



UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

PATRÍCIA ALVES DE MENDONÇA CAVALCANTE

**SÍFILIS GESTACIONAL E CONGÊNITA EM PALMAS, TOCANTINS,  
2007-2014**

PALMAS-TO  
2017

PATRÍCIA ALVES DE MENDONÇA CAVALCANTE

**SÍFILIS GESTACIONAL E CONGÊNITA EM PALMAS, TOCANTINS,  
2007-2014**

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional  
em Ciências da Saúde da Universidade Federal do  
Tocantins para a obtenção do título de Mestre.  
Orientador: Prof. Dr. José Gerley Diaz Castro  
Co-orientadora: Profa. Dra. Danielle Rosa  
Evangelista.

PALMAS – TO  
2017

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**  
**Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Tocantins**

---

- C376s Cavalcante, Patrícia Alves de Mendonça .  
Sífilis Gestacional e Congênita em Palmas, Tocantins, 2007-2014. / Patrícia Alves de Mendonça Cavalcante. – Palmas, TO, 2017.  
33 f.
- Dissertação (Mestrado Acadêmico) - Universidade Federal do Tocantins – Câmpus Universitário de Palmas - Curso de Pós-Graduação (Mestrado) em Ciências da Saúde, 2017.
- Orientador: José Gerley Diaz Castro  
Coorientadora : Danielle Rosa Evangelista
1. Sífilis Congênita. 2. Sífilis em Gestante. 3. Epidemiologia Descritiva. 4. Vigilância em Saúde. I. Título

**CDD 610**

---

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS – A reprodução total ou parcial, de qualquer forma ou por qualquer meio deste documento é autorizado desde que citada a fonte. A violação dos direitos do autor (Lei nº 9.610/98) é crime estabelecido pelo artigo 184 do Código Penal.

**Elaborado pelo sistema de geração automática de ficha catalográfica da UFT com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).**

**FOLHA DE APROVAÇÃO**

PATRICIA ALVES DE MENDONÇA CAVALCANTE

**SÍFILIS GESTACIONAL E CONGÊNITA EM PALMAS,  
TOCANTINS, 2007-2014**

Aprovada em: 04 / 07 / 2017

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Tocantins para a obtenção do título de Mestre.

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. José Gerley Díaz Castro

Orientador

Instituição: Universidade Federal do Tocantins



Prof. Dra. Neci Sena Ferreira

Examinadora Externa

Instituição: Secretaria Municipal de Saúde de Palmas



Prof. Dr. Gessi Carvalho de Araújo Santos

Examinadora Interna

Instituição: Universidade Federal do Tocantins

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho, primeiramente, a Deus que em todos os momentos me ajudou, me sustentou e não me deixou desistir para alcançar este objetivo. Porque Dele é por Ele e para Ele são todas as coisas.

Dedico a minha família por sempre acreditarem em mim, especialmente aos meus pais, que me conduziram e orientaram na jornada.

Dedico ao meu amado esposo por me ajudar no plantio e na colheita, quer fosse na falta ou na bonança.

Dedico ainda a todos os trabalhadores da saúde que lutam diariamente em defesa do SUS e aos que arduamente se inquietam pela causa e lutam para eliminação da sífilis congênita.

Dedico à todos que acreditam que a educação é transformadora e libertadora.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço aos meus mestres que me ensinaram o caminho a seguir, mas principalmente, por me ensinarem que para chegada eu precisava dar o primeiro passo;

Aos meus orientadores Gerley Díaz e Danielle Rosa pela oportunidade de realizar e concluir este trabalho, e por todo auxílio;

Agradeço a Secretaria Municipal de Saúde de Palmas, especialmente a SUPAVS (Superintendência de Atenção Primária e Vigilância em Saúde) que depositaram confiança no meu trabalho e me permitiram realizar o desejo de mudar um cenário de saúde. Tenho certeza que sem este apoio não seria possível;

Agradeço a minhas companheiras de Vigilância Epidemiológica e agora amigas, Marta Malheiros, Ruth Bernardes e Socorro Sarmiento, por me permitirem voar;

Agradeço a Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas, especialmente nas pessoas de Juliana Bruno e Francileura Silva por nunca duvidarem da minha capacidade e por me darem oportunidades de crescimento e aprendizado;

À todos, meu Muito Obrigada!

*"Não faz sentido o Brasil, que conseguiu tanto sucesso no controle da transmissão vertical do HIV, não conseguir controlar a sífilis congênita."*

*(Alexandre Padilha)*

## RESUMO

**Objetivo:** descrever o perfil epidemiológico dos casos notificados de sífilis em gestante e sífilis congênita no período 2007-2014 em Palmas-TO, Brasil. **Métodos:** realizou-se estudo descritivo com dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan). **Resultados:** foram identificadas 171 gestantes com sífilis (4,7/1.000 nascidos vivos - NV e 204 casos de sífilis congênita (5,6/1.000 NV); predominaram gestantes pardas (71,3%), com baixa escolaridade (48,0%) e diagnóstico tardio no pré-natal (71,9%); a incidência de sífilis congênita variou de 2,9 a 8,1/1.000 NV no período; predominaram, como características maternas, idade de 20-34 anos (73,5%), escolaridade até o Ensino Médio completo (85,3%), realização de pré-natal (81,4%), diagnóstico da sífilis no pré-natal (48,0%) e parceiros de mães que realizaram pré-natal não tratados (83,0%), alcançando quase 80% de nascidos vivos com sífilis congênita. **Conclusão:** devido ao alto índice de casos de sífilis gestacional e congênita, faz-se necessária a adoção de novas estratégias para efetividade da assistência pré-natal prestada e consequente redução da incidência dos agravos.

**Palavras-chave:** Gestantes; Cuidado Pré-natal; Sífilis Congênita; Sífilis; Epidemiologia Descritiva.

## **ABSTRACT**

**Objective:** to describe the epidemiological profile of reported cases of syphilis in pregnant women and congenital syphilis in the period 2007-2014 in Palmas-TO, Brazil. **Methods:** this is a descriptive study with data from the Information System for Notifiable Diseases (Sinan). **Results:** 171 pregnant women with syphilis (4.7/1,000 live births [LB]) and 204 cases of congenital syphilis (5.6/1,000 LB) were identified; most women were brown-skinned (71.3%), had low education level (48.0%) and received late diagnosis during prenatal care (71.9%); the incidence of congenital syphilis varied from 2.9 to 8.1/1,000 LB in the period; the predominant maternal characteristics were age from 20 to 34 years (73.5%), having up to complete high school (85.3%), attending prenatal care (81.4%), diagnosis of syphilis during prenatal care (48.0%), and untreated partners of mothers who attended prenatal care (83.0%), reaching almost 80% of live births with congenital syphilis. **Conclusion:** Due to the high rate of gestational and congenital syphilis, it is necessary to adopt new strategies for the effectiveness of the prenatal care provided, and, consequently, to reduce the incidence of congenital syphilis.

**Keywords:** Pregnant Women; Prenatal Care; Congenital Syphilis; Syphilis; Epidemiology, Descriptive.

## ABREVIATURAS

CDC - Centros de Controle e Prevenção de Doenças (do inglês *Centers for Disease Control and Prevention*)

CNS - Conselho Nacional de Saúde

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem

ELISA - Ensaio do imunosorbente ligado a enzima

EQL - Eletroquimioluminescente

FTA-Abs Teste de Anticorpos Treponêmicos Fluorescentes com Absorção (do inglês *Fluorescent Treponemal Antibody-Absorption*)

IgG - Imunoglobulina da classe G

IgM - Imunoglobulina da classe M

IST – Infecções Sexualmente Transmissíveis

MS – Ministério da Saúde

OMS - Organização Mundial da Saúde

OPAS - Organização Panamericana de Saúde

RPR - Reagentes Plasmáticas Rápidas (do inglês *Rapid Test Reagin*)

SIM – Sistema de Informação de Mortalidade

SINASC – Sistema de Informação de Nascidos Vivos

SVS - Secretaria de Vigilância em Saúde

TPHA - Ensaio de hemaglutinação para *Treponema pallidum* (do inglês *T. pallidum haemagglutination test*)

TRUST - Prova de toluidina vermelha em soro não aquecido (do inglês *toluidine red unheated serum test*)

VDRL - Pesquisa Laboratorial de Doença Venérea (do inglês *Venereal Disease Research Laboratories*)

WHO - World Health Organization

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	<b>1</b>
<b>2. OBJETIVOS</b> .....	<b>7</b>
2.1. <i>OBJETIVO GERAL</i> .....	7
2.2. <i>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</i> .....	7
<b>3. METODOLOGIA</b> .....	<b>8</b>
3.1 <i>TIPO DE ESTUDO</i> .....	8
3.3 <i>VARIÁVEIS DA FICHA</i> .....	8
3.4 <i>CRITÉRIOS DE INCLUSÃO</i> .....	9
3.5 <i>CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO</i> .....	9
3.6 <i>PROCESSAMENTO, TABULAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS</i> .....	9
3.7 <i>ASPECTOS ÉTICOS</i> .....	10
<b>4. RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	<b>11</b>
4.1 <i>ARTIGO PUBLICADO NA REVISTA EPIDEMIOLOGIA E SERVIÇOS DE SAÚDE</i> .....	11
<b>5. CONCLUSÃO</b> .....	<b>23</b>
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>24</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>25</b>
<b>APÊNDICE</b> .....	<b>28</b>
<i>APÊNDICE A - Termo de Consentimento para Utilização de Banco de Dados</i> .....	29
<b>ANEXOS</b> .....	<b>30</b>
<i>ANEXO A – Ficha de notificação de sífilis em gestante</i> .....	31
<i>ANEXO B – Ficha de notificação de sífilis congênita</i> .....	33

## 1. INTRODUÇÃO

A sífilis (do grego *sys*=sujo + *philein*= amor), com sinonímia “*lues, cancro duro, lues venérea, sífilose, bubas, pudendrago, mal venéreo*”, também definida como a doença do amor, marcou a história da humanidade por ser um problema de saúde pública (VERONESI; FOCACCIA, 2005; BRASIL, 2015a).

A origem da sífilis ainda é controversa, pois muitos acreditavam que era uma doença proveniente do “Novo Mundo”, visto que o aumento da sífilis na Europa coincidiu com o descobrimento da América, sendo esta a primeira teoria sustentada. A segunda teoria trata do Velho Mundo, que sustenta a ideia de que as treponematoses já existiriam no território europeu e seriam causadas por um único microrganismo, porém, passou por uma mutação e adquiriu características que aumentaram sua virulência e permitiram a transmissão sexual e o desencadeamento de epidemias. (NETO et al, 2009; BRASIL, 2006).

No Brasil, os especialistas da área e historiadores, mencionam que não haviam relatos de sinais clínicos da doença em meio às antigas tribos indígenas (FRANCISCO, 2014). No entanto, a sífilis já era conhecida no período colonial, onde a contaminação em massa ocorria nas senzalas, pelos senhores das casas grandes (portadores da sífilis) que através do ato sexual contaminavam as negras (FREYRE, 2003).

No século XVIII, a sífilis era uma das moléstias que mais afetava a população, sendo responsável por internações e mortes, assumindo então índices importantes nas metrópoles brasileiras, sendo alvo de muitas teorias que a relacionavam com a miscigenação, com o clima tropical e com o comportamento sexual dos brasileiros (FRANCISCO, 2014).

O *Treponema pallidum* foi descrito como o agente causador da doença pela primeira vez em 1905, pelos pesquisadores alemães Fritz Richard Schaudinn e Paul Erich Hoffmann (BRASIL, 2016a). A penicilina só foi descoberta em 1928 pelo britânico Alexander Fleming, tornando possível a cura, e sua eficácia foi demonstrada em 1943 pelo pesquisador John Mahoney (CARRARA, 1996).

Na segunda metade do século XX, a sífilis apresentou uma tendência de queda nos Estados Unidos e na Europa. Contudo, nos anos 90 houve um aumento na incidência, podendo estar diretamente relacionado aos altos índices de infecção pelo HIV (LYNN & LIGHTMAN 2004, WHO 2011).

O agente causador da sífilis, *Treponema pallidum*, é uma bactéria gram-negativa, do grupo das espiroquetas, e de alta patogenicidade. A bactéria possui maior capacidade de invasão e virulência devido sua motilidade e capacidade de aderir às células. Possui baixa resistência ao meio ambiente, porém, pode sobreviver por até 10 horas em superfícies úmidas; no entanto, é muito sensível à ação do sabão e de outros desinfetantes. (BRASIL, 2016b). O *T. pallidum* possui como único reservatório o homem, não sendo cultivado in vitro (BRASIL, 2016a).

A transmissão do *T. pallidum* ocorre predominantemente por contato sexual, e vertical (transplacentária) pela contaminação do feto no momento do parto a partir do contato do mesmo com lesões genitais maternas (BRASIL, 2015b; BRASIL, 2016a). A transmissão por transfusão de sangue ou derivados pode ocorrer, mas tornou-se rara, devido ao controle realizado pelos hemocentros (BRASIL, 2015b).

A sífilis adquirida possui duas classificações para as formas clínicas, de acordo com o tempo de infecção e manifestações. Segundo o tempo de infecção é classificada em sífilis adquirida recente (menos de um ano de evolução) e sífilis adquirida tardia (mais de um ano de evolução). Quanto a classificação segundo manifestações clínicas, tem-se: *sífilis primária* – aparecimento dos sintomas com 10 a 90 dias após contato, apresentando úlcera genital (cancro duro) indolor, geralmente única, com fundo limpo, infiltrada; *sífilis secundária* – os sintomas aparecem com seis semanas a seis meses após o contato, podem ocorrer erupções cutâneas em forma de máculas (roséola) e/ou pápulas, lesões eritemato-escamosas palmo-plantares, alopecia em clareira, dentre outros sintomas; *sífilis latente* - onde não há manifestações clínicas, porém, apresenta reatividade nos testes imunológicos que detectam anticorpos; *sífilis terciária* – ocorre após um longo período de latência, entre 2 a 40 anos após infecção, manifesta-se na forma de inflamação e destruição tecidual, com acometimento do sistema nervoso e cardiovascular. A neurosífilis acomete o sistema nervoso central, principalmente com a reação inflamatória da bainha de mielina, só diagnosticada pela sorologia do líquido (BRASIL, 2015a; BRASIL, 2015b; BRASIL, 2016b).

Em relação ao diagnóstico laboratorial da sífilis, há três métodos reconhecidos: exame microscópico direto (técnica de campo escuro), testes não treponêmicos (VDRL e RPR) que são utilizados para triagem e acompanhamento, e testes treponêmicos que são usados para confirmar resultados de baixa titulação dos não treponêmicos (TPHA, FTA-Abs, ELISA e teste rápido) (BRASIL, 2016b; CDC, 2010).

O exame de campo escuro pode ser utilizado em lesões da sífilis primária ou secundária, que permite a visualização de *T. pallidum* vivo e apresentando mobilidade, e possui uma sensibilidade entre 74% e 86%, e 97% de especificidade. Os testes não treponêmicos detectam anticorpos anticardiolipina, que não são específicos para os antígenos do *T. pallidum*, e podem ser qualitativos ou quantitativos. Dentre os testes não treponêmicos, o VDRL (Venereal Disease Research Laboratories) é o mais recomendado devido ao seu baixo custo, possibilita o monitoramento da resposta ao tratamento, é de fácil execução, e possui alta sensibilidade (70% na sífilis primária, 99% a 100% na sífilis secundária e 70% a 80% na sífilis terciária (BRASIL, 2016b; CDC, 2010; FRANCISCO, 2014).

No VDRL que baseia-se na metodologia de floculação, são detectados anticorpos IgM e IgG contra o material lipídico liberado pelas células danificadas em decorrência da sífilis. Sabendo-se que esses anticorpos não são produzidos exclusivamente em consequência da sífilis, podem ser gerados resultados falso-positivos especialmente na sífilis secundária, quando há grande produção de anticorpos, e ocorrer resultados falso-negativos (efeito prozona) resultando em erros de interpretação e consequentemente em tratamentos inadequados ou não realizados (MONTEIRO, 2014; BELO HORIZONTE, 2014; CDC, 2015).

Os testes treponêmicos detectam anticorpos específicos (geralmente IgM e IgG) e são os primeiros a apresentar resultado reagente após a infecção, sendo comuns na sífilis primária resultados reagentes em um teste treponêmico e não reagentes em um teste não treponêmico. Os testes treponêmicos não são úteis para monitorar o tratamento, visto que em 85% dos casos, eles permanecem positivos durante toda vida do paciente com sífilis (BRASIL, 2016b).

O teste treponêmico mais comumente utilizado é o FTA-Abs (teste de anticorpos treponêmicos fluorescentes com absorção), sendo o primeiro a apresentar positividade após a infecção. Possui boa especificidade, e para anticorpos IgM torna-se positivo somente na sífilis em atividade, podendo negativar após terapêutica eficaz. Segundo Ministério da Saúde, para o diagnóstico da sífilis, devem ser utilizados: um dos testes treponêmicos (ex: teste rápido ou FTA-Abs ou TPHA ou EQL ou ELISA) mais um dos testes não treponêmicos (ex: VDRL ou RPR ou TRUST) (BRASIL, 2015a).

A penicilina é o medicamento de primeira escolha para o tratamento da sífilis, com doses diferenciadas para a fase da infecção. É um antibiótico de baixo custo, passando a

representar uma opção terapêutica com 98% de eficácia na prevenção da sífilis congênita, agindo em todos os estágios da doença e até hoje não há relato da resistência do *Treponema pallidum* à droga (BRASIL, 2015a; GRUMACH et al, 2007).

Um dos grandes desafios para a redução da sífilis congênita é tornar o tratamento com penicilina oportuno, mediante um diagnóstico positivo. Contudo, a grande problemática para administração da penicilina na rede básica de saúde, é o receio dos profissionais em realizar sua aplicação temendo uma possível ocorrência de efeitos adversos, principalmente quanto a reação anafilática ao medicamento, sem que haja recursos adequados para reversão do quadro. Em contraponto, estudos nacionais e internacionais demonstram que de 0,7% a 10% das reações adversas, tratam-se de reações neurovegetativas, caracterizados por medo, ansiedade, sudorese ou dor na administração da penicilina, enquanto as reações anafiláticas graves ocorrem em 0,01% a 0,05% dos pacientes, e aproximadamente 2 óbitos por 100.000 tratamentos realizados (BRASIL, 2015c; GALVÃO *et al*, 2013), evidenciando que o risco do tratamento da gestante com sífilis não supera os benefícios do mesmo.

Recentemente, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) através da Nota Técnica COFEN/CTLN N° 03/2017 de 14 de junho de 2017, reafirma seu apoio e compromisso com o cuidado à saúde prestado pelos profissionais de enfermagem, deixando claro que os enfermeiros podem prescrever a Penicilina Benzatina conforme os protocolos do Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais, bem como sua administração ser efetuada por profissionais de enfermagem no âmbito das Unidades Básicas de Saúde, mediante prescrição médica ou de enfermagem (COFEN, 2017).

A sífilis congênita tornou-se uma doença de notificação compulsória no Brasil em 1986 (Portaria n° 542, de 22/12/86 - Ministério da Saúde) e sempre foi um grande desafio para a saúde, pois trata-se de um agravo evitável, sendo um importante indicador de qualidade do pré-natal, e um fator determinante na redução das taxas de transmissão vertical da sífilis, pois o controle da doença tem como fundamento a triagem sorológica e o tratamento adequado de gestantes e parceiros. (BRASIL, 2016a; FRANCISCO, 2014).

A notificação compulsória da sífilis na gestação tornou-se obrigatória desde a publicação da Portaria MS/SVS N°33, assinada em 14 de julho de 2005, justificando-se devido sua elevada taxa de prevalência e elevada taxa de transmissão vertical, que varia de 30 a 100% com tratamento inadequado ou sem o tratamento.

A vigilância da infecção de sífilis em gestantes tem como objetivo conhecer o estado sorológico nessa população, para início oportuno da terapêutica materna, controlando a transmissão vertical pelo *Treponema pallidum*, acompanhando o comportamento da infecção e para o planejamento e avaliação das medidas de prevenção e controle (BRASIL, 2015a).

Segundo Ministério da Saúde, considera-se tratamento adequado da gestante com sífilis: tratamento completo e documentado, adequado ao estágio da doença, feito com penicilina G benzatina; tratamento concomitante do parceiro sexual; e gestante ter apresentado queda de duas titulações no teste não treponêmico (SÃO PAULO, 2016).

Em mulheres grávidas infectadas, a sífilis pode causar consequências graves para o feto em 80% dos casos. Em 2008, a Organização Mundial da Saúde estimou que, anualmente surgirão 2 milhões de casos de sífilis em gestantes e destes, cerca de 25% resultam em aborto espontâneo ou natimortos, e outros 25% em recém-nascidos com baixo peso ou infecção grave, estando os dois casos associados a um maior risco de morte perinatal (WHO, 2011).

Em Palmas, mesmo com todos esforços realizados, os óbitos vêm ocorrendo de forma preocupante, representando 24% das causas de óbitos fetais no ano de 2014. Entre 2007 e 2014 foram notificados no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) 15 óbitos fetais e 2 infantis, e taxa média de mortalidade por sífilis congênita de 374,7/100.000 nascidos vivos (PALMAS, 2015).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima no mundo mais de 1 milhão de casos de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) por dia (BRASIL, 2016c). Segundo dados do Ministério da Saúde, no período de janeiro de 2005 a junho de 2016, foram notificados no Sinan 169.546 casos de sífilis em gestantes, com maior prevalência na região Sudeste (42,9%), seguido de 21,7% no Nordeste, 13,7% no Sul, 11,9% no Norte e 9,8% no Centro Oeste. Em 2015, o Brasil apresentou uma taxa de detecção de 11,2 casos de sífilis em gestantes/mil nascidos vivos, onde a taxa de detecção mais elevada foi observada no estado do Mato Grosso do Sul (21,9 casos/ mil nascidos vivos), e a mais baixa no Rio Grande do Norte (4,5casos/mil nascidos vivos).

Quanto a sífilis congênita, entre janeiro de 1998 a junho de 2016, foram notificados no SINAN 142.961 casos (< de 1 ano de idade), dos quais 64.398 (45,0%) eram residentes na região Sudeste, 44.054 (30,8%) no Nordeste, 14.300 (10,0%) no Sul, 11.846 (8,3%) no Norte e 8.363 (5,8%) no Centro-Oeste. Em 2015, a taxa de incidência de nacional foi de 6,5

casos/mil nascidos vivos, onde as regiões Nordeste, Sul e Sudeste apresentaram as maiores taxas (6,9 casos/mil nascidos vivos), e a menor na região Norte (4,4 casos/mil nascidos vivos) (BRASIL, 2016c).

Dentre as Unidades da Federação, em 2015, o Rio de Janeiro apresentou a maior taxa (12,4 casos/mil nascidos vivos), ficando o Tocantins em 5º lugar com 9,1 casos/mil nascidos vivos, superior à média nacional. Entre os anos de 2007 a 2016 foram notificados 1185 casos de sífilis congênita e 1249 casos de sífilis em gestantes em residentes do estado do Tocantins. Cabe ressaltar que a meta do Ministério da Saúde – estabelecida em 1993 em acordo firmado com a Organização Pan-Americana da Saúde, é de 0,5 caso/1.000 nascidos vivos (OPAS, 2010; BRASIL, 2015b; BRASIL, 2016c).

No Brasil, muito se discute sobre o tema. Contudo, há escassez de estudos abordando as características epidemiológicas da ocorrência da sífilis gestacional e congênita em diversos locais (SILVA, et al, 2015). Assim, espera-se que os resultados desta pesquisa contribuam para o conhecimento e entendimento da epidemiologia do agravo, permitindo um melhor planejamento das medidas de educação e prevenção nos grupos mais vulneráveis, e servir de ferramenta útil na avaliação das ações para a redução da transmissão vertical da sífilis.

## **2. OBJETIVOS**

### ***2.1. OBJETIVO GERAL***

Esta pesquisa tem o objetivo de caracterizar o perfil epidemiológico dos casos notificados de sífilis em gestantes e congênita no período de janeiro de 2007 a dezembro de 2014 em Palmas, Tocantins.

### ***2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS***

- Descrever as características sociodemográficas maternas dos casos de sífilis em gestantes e congênita, a partir da investigação das seguintes variáveis das fichas de notificação: idade, raça/cor e escolaridade;
- Descrever as características dos casos de sífilis em gestante de acordo com as seguintes variáveis da ficha: trimestre de gestação no momento do diagnóstico da sífilis, classificação clínica da doença, realização de teste treponêmico e não-treponêmico no pré-natal, esquema de tratamento realizado na gestante e na parceria sexual;
- Descrever as características dos casos de sífilis congênita de acordo com as seguintes variáveis presente no banco de dados: realização do pré-natal, momento do diagnóstico da sífilis materna, realização de teste treponêmico e não-treponêmico no parto e/ou curetagem e realização de tratamento adequado da gestante e de seu parceiro;
- Analisar os dados laboratoriais, clínicos e radiológicos das crianças notificadas com sífilis congênita, bem como a presença de sinais e sintomas e evolução do caso.

### **3. METODOLOGIA**

#### ***3.1 TIPO DE ESTUDO***

Trata-se de um estudo descritivo, transversal e documental, a partir de fonte secundária, com abordagem quantitativa (VIEIRA, 2011).

#### ***3.2 POPULAÇÃO***

A população de estudo é composta por todos os casos de sífilis em gestante e congênita notificados no SINAN, em residentes de Palmas, no período de janeiro de 2007 a dezembro de 2014.

#### ***3.3 VARIÁVEIS DA FICHA***

Foram estudadas as variáveis de acordo com as informações da ficha de notificação de sífilis em gestante e congênita:

- a) *Sociodemográficas maternas - idade (em anos: 10 a 14; 15 a 19; 20 a 34; 35 a 49)*
- raça/cor da pele (branca; preta; amarela; parda; indígena)
  - escolaridade (analfabeto; 1ª a 4ª série incompleta do Ensino Fundamental; 2-4ª série completa do Ensino Fundamental; 3-5ª à 8ª série incompleta do Ensino Fundamental; Ensino Fundamental completo; Ensino Médio incompleto; Ensino Médio completo; Ensino Superior incompleto; Ensino Superior completo; ignorado).
- b) *Realização de pré-natal (sim; não; ignorada/em branco).*
- c) *Obstétricas e de tratamento*
- Momento do diagnóstico materno (1º, 2º, 3º trimestre ou idade gestacional ignorada)
  - Classificação clínica da doença (primária; secundária; terciária; latente; ignorada/em branco).
  - Teste treponêmico (reativo; não reativo; não realizado;
  - Ignorado/em branco).

- Teste não treponêmico (reativo; não reativo; não realizado).
- Esquema de tratamento prescrito à gestante (penicilina G benzantina 2.400.000 UI; penicilina G benzantina 4.800.000 UI; penicilina G benzantina 7.200.000 UI; outro esquema; não realizado; ignorado/em branco) - tratamento do parceiro (sim; não; ignorado/em branco) *d) Clínicas e laboratoriais do recém nascido*
- Titulação de VDRL (*venereal disease research laboratory*) em sangue periférico (reagente; não reagente; não realizado; ignorado/em branco).
- Titulação de VDRL em líquido (reagente; não reagente; não realizado; ignorado/em branco)
- Alteração do exame dos ossos longos (sim; não; não realizado; ignorado/em branco).
- Evolução do caso (vivo; óbito por sífilis congênita; óbito por outras causas; aborto; natimorto).

### **3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO**

Foram utilizados como critério de elegibilidade, todos os casos de sífilis em gestante e congênita em residentes de Palmas, registrados no SINAN entre janeiro de 2007 a dezembro de 2014, conforme o critério de definição de caso do Ministério da Saúde.

### **3.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO**

Foram excluídos da pesquisa:

- Os casos notificados em Palmas, mas não residentes na capital;
- Os casos descartados por não atenderem aos critérios de definição estabelecidos pelo Ministério da Saúde;
- Casos duplicados.

### **3.6 PROCESSAMENTO, TABULAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS**

Os dados foram analisados mediante taxa de detecção de sífilis em gestante e incidência de sífilis congênita, calculada utilizando-se o número de casos por ano, dividido

pelo número de nascidos vivos do mesmo ano e multiplicado por 1000 (BRASIL, 2006a). O número de nascidos vivos foi obtido do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). Ainda, foi realizada uma análise descritiva (VIEIRA, 2011) dos dados envolvendo medidas de tendência central (média aritmética) e de dispersão (amplitude, desvio padrão) e frequências absolutas e relativas.

A apresentação dos dados foi realizada mediante tabelas e gráficos. Também foi utilizado o teste de linearidade para estudar estatisticamente a tendência da sífilis ao longo dos anos estudados. Os programas estatísticos, de distribuição livre utilizados para a realização das análises foram Excel 2010, BioEstat 5.0 e Epiinfo 3,5,2.

### ***3.7 ASPECTOS ÉTICOS***

O projeto da pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética do Centro Universitário Luterano de Palmas sob o Parecer no 985.502, em 13 de março de 2015, e foi realizado em conformidade com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466, de 12 de dezembro de 2012.

## **4. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### ***4.1 ARTIGO PUBLICADO NA REVISTA EPIDEMIOLOGIA E SERVIÇOS DE SAÚDE***

Este subitem agrega o artigo publicado na revista “Epidemiologia e Serviços de Saúde: Revista do Sistema Único de Saúde do Brasil”, qualis B2 na área interdisciplinar, publicado em maio de 2016. O artigo está apresentado de acordo com a formatação e normas da respectiva revista.



# Sífilis gestacional e congênita em Palmas, Tocantins, 2007-2014 \*

doi: 10.5123/S1679-49742017000200003

## Syphilis in pregnancy and congenital syphilis in Palmas, Tocantins State, Brazil, 2007-2014\*

Patrícia Alves de Mendonça Cavalcante<sup>1</sup>

Ruth Bernardes de Lima Pereira<sup>2</sup>

José Gerley Diaz Castro<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Centro Universitário Luterano de Palmas, Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva com Ênfase em Vigilância em Saúde, Palmas-TO, Brasil

<sup>2</sup>Centro Universitário Luterano de Palmas, Departamento de Enfermagem e Saúde Coletiva, Palmas-TO, Brasil

<sup>3</sup>Universidade Federal do Tocantins, Departamento de Nutrição, Palmas-TO, Brasil

### Resumo

**Objetivo:** descrever o perfil epidemiológico dos casos notificados de sífilis em gestante e sífilis congênita no período 2007-2014 em Palmas-TO, Brasil. **Métodos:** realizou-se estudo descritivo com dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan). **Resultados:** foram identificadas 171 gestantes com sífilis (4,7/1.000 nascidos vivos [NV]) e 204 casos de sífilis congênita (5,6/1.000 NV); predominaram gestantes pardas (71,3%), com baixa escolaridade (48,0%) e diagnóstico tardio no pré-natal (71,9%); a incidência de sífilis congênita variou de 2,9 a 8,1/1.000 NV no período; predominaram, como características maternas, idade de 20-34 anos (73,5%), escolaridade até o Ensino Médio completo (85,3%), realização de pré-natal (81,4%), diagnóstico da sífilis no pré-natal (48,0%) e parceiros de mães que realizaram pré-natal não tratados (83,0%), alcançando quase 80% de nascidos vivos com sífilis congênita. **Conclusão:** faz-se necessária a adoção de novas estratégias para efetividade da assistência pré-natal prestada e consequente redução da incidência da sífilis congênita.

**Palavras-chave:** Gestantes; Cuidado Pré-natal; Sífilis Congênita; Sífilis; Epidemiologia Descritiva.

### Abstract

**Objective:** to describe the epidemiological profile of reported cases of syphilis in pregnant women and congenital syphilis in the period 2007-2014 in Palmas-TO, Brazil. **Methods:** this is a descriptive study with data from the Information System for Notifiable Diseases (Sinan). **Results:** 171 pregnant women with syphilis (4.7/1,000 live births [LB]) and 204 cases of congenital syphilis (5.6/1,000 LB) were identified; most women were brown-skinned (71.3%), had low education level (48.0%) and received late diagnosis during prenatal care (71.9%); the incidence of congenital syphilis varied from 2.9 to 8.1/1,000 LB in the period; the predominant maternal characteristics were age from 20 to 34 years (73.5%), having up to complete high school (85.3%), attending prenatal care (81.4%), diagnosis of syphilis during prenatal care (48.0%), and untreated partners of mothers who attended prenatal care (83.0%), reaching almost 80% of live births with congenital syphilis. **Conclusion:** it is necessary to adopt new strategies for the effectiveness of the prenatal care provided, and, consequently, to reduce the incidence of congenital syphilis.

**Keywords:** Pregnant Women; Prenatal Care; Congenital Syphilis; Syphilis; Epidemiology, Descriptive.

\* Este trabalho é parte integrante do Trabalho de Conclusão de Curso de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva com Ênfase em Vigilância em Saúde, da autora Patrícia Alves de Mendonça Cavalcante, apresentado à Fundação Escola de Saúde Pública e Centro Universitário Luterano de Palmas em 2015. O estudo recebeu financiamento da Fundação Escola de Saúde Pública/Fundo Municipal de Saúde: Processo nº 413017193

### Endereço para correspondência:

Patrícia Alves de Mendonça Cavalcante – 405 Norte, QI 9, Alameda 13, Lote 20, Palmas-TO, Brasil. CEP: 77002-011  
E-mail: patricia.mendonca3@gmail.com

## Introdução

A sífilis ainda é um grave problema de Saúde Pública, em nível global, a despeito da disponibilidade de métodos diagnósticos de baixo custo e do efetivo tratamento desde a década de 1950. A doença apresenta um cenário pior que o da transmissão vertical do vírus da imunodeficiência humana (HIV) e é um fator determinante na elevação dos indicadores de morbimortalidade materna e perinatal.<sup>1</sup>

Em 2011, a Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou que, anualmente, ocorram 2 milhões de casos de sífilis em gestantes. Cerca de 25% dos casos não tratados, ou tratados inadequadamente, resultariam em aborto espontâneo ou natimortos.<sup>2</sup>

A vigilância da infecção de sífilis em gestantes objetiva conhecer o estado sorológico e iniciar a terapêutica materna precocemente, visando ao planejamento e avaliação das medidas de prevenção e controle, particularmente da transmissão vertical do *Treponema pallidum*.<sup>3</sup>

**A alta incidência de sífilis em gestante e de sífilis congênita mantém-se como um desafio para os serviços de saúde.**

O efetivo controle da sífilis tem como premissa fundamental a triagem sorológica e o tratamento adequado de gestantes e parceiros sexuais, visto que a qualidade da assistência pré-natal e ao parto é um importante determinante na redução da transmissão vertical. A penicilina é o fármaco de primeira escolha no tratamento da sífilis e o único indicado para gestantes: apresenta 98% de eficácia na prevenção da sífilis congênita, agindo em todos os estágios da doença. Não há relato da resistência do *Treponema pallidum* à penicilina.<sup>3,4</sup> Não obstante, a alta incidência de sífilis em gestante e de sífilis congênita mantém-se como um desafio para os serviços de saúde.

Entre os anos de 2007 e 2013, foram notificados 685 casos de sífilis em gestante e 535 casos de sífilis congênita em residentes do estado do Tocantins.<sup>5</sup> Segundo acordo firmado entre o Ministério da Saúde e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), a meta para 2015 era reduzir essa incidência para 0,5 caso por 1.000 nascidos vivos.<sup>1,3</sup>

A atuação da Atenção Básica à saúde é essencial no combate à sífilis congênita, desde que é a principal

porta de entrada dos serviços. As equipes de Saúde da Família são o elo mais próximo entre profissional e paciente e podem colaborar para a mudança no quadro epidemiológico da doença. Os profissionais que atuam diretamente com as gestantes necessitam de preparo técnico e um olhar interdisciplinar, dada a complexidade diagnóstica e assistencial do agravo.<sup>4</sup>

No Brasil, muito se discute a respeito do tema. Contudo, há escassez de estudos abordando as características epidemiológicas da ocorrência da sífilis gestacional e congênita em diversos locais.<sup>6</sup> Assim, justifica-se a realização de estudos que contribuam para o conhecimento e entendimento da epidemiologia do agravo, permitindo um (i) melhor planejamento das medidas de educação e prevenção nos grupos mais vulneráveis e a (ii) avaliação das ações para a redução da transmissão vertical da sífilis.

Este trabalho teve como objetivo descrever o perfil epidemiológico dos casos notificados de sífilis em gestante e sífilis congênita no período de 2007 a 2014, no município de Palmas, estado do Tocantins, Brasil.

## Métodos

Trata-se de um estudo descritivo com dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), alimentado pelas fichas de notificação compulsória, que consistem em um formulário padronizado com informações sociodemográficas e clínicas preenchidas por profissionais de saúde.

O local do estudo foi Palmas, a capital do Tocantins, localizada na região central do estado, sobre uma área de 2.218,943 km<sup>2</sup> e contando com uma população de 272.726 habitantes em 2015.<sup>7</sup>

Foram incluídos todos os casos de sífilis gestacional e congênita em residentes de Palmas, registrados no Sinan nos anos de 2007 a 2014, que atenderam ao critério de definição de caso confirmado segundo o Ministério da Saúde.<sup>8</sup> Foram excluídos os casos duplicados, identificados a partir da análise do Sinan. Foram estudadas as variáveis de acordo com as informações da ficha de notificação de sífilis em gestante e congênita, a saber:

- a) Sociodemográficas maternas
  - idade (em anos: 10 a 14; 15 a 19; 20 a 34; 35 a 49)
  - raça/cor da pele (branca; preta; amarela; parda; indígena)
  - escolaridade (analfabeto; 1ª a 4ª série incompleta do Ensino Fundamental; 2-4ª série completa do

Ensino Fundamental; 3-5ª à 8ª série incompleta do Ensino Fundamental; Ensino Fundamental completo; Ensino Médio incompleto; Ensino Médio completo; Ensino Superior incompleto; Ensino Superior completo; ignorado)

b) Realização de pré-natal (sim; não; ignorada/em branco)

c) Obstétricas e de tratamento

- momento do diagnóstico materno (1º, 2º, 3º trimestre ou idade gestacional ignorada)

- classificação clínica da doença (primária; secundária; terciária; latente; ignorada/em branco)

- teste treponêmico (reativo; não reativo; não realizado; ignorado/em branco)

- teste não treponêmico (reativo; não reativo; não realizado)

- esquema de tratamento prescrito à gestante (penicilina G benzantina 2.400.000 UI; penicilina G benzantina 4.800.000 UI; penicilina G benzantina 7.200.000 UI; outro esquema; não realizado; ignorado/em branco)

- tratamento do parceiro (sim; não; ignorado/em branco)

d) Clínicas e laboratoriais do recém nascido

- titulação de VDRL (*venereal disease research laboratory*) em sangue periférico (reagente; não reagente; não realizado; ignorado/em branco)

- titulação de VDRL em líquido (reagente; não reagente; não realizado; ignorado/em branco)

- alteração do exame dos ossos longos (sim; não; não realizado; ignorado/em branco)

- evolução do caso (vivo; óbito por sífilis congênita; óbito por outras causas; aborto; natimorto)

Para o cálculo do coeficiente de prevalência de sífilis gestacional, utilizou-se o número de casos notificados por ano, dividido pelo número de nascidos vivos do mesmo ano e multiplicado por 1.000. Para o cálculo da incidência da sífilis congênita, foi utilizado o número de casos novos por ano, dividido pelo número de nascidos vivos do mesmo ano e multiplicado por 1.000.<sup>9</sup> O número de nascidos vivos foi obtido do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc).

Os programas estatísticos – de distribuição livre – utilizados para a realização das análises foram o BioEstat 5.0 e o Epi Info 3.5.2; os dados foram tabulados pelo Tabwin 32.

O projeto da pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética do Centro Universitário Luterano de Palmas sob o Parecer nº 985.502, em 13 de março de 2015,

e foi realizado em conformidade com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466, de 12 de dezembro de 2012.

## Resultados

No período de 2007 a 2014, foram identificados em Palmas 171 casos de sífilis em gestantes e 204 casos de sífilis congênita. O ano de 2014 apresentou o maior número de casos notificados de sífilis gestacional (n=39; 23,0%), com coeficiente de prevalência de 7,5/1.000 nascidos vivos (Figura 1), significando um aumento de 38,8% em relação ao ano anterior e de 78,5% em relação à média dos anos anteriores (4,2/1.000 nascidos vivos).

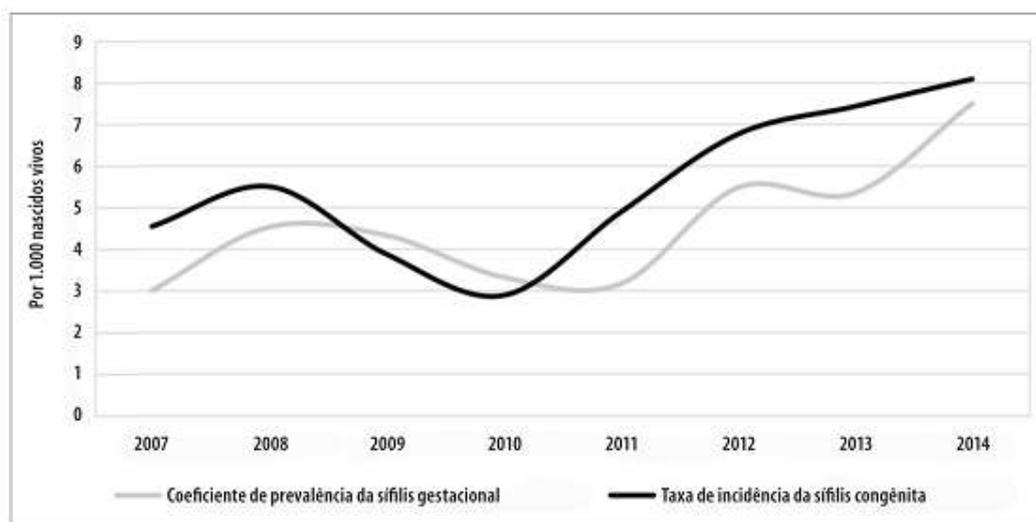
A maioria das 116 gestantes com sífilis (67,8%) encontravam-se na faixa etária de 20-34 anos (média de 25 anos; amplitude de 13 a 43 anos) (Tabela 1). Mais de dois terços dessas gestantes (71,3%) eram de cor da pele parda e 76,0% possuíam escolaridade de Ensino Fundamental incompleto a Ensino Médio completo. Em 51 (29,8%) casos, não houve tratamento do parceiro (Tabela 1).

Foram considerados como sífilis primária e/ou secundária 47,3% dos casos. Em 93,0% dos casos, pode-se identificar a titulação do VDRL, que variou entre 1:1 e 1:128, com mediana de 1:4 e moda de 1:2. Em 11 (7,0%) casos, o VDRL foi informado com uma titulação inexistente.

Das 167 gestantes que tiveram o VDRL reagente, 36,8% apresentaram teste treponêmico reagente (teste de absorção de anticorpos treponêmico fluorescente –[FTA-Abs]); e 2,9% tiveram resultado não reagente, sendo estas consideradas como casos descartados para sífilis.

De 2007 a 2014, a taxa de incidência anual de sífilis congênita elevou-se de 2,9 para 8,1 casos por 1.000 nascidos vivos. Entre as mães dos casos que preencheram os critérios de definição para sífilis congênita, predominaram mulheres pardas (90,2%), na faixa etária de 20 a 34 anos (73,5%), com escolaridade de Ensino Médio incompleto ou completo (48,0%) (Tabela 2).

Do total de casos de sífilis congênita, 81,4% das mães realizaram o pré-natal na gestação e 48,0% foram diagnosticadas no pré-natal (Tabela 2). Das mães que realizaram o pré-natal, 83,0% não tiveram seus parceiros tratados.



Fontes: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) e Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc)

**Figura 1 – Incidência anual de sífilis congênita e coeficiente de prevalência de sífilis gestacional (por 1.000 nascidos vivos) no município de Palmas, Tocantins, 2007-2014**

A maioria das mães de casos de sífilis congênita notificados não receberam tratamento (54,4%), e parte importante recebeu tratamento inadequado (40,7%). A realização do tratamento adequado da gestante, ao longo da série histórica, manteve-se baixa (1,0%) (Tabela 2).

Entre os nascidos vivos com sífilis congênita, 51,0% apresentaram VDRL em sangue periférico reagente e somente 1,0% apresentaram alteração no raio-x de ossos longos; porém, este segundo exame não foi realizado em 68 (33,3%) dos casos (Tabela 3).

Ao se analisar a evolução dos casos de sífilis congênita, observou-se: 78,9% dos casos foram classificados como vivos; 2,5% tiveram óbito por sífilis; 3,4% foram a óbito por outras causas; 9,3% como aborto; e 5,9% natimortos (Tabela 3).

## Discussão

Observou-se aumento na prevalência de gestantes com sífilis e crescente incidência de sífilis congênita em Palmas. Esse aumento também tem sido relatado em outras cidades do Brasil<sup>9</sup> e do mundo.<sup>10</sup> As mulheres com sífilis são, principalmente, jovens, pardas, com baixa escolaridade e que realizaram o pré-natal, perfil semelhante ao apresentado por outros estudos.<sup>11-15</sup>

Cabe ressaltar que a baixa escolaridade é considerada um marcador de maior risco para exposição

às doenças sexualmente transmissíveis, devido a um limitado entendimento da importância das medidas de prevenção.<sup>16</sup> Nesta pesquisa, verificou-se que a maioria das mães de crianças notificadas possuíam baixa escolaridade. Este achado assemelha-se ao de uma pesquisa realizada entre 2010 e 2013, em Belo Horizonte, capital do estado de Minas Gerais,<sup>17</sup> e a resultados de outros estudos que confirmam a maior ocorrência de casos de sífilis em gestantes com baixa escolaridade.<sup>12,13,18</sup>

Observou-se uma elevada frequência do diagnóstico de sífilis no 2º e 3º trimestres da gestação,<sup>19</sup> possivelmente relacionada ao (i) momento tardio quando as gestantes geralmente procuram o pré-natal e à (ii) baixa sensibilidade e qualidade da assistência à gestante. Esses resultados reafirmam a importância da detecção oportuna das gestantes com sífilis, assim como da oferta de oportunidades de tratamento correto para as gestantes e seus parceiros: a assistência pré-natal adequada é fundamental para a saúde materno-infantil e conseqüentemente, para a redução da sífilis congênita. Resultados semelhantes foram encontrados por alguns estudos realizados em municípios dos estados do Rio de Janeiro (1994 a 1999) e do Ceará (2000 a 2005), como também no Distrito Federal (2005 a 2009).<sup>18,19,20</sup> Destaca-se que a melhora no diagnóstico oportuno das gestantes em Palmas pode estar relacionada à implantação dos

**Tabela 1 – Distribuição das gestantes com sífilis (n=171), de acordo com as variáveis sociodemográficas, obstétricas e do parceiro, notificadas no Sinan<sup>a</sup> no município de Palmas, Tocantins, 2007-2014**

Variáveis	n	%
<b>Faixa etária (em anos)</b>		
10-14	1	0,6
15-19	34	19,9
20-34	116	67,8
35-49	20	11,7
<b>Raça/cor da pele</b>		
Branca	29	17,0
Preta	17	9,9
Amarela	1	0,6
Parda	122	71,3
Indígena	1	0,6
Ignorada/em branco	1	0,6
<b>Escolaridade</b>		
Analfabeto	1	0,6
Ensino Fundamental incompleto ou completo	72	42,1
Ensino Médio incompleto ou completo	58	33,9
Ensino Superior incompleto ou completo	3	1,8
Ignorado/em branco	37	21,6
<b>Momento do diagnóstico (trimestre de gestação)</b>		
1º trimestre	43	25,1
2º trimestre	63	36,8
3º trimestre	60	35,1
Idade gestacional ignorada	5	3,0
<b>Classificação clínica da doença</b>		
Primária	63	36,8
Secundária	18	10,5
Terciária	22	12,9
Latente	51	29,8
Ignorado/em branco	17	10,0
<b>Teste treponêmico (teste rápido ou teste FTA-Abs<sup>b</sup>)</b>		
Reativo	63	36,8
Não reativo	5	2,9
Não realizado	96	56,1
Ignorado/em branco	7	4,2
<b>Teste não-treponêmico (VDRL<sup>c</sup>)</b>		
Reativo	167	97,7
Não reativo	1	0,6
Não realizado	3	1,7

Continua

Tabela 1 – Continuação

Variáveis	n	%
<b>Esquema de tratamento prescrito à gestante</b>		
Penicilina G benzantina 2.400.000 UI <sup>d</sup>	59	34,5
Penicilina G benzantina 4.800.000 UI <sup>d</sup>	24	14,1
Penicilina G benzantina 7.200.000 UI <sup>d</sup>	76	44,4
Outro esquema	4	2,3
Não realizado	6	3,5
Ignorado/em branco	2	1,2
<b>Parceiro tratado concomitantemente à gestante</b>		
Sim	46	26,9
Não	51	29,8
Ignorado/em branco	74	43,3

a) Sinan: Sistema de Informação de Agravos de Notificação  
 b) FTA-Abs: teste de absorção de anticorpos treponêmico fluorescente  
 c) VDRL: venereal disease research laboratory  
 d) UI: Unidades Internacionais

testes rápidos nas unidades básicas de saúde (UBS) a partir de 2013.<sup>21</sup>

Segundo o Ministério da Saúde, há uma dificuldade no diagnóstico clínico de sífilis em gestantes, visto que o cancro duro não causa sintomas e geralmente, está localizado em locais de limitada visualização: parede vaginal, cérvix ou períneo.<sup>22</sup> O presente estudo demonstrou que muitas gestantes foram classificadas equivocadamente, quanto à fase da doença, haja vista o alto percentual de mulheres na fase primária e terciária, diferentemente do que se espera do rastreamento, em que a fase latente é mais incidente.<sup>22</sup> Ressalta-se que erros de interpretação e classificação da fase clínica da sífilis podem levar a tratamentos inadequados, e que devem ser classificados como sífilis de duração ignorada os casos em que não é possível estabelecer a evolução da doença e naqueles com ausência de sinais clínicos, sendo preconizado o tratamento desses casos com três doses de penicilina benzatina.<sup>3,22</sup>

Em São Paulo, 40% dos casos de sífilis congênita levam a morte fetal (abortamento espontâneo, natimorto) ou morte neonatal precoce.<sup>23</sup> Neste estudo, em quase um quinto dos casos de aborto, as mães foram diagnosticadas com sífilis somente no parto e curetagem. Já para quase todos os recém-nascidos vivos (sintomáticos ou não), as mães foram diagnosticadas no pré-natal, demonstrando que a realização do pré-natal possibilita um desfecho mais favorável dos casos.

Em Palmas, observou-se elevado percentual de exames não realizados nos recém-nascidos com sífilis

congênita (VDRL em líquido e raio X de ossos longos). A radiografia dos ossos longos pode oferecer auxílio diagnóstico, e apresentar, como alterações mais frequentes, periostite, osteomielite e osteocondrite.<sup>22,24</sup> Outros estudos realizados em Belo Horizonte-MG, Caxias do Sul-RS e Natal-RN, entre os anos de 2001 e 2013,<sup>17,25,26</sup> também verificaram o predomínio da ausência de informação do diagnóstico radiológico e do VDRL em líquido, o que pode ser prejudicial para o acompanhamento efetivo dos casos.

Este trabalho apresentou algumas limitações, inerentes às pesquisas com dados secundários – condicionados à cobertura e qualidade dos registros –, dada a possibilidade de sub-registros, subnotificações e baixa qualidade das informações registradas.

Os resultados apresentados levam à constatação da fragilidade dos serviços de saúde quanto ao controle da sífilis congênita. Foram encontradas diversas falhas importantes, com poder de influência no diagnóstico e acompanhamento, seja das gestantes durante o pré-natal, seja da criança, destacando-se o não tratamento adequado das mães e seus parceiros.

A atuação da Atenção Básica é essencial no combate à transmissão materno-fetal da sífilis, considerando-se que ela é a porta de entrada dos serviços de saúde, enquanto as equipes de Saúde da Família são o elo mais próximo entre profissional e paciente, tendo muito a colaborar para a mudança no quadro epidemiológico da sífilis congênita. Trabalhadores da Saúde que atuam diretamente com as gestantes

**Tabela 2 – Características sociodemográficas e clínicas das mães dos nascidos vivos com sífilis congênita (n=204) notificados no Sinan<sup>a</sup> no município de Palmas, Tocantins, 2007-2014**

Variáveis maternas	n	%
<b>Realização de pré-natal</b>		
Sim	166	81,4
Não	35	17,2
Ignorado/em branco	3	1,5
<b>Tratamento do parceiro</b>		
Sim	24	11,8
Não	173	84,8
Ignorado/em branco	7	3,4
<b>Faixa etária (em anos)</b>		
10-14	1	0,5
15-19	39	19,1
20-34	150	73,5
35-49	14	6,9
<b>Raça/cor da pele</b>		
Branca	16	7,8
Preta	3	1,5
Amarela	1	0,5
Parda	184	90,2
Indígena	–	–
Ignorado/em branco	–	–
<b>Escolaridade</b>		
Analfabeto	–	1,0
Ensino Fundamental incompleto ou completo	11	36,3
Ensino Médio incompleto ou completo	24	48,0
Ensino Superior incompleto ou completo	–	3,4
Ignorada/em branco	7	11,3
<b>Esquema de tratamento materno</b>		
Adequado	2	1,0
Inadequado	83	40,7
Não realizado	111	54,4
Ignorado/em branco	8	3,9
<b>Diagnóstico da sífilis materna</b>		
Durante o pré-natal	98	48,0
No momento do parto/curetagem	96	47,1
Após o parto	6	2,9
Não realizado	2	1,0
Ignorado/em branco	2	1,0

a) Sinan: Sistema de Informação de Agravos de Notificação

**Tabela 3 – Características diagnósticas dos casos de sífilis congênita (n=204) notificados no Sinan<sup>a</sup> no município de Palmas, Tocantins, 2007-2014**

Variáveis	n	%
<b>Titulação de VDRL<sup>b</sup> em sangue periférico</b>		
Reagente	104	51,0
Não reagente	59	28,9
Não realizado	39	19,1
Ignorado/em branco	2	1,0
<b>Titulação de VDRL<sup>b</sup> em líquido</b>		
Reagente	1	0,5
Não reagente	95	46,6
Não realizado	100	49
Ignorado/em branco	8	3,9
<b>Alteração do exame dos ossos longos</b>		
Sim	2	1,0
Não	117	57,4
Não realizado	68	33,3
Ignorado/em branco	17	8,3
<b>Evolução do caso</b>		
Vivo	161	78,9
Óbito por sífilis congênita	5	2,5
Óbito por outras causas	7	3,4
Aborto	19	9,3
Natimorto	12	5,9

a) Sinan: Sistema de Informação de Agravos de Notificação  
 b) VDRL: venereal disease research laboratory

carecem de envolvimento com a causa e preparo técnico, ademais de um olhar interdisciplinar, tendo em vista a complexidade diagnóstica e assistencial do agravo. É preciso que esses profissionais exerçam seu papel de forma consciente, de maneira a minimizar um risco totalmente evitável mediante um diagnóstico oportuno, tratamento adequado e educação em saúde das gestantes e seus parceiros.

## Referências

1. Organización Pan-Americana de la Salud. Análisis de la situación al año 2010: eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y de la sífilis congénita en la Región de las Américas [Internet]. Washington: Organización Pan-Americana de la Salud; 2012 [citado 2016 dic 19]. Disponible en: [http://www.paho.org/clap/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=273&Itemid=](http://www.paho.org/clap/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=273&Itemid=)
2. World Health Organization. Methods for surveillance and monitoring of congenital syphilis elimination within existing systems. Geneva: World Health Organization; 2011
3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical de HIV, sífilis e hepatites virais. Brasília: Ministério da Saúde; 2015. 120 p.

## Contribuição dos autores

Cavalcante PAM, Pereira RBL e Castro JGD participaram de todas as etapas da elaboração deste manuscrito, incluindo a concepção do estudo, a análise dos dados e redação do manuscrito, com a posterior aprovação da versão final, garantindo a fidedignidade dos dados, integridade e precisão das informações.

4. Grumach AS, Matida LH, Heukelbach J, Coêlho HLL, Ramos Júnior AN. A (des)Informação relativa à aplicação da penicilina na rede do sistema de saúde do Brasil: o caso da sífilis. *J Bras Doencas Sex Transm.* 2007;19(3-4):120-7.
5. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Informática do SUS [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2015 [citado 2016 dez 19]. Disponível em: <http://datasus.gov.br>
6. Silva LSR, Rocha SS, Silva TA, Andrade WL, Silva WMP. Análise dos casos de sífilis congênita nos últimos 20 anos: uma revisão da Literatura. In: Anais do 18º Congresso Brasileiro dos Conselhos de Enfermagem. 2015 set 15-18; João Pessoa. Brasília: Conselho Federal de Enfermagem; 2015.
7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades@ [Internet]. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2016 [citado 2016 dez 19]. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=172100&search=tocantins|palmas>
8. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Diretrizes para controle da sífilis congênita. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. 72p. (Manuais; 62)
9. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *Bol Epidemiol Sif.* 2015;4(1):1-28
10. Bowen V, Su J, Torrone E, Kidd S, Weinstock H. Increase in incidence of congenital syphilis: United States of America, 2012-2014. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2015 Nov;64(44):1241-5.
11. Campos ALA, Araujo MAL, Melo SP, Gonçalves MLC. Epidemiologia da sífilis gestacional em Fortaleza, Ceará, Brasil: um agravamento sem controle. *Cad Saude Publica.* 2010 set;26(9):1747-55.
12. Gonzales GE, Tapia V, Serruya SJ. Sífilis gestacional y factores asociados en hospitales públicos del Perú en el periodo 2000-2010. *Rev Peru Med Exp Salud Publica.* 2014 Apr;31(2):211-21.
13. Lima MG, Santos RFR, Barbosa GJA, Ribeiro GS. Incidência e fatores de risco para sífilis congênita em Belo Horizonte, Minas Gerais, 2001-2008. *Cien Saude Colet.* 2013 fev;18(2):499-506.
14. Carvalho IS, Brito RS. Sífilis congênita no Rio Grande do Norte: estudo descritivo do período 2007-2010. *Epidemiol Serv Saude.* 2014 jun; 23(2):287-94.
15. Almeida MFG, Pereira SM. Caracterização epidemiológica da sífilis congênita no município de Salvador, Bahia. *DST – J Bras Doencas Sex Transm.* 2007;19(3-4):144-56.
16. Serafim AS, Moretti GP, Serafim GS, Niero CV, Rosa MI, Pires MMS, et al. Incidence of congenital syphilis in the South Region of Brazil. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2014 Apr;47(2):170-8.
17. Nonato SM, Melo APS, Guimarães MDC. Sífilis na gestação e fatores associados à sífilis congênita em Belo Horizonte-MG, 2010-2013. *Epidemiol Serv Saude.* 2015 out-dez;24(4):681-94.
18. Sá RAM, Bornia RBG, Cunha AA, Oliveira CA, Rocha GPG, Giordano EB. Sífilis e gravidez: avaliação da prevalência e fatores de risco nas gestantes atendidas na Maternidade Escola – UFRJ. *DST - J Bras Doencas Sex Transm.* 2001;13(4):6-8.
19. Araújo MAL, Silva DMA, Silva RM, Gonçalves MLC. Análise da qualidade dos registros nos prontuários de gestantes com exame de VDRL reagentes. *Rev APS* 2008 jan-mar;11(1):4-9.
20. Leitão EJM, Canedo MCM, Furiatti ME, Oliveira LRS, Diener LS, Lobo MP, et al. Sífilis gestacional como indicador da qualidade do pré-natal no Centro de Saúde n.º 2 Samambaia-DF. *Com Cienc Saude.* 2009;20(4):307-14.
21. Secretaria Municipal de Saúde (Palmas). Diretoria de Vigilância em Saúde. Área Técnica DST, Aids e Hepatites Virais. *Bol Epidemiol HIVAids Sif Hep Virais.* 2015 jan-dez;1(1):1-33
22. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
23. Secretaria de Estado da Saúde (São Paulo). Coordenadoria de Controle de Doenças. Centro de Referência e Treinamento DST/Aids - SP. Programa Estadual DST/Aids de São Paulo. Guia de bolso para manejo da sífilis em gestantes e sífilis congênita. 2. ed. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde; 2016.
24. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis: manual de bolso. Brasília: Ministério da Saúde; 2007. 180p. (Série B. textos básicos de saúde) ; (Série manuais; vol. 80)

25. Lorenzi DRS, Madi JM. Sífilis congênita como indicador de assistência pré-natal. RBGO. 2001 nov-dez;23(10):647-52.
26. Holanda MTCG, Barreto MA, Machado KMM, Pereira RC. Perfil epidemiológico da sífilis congênita no Município do Natal, Rio Grande do Norte – 2004 a 2007. Epidemiol Serv Saude. 2011 abr-jun;20(2):203-12.

Recebido em 21/04/2016  
Aprovado em 30/11/2016

## 5. CONCLUSÃO

Os resultados apresentados levam à constatação da fragilidade dos serviços de saúde quanto ao controle da sífilis congênita. Em um cenário ideal, espera-se que a detecção da sífilis gestacional seja sempre maior que a taxa de incidência da sífilis congênita, visto que o diagnóstico oportuno da gestante possibilita um tratamento eficaz, acarretando um risco quase nulo de transmissão vertical. Contudo, foram encontradas diversas falhas importantes, com poder de influência no diagnóstico e acompanhamento, seja das gestantes durante o pré-natal, seja da criança, destacando-se o não tratamento adequado das mães e seus parceiros.

A atuação da Atenção Básica é essencial no combate à transmissão materno-fetal da sífilis, considerando que ela é a porta de entrada dos serviços de saúde, enquanto as equipes de Saúde da Família são o elo mais próximo entre profissional e paciente, tendo muito a colaborar para a mudança no quadro epidemiológico da sífilis congênita. Trabalhadores da Saúde que atuam diretamente com as gestantes carecem de envolvimento com a causa e preparo técnico, ademais de um olhar interdisciplinar, tendo em vista a complexidade diagnóstica e assistencial do agravo.

## **6. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O presente estudo permitiu dar maior visibilidade da situação atual da sífilis no município de Palmas, e possibilitou que fossem tomadas providências para combate ao agravo, dentre elas: intensificação das ações de promoção da saúde e prevenção da sífilis adquirida; capacitação dos profissionais de saúde quanto ao manejo da sífilis gestacional e suas parcerias sexuais, objetivando a quebra na cadeia da transmissão vertical; capacitação dos profissionais de saúde quanto a testagem rápida do HIV, sífilis e Hepatites Virais, permitindo o diagnóstico precoce; descentralização do tratamento da sífilis a partir da administração da penicilina benzatina em todas as Unidades Básicas de Saúde do município, possibilitando o tratamento oportuno e diminuição dos abandonos da terapia.

Sendo assim, este estudo lançou luz sobre diversas lacunas, desde as ações de prevenção da sífilis, até ao tratamento do agravo (na medida que permitiu conhecer alguns dados comportamentais). Diante deste cenário epidemiológico preocupante, para alcançar o controle da sífilis é fundamental que gestores e profissionais da saúde exerçam seu papel de forma consciente, de maneira a minimizar um risco totalmente evitável mediante um diagnóstico oportuno, tratamento adequado e educação em saúde das gestantes e seus parceiros.

## REFERÊNCIAS

BELO HORIZONTE. Prefeitura de Belo Horizonte. **Guia Técnico Sífilis**. Belo Horizonte, 2014. 26 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Curso básico de vigilância epidemiológica em sífilis congênita, sífilis em gestante, infecção pelo HIV em gestantes e crianças expostas. Brasília, 2006. 216 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis**. Brasília: Ministério da Saúde; 2015a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical de HIV, sífilis e hepatites virais.** Brasília: Ministério da Saúde; 2015b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. **Relatório de Recomendação: Penicilina Benzatina para prevenção da sífilis congênita durante a gravidez**. Brasília: Ministério da Saúde; 2015c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de Vigilância em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais. **Manual Técnico para Diagnóstico da Sífilis**. Brasília, 2016b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico Sífilis 2016**. Brasília: Ministério da Saúde; 2016c.

CARRARA, S. *Tributo a vênus*: a luta contra a sífilis no Brasil, da passagem do século aos anos 40[online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1996. 339 p. Disponível em: <<http://books.scielo.org>>. Acesso em 19/02/2017.

CDC. Centers for Disease Control and Prevention. Increase in Incidence of Congenital Syphilis — United States, 2012–2014. Guidelines, 2015. **MMWR** 2015; 64. No 44:1241 - 1245.

CDC. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2010. **MMWR** 2010; 59(No. RR-12):26–36.

COFEN. **Nota Técnica N° 03/2017**. Brasília, 14 de junho de 2017.

FRANCISCO, V.C.C. **Sífilis Congênita no município de Macapá/AP: Análise dos dados registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), no período de 2007 a 2012**. 2014. 94 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde). Universidade Federal do Amapá, Macapá, 2014.

FREYRE, G. **Casa-grande e senzala**. Rio de Janeiro: Global, 2003.

GALVÃO T.F. *et al.* 2013. Safety of Benzathine Penicillin for Preventing Congenital Syphilis: A Systematic Review. **PLoS ONE** 8(2): e56463. Disponível em: <<http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0056463>>. Acesso em: 01/04/2017.

GRUMACH *et al.*, 2007. **A (des)Informação relativa à aplicação da penicilina na rede do sistema de saúde do Brasil: O caso da sífilis**. *Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis*. 2007;19(3- 4):120-127.

LYNN, W. A; LIGHTMAN, S. Syphilis and HIV: a dangerous combination. **Lancet Infect**. Dis. n. 4, p. 456-466, 2004.

MONTEIRO, M.O.P. **Prevalência e fatores associados à ocorrência de sífilis em adolescentes de Feira de Santana/Bahia, 2003-2012**. 2014. 94 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade Estadual de Feira de Santana, 2014.

NETO, B G. *et al.* A sífilis no século XVI – o impacto de uma nova doença. *Revista Arquivos de Ciências da Saúde*. 2009; 16(3): 17-9.

OPAS. Organización Pan-Americana de la Salud. Análisis de la situación al año 2010: eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y de la sífilis congénita en la Región de las Américas [Internet]. Washington, D.C. Disponível em: [http://www.paho.org/clap/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=273&Itemid=](http://www.paho.org/clap/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=273&Itemid=). Acesso em: 18 de abr. 2017.

PALMAS. Secretaria Municipal de Saúde. Diretoria de Vigilância em Saúde. Área Técnica DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico HIV/Aids, Sífilis e Hepatites Virais**. 2015 jan-dez;1(1):1-33.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. Centro de Controle de Doenças. Programa Estadual de DST/Aids. Centro de Referência em Tratamento DST/Aids. **Guia de bolso para o manejo da sífilis em gestantes e sífilis congênita**. São Paulo. 2016. 112p.

SILVA L.S.R. *et al.* Análise dos casos de sífilis congênita nos últimos 20 anos: Uma revisão da Literatura. **18° CBCENF - Congresso Brasileiro dos Conselhos de Enfermagem. 2015**. Brasília. Distrito Federal: COFEN, 2015. v. 18.

VERONESI, R.; FOCACCIA, R. *Tratado de infectologia*. 3. ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2005.

WHO. World Health Organization. Methods for surveillance and monitoring of congenital syphilis elimination within existing systems. Geneva: WHO; 2011.

VIEIRA, Sonia. **Introdução à Bioestatística**. Rio de Janeiro: Elsevier; 2011.

## APÊNDICE

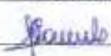
**APÊNDICE A - Termo de Consentimento para Utilização de Banco de Dados****TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO  
DE DADOS - TCUD**

Eu, Patrícia Alves de Mendonça Cavalcante, abaixo assinado, pesquisadora envolvida no projeto de título "CARACTERIZAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA SÍFILIS CONGÊNITA NO MUNICÍPIO DE PALMAS, TOCANTINS" me comprometo a manter a confidencialidade sobre os dados coletados nos arquivos do SINAN (Sistema de Agravos de Notificação), bem como a privacidade de seus conteúdos, como preconizam os Documentos Internacionais e a Res. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Informo que os dados a serem coletados dizem respeito à Sífilis em Gestante e Sífilis Congênita ocorridos entre as datas de: janeiro de 2007 a dezembro de 2014.

Palmas, 19 de fevereiro de 2015

Envolvidos na manipulação e coleta dos dados

Nome completo	CPF	Assinatura
Patrícia Alves de Mendonça Cavalcante	010.941.881.66	

## **ANEXOS**

## ANEXO A – Ficha de notificação de sífilis em gestante

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO FICHA DE INVESTIGAÇÃO <b>SÍFILIS EM GESTANTE</b>		Nº
<b>Definição de caso:</b> gestante que durante o pré-natal apresente evidência clínica de sífilis e/ou sorologia não treponêmica reagente, com teste treponêmico positivo ou não realizado.				
Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	2 - Individual		
	2 Agravado/doença	Código (CID10)	3 Data da Notificação	
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)	
Notificação Individual	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	7 Data do Diagnóstico	
	8 Nome do Paciente	9 Data de Nascimento		
	10 (ou) Idade	11 Sexo	12 Gestante	13 Raça/Cor
Dados de Residência	14 Escolaridade	15 Número do Cartão SUS		
	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito
	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida,...)		Código
Ant. epid. gestante	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	30 País (se residente fora do Brasil)	
<b>Dados Complementares do Caso</b>				
Ant. epid. gestante	31 Ocupação			
	32 UF	33 Município de realização do Pré-Natal	Código (IBGE)	34 Unidade de realização do pré-natal: Código
Dados laboratoriais	35 Nº da Gestante no SISPRENATAL			
	36 Classificação Clínica			
Tratamento gestante	37 Teste não treponêmico no pré-natal			
	38 Título			
Ant. epidemiológicos da parceria sexual	39 Data			
	40 Teste treponêmico no pré-natal			
Tratamento gestante	41 Esquema de tratamento prescrito à gestante			
	42 Parceiro tratado concomitantemente à gestante			
Ant. epidemiológicos da parceria sexual	43 Esquema de tratamento prescrito ao parceiro			
	44 Teste treponêmico no pré-natal			

Ant. epidemiológicos da  
parceria sexual44 Motivo para o não tratamento do Parceiro 

- 1 - Parceiro não teve mais contato com a gestante.
- 2 - Parceiro não foi comunicado/convocado à US para tratamento.
- 3 - Parceiro foi comunicado/convocado à US para tratamento, mas não compareceu.
- 4 - Parceiro foi comunicado/convocado à US mas recusou o tratamento.
- 5 - Parceiro com sorologia não reagente.
- 6 - Outro motivo: \_\_\_\_\_

Investigador

Município/Unidade de Saúde

Cód. da Unid. de Saúde

Nome

Função

Assinatura

Sífilis em gestante

Sinan NET

SVS

29/09/2008

## ANEXO B – Ficha de notificação de sífilis congênita

República Federativa do Brasil  
Ministério da SaúdeSINAN  
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	
	2 Agravado/doença	SÍFILIS CONGÊNITA	Código (CID10) 3 Data da Notificação
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)
Notificação Individual	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	7 Data do Diagnóstico
	8 Nome do Paciente	9 Data de Nascimento	
	10 (ou) Idade	11 Sexo M - Masculino F - Feminino 1 - Ignorado	12 Gestante
Dados de Residência	14 Escolaridade	15 Número do Cartão SUS	
	16 Nome da mãe	17 UF	18 Município de Residência
	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	
Dados Complementares	29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		
	30 País (se residente fora do Brasil)		
	31 Idade da mãe		
Antecedentes Epid. da gestante / mãe	32 Raça/cor da mãe	33 Ocupação da mãe	
	34 Escolaridade	35 Realizou Pré-Natal nesta gestação	
	36 UF	37 Município de Realização do Pré-Natal	
	38 Unidade de Saúde de realização do pré-natal	39 Diagnóstico de sífilis materna	
	40 Teste não treponêmico no parto/curetagem	41 Título	
Dados do Lab. da gestante / mãe	42 Data		
	43 Teste confirmatório treponêmico no parto/curetagem	44 Esquema de tratamento	
Trat. da gestante / mãe	45 Data do Início do Tratamento		
	46 Parceiro(s) tratado(s) concomitantemente a gestante		

Sífilis Congênita

Sinan NET

SVS

04/08/2008

Ant. Epiem. 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 do 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 Título 1:		57 Data
	58 Titulação ascendente 1 - Sim 2 - Não 3 - Não realizado 9-Ignorado		59 Evidência de <i>Treponema pallidum</i> 1 - Sim 2 - Não 3 - Não realizado 9-Ignorado		
	60 Alteração Liquórica 1 - Sim 2 - Não 3 - Não realizado 9-Ignorado		61 Diagnóstico Radiológico da Criança: Alteração do Exame dos Ossos Longos 1 - Sim 2 - Não 3 - Não realizado 9-Ignorado		
Dados Clínicos da Criança	62 Diagnóstico Clínico <input type="checkbox"/>	63 Presença de sinais e sintomas 1 - Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9 - Ignorado			
	1 - Assintomático 3 - Não se aplica 2 - Sintomático 9 - Ignorado	<input type="checkbox"/> Icterícia	<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Esplenomegalia	<input type="checkbox"/> Osteocondrite
Tratamento	64 Esquema de tratamento 1 - Penicilina G cristalina 100.000 a 150.000 UI/Kg/dia - 10 dias 2 - Penicilina G procaina 50.000 UI/Kg/dia - 10 dias 3 - Penicilina G benzatina 50.000 UI/Kg/dia		4 - Outro esquema _____ 5 - Não realizado 9 - Ignorado		<input type="checkbox"/>
	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	