiz Orencio; ZANELATTO, João Henrique. **Trajetória de migrações no Brasil**. Maringá, v. 39, n. 1, p. 77-90, jan-abr., 2017.

GIL, A. C.; **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4º ed. São Paulo: Atlas, 2002.
GONTIJO, B.; CARVALHO, M. L. R.; Leishmaniose tegumentar americana. Rev. Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, 36 (1): 71-80, 2003.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Indicadores de Desenvolvimento Sustentável**. Rio de Janeiro: IBGE 2018. p. 352.

JEPSEN, O.B.; HOUGEN, K.H.; BIKCH-ANDERSEN, A. **Electron microscopy of Treponema pallidum nichols**. Acta Pathologica Microbiologica Scandinavica, v.74, n.2, p.241-258, 1968.

LARSEN, S.A.; STEINER, B.M.; RUDOLPH, A.H. **Laboratory diagnosis and interpretation of tests for syphilis**. Clinical Microbiology Reviews, v.8, n.1, p.1-21, 1995.

LEMOS, Lucélia Aparecida de Souza. **O cuidado de Enfermagem para as gestantes com Sífilis**. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) Ajes – Faculdade do Vale do Juruena. Disponível em: <<http://www.biblioteca.ajes.edu.br>>. Acesso em: 05 de mai. de 2019.

MASCARENHAS. Luciane Eline Ferreira; ARAÚJO, Mércia dos Silva; GRAMACHO, Rita de Cássia Calfa Vieira. **Desafios no Tratamento da Sífilis Gestacional**. Disponível em: <<http://www7.bahiana.edu.br>>. Acesso em 15 de jun. 2019.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M.; **Metodologia científica**. Editora Atlas. 6ª Edição. p. 286, 2011.
MAROSTICA, Paulo José Cauduro; VILLETTI, Manoela Chitolina; FERRELLI, Régis Schander; BARROS, Elvino. **Pediatria: Consulta rápida**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2018. p.1268.

MONTELEONE P. P. R.; VALENTE C. A. **Infectologia em ginecologia e obstetrícia**. São Paulo: Editora Atheneu, 1997: câmara brasileira do Livro, Brasil.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Doença Sexual e Transmissível: Prevenção, Diagnóstico e Tratamento de Infecções Sexualmente Transmissíveis** (2017). Disponível em: <<https://www.who.int/reproductivehealth/stis-plos-collection/en/>>. Acesso em: 13 de mar. de 2019.

_____. **Saúde social e reprodutiva (2019)**. Disponível em: <<https://www.who.int/reproductivehealth/congenital-syphilis-estimates/en/>>. Acesso em: 12 de mar. de 2019.

PADOVANI, Camila Rosana; OLIVEIRA, Rosseto de; PELLOSO, Sandra Marisa. **Sífilis na gestação: associação das características maternas e perinatais em região do sul do Brasil**. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v26/pt_0104-1169-rlae-26-e3019.pdf>. Acesso em: 28 de mar. de 2019.

ROUQUAYROL, Maria Zélia; GURGEL, Marcelo. **Epidemiologia e saúde**. 7 ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2013.

SINGH A. E., ROMANOWSKI B. (1999). **Syphilis**: review with emphasis on clinical, epidemiologic, and some biologic features. Clin Microbiol Rev 12: 187-209.

SILVA, Isadora Maria Delmiro; LEAL, Eliane Maria Medeiros; PACHECO, Hélder Freire; JÚNIOR, José Gilmar de Souza; SILVA, Felipe Santana da. **Perfil**

Epidemiológico Da Sífilis Congênita. Disponível em: <<https://doi.org>>. Acesso em: 28 de abril de 2019.

SOUZA, et al. **Ações de enfermagem para prevenção da sífilis congênita:** uma revisão bibliográfica. Disponível em: <http://www.libertas.edu.br>>. Acesso em: 21 de jun. de 2019.

ANEXO

ANEXO 1 - FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE SÍFILIS CONGÊNITA

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

Nº

FICHA DE NOTIFICAÇÃO / INVESTIGAÇÃO SÍFILIS CONGÊNITA

Definição de caso:
Primeiro Critério: Toda criança, ou aborto, ou natimorto de mãe com evidência clínica para sífilis e/ou com sorologia não treponêmica reagente para sífilis com qualquer titulação, na ausência de teste confirmatório treponêmico, realizada no pré-natal ou no momento do parto ou curetagem, que não tenha sido tratada ou tenha recebido tratamento inadequado.
Segundo Critério: Todo indivíduo com menos de 13 anos de idade com as seguintes evidências sorológicas: titulações ascendentes (testes não treponêmicos); e/ou testes não treponêmicos reagentes após seis meses de idade (exceto em situação de seguimento terapêutico); e/ou testes treponêmicos reagentes após 18 meses de idade; e/ou títulos em teste não treponêmico maiores do que os da mãe. Em caso de evidência sorológica apenas, deve ser afastada a possibilidade de sífilis adquirida.
Terceiro Critério: Todo indivíduo com menos de 13 anos de idade, com teste não treponêmico reagente e evidência clínica ou líquórica ou radiológica de sífilis congênita.
Quarto Critério: Toda situação de evidência de infecção pelo *Treponema pallidum* em placenta ou cordão umbilical e/ou amostra da lesão, biópsia ou necropsia de criança, aborto ou natimorto.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual		3 Data da Notificação	
	2 Agravo/doença SÍFILIS CONGÊNITA		Código (CID10) A 5 0.9	
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)	
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7 Data do Diagnóstico
Notificação Individual	8 Nome do Paciente		9 Data de Nascimento	
	10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante	13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parde 5-Indígena 9-Ignorado
	14 Escolaridade		15 Número do Cartão SUS	
	16 Nome da mãe			
Dados de Residência	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito
	20 Bairro		21 Logradouro (rua, avenida,...)	
	22 Número		23 Complemento (apto., casa, ...)	
	24 Geo campo 1		25 Geo campo 2	
	26 Ponto de Referência		27 CEP	
	28 (DDD) Telefone		29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	
	30 País (se residente fora do Brasil)			
	Dados Complementares			
Antecedentes Epidemiol. da gestante / mãe	31 Idade da mãe ANOS		32 Raça/cor da mãe 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parde 5-Indígena 9-Ignorado	
	33 Ocupação da mãe		34 Escolaridade 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10-Não se aplica	
	35 Realizou Pré-Natal nesta gestação 1-Sim 2-Não 9-Ignorado		36 UF	
	37 Município de Realização do Pré-Natal		Código (IBGE)	
Dados Lab. da gestante / mãe	38 Unidade de Saúde de realização do pré-natal		Código	
	39 Diagnóstico de sífilis materna 1 - Durante o pré-natal 2 - No momento do parto/curetagem 3 - Após o parto 4 - Não realizado 9 - Ignorado			
	40 Teste não treponêmico no parto/curetagem 1-Reagente 2-Não reagente 3-Não realizado 9-Ignorado		41 Título 1:	
42 Data		43 Teste confirmatório treponêmico no parto/curetagem 1-Reagente 2-Não reagente 3-Não realizado 9-Ignorado		
Trat. da gestante / mãe	44 Esquema de tratamento 1-Adequado 2-Inadequado 3-Não realizado 9-Ignorado		45 Data do início do Tratamento	
	46 Parceiro(s) tratado(s) concomitantemente a gestante 1-Sim 2-Não 9-Ignorado			

Sífilis Congênita

Sinan NET

SVS

04/08/2008

Ano L Epidem. da Criança	47 UF	48 Município de nascimento / aborto / natimorto	Código (IBGE)	49 Local de Nascimento (Maternidade/Hospital)	Código
	50 Teste não treponêmico - Sangue Periférico <input type="checkbox"/> 1-Reagente 2-Não reagente 3-Não realizado 9-Ignorado				
Dados de Laboratório da Criança	51 Título			52 Data	
	53 Teste treponêmico (após 18 meses)			54 Data	
	55 Teste não treponêmico - Líquor			56 Título	
	58 Titulação ascendente			59 Evidência de <i>Treponema pallidum</i>	
	60 Alteração Líquórica			61 Diagnóstico Radiológico da Criança: Alteração do Exame dos Ossos Longos	
Dados Clínicos da Criança	62 Diagnóstico Clínico <input type="checkbox"/>		63 Presença de sinais e sintomas		
	1 - Assintomático 3 - Não se aplica 2 - Sintomático 9 - Ignorado		1 - Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Icterícia <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Esplenomegalia <input type="checkbox"/> Osteocondrite <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Rinite muco-sanguinolenta <input type="checkbox"/> Hepatomegalia <input type="checkbox"/> Lesões Cutâneas <input type="checkbox"/> Pseudoparalisia		
Tratamento	64 Esquema de tratamento				
Evolução	65 Evolução do Caso				66 Data do Óbito
	1 - Vivo 2 - Óbito por sífilis congênita 3 - Óbito por outras causas 4 - Aborto 5 - Natimorto 9 - Ignorado				
Observações Adicionais:					
Investigador	Município / Unidade de Saúde				Código da Unid. de Saúde
	Nome	Função		Assinatura	

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO

Nenhum campo deverá ficar em branco.

Na ausência de informação, usar categoria ignorada.

7 - Anotar a data do diagnóstico ou da evidência laboratorial e/ou clínica da doença de acordo com a definição de caso vigente no momento da notificação.

8 - Nome do Paciente: preencher com o nome completo da criança (sem abreviações); se desconhecido, preencher com **Filho de: (o nome da mãe)**.

9 - Data do nascimento: deverá ser anotada em números correspondentes ao dia, mês e ano.

10 - Idade: anotar a idade somente se a data de nascimento for desconhecida.

40 - 50 - 55 - Sorologia não treponêmica: VDRL (Venereal Diseases Research Laboratory) e RPR (Rapid Plasma Reagin): Indicados para a triagem e seguimento terapêutico.

43 - 53 - FTA-Abs (Fluorescent Treponemal Antibody-absorption), MHA-Tp (Microhemagglutination *Treponema pallidum*), TPHA (Treponema pallidum Hemagglutination), ELISA (Enzyme-Linked Immunosorbent Assay): Indicados na confirmação diagnóstica e exclusão de resultados de testes não treponêmicos falsos positivos. Em crianças, menores 18 meses de idade, a performance dos testes treponêmicos pode não ser adequada para definição diagnóstica.

44 - Esquema de Tratamento da mãe:

Esquema de Tratamento Adequado:

É todo tratamento completo, com penicilina e adequado para a fase clínica da doença, instituído pelo menos 30 dias antes do parto e parcelar tratado concomitantemente com a gestante.

Esquema de Tratamento Inadequado:

É todo tratamento feito com qualquer medicamento que não a penicilina; ou: tratamento incompleto, mesmo tendo sido feito com penicilina; ou tratamento não adequado para a fase clínica da doença; ou a instituição do tratamento com menos de 30 dias antes do parto; ou - elevação dos títulos após o tratamento, no seguimento; ou - quando o(s) parcelo(s) não foi(ram) tratado(s) ou foi(ram) tratado(s) inadequadamente, ou quando não se tem essa informação disponível.

53 - Refere-se ao resultado do teste treponêmico, confirmatório, realizado após os 18 meses de idade da criança. Informar - **Não se aplica** - quando a idade da criança for menor que 18 meses.

58 - Titulação ascendente - Refere-se à comparação dos títulos da sorologia não treponêmica da criança após cada teste realizado durante o esquema de seguimento (VDRL com 1mes, 3, 6, 12 e 18 meses).

59 - Evidência de *T. pallidum* - Registrar a identificação do *Treponema pallidum* por microscopia em material colhido em placenta, lesões cutâneo-mucosas da criança, cordão umbilical, ou necropsia, pela técnica de campo escuro, imunofluorescência ou outro método específico.

60 - Alteração líquórica - Informar detecção de alterações na celularidade e/ou proteínas ou outra alteração específica no líquido da criança;

63 - Em relação ao tratamento da criança com sífilis congênita consultar o Manual de Sífilis Congênita - Diretrizes para o Controle, 2005.

65 - Informar a evolução do caso de sífilis congênita:

Considera-se **Óbito por sífilis congênita** - o caso de morte do recém-nato, após o nascimento com vida, filho de mãe com sífilis não tratada ou tratada inadequadamente.

Considera-se **Aborto** - toda perda gestacional, até 22 semanas de gestação ou com peso menor ou igual a 500 gramas.

Considera-se **Natimorto** - todo feto morto, após 22 semanas de gestação ou com peso maior que 500 gramas.

Sífilis Congênita

Sinan NET

SVS

04/08/2008