



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE ANÁPOLIS – UniEVANGÉLICA
CURSO DE ENFERMAGEM

PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DA SÍFILIS CONGÊNITA EM ANÁPOLIS-GO
ENTRE OS ANOS 2010 A 2017

DENISE ALVES OLIVEIRA

ANÁPOLIS, GOIÁS
2018

DENISE ALVES OLIVEIRA

PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DA SÍFILIS CONGÊNITA EM ANÁPOLIS-GO
ENTRE OS ANOS 2010 A 2017

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Centro Universitário de Anápolis-
UniEVANGÉLICA, para obtenção de título de
Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Constanza Thaise Xavier
Silva

ANÁPOLIS, GOIÁS

2018

PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DA SÍFILIS CONGÊNITA EM ANÁPOLIS-GO
ENTRE OS ANOS 2010 A 2017

DENISE ALVES OLIVEIRA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado e defendido em 21 de dezembro de 2018 para a
banca examinadora composta por:

Prof.^a Dr.^a Constanza Thaise Xavier Silva (Orientadora)
Centro Universitário de Anápolis - UniEVANGÉLICA

Prof.^a Esp. Tatiana Caexeta Aranha (Avaliadora)
Centro Universitário de Anápolis - UniEVANGÉLICA

RESUMO

A sífilis é uma patologia causada pelo *Treponema pallidum*. Tem persistido como um grande problema de saúde pública brasileiro com altas taxas de transmissão. Pode ser transmitida por transfusão sanguínea, contato sexual e transmissão vertical da gestante não tratada para o feto na gestação, tendo neste último caso a sífilis congênita. O objetivo do estudo foi caracterizar o perfil clínico-epidemiológico da sífilis congênita em Anápolis-Goiás, descritos no banco dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação, entre os anos 2010 a 2017. Tratou-se de um estudo epidemiológico, observacional, descritivo e transversal de natureza quantitativa, sendo observado as situações de encerramento das notificações. Foi oferecida assistência a 154 casos de sífilis congênita com o maior número de casos em 2017, demonstrando que mais casos da patologia estão sendo notificados no município. Das características maternas avaliadas a faixa etária prevalente foi a compreendida entre 20 e 34 anos, a etnia mais apresentada foi a cor parda e o nível de escolaridade mais prevalente foi o ensino médio. Quanto ao pré-natal, a grande parte das mães realizaram e o maior número de casos de sífilis congênita foi notificado durante esse período. Houve casos em que o diagnóstico da doença foi tardio, sendo realizado no momento do parto/curetagem ou após o parto. Em relação à criança, o teste de sangue periférico foi reagente na maior parte dos casos, em contraste com o teste de líquido, que foi realizado em menos casos. O teste treponema de 18 meses foi não reagentes em raros casos, porém, para esse teste, a taxa prevalente foi para as vezes em que esse teste não foi realizado. Quanto ao tratamento, em poucos casos ele foi adequado, sendo que a maioria procedera com tratamento inadequado. Muitos receberam outro esquema de tratamento, ao invés do preconizado pelo Ministério da Saúde. Grande parte dos parceiros das mães não foram tratados. Quanto ao diagnóstico final, a maior parte dos recém-nascidos adquiriram sífilis congênita, sendo menor a taxa de casos de natimortalidade. Na evolução do caso, grande parte dos recém-nascidos com sífilis congênita estavam vivos, sendo seguidos em menores taxas, respectivamente, por óbito pelo agravo notificado e óbito por outras causas. Embora o sistema de investigação venha contribuindo na otimização do controle da sífilis congênita, a meta de redução das taxas de incidência da doença ainda não foi alcançada. Campanhas preventivas contribuem para o esclarecimento dos comportamentos de risco da população fazendo com que as pessoas saibam da gravidade da doença e estejam também participando no controle da doença.

Palavras-chave: *Treponema pallidum*. Sífilis congênita. Sistemas de Informação em Saúde.

ABSTRACT

Syphilis is a condition caused by *Treponema pallidum*. It has persisted as a major Brazilian public health problem with high transmission rates. It can be transmitted by blood transfusion, sexual contact and vertical transmission of the untreated pregnant woman to the fetus during pregnancy, in the latter case congenital syphilis. The objective of the study was to characterize the clinical-epidemiological profile of congenital syphilis in Anápolis-Goiás, described in the database of the Information System of Notifiable Diseases, between the years 2010 to 2017. It was an epidemiological, observational, descriptive study and transverse of quantitative nature, being observed the situations of closure of the notifications. Assistance was provided to 154 cases of congenital syphilis with the highest number of cases in 2017, demonstrating that more cases of the disease are being reported in the municipality. Of the maternal characteristics evaluated, the prevalent age range was between 20 and 34 years, the ethnicity presented the most was brown and the most prevalent level of schooling was high school. As for prenatal care, most mothers performed and the highest number of cases of congenital syphilis was reported during this period. There were cases in which the diagnosis of the disease was late, being performed at the time of delivery / curettage or after delivery. Regarding the child, the peripheral blood test was reactive in most cases, in contrast to the CSF test, which was performed in fewer cases. The treponemal test of 18 months was non-reactive in rare cases, but for this test, the prevalent rate was for the times when this test was not performed. Regarding the treatment, in a few cases it was adequate, and the majority proceeded with inadequate treatment. Many received another treatment regimen, rather than the one recommended by the Ministry of Health. Most of the partners of the mothers were not treated. As to the final diagnosis, most newborns acquired congenital syphilis, the rate of stillbirths being lower. In the evolution of the case, most newborns with congenital syphilis were alive, followed by lower rates, respectively, due to death due to the notified illness and death due to other causes. Although the research system has contributed to the optimization of control of congenital syphilis, the goal of reducing disease incidence rates has not yet been reached. Preventive campaigns contribute to the clarification of the risk behaviors of the population making people aware of the severity of the disease and are also participating in the control of the disease.

Key words: *Treponema pallidum*. Congenital syphilis. Health Information Systems.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ECLIA: Ensaio quimioluminescente

ELISA: Ensaio imunoenzimático

FTA-Abs: Imunofluorescência indireta

IST: Infecções Sexualmente Transmissíveis

LCR: Líquido Cefalorraquidiano

NE: nível de escolaridade

OMS: Organização Mundial da Saúde

PCR: Proteína C reativa

RPR: Rapid Plasma Reagin

SINAN: Sistema de Informação de Agravos de Notificação

TPHA/MHTP: Hemaglutinação passiva

VDRL: *Venereal Disease Research Laboratory*

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 OBJETIVOS	9
2.1 Objetivo geral	9
2.2 Objetivos específicos	9
3 REFERENCIAL TEÓRICO	10
3.1 Agente etiológico e tipos de sífilis	10
3.2 Via de transmissão e fatores de risco	10
3.3 Epidemiologia e sistemas de notificação	11
3.4 Manifestações clínicas	13
3.5 Diagnóstico	13
3.6 Tratamento e assistência à saúde	14
4 METODOLOGIA.....	16
4.1 Tipo e amostra do estudo	16
4.2 Local e período do estudo	16
4.3 Coleta de dados	16
4.4 Análise dos dados	17
5 RESULTADOS	18
6 DISCUSSÃO	25
7 CONCLUSÃO.....	28
8 REFERÊNCIAS	30
9 ANEXOS	33
ANEXO A – Ficha de Notificação-Investigação Sífilis Congênita.....	33
ANEXO B – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa.....	35

1 INTRODUÇÃO

A sífilis é uma patologia crônica e infecciosa, exclusiva do ser humano (BRASIL, 2010), que tem por agente etiológico o *Treponema pallidum*, que pode causar múltiplas manifestações acometendo variados sistemas e órgãos, dentre os quais a pele, o fígado, o coração e o sistema nervoso central (KUMAR et al., 2010)

Tem persistido como um grande problema de saúde público brasileiro (BRASIL, 2006). Embora prevenível, vem se destacando mundialmente em quantidade de casos, principalmente quando se trata de países em desenvolvimento (ARAÚJO et al., 2006). De todas as doenças que podem ser transmitidas durante o pré-natal, parto e puerpério, a sífilis é a que tem apresentado as maiores taxas de transmissão (BRASIL, 2006).

Embora possa ser transmitida por transfusão sanguínea, a principal via é o contato sexual. Quando ocorre a transmissão vertical da gestante com sífilis não tratada para o feto na gestação, por meio da placenta, tem-se a sífilis congênita (BRASIL, 2010).

A doença possui evolução lenta e quando não há tratamento, há alternância de períodos sintomáticos com assintomáticos, com três períodos distintos: sífilis primária, secundária e terciária, podendo também ter a latente (BRASIL, 2010).

Diversas consequências para o concepto podem surgir, como a prematuridade, abortamento, perda fetal, óbito neonatal, neonatos enfermos e casos assintomáticos, que podem ocorrer na infância ou na vida adulta. Se não houver tratamento o recém-nascido pode nascer, dentre outros, com surdez, cegueira, retardo mental, deformidades ou lesões neurológicas (ALBUQUERQUE et al., 2014).

As manifestações podem acontecer precoce ou tardiamente. Precocemente, até dois anos de idade, pode-se ter: prematuridade, baixo peso ao nascer, hepatomegalia, esplenomegalia, lesões cutâneas, osteíte, pseudoparalisia, sofrimento respiratório acompanhado ou não por pneumonia, rinite, icterícia, anemia, linfadenopatia, petéquias, fissura peribucal, síndrome nefrótica, edema, convulsão e meningite. Alterações laboratoriais: anemia, trombocitopenia, leucocitose e leucopenia (BRASIL, 2015).

Tardiamente, após os dois anos de idade, pode-se ter: tibia em “lâmina de sabre”, articulações de Clutton, fronte “olímpica”, nariz “em sela”, deformação nos dentes, mandíbula curta, surdez neurológica e dificuldade no aprendizado (BRASIL, 2015).

Por conta da gravidade é essencial intervenção imediata nos casos diagnosticados para reduzir ao máximo a possibilidade de ocorrência da transmissão vertical para o concepto da gestante. A recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS), também seguida pelo

Ministério da Saúde brasileiro, é que para haver redução do número de casos é necessário que sejam feitos os testes de detecção não treponêmicos no 1º e 3º trimestre de gestação, e no período do parto, pois o diagnóstico precoce pode reduzir bastante a prevalência da sífilis congênita (BRASIL, 2012).

O *Venereal Disease Research Laboratory* (VDRL), um dos testes não treponêmicos, é exame diagnóstico do sangue do recém-nascido de mães com sífilis. Mesmo que o teste se apresente reagente em crianças menores de 18 meses de idade, é necessário que o título encontrado seja duas vezes maior que o encontrado na mãe, sendo confirmado por uma segunda amostra do recém-nascido. Caso o resultado for não reagente, mas a suspeita epidemiológica persistir, o teste deve ser repetido aos 1, 3, 6, 12 e 18 meses de idade, pois pode haver soroconversão. Se o resultado for não reagente após dois exames consecutivos, interrompe-se os exames seguintes. Exames complementares: amostra de sangue, avaliação neurológica com punção liquórica, raio-X de ossos longos e avaliação oftalmológica e audiológica (BRASIL, 2015).

Para o tratamento, a penicilina cristalina e a penicilina procaína têm sido as drogas de escolha. A penicilina benzatina pode não atingir ou manter níveis regulares no sistema nervoso central. Não é indicado o uso de outros antibióticos para o tratamento (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO, 2016).

Diante do exposto e comentado, este estudo teve por objetivo traçar o perfil clínico-epidemiológico da sífilis congênita em Anápolis-GO, no período entre 2010 a 2017 descritos no banco de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) do Departamento de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde da cidade.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Caracterizar o perfil clínico-epidemiológico da sífilis congênita em Anápolis-Goiás descritos no banco dados do SINAN entre os anos 2010 a 2017.

2.2 Objetivos específicos

- Descrever as variáveis sociodemográficas e clínico-epidemiológicas da sífilis congênita em Anápolis-GO no período considerado;
- Comparar as taxas de incidência sífilis congênita entre os anos de estudo;
- Identificar a taxa de incidência de casos de infecção do concepto pelo *Treponema pallidum*;
- Analisar as situações de diagnóstico final e evolução dos casos de sífilis congênita;
- Servir como referência de análise para melhoria dos programas de saúde pública que promovem a saúde da gestante e seu concepto no contexto da sífilis congênita.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Agente etiológico e tipos de sífilis

Diferentes tipos de microrganismos podem infectar o trato genital feminino. Dentre eles temos o *Treponema pallidum subesp. pallidum*, uma bactéria espiroqueta gram-negativa microaerófila que causa a sífilis, uma doença venérea crônica que causa diversas manifestações clínicas (KUMAR et al., 2010).

Esta bactéria pertence à ordem Spirochaetales e à família Treponemataceae. São anaeróbias facultativas, possuem desenvolvimento lento, são frágeis e seu único hospedeiro natural é o homem (FERREIRA, 2013).

A sífilis possui três períodos com características distintas: o primário com lesão única, em que a espiroqueta adentrou no organismo; o secundário, se a primária não for tratada. O treponema está presente nos órgãos e líquidos corporais, há exantema cutâneo cheias de treponemas, e; o terciário, que pode acontecer depois de muitos anos. Ocorre inflamação, destruição de tecidos e ossos, formação de gomas sífilíticas, tumores moles, sífilis cardiovascular e neurosífilis, sendo essas duas últimas as manifestações mais graves (BRASIL, 2010).

Tem-se ainda a sífilis latente, que não apresenta manifestações clínicas e ocorre quando não há tratamento depois do desaparecimento da sífilis secundária. A sífilis latente é considerada recente se em até um ano, e tardia após um ano (BRASIL, 2010).

3.2 Via de transmissão e fatores de risco

A principal via de transmissão da sífilis é a sexual, vindo depois a vertical, que é a transmissão da mãe para o feto durante a gestação, caso a mãe que tenha a doença não foi tratada ou foi, mas de maneira inadequada (BRASIL, 2010).

A transmissão nesse caso é transplacentária (KUMAR et al., 2010), em que o treponema passa da mãe para o feto por meio da placenta, sendo que isso pode ocorrer em qualquer fase da gestação (SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO, 2017).

Tem-se como resultado, a sífilis congênita, que é tanto mais grave quanto mais recente a mãe for infectada (BRASIL, 2010).

A transmissão direta da espiroqueta para a criança durante a passagem pelo canal de parto não é obrigatória, pois pode ocorrer somente se houver lesões genitais na parturiente.

Durante o aleitamento materno também pode haver transmissão, mas é muito raro, e ocorre somente se houver lesão mamária decorrente da sífilis. Ademais, leite materno não transmite a doença para a criança (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO, 2016).

Embora possa ser transmitida em qualquer estágio da doença materna, varia de acordo com o tempo de exposição do feto e estágio clínico da doença materna (SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO, 2017). A transmissão da espiroqueta para o feto pode ocorrer com mais facilidade nos períodos iniciais da sífilis na gestante, pois durante esses períodos as espiroquetas são mais numerosos (KUMAR et al., 2010).

Contudo, essa transmissão pode ser evitada, desde que o diagnóstico da sífilis na gestante seja feito precocemente e as recomendações para o tratamento sejam colocadas em prática de forma eficaz (BRASIL, 2016).

Aproximadamente 50% das gestantes não tratadas ou não tratadas adequadamente podem transmitir a doença ao conceito, trazendo consequências para ele, tais como prematuridade, morte fetal ou neonatal, baixo peso ao nascer ou infecção congênita (NONATO; MELO; GUIMARÃES, 2015).

Conforme os autores supracitados, embora o principal fator de risco responsável pela elevada incidência seja a assistência pré-natal inadequada, há estudos que associam a doença à pobreza, infecção pelo HIV/AIDS - Human Immunodeficiency Virus/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, abuso de drogas e subutilização do sistema de saúde. Para os fatores de risco individuais têm-se: gestantes adolescentes, etnia não branca, baixa escolaridade, histórico de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), histórico de sífilis em outras gestações, múltiplos parceiros e baixa renda.

3.3 Epidemiologia e sistemas de notificação

Embora a sífilis congênita seja 100% prevenível, ela permanece sendo considerada pela OMS como um sério agravo na saúde pública (BRASIL, 2016). A OMS definiu a eliminação da sífilis congênita uma prioridade, adotando como meta a redução de sua incidência a 0,5 ou menos casos por 1000 nascidos vivos até o ano de 2015 (NONATO; MELO; GUIMARÃES, 2015). Porém, só no Brasil, em 2015, foram detectados 19.228 casos, com taxa de detecção 6,5 para cada 1000 nascidos vivos (BRASIL, 2016).

Mundialmente, a sífilis pode acometer muitas gestantes. Em 2008 estimava-se que de cerca de 1,36 milhão de gestantes infectadas, mais da metade tinham desfechos negativos (DOMINGUES; LEAL, 2016).

No último relatório da OMS em 2015 ficou estimado que as IST continuem, mundialmente, acometendo milhões de pessoas. Em 2012, dos 357 milhões de novos casos de IST, a sífilis foi responsável por 5,6 milhões deles (SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO, 2017).

Na Tanzânia, Uganda, Etiópia e Zâmbia, alguns países da África, a sífilis congênita tem alta incidência. Na Bielorrússia, a incidência de casos foi tão elevada que aumentando desde 1988 atingiu no ano de 1996 uma proporção >200/100 mil habitantes, evidenciando um maior número de crianças com sífilis congênita. No início de 2000, o número de casos também aumentou nos países desenvolvidos, a exemplo dos Estados Unidos da América (EUA), França, Inglaterra e Alemanha (MAGALHÃES et al., 2011).

Nas Américas é onde se tem a segunda maior prevalência de sífilis congênita (DOMINGUES; LEAL, 2016), considerando que só em 2014 em todas as Américas foram notificados um total de 17.400 casos. A OMS estimou que do nível global de 1,5 a 1,85 milhão de gestantes infectadas com a sífilis, metade tem filhos que nascem com anormalidades consequentes da doença (COOPER et al., 2016).

Devido a sua importância epidemiológica, desde 1986 ela tem sido notificada compulsoriamente no SINAN, notificação esta instituída pela Portaria nº 542, de 22 de dezembro do referido ano (BRASIL, 2016).

Para notificação da sífilis congênita considera-se como caso suspeito, a gestante que apresente manifestações clínicas da sífilis durante o pré-natal, ou teste não treponêmico reagente. Considera-se caso confirmado quando o teste treponêmico é reagente e o não treponêmico é não reagente ou não foi realizado, e quando o teste não treponêmico e o treponêmico são reagentes, mesmo que nesse último caso não seja considerada a situação clínica (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE GOIÁS, 2016).

No Brasil, entre os anos 1998 e 2016 foram notificados 142.961 casos de sífilis congênita em crianças menores de um 1 ano de idade e o total de óbitos em menores de um ano de idade no ano de 2015 foi de 221. Em Goiás, de 2000 a 2014, o total de óbitos foi 22, com um coeficiente de mortalidade de 5,3 em 2014 para cada 100.000 nascidos vivos (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE GOIÁS, 2016).

Nacionalmente, apenas em 2015 foram detectados 19.228 casos, com taxa de detecção 6,5 para cada 1000 nascidos vivos. Já em Goiás, entre 2000 e julho de 2016, foram notificados 1.425 casos. Relacionando com o ano de 2015, esse ano foi o que teve a maior taxa de incidência entre os anos analisados (10,5 casos por 1.000 nascidos vivos). A taxa encontrada em 2015 a nível nacional e estadual contrastaram com a meta da OMS para eliminação da sífilis congênita,

que era alcançar a taxa de 0,5 ou menos casos por 1000 nascidos vivos até 2015 (BRASIL, 2016).

O aumento do número de casos tanto pode indicar melhora no sistema de vigilância epidemiológica e uma possível ampliação no acesso ao diagnóstico com ampliação da distribuição de testes rápidos (BRASIL, 2016), quanto apontar que a assistência à gestante com sífilis no pré-natal pode não estar sendo satisfatória para prevenção da transmissão vertical fazendo com que ocorra a sífilis congênita.

3.4 Manifestações clínicas

As manifestações da sífilis congênita na gestação, podem ser: abortamento, prematuridade ou nascimento seguido de morte, e a criança que nasce com a doença pode apresentar lesões bolhosas cheias de treponemas na palma das mãos, planta dos pés e ao redor da boca e do ânus. Mesmo que essas manifestações não sejam evidenciadas, pode ocorrer latência do caso, em que as manifestações se darão na infância ou na fase adulta, que podem evoluir com complicações graves, se não tratadas (BRASIL, 2010).

Ao nascer, a criança com sífilis congênita já pode estar gravemente doente, apresentar manifestações clínicas mais brandas ou estar aparentemente saudável (representa, atualmente, a maior parte). As manifestações também podem ser silenciosas, e por isso nenhuma gestante pode deixar de fazer o teste sorológico de rotina para detecção de sífilis (KUMAR et al., 2010).

Se não de início, a doença pode manifestar após meses ou anos, e sequelas graves e irreversíveis podem acontecer, até porque mais de 50% das crianças com sífilis congênita são assintomáticas quando nascem. Sendo assim, não há um período de incubação entre a infecção e início do desenvolvimento da doença na criança (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO, 2016).

3.5 Diagnóstico

Para o diagnóstico clínico, a doença é dividida em precoce ou tardia. Mas para todos os casos há os critérios epidemiológicos, os clínicos e os laboratoriais, porque algumas crianças são assintomáticas ou apresentam sintomas brandos, necessitando de exames complementares (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO, 2016).

De acordo com as orientações do guia supracitado, na fase precoce, antes dos 2 anos de idade, pode acontecer: baixo peso ao nascer, parto prematuro, envolvimento assintomático do

sistema nervoso central (se sintomático, costuma parecer como meningite aguda), icterícia, anemia, trombocitopenia, e pode ser que ocorra retardo de crescimento intrauterino. Na tardia, depois dos 2 anos de idade, as alterações são observadas principalmente entre 5 e 20 anos de idade, e depende de qual órgão foi comprometido pela doença. A inflamação crônica pode vir da cicatrização de lesões iniciais ou das reações de hipersensibilidade.

Para os exames diagnósticos há a pesquisa direta de *Treponema pallidum*, que envolve a coleta de material da placenta, cordão umbilical, lesão cutaneomucosa, secreção nasal, biópsia ou necropsia, e os testes não treponêmicos e os treponêmicos, que são testes sorológicos. O teste não treponêmico realizado em recém-nascidos (infectados ou não) filhos de mães com sífilis é o VDRL e Rapid Plasma Reagin (RPR), que embora não sejam específicos, servem para triagem e monitoração da infecção. Já os testes treponêmicos são qualitativos e servem para detectar anticorpos antitreponêmicos para confirmação diagnóstica. São os testes de Imunofluorescência indireta (FTA-Abs), Hemaglutinação passiva (TPHA/MHTP), Ensaio imunoenzimático (ELISA), Ensaio quimioluminescente (ECLIA) e teste rápido treponêmico. Outros exames que também podem ser necessários são: Proteína C reativa (PCR), radiografia de ossos longos para identificar anormalidades, radiografia de tórax, exame do líquido cefalorraquidiano (LCR) para pesquisar neurosífilis, hemograma completo, dentre outros exames (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO, 2016).

3.6 Tratamento e assistência à saúde

Conforme o Ministério da Saúde, 2015, o tratamento é considerado de acordo com dois momentos:

No período neonatal (até 28 dias depois do nascimento), para recém-nascidos de mães com tratamento eficaz ou não, independentemente do resultado do teste não treponêmico, se houver alterações nos exames clínico, imunológico, radiológico ou hematológico é administrado Penicilina cristalina ou Penicilina G procaína. Se houver alteração líquórica a penicilina de escolha é a cristalina. Se não houver nos exames é administrado Penicilina G benzatina.

Agora se o resultado do teste não treponêmico do recém-nascido for maior que o da mãe, com ou sem alterações clínicas, é necessário realizar hemograma, radiografia e análise líquórica. Se houver presença somente de alterações clínicas, radiológicas ou hematológicas é administrado Penicilina cristalina ou Penicilina G e se houver alteração líquórica usa-se somente a Penicilina cristalina.

Já no período pós-neonatal (após 28 do nascimento), as crianças com suspeita devem ser cuidadosamente investigadas, com a mesma rotina que o período neonatal. Caso fique confirmado, o tratamento é seguido com observação do intervalo entre as aplicações de penicilina, que deve ser de quatro em quatro horas para a penicilina cristalina e de doze em doze horas para a penicilina G procaína, as duas de acordo com o esquema já recomendado (BRASIL, 2015).

No seguimento do tratamento, os títulos de anticorpos vão reduzindo tendendo a negatificação em até dois anos. Mas casos eles persistam positivos, mesmo após tratamento adequado, pode significar infecção persistente ou reexposição (SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO, 2017).

O seguimento do tratamento e controle para cura deve ser feito por no mínimo dois anos. Recém-nascidos tratados precisam de seguimento ambulatorial, que é feito mensalmente até os seis meses de vida, a cada dois meses quando entre seis e doze meses e a cada seis meses até completar 24 meses de vida, os dois anos mínimos. Em caso de neurosífilis é preciso repetir o exame de líquido cefalorraquidiano semestralmente, até a normalização dos outros resultados (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO, 2016).

Conforme o autor supracitado, as considerações que fazem com que o tratamento seja considerado inadequado tem-se: uso de outra medicação que não seja a penicilina, tratamento incompleto, mesmo se foi feito com a penicilina e o não tratamento do parceiro com sífilis. Além disso, embora o tratamento adequado faça com que haja remissão dos sintomas, não há reversão de lesões tardias, sendo necessário o acompanhamento ambulatorial por muito tempo. Como se sabe, a sífilis congênita é um marcador da qualidade da saúde pública, pois com a redução do risco de transmissão transplacentária, tem-se o acompanhamento efetivo das gestantes (BONI; PAGLIARI, 2016).

Há muitas formas de prevenir a ocorrência da sífilis congênita, como atenção à gestante no pré-natal, rastreamento sorológico para sífilis, e tratamento precoce, sendo que este deve ser finalizado em até 30 dias antes do parto (BRASIL, 2016).

A sífilis congênita é prevenível quando a gestante infectada é diagnosticada e começa o tratamento de imediato, sendo que este também cabe ao(s) seu(s) parceiro(s) sexual(is). Como o diagnóstico pode ser feito no pré-natal, uma grande ocorrência dessa doença indica falhas na assistência. A triagem sorológica é eficaz e o tratamento com penicilina é efetivo e facilmente disponível (NONATO; MELO; GUIMARÃES, 2015).

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo e amostra do estudo

Tratou-se de um estudo epidemiológico, observacional, descritivo e transversal de natureza quantitativa para estudo do perfil clínico-epidemiológico dos casos notificados de sífilis congênita em Anápolis-GO.

A amostra do estudo foi composta pelos 154 casos de sífilis congênita notificados em Anápolis-GO no período de 2010 a 2017, sendo observado as situações de evolução e encerramento das notificações, a saber: Vivo, Óbito por sífilis congênita, Óbito por outras causas, Natimorto e Ignorado.

4.2 Local e período do estudo

O local para acesso dos dados foi a Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde de Anápolis-GO. Nesse local, planilhas no programa Excel são formuladas com os dados das Fichas de Notificação-Investigação Sífilis Congênita (Anexo A) e ficam armazenadas para usos posteriores. A secretaria de vigilância do município nos disponibilizou as planilhas com os dados de interesse para a pesquisa ser desenvolvida.

O período analisado foi entre os anos 2010 e 2017. Para o acesso às planilhas foi necessário a autorização da vigilância epidemiológica da cidade por meio da assinatura do Termo de Autorização para Utilização e Manuseio de Dados.

A assinatura foi obtida após aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Universitário de Anápolis – UniEVANGÉLICA e aprovação do diretor da Secretaria Municipal da Atenção Básica de Anápolis com assinatura da Declaração da Instituição coparticipante.

O Comitê de Ética e Pesquisa aprovou a pesquisa pelo parecer número 2.572.947 (Anexo B).

4.3 Coleta de dados

Foram avaliadas características sociodemográficas da gestante/mãe e as clínico-epidemiológicas da gestante/mãe e do filho.

Características sociodemográficas: faixa etária, etnia e escolaridade.

Clínico-epidemiológicas:

- Em relação a criança: resultados dos testes - Não treponêmico - sangue periférico e seu título, teste treponêmico (após 18 meses), teste não treponêmico – líquido e sua titulação, se a titulação foi ascendente, evidência do *Treponema pallidum*, se houve alteração liquórica, alteração na radiografia de ossos longos, diagnóstico clínico, presença de sinais e sintomas, esquema de tratamento e evolução do caso.
- Em relação a gestante/mãe: se houve pré-natal na gestação, quando ocorreu o diagnóstico de sífilis materna, resultado do teste não treponêmico no parto/curetagem, titulação do resultado, qual o esquema de tratamento, intervalo entre a data do diagnóstico e o início do tratamento e se o(s) parceiro(s) foi(foram) tratado(s) concomitantemente com a gestante.

Foram incluídos neste estudo casos de sífilis congênita notificados no SINAN em Anápolis-GO entre os anos de 2010 e 2017. Não foram inclusos no estudo casos de sífilis congênita notificados antes do ano de 2010 e após o ano de 2016.

4.4 Análise dos dados

Os dados obtidos foram transcritos para uma planilha em Programa MS Excel Office XP, para análise estatística descritiva com frequência relativa e absoluta.

5 RESULTADOS

De acordo com os dados obtidos em Anápolis-GO no período de 2010 a 2017 foram oferecidos assistência a 154 casos de sífilis congênita, compondo a amostra final do estudo.

O maior número de casos ocorreu no ano de 2017, representando 21,4% (33/154) dos casos, seguidos dos anos: 2014 perfazendo 19,4% (30/154), em 2016 foram 18,8% (29/154), já em 2013 resultou em 13,0% (20/154), em 2015 foi de 10,0% (15/154), 2011 teve um total de 7,8% (12/154), em 2012 foram 6,4%(10/154) e em 2010 resultou em 3,2% (5/154).

Estão descritas na Tabela 1, as características maternas dos casos de sífilis congênita identificadas no período do estudo.

Foram avaliadas a faixa etária, a etnia e o nível de escolaridade. A faixa etária da mãe variou de 12 a 49 anos de idade, sendo que a prevalente foi entre 20 e 34 anos, totalizando 63,6% (98/154) dos casos. A etnia prevalente da mãe foi a cor parda, totalizado 79,2% (122/154). E, quanto ao nível de escolaridade, o ensino médio foi prevalente em 52,5% (81/154) dos casos (Tabela 1).

Tabela 1: Distribuição das características maternas dos casos notificados de sífilis congênita no município de Anápolis-GO, 2010 a 2017.

ANOS	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
FAIXA ETÁRIA								
12-14	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (6,7)	0 (0)	2 (6,1)
15-19	0 (0)	1 (8,3)	0 (0)	8 (40,0)	7 (23,4)	5 (33,3)	7 (24,1)	10 (30,3)
20-34	4 (80,0)	8 (66,7)	7 (70)	11 (55,0)	22 (73,3)	8 (53,3)	20 (69,0)	18 (54,5)
35-49	1 (20,0)	2 (16,7)	2 (20,0)	1 (5,0)	1 (3,3)	1 (6,7)	2 (6,9)	2 (6,1)
Branco	0 (0)	1 (8,3)	1 (10,0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (3,0)
Total	5 (3,2)	12 (7,79)	10 (6,4)	20 (13,0)	30 (19,4)	15 (10,0)	29 (18,8)	33 (21,4)
ETNIA								
Branca	1 (20,0)	4 (33,3)	1(10)	4 (20)	4 (13,3)	1 (6,7)	1 (3,5)	0 (0)
Preta	0 (0)	2 (16,7)	1 (10)	3 (15)	2 (6,7)	0 (0)	0 (0)	2 (6,1)
Amarela	0 (0)	0 (0)	1 (10)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (3,5)	0 (0)
Parda	3 (60,0)	4 (33,3)	7 (70)	13 (65,0)	24 (80,0)	14 (93,3)	27 (93,0)	30 (90,9)
Ignorado/Branco	1 (20,0)	2 (16,7)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (3,0)
Total	5 (3,2)	12 (7,79)	10 (6,4)	20 (13,0)	30 (19,4)	15 (10,0)	29 (18,8)	33 (21,4)
NE								
Analfabeto	0 (0)	2 (16,7)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
1ª a 4ª série	1 (20,0)	1 (8,3)	2 (20,0)	1 (5,0)	1 (3,3)	0 (0)	0 (0)	2 (6,1)
5ª a 9ª série	0 (0)	3 (25,0)	1 (10,0)	4 (20,0)	4 (13,3)	1 (6,7)	5 (17,2)	3 (9,1)
Ensino médio	0 (0)	2 (16,7)	6 (60,0)	10 (50,0)	17 (56,7)	14 (93,3)	16 (55,2)	16 (48,4)
Ensino superior	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (3,5)	0 (0)
Não se aplica	1 (20,0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (6,7)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Ignorado/Branco	3 (60,0)	4 (33,3)	1 (10,0)	5 (25,0)	6 (20,0)	0 (0)	7 (24,1)	12 (36,4)
Total	5 (3,2)	12 (7,8)	10 (6,4)	20 (13,0)	30 (19,4)	15 (10,0)	29 (18,8)	33 (21,4)

NE: nível de escolaridade. Fonte: Elaborado pelas autoras

Conforme a Tabela 2 a seguir, grande parte das mães realizaram o pré-natal, 82,4% (127/154) e a maior parte dos casos de sífilis congênita foram diagnosticados durante esse período, 64,9% (100/154). Contudo, houve casos em que o diagnóstico foi tardio, sendo realizado no momento do parto/curetagem 17,5% (27/154) ou após o parto 14,9% (21/154).

Tabela 2: Distribuição das características da assistência no pré-natal dos casos de sífilis congênita no município de Anápolis-GO, 2010 a 2017.

ANOS	2010 n (%)	2011 n (%)	2012 n (%)	2013 n (%)	2014 n (%)	2015 n (%)	2016 n (%)	2017 n (%)
FREQUÊNCIA DE REALIZAÇÃO DO PRÉ-NATAL								
Sim	4 (80,0)	10 (83,4)	9 (90,0)	15 (75,0)	29 (96,7)	12 (80,0)	20 (69,0)	28 (84,9)
Não	1 (20,0)	1 (8,3)	1 (10,0)	5 (25,0)	1 (3,3)	3 (20,0)	8 (27,6)	4 (12,1)
Ignorado/ Branco	0 (0)	1 (8,3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (3,4)	1 (3,0)
Total	5 (3,2)	12 (7,8)	10 (6,4)	20 (13,0)	30 (19,4)	15 (10,0)	29 (18,8)	33 (21,4)
MOMENTO DO DIAGNÓSTICO DA SÍFILIS								
Durante o pré-natal	2 (40,0)	9 (75,1)	8 (80,0)	10 (50,0)	25 (83,3)	6 (40,0)	15 (51,7)	25 (75,8)
No momento do parto/ curetagem	0 (0)	1 (8,3)	1 (10,0)	3 (15,0)	5 (16,7)	8 (53,3)	4 (13,8)	5 (15,1)
Após o parto	3 (60,0)	1 (8,3)	1 (10,0)	6 (30,0)	0 (0)	1 (6,7)	9 (31,0)	2 (6,1)
Ignorado/ Branco	0 (0)	1 (8,3)	0 (0)	1 (5,0)	0 (0)	0 (0)	1 (3,5)	1 (3,0)
Total	5 (3,2)	12 (7,8)	10 (6,4)	20 (13,0)	30 (19,4)	15 (10,0)	29 (18,8)	33 (21,4)

Fonte: Elaborado pelas autoras

Conforme a Tabela 3, sobre a reação aos testes reagentes, o teste de sangue periférico foi reagente em 66,2% (102/154) dos casos e o teste de líquido em 1,9% (3/154). O teste treponema de 18 meses foi não reagente em 0,6% (1/154) dos casos, sendo que a taxa prevalente foi para os casos em que esse teste não foi realizado, totalizando 52,6% (81/154). Em 2,6% (4/154) dos casos a taxa da frequência por titulação ascendente foi positiva.

Tabela 3: Frequência dos resultados dos testes realizados dos casos notificados de sífilis congênita no município de Anápolis, 2010 a 2017

ANOS	2010 n (%)	2011 n (%)	2012 n (%)	2013 n (%)	2014 n (%)	2015 n (%)	2016 n (%)	2017 n (%)
TESTE DE SANGUE PERIFÉRICO								
Reativo	4 (80,0)	8 (66,7)	9 (90,0)	15 (75,0)	17 (56,7)	10 (66,7)	19 (65,5)	20 (60,6)
Não reativo	0 (0)	4 (3,3)	0 (0)	5 (25,0)	3 (10,0)	2 (13,3)	1 (3,4)	2 (6,1)
Não realizado	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	9 (30,0)	3 (20,0)	8 (27,5)	7 (21,2)
Ignorado/ Branco	1 (20,0)	0 (0)	1 (10,0)	0 (0)	1 (3,3)	0 (0)	1 (3,4)	4 (12,1)
Total	5 (3,2)	12 (7,8)	10 (6,4)	20 (13,0)	30 (19,4)	15 (10,0)	29 (18,8)	33 (21,4)
TESTE DE LÍQUOR								
Reagente	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (5,0)	0 (0)	1 (6,7)	0 (0)	1 (3,0)
Não reagente	0 (0)	3 (25,0)	1 (10,0)	9 (45,0)	12 (40,0)	5 (33,3)	7 (24,1)	2 (6,1)
Não realizado	3 (60,0)	9 (75,0)	8 (80,0)	10 (50,0)	15 (50,0)	8 (53,3)	21 (72,4)	26 (78,8)
Ignorado/ Branco	2 (40,0)	0 (0)	1 (10,0)	0 (0)	3 (10,0)	1 (6,7)	1 (3,5)	4 (12,1)
Total	5 (3,2)	12 (7,8)	10 (6,4)	20 (13,0)	30 (19,4)	15 (10,0)	29 (18,8)	33 (21,4)
TESTE TREPONEMA 18 MESES								
Não reagente	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (3,3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Não realizado	1 (20,0)	5 (41,7)	7 (70,0)	4 (20,0)	14 (46,7)	15 (100,0)	14 (48,3)	21 (63,6)
Ignorado/Br anco	4 (80,0)	7 (58,3)	3 (30,0)	16 (80,0)	15 (50,0)	0 (0)	15 (51,7)	12 (36,4)
Total	5 (3,2)	12 (7,8)	10 (6,4)	20 (13,0)	30 (19,4)	15 (10,0)	29 (18,8)	33 (21,4)
FREQUÊNCIA POR TITULAÇÃO ASCENDENTE								
Sim	0 (0)	1 (8,3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	3 (10,3)	0 (0)
Não	0 (0)	0 (0)	1 (10,0)	1 (5,0)	4 (13,3)	3 (20,0)	3 (10,3)	2 (6,1)
Não realizado	2 (40,0)	9 (75,0)	8 (80,0)	19 (95,0)	24 (80,0)	11 (73,3)	20 (69,1)	27 (81,8)
Ignorado/Br anco	3 (60,0)	2 (16,7)	1 (10,0)	0 (0)	2 (6,7)	1 (6,7)	3 (10,3)	4 (12,1)
Total	5 (3,2)	12 (7,8)	10 (6,4)	20 (13,0)	30 (19,4)	15 (10,0)	29 (18,8)	33 (21,4)

Fonte: Elaborado pelas autoras

De acordo com a Tabela 4, sobre o tratamento da sífilis congênita, somente em 25,3% (39/154) o tratamento foi adequado. Dos casos, 7,7% (12/154) não foram tratados e 64,3% (99/154) receberam tratamento inadequado.

Quanto ao esquema de tratamento, a maior parte recebeu outro esquema 42,2% (65/154) sem ser o preconizado pelo Ministério da Saúde. Em seguida, a taxa mais prevalente foi a dos casos tratados com Penicilina G cristalina, perfazendo 34,4% (53/154).

Tabela 4: Tratamento dos casos dos casos notificados de sífilis congênita no município de Anápolis, 2010 a 2017

ANOS	2010 n (%)	2011 n (%)	2012 n (%)	2013 n (%)	2014 n (%)	2015 n (%)	2016 n (%)	2017 n (%)
FREQUÊNCIA POR TRATAMENTO DO CASO								
Adequado	1 (20,0)	5 (41,7)	5 (50,0)	3 (15,0)	7 (23,4)	6 (40,0)	3 (10,3)	9 (27,3)
Inadequado	1 (20,0)	4 (3,3)	5 (50,0)	13 (65,0)	21 (70,0)	9 (60,0)	25 (86,2)	21 (63,6)
Não realizado	2 (40,0)	2 (16,7)	0 (0)	4 (20,0)	1 (3,3)	0 (0)	1 (3,5)	2 (6,1)
Ignorado/ Branco	1 (20,0)	1 (8,3)	0 (0)	0 (0)	1 (3,3)	0 (0)	0 (0)	1 (3,0)
Total	5 (3,2)	12 (7,8)	10 (6,4)	20 (13,0)	30 (19,4)	15 (10,0)	29 (18,8)	33 (21,4)
FREQUÊNCIA POR ESQUEMA DE TRATAMENTO								
Penicilina G cristalina 100.000 a 150.000 UI Kg/dia/10dd	3 (60,0)	8 (66,7)	3 (30,0)	5 (25,0)	11 (36,7)	10 (66,6)	2 (6,9)	11 (33,3)
Penicilina G Procaína 50.000 UI Kg/dia/10 dd	0 (0)	0 (0)	1 (10,0)	0 (0)	3 (10,0)	0 (0)	2 (6,9)	1 (3,0)
Penicilina Benzatina 50.000 UI Kg/dia Dose única	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (6,7)	0 (0)	1 (3,0)
Outro esquema	1 (20,0)	3 (25,0)	4 (40,0)	12 (60,0)	11 (36,7)	3 (20,0)	24 (82,7)	7 (21,2)
Tratamento não realizado	0 (0)	1 (8,3)	1 (10,0)	2 (10,0)	3 (10,0)	1 (6,7)	0 (0)	9 (27,3)
Ignorado/ Branco	1 (20,0)	0 (0)	1 (10,0)	1 (5,0)	2 (6,6)	0 (0)	1 (3,5)	4 (12,2)
Total	5 (3,2)	12 (7,8)	10 (6,4)	20 (13,0)	30 (19,4)	15 (10,0)	29 (18,8)	33 (21,4)

Fonte: Elaborado pelas autoras

Na Tabela 5, estão descritas as informações sobre a frequência por tratamento do parceiro. Somente 35,7% (55/154) deles receberam tratamento. Na maior parte das notificações não houve tratamento, correspondendo a 58,4% (90/154) dos casos.

Tabela 5: Frequência por tratamento do parceiro dos casos dos casos notificados de sífilis congênita no município de Anápolis, 2010 a 2017

ANOS	2010 n (%)	2011 n (%)	2012 n (%)	2013 n (%)	2014 n (%)	2015 n (%)	2016 n (%)	2017 n (%)
FREQUÊNCIA POR TRATAMENTO DO PARCEIRO								
Sim	1 (20,0)	5 (41,7)	7 (70,0)	5 (25,0)	14 (46,7)	7 (46,7)	5 (17,2)	11 (33,3)
Não	2 (40,0)	5 (41,7)	3 (30,0)	14 (70,0)	15 (50,0)	8 (53,3)	23 (79,3)	20 (60,6)
Ignorado/Branco	2 (40,0)	2 (16,6)	0 (0)	1 (5,0)	1 (3,3)	0 (0)	1 (3,5)	2 (6,1)
Total	5 (3,2)	12 (7,8)	10 (6,4)	20 (13,0)	30 (19,4)	15 (10,0)	29 (18,8)	33 (21,4)

Fonte: Elaborado pelas autoras

Conforme a Tabela 6, sobre o diagnóstico final dos casos de sífilis congênita, 70,8% (109/154) dos recém-nascidos adquiriram a doença e 3,9% (6/154) foram natimortos.

Tabela 6: Frequência por diagnóstico final dos casos notificados de sífilis congênita no município de Anápolis, 2010 a 2017.

ANOS	2010 n (%)	2011 n (%)	2012 n (%)	2013 n (%)	2014 n (%)	2015 n (%)	2016 n (%)	2017 n (%)
Sífilis congênita	5 (100)	6 (50)	7 (70)	18 (90)	23 (76,7)	9 (60,0)	24 (82,7)	17 (51,5)
recente								
Natimorto	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (6,7)	0 (0)	5 (15,2)
Descartado	0 (0)	6 (50)	2 (20)	2 (10)	6 (20,0)	5 (3,3)	4 (13,8)	7 (21,2)
Ignorado/ Branco	0 (0)	0 (0)	1 (10)	0 (0)	1 (3,3)	0 (0)	1 (3,5)	4 (12,1)
Total	5 (3,2)	12 (7,8)	10 (6,4)	20 (13,0)	30 (19,4)	15 (10)	29 (18,8)	33 (21,4)

Fonte: Elaborado pelas autoras

Quanto a Tabela 7, sobre as frequências por evolução do caso, 92,8% (143/154) dos recém-nascidos com sífilis congênita estavam vivos e 3,2% (5/154) tiveram óbito, sendo 1,9% (3/154) pelo agravo notificado e 1,3% (2/154) por outras causas.

Tabela 7: Frequência por evolução do caso dos casos notificados de sífilis congênita no município de Anápolis, 2010 a 2017.

ANOS	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Vivo	5 (100)	11 (91,7)	8 (80,0)	20 (100)	29 (96,7)	14 (93,3)	29 (100)	27 (81,8)
Óbito pelo agravo notificado	0 (0)	1 (8,3)	2 (20,0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Óbito por outra causa	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (6,7)	0 (0)	1 (3)
Ignorado/ Branco	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (3,3)	0 (0)	0 (0)	5 (15,2)
Total	5 (3,2)	12 (7,8)	10 (6,4)	20 (13,0)	30 (19,4)	15 (10)	29 (18,8)	33 (21,4)

Fonte: Elaborado pelas autoras

6 DISCUSSÃO

A incidência da sífilis congênita é um indicador importante na qualidade da atenção materno-infantil (SONDA et al., 2013). O Brasil, conforme os objetivos do milênio em uma abordagem conjunta adotada pela Organização Pan-Americana da Saúde, havia optado por utilizar a taxa de $\leq 0,5$ caso/1.000 nascidos vivos para a eliminação da sífilis congênita (AMÂNCIO et al., 2016; BRASIL, 2017).

Porém, em 2016, em todo o Brasil, a taxa de incidência foi de 6,8 casos/1.000 nascidos vivos. Em Goiás, a taxa foi de 5,05 casos/1.000 nascidos vivos (BRASIL, 2017) e em Anápolis-GO, 3,86 casos/1.000 nascidos vivos (BRASIL, 2018). Valores acima da taxa esperada ainda são encontrados em diversos estudos brasileiros, seja a nível nacional ou regional (ARAÚJO et al., 2012; AMÂNCIO et al., 2016).

Nota-se que o maior número de casos de sífilis congênita foi em mães na faixa etária de 20 a 34 anos. Esse resultado foi encontrado em outros estudos sobre o tema. Em um estudo realizado em uma unidade de serviço obstétrico em Santa Catarina, a média da idade materna foi de 24,4 anos (LORENZI; MADI, 2001).

Em uma pesquisa nacional realizada em 2012, notou-se que a maior chance de ocorrer a sífilis congênita foi em mulheres na faixa etária de 20 a 34 anos (DOMINGUES; LEAL, 2016).

Conforme o Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde, em 2016, o maior número de casos ocorreu em mães que tinham entre 20 e 29 anos de idade (53,0%) (BRASIL, 2017).

Se tratando da etnia e escolaridade, notou-se que nesta pesquisa, a taxa de sífilis congênita foi maior em mães pardas (79,2%) e com escolaridade Ensino Médio (52,5%) como evidenciado no estudo. A prevalência da etnia cor parda pode ser verificada em outros estudos (ARAÚJO et al., 2012; DOMINGUES; LEAL, 2016; LAFETÁ et al., 2016; CAZARIN; MACIEL, 2018) e se ocorre devido à miscigenação no Brasil, por muitas pessoas estarem se considerando pardas (GOMES; FERREIRA, 2008).

Quanto à escolaridade, a tendência é que essa doença seja mais diagnosticada em mães com menos de menos de oito anos de estudo (CAZARIN; MACIEL, 2018). Isso é um fator de risco, pois a falta de estudo, de conhecimento, pode ocasionar maiores taxas de infecção (BONI; PAGLIARI, 2016). Segundo Domingues et al., 2014, também mostraram resultados em que a maior parte das gestantes não tinham muitos anos de escolaridade.

Das gestantes, 82,4% realizaram o pré-natal. Quanto ao momento do diagnóstico da sífilis congênita, 64,9% casos foram detectados ainda nesse período, uma taxa

consideravelmente satisfatória, mas que ainda precisa melhorar. Embora outros estudos tenham demonstrado que grande parte dos diagnósticos também foram feitos durante o pré-natal (AMÂNCIO et al., 2016; BONI; PAGLIARI, 2016; DOMINGUES; LEAL, 2016), outros estudos identificaram que mais de 50% dos casos tiveram diagnóstico tardio (NONATO; MELO; GUIMARÃES, 2015; LAFETÁ et al., 2016).

É mais viável que o diagnóstico seja realizado no pré-natal, pois nesse período os cuidados são mais satisfatórios. Do contrário, investimentos na sobrevivência de recém-nascidos graves podem ser desfavoráveis e são mais caros por causa da alta complexidade (FERRARI et al., 2014).

Quanto aos testes realizados para diagnóstico e continuidade dos casos de sífilis congênita, 66,2% deram reagentes para o teste de sangue periférico, 1,9%, para o teste de líquido e a taxa da frequência por titulação ascendente positiva foi de 2,5%.

O notável é que esses testes nem sempre foram realizados durante os anos de estudo. Por exemplo, em 52,5% dos casos o teste treponema de 18 meses não foi feito. Em 77,9% a taxa da frequência por titulação ascendente positiva não foi mensurada e em 74,1% o teste de líquido não foi realizado.

Muitas gestantes não fazem os testes, e as que fazem, ora não recebem tratamento, ora são tratadas inadequadamente (NONATO; MELO; GUIMARÃES, 2015). É de suma importância que os testes sejam feitos durante a gestação. Não há algum teste sorológico ideal a ser feito, contudo, atualmente o mais utilizado é o VDRL, um teste não treponêmico (BONI; PAGLIARI, 2016), que apresenta elevada sensibilidade e permite o monitoramento da infecção por meio da titulação dos anticorpos anti treponêmicos (SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO, 2017).

O Ministério da Saúde oferece esse teste para todas as gestantes na primeira consulta pré-natal, e no início do terceiro trimestre gestacional (BONI; PAGLIARI, 2016), pois em caso positivo, o tratamento é iniciado de imediato juntamente com o parceiro da gestante (BRASIL, 2013).

Sobre o tratamento da doença, notou-se que somente em 25,3% dos casos o tratamento foi adequado. Além da necessidade da assistência pré-natal e de todos os testes que auxiliam no diagnóstico e continuidade da atenção ao caso de sífilis congênita, o tratamento deve iniciar e continuar da forma correta para que se obtenha a cura completa e evite resistência bacteriana (CLEMENTE et al., 2012).

Ademais, 7,7% dos casos não foram tratados e 64,2% receberam tratamento inadequado. Quando há estes casos pode advir consequências graves, como as sequelas fetais. Dentre elas estão: abortamento, prematuridade e complicações agudas (SONDA et al., 2013).

Quanto ao esquema de tratamento, 34,4% foram tratados com Penicilina G cristalina. Contudo, a maior parte recebeu outro esquema de tratamento (42,2%). A penicilina cristalina é uma das drogas de escolha para tratar a sífilis congênita. O uso da penicilina é efetivo e facilmente disponível (NONATO; MELO; GUIMARÃES, 2015). O tratamento muitas vezes é considerado inadequado quando é usada outra medicação que não seja a penicilina (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO, 2016).

Uma outra questão que influencia o aumento do número de casos é a dificuldade em tratar o parceiro da mãe. Na presente pesquisa, 58,4% dos parceiros não receberam tratamento. Há pesquisas que mostram taxas superiores. Em um estudo realizado em Goiás, 82% dos parceiros não foram tratados (AMÂNCIO et al., 2016). Já em um de Minas Gerais, a taxa foi de 98% (LAFETÁ et al., 2016). Campos et al., 2012, investigou qual seria o motivo pelo qual muitos parceiros não são tratados. Foi verificado que eles recebem informação sobre a doença, mas não realizam o tratamento por causa de questão cultural quanto à doença em homens.

Quanto as frequências por diagnóstico final dos casos de sífilis congênita, 70,8% dos recém-nascidos adquiriram a doença e 3,9% foram natimortos. Sobre as frequências por evolução do caso, 92,8% dos recém-nascidos com sífilis congênita estavam vivos, 1,94% tiveram óbito pelo agravo notificado e 1,29% tiveram óbito por outras causas.

Comparando os resultados com outros estudos, viu-se que em uma pesquisa nacional realizada em 2016, as taxas de óbitos fetais e neonatais foram respectivamente 0,5% e 0,7% (DOMINGUES; LEAL, 2016). O diagnóstico e tratamento tardio influenciam na natimortalidade, pois na ocorrência de sífilis congênita, está se torna uma causa considerável na morbimortalidade perinatal (SARACENI; LEAL, 2003).

Além do mais, na presença da doença, estima-se que 25% dos casos terminem em aborto tardio ou óbito fetal, 11% em óbito neonatal, 13% em baixo peso ao nascimento ou prematuridade e 20% em que recém-nascidos apresentem sinais clínicos da sífilis congênita (NASCIMENTO et al., 2012).

7 CONCLUSÃO

- Foram oferecidas assistência a 154 casos de sífilis congênita em Anápolis-GO no período de 2010 a 2017;
- O maior número de casos ocorreu no ano de 2017, vindo depois em ordem decrescente de números de casos: 2014, 2016, 2013, 2015, 2011, 2012 e 2010.
- A faixa etária da mãe variou de 12 a 49 anos de idade, sendo que a prevalente foi entre 20 e 34 anos;
- A etnia prevalente da mãe foi a cor parda;
- O nível de escolaridade da mãe mais apresentado foi o ensino médio;
- Na grande parte dos casos as mães realizaram o pré-natal;
- A grande maioria dos casos sífilis congênita foram diagnosticados durante o pré-natal, seguidos, respectivamente, em ordem decrescente, os casos em que o diagnóstico foi realizado no momento do parto/curetagem e após o parto;
- Para o recém-nascido, foram mais apresentados os casos em que o teste de sangue periférico foi reagente. Não houve muitos casos em que a taxa da frequência por titulação ascendente foi positiva e que o teste de líquido foi reagente, assim como o teste treponema de 18 meses. Porém, para esse último teste, foi prevalente a taxa em que ele não foi realizado;
- Poucos casos de sífilis congênita foram tratados de forma adequada, tendo situações em que o tratamento não foi realizado ou que receberam tratamento inadequado;
- Na maior parte dos casos, a assistência ao tratamento foi fornecida por outro esquema de tratamento, vindo depois os casos que foram tratados com Penicilina G cristalina;
- A minoria dos parceiros das mães recebeu tratamento;
- Quanto ao diagnóstico final de sífilis congênita, a taxa de recém-nascidos que adquiriram a doença foi de 70,8%, sendo poucos os casos em que houve natimortalidade;
- Quanto a evolução do caso, a maior parte dos recém-nascidos que nasceram com sífilis congênita estavam vivos, vindo depois os casos em que houve óbito pelo agravo notificado e óbito por outras causas;
- A assistência completa à mãe, ao filho e ao parceiro e o seguimento do tratamento correto são essenciais e precisam de reforços para o sucesso no tratamento da sífilis congênita.
- Nota-se que o sistema de investigação vem contribuindo na otimização do controle da sífilis congênita. Porém, mesmo com o empenho de controlar a incidência da sífilis congênita, a meta, pactuada há mais de 10 anos, ainda não foi alcançada, evidenciando a necessidade de alerta à

população e às instituições responsáveis pela promoção e prevenção da saúde da gestante, do conceito e do parceiro da mãe;

- Campanhas preventivas contribuem para o esclarecimento dos comportamentos de risco da população fazendo com que as pessoas saibam da gravidade da doença e estejam também participando no controle da doença;
- Dessa forma, é necessário que os programas de saúde pública continuem promovendo a saúde da gestante, de seu conceito e do parceiro da mãe, para que haja redução no número de casos de sífilis congênita, assim como de outras IST.

8 REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, G. M. A. et al. **Complicações da sífilis congênita: uma revisão de literatura.** *Pediatria Moderna*, v. 50, n. 6, p. 254-258, jun, 2014.

AMANCIO, V. C. et al. Epidemiologia da Sífilis Congênita no Estado de Goiás. **Rev. Educ. Saúde**, v. 4, n. 2, p.58-63, 2016.

ARAUJO, E. C. et al. Importância do pré-natal na prevenção da Sífilis Congênita. **Rev. Para. Med.**, v. 20, n.1, p. 47-51, mar, 2006.

ARAUJO C. L. et al. 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.

BONI, S. M.; PAGLIARI, P. B. Incidência de sífilis congênita e sua prevalência em gestantes em um município do noroeste do Paraná. **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 9, n. 3, p. 517-524, set./dez, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Programa Nacional de DST/AIDS. **Diretrizes para o Controle da Sífilis Congênita: Manual de bolso.** Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Sífilis: Estratégias para Diagnóstico no Brasil.** Brasília, DF, 2010.

BRASIL Secretaria de Atenção à Saúde. **Cadernos de atenção básica: Atenção ao pré-natal de baixo risco.** Brasília, DF, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia orientador para a realização das capacitações para executores e multiplicadores em Teste Rápido para HIV e Sífilis e Aconselhamento em DST/Aids na Atenção Básica para gestantes/Aids.** Brasília, DF, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis.** Brasília, DF, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico: Sífilis.** Brasília, DF, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Sífilis 2017**. Brasília, DF, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC**. Brasília, DF, 2018. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvgo.def>>. Acesso em 12/18.

CAMPOS, A. L. A. et al. Sífilis em parturiente: aspectos relacionados ao parceiro sexual. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 34, n. 9, p. 397-402, 2012.

CAZARIN, K. T. L.; MACIEL, M. E. D. Incidência de Sífilis Congênita no Brasil. **Revista Saúde e Desenvolvimento**. v. 18, n. 10, p. 160-172, 2018.

CLEMENTE, T. S. et al. **A importância do pré-natal como ferramenta na prevenção da sífilis congênita: Revisão bibliográfica**. Cadernos de graduação. v. 1, n.1, p. 33-42, nov, 2012.

COOPER, J. M. et al. Em tempo: a persistência da sífilis congênita no Brasil - Mais avanços são necessários! **Rev Paul Pediatr**. v. 34, n. 3, p. 251-253, 2016.

DOMINGUES, R. M. S. M. et al. Prevalência de sífilis na gestação e testagem pré-natal: estudo nascer no Brasil. **Rev Saúde Pública**. v. 48, n. 5, p.766-774, mar, 2014.

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, e00082415, jun, 2016.

FERREIRA, L. J. M. **Infecção por *Treponema pallidum*: análise serológica e pesquisa de DNA**. 2013. Dissertação (Mestrado em Microbiologia Médica) – Universidade Nova de Lisboa. Lisboa, Portugal, 2013.

FERRARI, R. A. P. Associação entre assistência pré-natal e mortes neonatais, 2000-2009, Londrina-PR. **Rev Bras Enferm**. v. 67, n. 3, p.354-359, jun. 2014

GOMES, F.; FERREIRA, R. **A miragem da miscigenação**. Novos Estudos. n. 74, 2008.

KUMAR, V. et al. **Bases Patológicas das Doenças**. 8ª edição, v. 1. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

LAFETÁ, K. R. G. et al. Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle. **Rev Bras Epidemiol.** v. 19, n. 1, p. 63-74, 2016

LORENZI, D. R. S. D.; MADI, J. M. Sífilis Congênita como Indicador de Assistência Pré-natal. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** v. 23, n. 10, p. 647-652, 2001.

MAGALHÃES, D. M. S. et al. **A sífilis na gestação e sua influência na morbimortalidade materno-infantil.** Com. Ciências Saúde. Sup 1, p. 43-54, 2011.

NASCIMENTO, M. I. et al. Gestações complicadas por sífilis materna e óbito fetal. **Rev Bras Ginecol Obstet.** v. 34, n. 2, p. 56-62, 2012.

NONATO, S. M.; MELO, A. P. S.; GUIMARÃES, M. D. C. **Sífilis na gestação e fatores associados à sífilis congênita em Belo Horizonte-MG, 2010-2013.** Epidemiol. Serv. Saúde. v. 24, n. 4, p. 681-694, 2015.

SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO. **Aspectos epidemiológicos e preventivos da sífilis congênita.** 2017. Disponível em: <<http://www.spsp.org.br/site/asp/boletins/AT08.pdf>>. Acesso em 12/18.

SARACENI, V.; LEAL, M. C. **Avaliação da efetividade das campanhas para eliminação da sífilis congênita na redução da morbi-mortalidade perinatal. Município do Rio de Janeiro, 1999-2000.** Cad. Saúde Pública. v. 19, n. 5, p. 1341-1349, 2003.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE GOIÁS. **Boletim Epidemiológico Sífilis Goiás.** Goiânia, GO, 2016.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO. **Guia de bolso para o manejo da sífilis em gestantes e Sífilis Congênita.** São Paulo, SP, 2016.

SONDA, E. C. et al. Sífilis Congênita: uma revisão da literatura. **Rev Epidemiol Control Infect.** v. 3, n. 1, p. 28-30, 2013.

9 ANEXOS

ANEXO A – Ficha de Notificação-Investigação 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 atestada 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 <i>Treponema pallidum</i> em placenta ou cordão umbilical e/ou amostra de lesão, biópsia ou necropsia de criança, aborto ou natimorto.							
Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual			
	2	Agravado/ença		3	Data da Notificação		
	SÍFILIS CONGÊNITA		4	Código (CID-10)	A 50.9		
Dados Gerais	4	UF	5	Município de Notificação	6	Código (IBGE)	
	6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		7	Código	7	Data do Diagnóstico
	8	Nome do Paciente		9	Data de Nascimento		
Notificação Individual	10	(ou) Idade	11	Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12	Gestante	
	13	Escolaridade		14	Raça/Cor		
	15	Número do Cartão SUS		16	Nome da mãe		
Dados de Residência	17	UF	18	Município de Residência	19	Código (IBGE)	
	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 E. pel. da gestante / mãe	31	Idade da mãe		32	Raça/cor da mãe		
	33	Anos		34	Ocupação da mãe		
	35	Escolaridade		36	Município de Realização do Pré-Natal		
Dados do Lab. de gestante / mãe	37	Realizou Pré-Natal nesta gestação		38	Unidade de Saúde de realização do pré-natal		
	39	1-Sim 2-Não 9-Ignorado		40	Diagnóstico de sífilis materna		
	41	1-Durante o pré-natal 2- No momento do parto/curetagem 3- Após o parto 4- Não realizado 9- Ignorado		42	Teste não treponêmico no parto/curetagem		
Trat. da gestante / mãe	43	1-Reagente 2-Não reagente 3-Não realizado 9-Ignorado		44	Título		
	45	1-Reagente 2-Não reagente 3-Não realizado 9-Ignorado		46	Data		
	47	1-Adequado 2- Inadequado 3- Não realizado 9- Ignorado		48	Parcelo(s) tratado(s) concomitantemente a gestante		
49	1-Sim 2-Não 9-Ignorado		50	1-Sim 2-Não 9-Ignorado			

Sífilis Congênita

Sinan NET

SVS

04/08/2008

An 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 1-Reagente 2-Não reagente 3-Não realizado 9-Ignorado		51 Título 1:		52 Data
Dados de Laboratório da Criança	53 Teste treponêmico (após 18 meses) 1-Reagente 2-Não reagente 3-Não realizado 4 - Não se aplica 9-Ignorado		54 Data		55 Teste não treponêmico - Líquor 1-Reagente 2-Não reagente 3-Não realizado 9-Ignorado
	56 Titulação ascendente 1 - Sim 2 - Não 3 - Não realizado 9-Ignorado		57 Data		58 Evidência de <i>Treponema pallidum</i> 1 - Sim 2 - Não 3 - Não realizado 9-Ignorado
	59 Alteração Líquórica 1 - Sim 2 - Não 3 - Não realizado 9-Ignorado		60 Diagnóstico Radiológico da Criança: Alteração do Exame dos Ossos Longos 1 - Sim 2 - Não 3 - Não realizado 9-Ignorado		
	61 Diagnóstico Clínico <input type="checkbox"/>		62 Presença de sinais e sintomas 1 - Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9 - Ignorado		
Dados Clínicos da Criança	1 - Assintomático 3 - Não se aplica		<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		
	2 - Sintomático 9 - Ignorado				
Tratamento	64 Esquema de tratamento 1 - Penicilina G cristalina 100.000 a 150.000 UI/Kg/dia - 10 dias 2 - Penicilina G procaína 50.000 UI/Kg/dia - 10 dias 3 - Penicilina G benzatina 50.000 UI/Kg/dia		4 - Outro esquema _____ 5 - Não realizado 9 - Ignorado		
Evolução	65 Evolução do Caso 1 - Vivo 2 - Óbito por sífilis congênita 3 - Óbito por outras causas 4 - Aborto 5 - Natimorto 9 - Ignorado		66 Data do Óbito		
	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 paralelo 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) parceiro(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

ANEXO B – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Epidemiologia da sífilis gestacional e congênita em Anápolis - Goiás, no período 2010-2017

Pesquisador: Constanza Thaise Xavier Silva

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 84113718.2.0000.5076

Instituição Proponente: Centro Universitário de Anápolis - UNIEVANGÉLICA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.572.947

Apresentação do Projeto:

TODOS OS ITENS ABAIXO FORAM RETIRADOS NA ÍNTEGRA DOS DOCUMENTOS PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1046239.pdf e ProjetoSifilisCongeGesta.docx

INTRODUÇÃO

A sífilis é uma patologia crônica e infecciosa, exclusiva do ser humano (BRASIL, 2010), que tem por agente etiológico o *Treponema pallidum* (SILVA; BONAFÉ, 2013), uma bactéria espiroqueta Gram-negativa microaerófila, que pode causar múltiplas manifestações (KUMAR et al., 2010) acometendo variados sistemas e órgãos, dentre os quais a pele, o fígado, o coração e o sistema nervoso central (SILVA; BONAFÉ, 2013).

A principal via de transmissão da sífilis é o contato sexual. Quando ocorre a transmissão vertical da gestante com sífilis não tratada para o feto durante a gestação, transmissão essa que ocorre por meio da passagem via placentária, tem-se a sífilis congênita (BRASIL, 2010).

A sífilis na gestação tornou-se um agravo de notificação compulsória desde a publicação da Portaria MS/SVS No 33, assinada em 14 de julho de 2005 e, mundialmente, a sífilis ainda afeta um número elevado de gestantes. A região das Américas apresenta a segunda maior prevalência de sífilis na gestação e o terceiro maior número de casos (NEWMAN et al., 2013).

A doença possui evolução lenta e quando não há tratamento, há alternância de períodos sintomáticos com assintomáticos, com três períodos distintos: sífilis primária, secundária e

Endereço: Av. Universitária, Km 3,5
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 75.083-515
UF: GO **Município:** ANAPOLIS
Telefone: (62)3310-6736 **Fax:** (62)3310-6636 **E-mail:** cep@unievangelica.edu.br



Continuação do Parecer: 2.572.947

terciária, podendo também ter a fase latente (BRASIL, 2010). Com isso, muitas consequências para o conceito podem surgir, têm-se como exemplo a prematuridade, abortamentos, perdas fetais, óbitos neonatais, neonatos enfermos e casos assintomáticos (TOLEDO; PEVERARI; BONAFÉ, 2013), que podem ocorrer tanto na infância como na vida adulta. E quando o recém-nascido não é tratado pode acontecer, dentre outros, surdez, cegueira, retardo mental, deformidades, lesões neurológicas (ALBUQUERQUE et al., 2014).

As manifestações da sífilis congênita podem acontecer precoce e ou tardiamente. Precoce, até dois anos de idade, pode-se ter: prematuridade, baixo peso ao nascer, hepatomegalia, esplenomegalia, lesões cutâneas, osteíte, pseudoparalisia, sofrimento respiratório acompanhado ou não por pneumonia, rinite, icterícia, anemia, linfadenopatia, petéquias, fissura peribucal, síndrome nefrótica, edema, convulsão e meningite. Alterações laboratoriais: anemia, trombocitopenia, leucocitose e leucopenia (BRASIL, 2015).

Na sífilis congênita tardia, após os dois anos de idade, pode-se ter, entre outros: tibia em "tábua de sabre", articulações de Clutton, fronte "olímpica", nariz "em sela", deformação nos dentes, mandíbula curta, surdez neurológica e dificuldade no aprendizado (BRASIL, 2015).

A sífilis congênita é considerada um grande problema de saúde pública mundial (ARAÚJO et al., 2006) e brasileiro (BRASIL, 2006). Entre 1998 a junho de 2012, foram notificados no SINAN 80.041 casos em crianças menores de um ano de idade, sendo que a região Centro-Oeste brasileira foi responsável por 5.024 casos (6,3%) (FURTADO, 2014). Por conta da gravidade é essencial intervenção imediata nos casos diagnosticados para reduzir ao máximo a possibilidade de ocorrência da transmissão vertical para o conceito da gestante (BRASIL, 2012).

A recomendação da Organização Mundial da Saúde, também seguida pelo Ministério da Saúde brasileiro, é que para haver redução do número de casos é necessário que sejam feitos os testes de detecção não treponêmicos no 1º e 3º trimestre de gestação, e no período do parto, pois o diagnóstico precoce pode reduzir bastante a prevalência da sífilis congênita (BRASIL, 2012). Para o tratamento, a penicilina cristalina e a penicilina procaína têm sido as drogas de escolha. A penicilina benzatina pode não atingir ou manter níveis regulares no sistema nervoso central. Não é indicado o uso de outros antibióticos para o tratamento (SES-SP, 2016).

Diante do exposto e comentado o presente trabalho tem por objetivo traçar o perfil clínico-epidemiológico da sífilis gestacional e congênita em Anápolis-GO, no período entre 2010 a 2017 descritos no banco de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN do Departamento de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde.

Endereço: Av. Universitária, Km 3,5
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 75.083-515
UF: GO **Município:** ANAPOLIS
Telefone: (62)3310-6736 **Fax:** (62)3310-6636 **E-mail:** cep@unievangolica.edu.br



Continuação do Parecer: 2.572.947

METODOLOGIA

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo epidemiológico, observacional, descritivo e transversal descritivo de natureza quantitativa para estudo do perfil clínico-epidemiológico dos casos notificados de sífilis gestacional e congênita em Anápolis-GO. O período a ser analisado será entre os anos 2010 a 2017, sendo tomado como fonte de informação as Fichas de Notificação/Investigação dos casos notificados na base de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

População de estudo

O estudo será realizado no município de Anápolis - GO que situa-se a 53 km da capital Goiânia e 139 km da capital federal. Junto com essas duas cidades, faz do eixo Goiânia-Anápolis-Brasília, a região mais desenvolvida do Centro-Oeste. Segundo o último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2010 a população é de 325.163 habitantes.

A coleta de dados será realizada a partir das Fichas de Notificação/Investigação da Sífilis gestacional (Anexo I) e Sífilis congênita (Anexo II), no Departamento de Epidemiologia da Secretaria Municipal de Saúde de Anápolis, que autorizará a coleta mediante assinatura do Termo Autorização de Manuseio de Dados (Apêndice I) e mediante assinatura do Termo de Instituição coparticipante e será disponibilizada uma sala reservada para os pesquisadores.

A população do estudo será os casos de sífilis congênita em Anápolis-GO sendo observada cada situação de encerramento: vivo, óbito por sífilis congênita, óbito por outras causas, aborto, natimorto e ignorado.

As características a serem avaliadas:

Variáveis sócio-demográficas: Em relação a gestante/mãe: idade, etnia, escolaridade e zona de moradia; Em relação a criança: idade, sexo e etnia.

Variáveis clínico-epidemiológicas: Em relação a criança: resultados dos testes: Não treponêmico - sangue periférico e seu título, teste treponêmico (após 18 meses), teste não treponêmico - liquor e sua titulação, se a titulação foi ascendente, evidência do *Treponema pallidum*, se houve alteração líquórica, alteração na radiografia de ossos longos, diagnóstico clínico, presença de sinais e sintomas, esquema de tratamento e evolução do caso. Em relação a gestante/mãe: se houve pré-natal na gestação, quando ocorreu o diagnóstico de sífilis materna, resultado do teste não treponêmico no parto/curetagem, titulação do resultado, qual o esquema de tratamento, intervalo entre a data do diagnóstico e o início do tratamento e se o(s) parceiro(s) foi(foram) tratado(s) concomitantemente com a gestante. O trabalho será submetido à aprovação do Comitê de Ética

Endereço: Av. Universitária, Km 3,5
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 75.083-515
UF: GO **Município:** ANAPOLIS
Telefone: (62)3310-6736 **Fax:** (62)3310-6636 **E-mail:** cep@unievangelica.edu.br



Continuação do Parecer: 2.572.947

em Pesquisa em Seres Humanos da UNIEVANGÉLICA.

Critério de inclusão

Serão incluídos neste estudo casos de sífilis gestacional e congênita que foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) em Anápolis-GO entre os anos de 2010 e 2017, cujas fichas forneçam informações suficientes para análise dos casos e seguimento do estudo.

Critério de exclusão

Não estarão inclusos neste estudo os casos de sífilis gestacional e congênita notificados antes do ano de 2010 e após 2017, bem como aqueles compreendidos entre 2010 e 2016, que não forneçam informações suficientes para análise.

Análise de dados

Os dados a serem obtidos serão posteriormente transcritos para uma planilha em Programa MS Excel Office XP e analisados através do software SPSS Statistics 22.0, para análise estatística descritiva, sendo adotado como critério de significância $p < 0,05$.

ASPECTOS ÉTICOS (consta no documento temocoparticipante.pdf)

Será garantido o sigilo de todos os dados coletados e com a instituição. Não será necessário substituir o nome dos pacientes e/ou das fichas por códigos, pois informações mais individuais não serão necessárias. Os dados coletados serão utilizados no desenvolvimento do Trabalho de Conclusão de Curso – TCC, sendo posteriormente publicado em alguma revista científica, periódicos ou cadernos de resumos. Os dados coletados ficarão guardados por 5 anos, sob responsabilidade dos pesquisadores e após esse período serão destruídos, conforme Resolução 466/12.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO PRIMÁRIO

Caracterizar o perfil clínico-epidemiológico da sífilis gestacional e congênita em Anápolis, descritos no banco dados do SINAN, entre os anos 2010 a 2017

Endereço: Av. Universitária, Km 3,5
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 75.083-515
UF: GO **Município:** ANAPOLIS
Telefone: (62)3310-6736 **Fax:** (62)3310-6636 **E-mail:** cep@unievangelica.edu.br



Continuação do Parecer: 2.572.947

OBJETIVOS SECUNDÁRIOS

- Comparar a prevalência da sífilis gestacional e congênita entre os anos estudados;
- Identificar a taxa de incidência da infecção do conceito pelo *Treponema pallidum* durante a gravidez no município;
- Descrever as variáveis clínico-epidemiológicas e sociodemográficas da sífilis gestacional e congênita;
- Analisar os grupos considerando as situações de encerramento (vivo, óbito por sífilis congênita, óbito por outras causas, aborto, natimorto e ignorado,) descritas no SINAN;
- Servir como referência de análise para melhoria dos programas de saúde pública que promovem a saúde da gestante e seu conceito no contexto da sífilis gestacional e congênita.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos

Essa pesquisa oferece riscos aos participantes, o principal risco consiste em uma remota possibilidade de um participante da pesquisa identificar-se como parte integrante da amostra vindo a se sentir constrangido que serão minimizá-los garantido total sigilo dos participantes, visto que será preservado anonimato completo, pois utilizaremos apenas informações já registradas em Instrumento de Coleta de Dados, que serão lançadas em banco de dados, sem violá-las em seu conteúdo. A identidade dos indivíduos envolvidos jamais será revelada e todas as informações serão mantidas no mais absoluto sigilo, garantindo total anonimato dos participantes. O material será utilizado apenas e tão somente para fins de pesquisa e os resultados serão utilizados em estudos científicos, ressalvando o total sigilo quanto ao nome e dados das fichas de notificação de doenças.

Benefícios

É de fundamental importância a realização de estudo que avaliem o perfil clínico-epidemiológico da sífilis gestacional e sífilis congênita na população de Anápolis-GO. O conhecimento gerado por essa pesquisa será revertido em benefícios para a sociedade e para futuros pacientes infectados

Endereço: Av. Universitária, Km 3,5
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 75.083-515
UF: GO **Município:** ANAPOLIS
Telefone: (62)3310-6736 **Fax:** (62)3310-6636 **E-mail:** cep@unievangelica.edu.br



Continuação do Parecer: 2.572.947

por essas enfermidades e, espera-se com isso, conhecer a situação atual dos casos descritos. Essas informações poderão contribuir para a elaboração de estratégias em saúde pública para o controle da sífilis gestacional e sífilis congênita que possam efetivamente auxiliar em melhorias na saúde, podendo subsidiar ações de enfrentamento desse agravo no âmbito municipal. Os resultados obtidos poderão ser utilizados pelo Ministério da Saúde na elaboração de recomendações para o Plano Nacional de controle dessas enfermidades. Os resultados obtidos também serão apresentados em eventos científicos e publicados em revistas científicas da área.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um projeto de pesquisa intitulado "EPIDEMIOLOGIA DA SÍFILIS GESTACIONAL E CONGÊNITA EM ANÁPOLIS - GOIÁS, NO PERÍODO 2010 a 2017" apresentado ao departamento de Enfermagem sob orientação da profa dra. Constanza Taise Xavier Silva cujo objetivo é Caracterizar o perfil clínico-epidemiológico da sífilis gestacional e congênita em Anápolis, descritos no banco dados do SINAN, entre os anos 2010 a 2017. Não descreve no projeto Detalhado o uso e a destinação final dos dados, entretanto, apresenta tal informação nos documentos, TAMDADOS.pdf e temocoparticipante.pdf. A amostra se dará por conveniência conforme os casos notificados no período de estudo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

De acordo com as recomendações previstas pela RESOLUÇÃO CNS N.466/2012 e demais complementares o protocolo permitiu a realização da análise ética. Todos os documentos listados abaixo foram analisados.

Recomendações:

Em futuras pesquisas descrever no Projeto Detalhado o uso e a destinação final dos dados (ASPECTOS ÉTICOS) e não somente nos documentos das instituições co-participantes.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O protocolo de pesquisa encontra-se de acordo com a Resolução 466/12 do CNS, não apresentando nenhum óbice ético para sua execução.

Considerações Finais a critério do CEP:

Solicitamos ao pesquisador responsável o envio do RELATÓRIO FINAL a este CEP, via Plataforma Brasil, conforme cronograma de execução apresentado.

Endereço: Av. Universitária, Km 3,5
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 75.083-515
UF: GO **Município:** ANAPOLIS
Telefone: (62)3310-6736 **Fax:** (62)3310-6636 **E-mail:** cep@unievangélica.edu.br



Continuação do Parecer: 2.572.947

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1046239.pdf	01/03/2018 17:19:34		Aceito
Outros	TAMDADOS.pdf	01/03/2018 17:19:07	Constanza Thaise Xavier Silva	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	temocoparticipante.pdf	01/03/2018 17:18:31	Constanza Thaise Xavier Silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoSifilisCongeGesta.docx	01/03/2018 13:32:35	Constanza Thaise Xavier Silva	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	01/03/2018 12:55:56	Constanza Thaise Xavier Silva	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

ANAPOLIS, 01 de Abril de 2018

Assinado por:
Fabiane Alves de Carvalho Ribeiro
(Coordenador)

Endereço: Av. Universitária, Km 3,5
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 75.083-515
UF: GO **Município:** ANAPOLIS
Telefone: (62)3310-6736 **Fax:** (62)3310-6636 **E-mail:** cep@unievangelica.edu.br