



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
MESTRADO EM CIÊNCIAS AMBIENTAIS E SAÚDE



**ANÁLISE DOS FATORES ASSOCIADOS ÀS SÍFILIS GESTACIONAL E
CONGÊNITA EM MUNICÍPIO DO SEMIÁRIDO BAIANO NA SÉRIE HISTÓRICA
DE 2009 A 2017**

ANA LUÍSA COTRIM OLIVEIRA

GOIÂNIA
2019

ANA LUÍSA COTRIM OLIVEIRA

**ANÁLISE DOS FATORES ASSOCIADOS ÀS SÍFILIS GESTACIONAL E
CONGÊNITA EM MUNICÍPIO DO SEMIÁRIDO BAIANO NA SÉRIE HISTÓRICA
DE 2009 A 2017**

Exame de defesa apresentado ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* - em Ciências Ambientais - nível Mestrado, da Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Vera Aparecida Saddi

GOIÂNIA

2019

FOLHA DE APROVAÇÃO

Ana Luísa Cotrim Oliveira

ANÁLISE DOS FATORES ASSOCIADOS ÀS SÍFILIS GESTACIONAL E CONGÊNITA EM GUANAMBI-BAHIA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ciências Ambientais e Saúde da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, para obtenção do título de Mestre.

Aprovada em _____ de março de 2019.

BANCA EXAMINADORA:

Profª Drª Vera Aparecida Saddi
Presidente da banca – PUC Goiás

Profª Dr. Antonio Márcio Teodoro Cordeiro Silva
Membro efetivo, interno ao programa – PUC Goiás

Profª Drª Andrea Alves Riberio
Membro convidado do programa – PUC Goiás

Dedico este estudo ao amor da minha vida, meu filho Arthur, razão do meu ser, estímulo para nunca desistir.

AGRADECIMENTOS

Chegar até aqui não foi fácil, muita luta, muitas adversidades e muitas incertezas fizeram parte desse caminho. Durante esses dois anos, conheci pessoas maravilhosas, as quais levarei para o resto da vida no coração. Cheia de gratidão pela oportunidade vivida e pelo sonho realizado. Mais de 2000 km distância enfrentados quase que mensalmente nas viagens, carga horária de trabalho para conciliar, problemas de saúde. Mas nada disso foi barreira para quem tem um sonho maior e não tem medo de lutar. Aqui estou, prestes a me tornar mestre, sonho antigo de infância, uma grande realização pessoal, que com muita orgulho, hoje posso dizer: Eu consegui.

Creio que os agradecimentos aqui registrados serão insuficientes perante às inúmeras pessoas envolvidas na realização deste projeto.

Agradeço a todos que direta ou indiretamente contribuíram para que esse sonho, hoje, pudesse se tornar realidade.

A Deus, autor da minha existência e meu bem maior, pelo dom da vida e oportunidade de vivenciar essa experiência.

À minha família, que soube me amparar, cuidar de meu filho para que eu pudesse viajar, e embarcar nesse sonho junto comigo.

Ao pequeno grande amor da minha vida, meu filho, meu companheiro de tudo, que sempre soube entender o motivo de minhas ausências, explicando para todos que a mamãe estava estudando.

À minha vizinha (*in memoriam*), quanta saudade restou! Hoje já não está mais aqui para comemorar comigo, mas foi parte fundamental dessa história e de muitas outras que me tornou quem hoje sou. Seus ensinamentos permanecem em nossos corações.

Aos meus amigos e companheiros de Mestrado, Kelle, Ruy e Roney, pelos momentos de apoio mútuo, pelo incentivo, pela construção da amizade, pelos bons momentos vividos e risadas garantidas.

Sou grata à Prof^ª. Dra. Vera Saddi, minha orientadora, que se dispôs a apostar em mim e nos meus esforços, mesmo com todas as adversidades encontradas. Obrigada professora, por todos os ensinamentos e pela oportunidade de trabalhar nesse projeto com a senhora.

Aos novos amigos do laboratório, em especial Ricardo e Jessica. Vocês também são parte dessa vitória. Obrigada por toda ajuda e apoio nos momentos difíceis e por me acolher tão bem na rotina de vocês.

A Mateus Carmo, pelas contribuições que enriqueceram este trabalho.

À UNIFG, que no incentivo ao crescimento profissional de seus funcionários, nunca se opôs em me liberar para as atividades do mestrado.

À Prefeitura Municipal de Guanambi, em especial aos funcionários da Vigilância Epidemiológica, pelo acolhimento, sempre muito solícitos e sem medir esforços para me ajudar na coleta de dados.

A todos os professores e funcionários do programa de Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde da PUC-GOIÁS, pelos ensinamentos, colaboração e compreensão.

A todos os colegas do Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde da PUC-GOIÁS, pelos momentos vividos.

À CAPES, pelo financiamento de bolsa.

À banca examinadora por todo o cuidado com o trabalho e pelas contribuições para torná-lo cada vez melhor.

Só tenho a agradecer a todos que passaram pelo meu caminho durante esses dois anos. Os momentos de alegria compartilhados serviram para me permitir acreditar na beleza da vida, e os de sofrimento serviram para um crescimento pessoal único. Serei eternamente grata a vocês, pessoas imprescindíveis para a realização e conclusão desse trabalho.

A todos deixo o meu reconhecimento e minha sincera gratidão.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1.	Representação da evolução natural da sífilis	26
FIGURA 2.	Desempenho dos testes laboratoriais associados às fases da sífilis não tratada	30
FIGURA 3.	Fluxograma para definição de local de tratamento da gestante com sífilis.....	35
FIGURA 4.	Fluxograma de condutas para o recém-nascido exposto a sífilis	38
FIGURA 5.	Fluxograma de seguimento do recém-nascido exposto à sífilis materna	39
FIGURA 6.	Fluxograma para seleção de casos no SINAN	53
FIGURA 7.	Variáveis investigadas nos casos de sífilis gestacional	53
FIGURA 8.	Variáveis investigadas nos casos de sífilis congênita (Neonato).....	54
FIGURA 9.	Variáveis investigadas nos casos de sífilis congênita (Puerpera).....	54
FIGURA 10.	Mapa de distribuição espacial dos municípios de origem referente aos registros de sífilis gestacional	69
FIGURA 11.	Mapa de distribuição espacial dos municípios de origem referente aos casos de sífilis congênita	70

LISTA DE TABELAS

TABELA 1.	Distribuição dos casos notificados e confirmados de sífilis gestacional e congênita segundo o ano de incidência. Município de Guanambi, Bahia, 2009-2017.....	57
TABELA 2.	Distribuição dos casos confirmados de sífilis gestacional segundo o perfil social, demográfico, educacional e econômico Município de Guanambi, Bahia, 2009-2017.....	58
TABELA 3.	Distribuição das variáveis assistenciais dos casos confirmados de sífilis gestacional. Município de Guanambi, Bahia, 2009-2017.....	60
TABELA 4.	Distribuição das variáveis sociodemográficas das puérperas com neonatos positivos para sífilis congênita. Município de Guanambi, Bahia, 2009 2017.....	62
TABELA 5.	Distribuição das variáveis clínicas e assistenciais dos neonatos positivos para sífilis congênita. Município de Guanambi, Bahia, 2009-2017.....	64
TABELA 6.	Distribuição das variáveis relacionadas às características perinatais do recém – nascido infectado e não infectado por sífilis congênita. Município de Guanambi, Bahia, 2009-2017	65
TABELA 7.	Distribuição das variáveis relacionadas às características maternas dos casos com e sem sífilis congênita, e tratamento dispensado. Município de Guanambi, Bahia, 2009-2017.....	67
TABELA 8.	Relação entre a titulação VDRL da puérpera e neonato com sífilis congênita	68
TABELA 9.	Relação entre tratamento materno e do parceiro com a transmissão vertical da sífilis	68

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1.	Representação dos estágios clínicos da sífilis em adultos	25
QUADRO 2.	Manifestações clínicas de acordo com a evolução e estágio da sífilis congênita	28
QUADRO 3.	Testes não - treponêmicos utilizados para o diagnóstico da sífilis.....	29
QUADRO 4.	Testes treponêmicos utilizados para o diagnóstico da sífilis	30
QUADRO 5.	Valores de exame liquorico direcionados à suspeita de neurosífilis	31
QUADRO 6.	Situações que podem gerar resultados falso-positivos nos testes não - treponêmicos	32
QUADRO 7.	Evolução de títulos em teste não - treponêmico, após tratamento da sífilis	33
QUADRO 8.	Resumo dos esquemas terapêuticos para sífilis e seguimento ..	34
QUADRO 9.	Tratamento da sífilis congênita no período neonatal, segundo a situação clínica e laboratorial da mãe	37
QUADRO 10.	Revisão de artigos científicos: Sífilis congênita e gestacional no Brasil	43

LISTA DE ABREVIATURAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AIG	Adequado para Idade Gestacional
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CMIA	Ensaio Imunológico Quimioluminescente Magnético
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
DNV	Declarações de Nascidos Vivos
ELISA	Ensaio de Imunoabsorção Enzimática - <i>Enzyme Linked Immunosorbent Assay</i>
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FTA-ABS	Absorção de Anticorpos Treponêmicos Fluorescentes - <i>Fluorescent treponemal antibody absorption</i>
GIG	Gigante para Idade Gestacional
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HTLV	Vírus T-Linfotrópico Humano
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e estatística
IM	Intramuscular
IV	Intravenoso
LCR	Líquido Cefalorraquidiano
MHA-TP	Microhemaglutinação para <i>Tremonema pallidum</i>
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan - Americana da Saúde
PCR	Reação em cadeia da polimerase - <i>Polymerase Chain Reaction</i>
PIG	Pequeno para Idade Gestacional
PUC	Pontifícia Universidade Católica
RIT	Teste de Efetividade em Coelhos – <i>Rabbit Infectivity Test</i>
RN	Recém-Nascido
RPR	Reste Rápido de Reagina Plasmática - <i>Rapid Test Reagin</i>
SAE	Serviço de assistência especializada no tratamento das IST'
SC	Sífilis Congênita
SG	Sífilis Gestacional
SIG	Sistema de Informação Geográfica
SINAN	Sistema de Informações de Agravos de Notificação
SINASC	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SPSS	Pacote Estatístico para Ciências Sociais - <i>Statistical Package for Social Science</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TP-PA	Teste de Aglutinação de Partículas para Treonema Pallidum - <i>Treponema Pallidum Particle Agglutination Assay</i>
TR	Testes Rápidos
TRUST	Teste da Toluidine Sérica Vermelha - <i>Toluidine Red Unheated Serum Test</i>
UBS	Unidade Básica de Saúde
USR	Unheated Serum Reagin
VDRL	Laboratório de Pesquisa de Doenças Venéreas - <i>Venereal Disease Research Laboratory</i>

RESUMO

A sífilis é uma infecção causada pelo *Treponema pallidum*, sendo esta de notificação compulsória, que pode alcançar a cronicidade quando não tratada adequadamente. Apresenta transmissão sexual, sanguínea ou vertical, podendo gerar impactos negativos na saúde materna e neonatal. Este estudo teve por objetivo avaliar a prevalência e os fatores associados à sífilis gestacional e congênita no município de Guanambi/BA, de 2009 a 2017. Trata-se de um estudo epidemiológico, seccional, retrospectivo e analítico, que buscou descrever dados das fichas de notificação compulsória de sífilis gestacional e congênita, de 2009 a 2017 registradas em Guanambi/BA. Foram analisadas 64 notificações para sífilis gestacional e 34 para sífilis congênita. Os dados foram apresentados em tabelas de contingência e analisados por estatística descritiva e comparativa. As comparações entre as proporções foram analisadas por meio do teste exato de Fisher, com nível de significância de 5% ($p \leq 0,05$). O perfil dos casos confirmados para sífilis gestacional ($n=60/64$) foi composto em sua maioria por mulheres de cor parda (53,3%), idade superior a 21 anos (80,0%), sem vínculo empregatício (61,7%), sendo 90,0% residentes em zona urbana. Uma alta proporção de mulheres nesse estudo, realizaram o pré-natal e tiveram o diagnóstico da infecção estabelecido nesse período (66,7%), ($p=0,010$). Do grupo de mulheres portadoras de sífilis, 48,1% tiveram esquema de tratamento inadequado ($p=001$). Houve uma proporção maior de neonatos do sexo masculino para os casos confirmados de sífilis congênita (74,1%), em comparação aos descartados (14,3%), gerando diferença significativa ($p=0,007$). Este estudo aponta para situações de fragilidade na saúde em relação à exequibilidade da assistência aos casos suspeitos e confirmados de sífilis gestacional e indica a necessidade de rever as práticas na atenção básica com vistas a atender à demanda da sífilis com maior rigor técnico e científico.

Palavras-chave: Sífilis congênita; Epidemiologia; Serviço de saúde materno-infantil; Saúde pública.

ABSTRACT

Syphilis is an infection caused by *Treponema pallidum*, which is compulsory, which can reach chronicity when not treated properly. It presents sexual, sanguine or vertical transmission, and can generate negative impacts on maternal and neonatal health. This study aimed to evaluate the prevalence and factors associated with gestational and congenital syphilis in the municipality of Guanambi / BA, from 2009 to 2017. This is an epidemiological, sectional, retrospective and analytical study that sought to describe data from the compulsory notification of gestational and congenital syphilis, from 2009 to 2017 registered in Guanambi / BA. Sixty-four reports for gestational syphilis and 34 for congenital syphilis were analyzed. The data were presented in contingency tables and analyzed by descriptive and comparative statistics. The comparisons between the proportions were analyzed using the fisher exact test, with a significance level of 5% ($p \leq 0.05$). The profile of the confirmed cases for gestational syphilis ($n = 60/64$) consisted mostly of women of brown color (53.3%), older than 21 years (80.0%), without employment bonding (61, 7%), with 90.0% living in urban areas. A high proportion of women in this study performed prenatal care and had the diagnosis of infection established in this period (66.7%), ($p = 0.010$). Of the group of women with syphilis, 48.1% had an inadequate treatment regimen ($p = 0.001$). There was a higher proportion of male neonates for confirmed cases of congenital syphilis (74.1%), compared to those discarded (14.3%), generating a significant difference ($p = 0.007$). This study points to situations of health fragility in relation to the feasibility of assistance to suspected and confirmed cases of gestational syphilis and indicates the need to review practices in basic care in order to meet the demand for syphilis with greater technical and scientific rigor.

Keywords: Congenital syphilis; Epidemiology; Maternal - child health services; Public health.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	15
2. REFERENCIAL TEÓRICO	18
2.1 Histórico da sífilis no Brasil e no mundo	18
2.2 Epidemiologia da sífilis	19
2.3 Agente etiológico da sífilis: <i>Treponema pallidum</i>	20
2.4 Transmissão	21
2.5 Vulnerabilidade social e em saúde	21
2.6 Fatores de risco para a Sífilis	23
2.6.1 Sociodemográficos	23
2.6.2 Comportamentais.....	23
2.6.3 Assistenciais	24
2.7 Diagnóstico da Sífilis	24
2.7.1 Critérios diagnósticos.....	24
2.7.2 Diagnóstico clínico no adulto	25
2.7.3 Diagnóstico clínico no concepto	27
2.7.4 Diagnóstico laboratorial	29
2.7.5 - Sorologia falso-positiva.....	32
2.8 Notificação Compulsória	33
2.9 Tratamento	34
2.9.1 Tratamento da Gestante	34
2.9.2 Tratamento do parceiro.....	35
2.9.3 Tratamento da sífilis congênita.....	36
2.10 Alergia e reações adversas à Penicilina	39
2.11 Controle e eliminação da sífilis	40
2.12 Atenção à saúde voltada as IST e fluxo de atendimentos no município de Guanambi, Bahia	47
3. OBJETIVOS	49
3.1 Objetivo primário:	49
3.2 Objetivos secundários:	49
4. MÉTODO	50
4.1 Delineamento metodológico da pesquisa	50
4.2 Local, população, amostra e período de estudo	50

4.3 Coleta de dados	51
4.4 Instrumento de coleta de dados.....	55
4.5 Análise estatística dos dados	55
4.6 Aspectos éticos da pesquisa.....	55
5. RESULTADOS	57
5.1 Casos notificados e confirmados de sífilis gestacional e congênita de 2009 a 2017.....	57
5.2 Perfil sociodemográfico da sífilis gestacional.....	57
5.3 Características assistenciais das gestantes com sífilis	58
5.4 Características sociodemográficas das puérperas com neonato positivo para sífilis congênita.....	60
5.5 Características clínicas e assistenciais do neonato com sífilis.....	61
5.6 Características perinatais do recém-nascido infectado e não infectado	63
5.7 Características maternas dos neonatos investigados	64
5.8 Características do VDRL materno e neonatal	67
5.10 Características do tratamento materno, do parceiro sexual e relação com a transmissão vertical.....	67
5.11 Distribuição espacial dos casos de sífilis.....	67
6. DISCUSSÃO	70
7. CONCLUSÃO.....	74
8. REFERÊNCIAS.....	76
APÊNDICE A - CHEK-LIST PARA LEVANTAMENTO DE DADOS	86
APÊNDICE B – AUTORIZAÇÃO PARA ACESSO DE PRONTUÁRIO CTA	88
APÊNDICE C - AUTORIZAÇÃO DE MANUSEIO DE PRONTUÁRIO VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA	89
APÊNDICE D – DECLARAÇÃO DE INSTITUIÇÃO CO PARTICIPANTE.....	90
APÊNDICE E – ROTEIRO PARA LEVANTAMENTO DE DADOS.....	91
APÊNDICE E – DISPENSA DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	92
ANEXO I - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA PUC GOIÁS	93

1. INTRODUÇÃO

As infecções sexualmente transmissíveis (IST) são conhecidas por sua característica de transmissão através do contato sexual. Dentre as ISTs, estimativas da incidência e prevalência mundial para clamídia, gonorréia, tricomoníase e sífilis permanecem altas em ambos os sexos, propiciando a transmissão sexual do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) (NEWMAN et al., 2013). A Organização Mundial da Saúde (OMS) aponta que mais de um milhão de IST são transmitidas diariamente no mundo provocando grande impacto na saúde da população (WHO, 2017).

A sífilis é um agravo de ordem sistêmica causada pela bactéria *Treponema pallidum*, podendo ser transmitida por via sexual ou por via transplacentária, também chamada de transmissão vertical ou materno-fetal (MACHADO; TERRA, 2015). Apesar de ser classificada como uma infecção evitável, com o advento da penicilina passou a ser também plenamente tratável (BENITO; SOUZA, 2016).

A sífilis é, atualmente, a segunda causa de morte fetal evitável em todo o mundo, após a malária, sendo uma doença de possível eliminação, uma vez que não possui reservatório animal conhecido, podendo ser diagnosticada com testes pouco complexos e eficazes, e direcionada à cura. No entanto, a sífilis continua sendo um desafio contínuo de saúde pública global, sendo a maior concentração da sífilis materna na África, correspondente a mais de 60% da incidência global (PEELING, 2018).

A sífilis afeta mundialmente um milhão de gestantes aproximadamente, acarretando cerca de 300 mil mortes fetais e neonatais, além de expor lactentes a um risco acrescido de morte por prematuridade, de baixo peso ao nascer ou de doença congênita (WHO, 2016). A fração de gestantes com sífilis precocemente detectada e tratada é pouco conhecida, estimativas sugerem que essa fração seja inferior a 10,0% (KLAUSNER, 2013).

No Brasil, entre os anos de 2010 e 2016 houve aumento no número de notificações, representado por 87.593 casos de sífilis adquirida, 37.436 de sífilis gestacional (SG) e 20.474 casos de sífilis congênita (SC), dos quais, 185 resultaram em óbito (BRASIL, 2015; BRASIL, 2017a). Mesmo com o aumento no número de casos notificados, grande parte recebe diagnóstico tardio na gestação. De acordo com os dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), apenas 24,8% dos casos de sífilis foram notificados no primeiro trimestre de gestação e 67,6% a partir do segundo trimestre de gestação (SACARENI et al., 2017).

Essa problemática retrata estreita relação com um pré-natal de baixa qualidade, negligenciando a proposta da Rede Cegonha, do Ministério da Saúde (MS), implementada em 2011. O programa Rede Cegonha busca garantir atenção de qualidade à mulher durante o ciclo gravídico-puerperal, além de assegurar à criança, o direito de nascer com segurança, ter crescimento e desenvolvimento saudáveis (LAZARINI; BARBOSA, 2017).

Em dados comparativos, o número de gestantes com sífilis supera o número de gestantes com HIV (WHO, 2016). No que se refere à transmissão vertical, enquanto a infecção materna por HIV não tratada é transmitida para o feto em cerca de um terço dos casos, a sífilis materna não tratada quase sempre resulta em uma condição adversa ao recém-nascido e à gestante (KLAUSNER, 2013).

O perfil das parturientes com sífilis é representado em sua grande maioria por mulheres jovens, de baixo índice de escolaridade, com histórico de IST e de sífilis em gestações anteriores, além de múltiplos parceiros, mantendo estilos de vida mais vulneráveis e acesso restrito à atenção pré-natal adequada (MELO et al., 2011; NONATO; MELO; GUIMARÃES, 2015). As desigualdades sociais em saúde no Brasil reafirmam a hipótese de que a sífilis em gestante está relacionada ao baixo nível socioeconômico assim como às inadequações na assistência pré-natal, corroborando para a persistência da transmissão vertical e demonstrando as fragilidades do cuidado à gestante e ao recém-nascido, especialmente na atenção básica (MACÊDO et al., 2017).

O impacto da sífilis na saúde infantil é conhecido há mais de 500 anos, entretanto, apenas em 2007 a OMS destacou a sífilis congênita para eliminação. Doença que apesar de dispor de recursos diagnósticos e tratamento simples e de baixo custo, segue como desafio global aos órgãos públicos (MACHADO; TERRA, 2015).

A ocorrência da sífilis congênita quase sempre reflete problemas de acesso e deficiências dos serviços de saúde, uma vez que faz parte do grupo de causas evitáveis da morbimortalidade perinatal (MELO et al., 2011). O diagnóstico materno precoce ainda é a maneira mais eficaz para prevenção da forma congênita. A associação entre critérios epidemiológicos, clínicos e laboratoriais compõe a tríade para o diagnóstico da sífilis (HOLANDA et al., 2011; LAFETÁ et al., 2016). Acredita-se que com a eliminação da SG seria possível erradicar também a sua forma congênita, uma vez que a cadeia de transmissão vertical seria quebrada (ALMEIDA et al., 2015; REZENDE; BARBOSA, 2015).

Diante do exposto, há uma necessidade de revitalizar a luta contra as ISTs, frente à relevância e magnitude de suas consequências a saúde da mulher e seus filhos. Este estudo teve como objetivo realizar uma análise da sífilis nas formas gestacional e congênita, a partir

dos dados clínicos, laboratoriais, sociodemográficos e epidemiológicos, associados aos casos notificados e investigados no município de Guanambi-Bahia, de 2009 à 2017.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Histórico da sífilis no Brasil e no mundo

Conhecida como um dos agravos à saúde mais antigos descritos na literatura, a sífilis por muitos anos foi considerada um mal sem solução tendo sua transmissão materno-fetal reconhecida apenas em 1930 (MILANEZ; AMARAL, 2008; SÁ, 2010).

Após o surgimento da penicilina na década de 40 houve redução significativa no número de casos de sífilis adquirida e congênita, quando se planejou sua erradicação. Os números da sífilis voltaram a crescer a partir da década de 60, atingindo seu ápice na década de 80 (MILANEZ; AMARAL, 2008). Esse crescimento pode ser relacionado à popularização do uso de drogas nesse período e maior liberação sexual facilitando a transmissão das ISTs (BLENCOWE et al., 2011).

Por possuir íntima relação com as condições socioeconômicas, a sífilis se apresenta de maneira desigual no mundo (MACÊDO, 2015). Dados da OMS retratam que a grande maioria dos casos de sífilis são identificados em países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento (WHO, 2017). Alguns estudos apontam uma tendência mundial crescente no reaparecimento da sífilis, particularmente, da forma congênita da infecção (BLENCOWE et al., 2011; MILANEZ; AMARAL, 2008).

A sífilis afeta mundialmente um milhão de gestantes aproximadamente, acarretando mortes fetais e neonatais, além de expor lactentes a um risco acrescido de morte por prematuridade, de baixo peso ao nascer ou de doença congênita (WHO, 2016). No Brasil, embora o MS tenha lançado o projeto de eliminação da SC na década de 1990, a sífilis materna ainda é relatada em uma parcela importante de mulheres no período gestacional, acarretando a disseminação da SC, não atingindo assim as metas governamentais propostas (MILANEZ; AMARAL, 2008).

Nos países em desenvolvimento, o índice de casos de sífilis congênita mantém-se elevado, (LAFETÁ et al., 2016; NEWMAN et al., 2013) refletindo as inadequações da assistência pré-natal (CHINAZZO; LEON, 2015; BENITO; SOUZA, 2016;). Segundo Nascimento et al. (2012) a sífilis congênita constitui uma importante causa evitável de óbito fetal e resultados perinatais indesejados, entretanto ainda é responsável por altas taxas de morbidade e mortalidade fetal, sendo seu controle um desafio e obrigação da saúde pública mundial (KAMB et al., 2010; MACÊDO, 2015).

2.2 Epidemiologia da sífilis

As ISTs são a segunda maior causa de morbidade em mulheres jovens, depois das causas relacionadas ao ciclo gravídico-puerperal nos países em desenvolvimento (LUPPI, et al., 2011). Anualmente, constata-se aproximadamente 357 milhões de novas infecções, com predominância entre clamídia, gonorréia, sífilis e tricomoníase (WHO, 2017). Das doenças transmissíveis durante o ciclo gravídico-puerperal, a sífilis é a que apresenta as maiores taxas de transmissão vertical (BRASIL, 2015; TSIMIS; SHEFFIELD, 2017).

Uma epidemia silenciosa de sífilis cresce mundialmente. A sífilis ressurgiu em regiões incluindo América do Norte, Europa Ocidental, China e Austrália. Os fatores relacionados à reemergência e disseminação da sífilis incluem entre outros, migração e viagens, atividade sexual de alto risco, variações econômicas e sociais que limitam o acesso aos cuidados de saúde (STAMM, 2016).

Nos últimos 10 anos e especialmente a partir do ano de 2010 houve um aumento contínuo no número de casos de sífilis gestacional, congênita e adquirida (BRASIL, 2015). Em 2013, no Brasil, foram registrados no SINAN 21.382 casos de SG e 13.705 casos de sífilis em menores de um ano, com taxa de detecção de 7,4 por 1.000 nascidos vivos e de incidência de sífilis congênita de 4,7 por 1.000 nascidos vivos (BRITO, 2016; MASCARENHAS, et al., 2017). Quando comparados a anos epidemiológicos anteriores, observa-se um aumento das notificações na gestação, sendo entretanto, grande parte dos casos identificados tardiamente (BRASIL, 2015).

No Brasil, entre 2010 e 2016, a taxa de detecção de sífilis em gestantes aumentou de 3,7 para 12,4 casos por mil nascidos vivos. Representando um aumento progressivo da taxa de sífilis congênita de 2010 a 2016 de 2,4 para 6,8 casos por mil nascidos vivos (VARGAS et al., 2018). Segundo Ministério da Saúde (2017a), o aumento da taxa de incidência teve maior destaque para os estados do Espírito Santo, Mato Grosso do Sul, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul. Esses mesmos estados, ao lado de Pernambuco lideram o *ranking* de casos da sífilis congênita.

Entre as gestantes acometidas pela infecção, menos de 10,0% são diagnosticadas e/ou tratadas adequadamente; levando a mais de 300 mil mortes fetais e neonatais, além de representar risco de morte prematura em mais de 200 mil crianças (BRASIL, 2017b; MACÊDO, 2017; MACHADO; TERRA, 2015). Em torno de 25,0% das gestações associada à sífilis culminam em aborto no segundo trimestre ou natimorto na falta de tratamento

adequado; outros 11,0% acarretam morte neonatal a termo e 13,0% resultam prematuridade ou baixo peso ao nascer (SVECOVÁ; LUHA, 2017).

A sífilis congênita representa o mais grave desfecho adverso prevenível da gestação e é responsável pelo nascimento de 50,0% dos recém-nascidos com sequelas no Brasil, quando não resultantes em aborto e morte neonatal (CASAL et al., 2011; MAGALHÃES et al., 2011). Os números da sífilis no Brasil são alarmantes com elevado crescimento na taxa de mortalidade infantil, saltando de 2,2/100.000 em 2004 para 5,5/100.000 em 2013. Em 2016 foram notificados 87.593 casos de sífilis adquirida, 37.436 de SG e 20.474 casos de sífilis congênita (BRASIL, 2017b).

2.3 Agente etiológico da sífilis: *Treponema pallidum*

A sífilis tem como agente etiológico o *Treponema pallidum* (*T. pallidum*), uma espiroqueta do gênero *Treponema*, pertencente à classe das Spirochaetales. Esta classe por sua vez subdivide-se em duas famílias, Spirochataceae e Leptospiraceae, e sete gêneros, dos quais apenas os gêneros *Borrelia*, *Treponema* e *Leptospiras*, são capazes acarretam adoecimento humano (PEELING, 2018; STAMM, 2016).

O *Treponema* caracteriza-se por ser considerado uma bactéria extracelular, helicoidal, com cerca de 5 a 20 µm de comprimento e 0,1 a 0,2 µm de espessura, são também anaeróbicos, além de possuírem de baixa resistência ao ambiente. Devido à sua estrutura de dupla membrana, a espiroqueta é frequentemente descrita como uma bactéria gram-negativa. (PEELING, 2018; STAMM, 2016).

Não possui membrana celular, sendo protegido por um envelope com três camadas ricas em moléculas de ácido N-acetil murâmico e N-acetil glucosamina. Possui flagelos que se partem da extremidade distal e encontram-se junto à camada externa ao longo do eixo longitudinal (OSBAK et al., 2016). O *T. pallidum* não é cultivável em meio externo, sendo um patógeno de replicação exclusiva em humanos, multiplicando-se a cada 30 horas. É destruído por calor e falta de umidade, resistindo apenas 26 horas fora do seu ambiente (AVELLEIRA, BOTTINO, 2006; PEELING, 2018).

2.4 Transmissão

O *T. pallidum* penetra no organismo através de mucosas íntegras ou lesões cutâneas, iniciando sua replicação local para posterior disseminação por vasos sanguíneos e linfáticos. Durante a replicação local surgem as primeiras manifestações clínicas (STAMM, 2016; TSIMIS; SHEFFIELD, 2017).

Os principais fatores que caracterizam a probabilidade de transmissão vertical são o estágio da doença na gestante e a duração da exposição fetal intra-útero, sendo a transmissão de maior probabilidade nas fases iniciais da infecção, pelo grande número de espiroquetas circulantes (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).

A transmissão vertical da sífilis está relacionada em torno de 80,0% à infecção nas fases primária e secundária, 30,0% na latente precoce e somente 10,0% na latente tardia, enquanto que em gestantes adequadamente tratadas esse índice reduz para aproximadamente 1,5%. Entretanto, o risco de transmissão permanece durante os primeiros quatro anos após a exposição. (PEELING, 2018; SVECOVÁ; LUHA, 2017). A contaminação pode ocorrer no momento do parto, embora a grande maioria ocorra intra-útero; o aleitamento materno não resulta em transmissão, exceto em casos de lesão mamária (SANTOS; ANJOS, 2009).

2.5 Vulnerabilidade social e em saúde

O termo vulnerabilidade, na saúde, começou a ser usado no início de 1980, a partir de estudos sobre a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS). As características da evolução da infecção, mudança no perfil das pessoas atingidas e variáveis socioeconômicas, trouxeram novas associações ao contexto da infecção requerendo a reformulação das ideias até então existentes sobre os grupos de risco. A adoção do conceito de vulnerabilidade, em substituição ao de grupo de risco, se deu a partir de então, representando a ampliação das formas de acometimento por doenças na população (CARMO, GUIZARDI, 2018).

As alterações do conceito de vulnerabilidade ampliou a visão quanto às questões relacionadas à desigualdade social, diversidade sexual, raça/etnia, preconceito e discriminação, entre outros fatores, podem potencializar a disseminação de infecções (CARMO, GUIZARDI, 2018).

Segundo Santos (2016), o conceito de vulnerabilidade pode ser estabelecido a partir das ideias Ayres; em que vulnerabilidade pode ser definida como um: “conjunto de aspectos individuais e coletivos relacionados ao grau e modo de exposição a uma dada situação e, de modo indissociável, ao maior ou menor acesso a recursos adequados para se proteger das

consequências indesejáveis da situação”. Essa definição por sua vez, aborda uma interrelação dos aspectos individuais, socioeconômicos e de políticas públicas.

Dentro do conceito de vulnerabilidade, existe a subdivisão entre individual e social. Os fatores ligados à vulnerabilidade individual consideram os contextos epidemiológicos e sociodemográficos que determinam um maior ou menor grau de exposição ao adoecimento; como idade, sexo, atividade e práticas sexuais, raça/cor, escolaridade, renda, acesso a serviços de saúde e outros bens sociais. A vulnerabilidade social refere-se às práticas ligadas ao exercício de cidadania e dos direitos, incluindo direitos sexuais e reprodutivos, diversidade sexual, pertencimento étnico e racial, questões de gênero e seus significados dentro da sociedade (CARMO, GUIZARDI, 2018; SANTOS, 2016).

Indivíduos entre índios, negros, mulheres, nordestinos, trabalhadores rurais, crianças em situação de rua, a maioria dos deficientes físicos, podem ser considerados por estudos epidemiológicos de vulnerabilidade, como sendo de vulnerabilidade social em saúde (JANCZURA, 2012).

A ausência e/ou extrema restrição de recursos materiais acarreta outras fragilidades como: moradias precárias em locais degradados e condições sanitárias inadequadas, baixa escolaridade, precárias condições de saúde e nutrição. Assim, vulnerabilidades e riscos remetem às noções de carências e de exclusão. Indivíduos e grupos são considerados vulneráveis também quando não dispõem de recursos materiais e imateriais para enfrentamento dos riscos a que são ou estão expostos (JANCZURA, 2012).

Os indicadores de saúde materna são bastante sensíveis às desigualdades sociais, refletindo condições diferenciadas de vida e acesso a recursos sociais, como saúde, educação, renda, trabalho, segurança, participação (XAVIER et al., 2013).

O Ministério da Saúde aborda uma classificação dos fatores de risco reprodutivo, distribuindo-os em quatro categorias: história reprodutiva anterior, condições clínicas preexistentes e intercorrências clínicas, características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis, e doença obstétrica na gravidez atual (XAVIER et al., 2013).

Várias condições elencadas entre as características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis, representam situações de vulnerabilidade individual e/ou social, como nível de escolaridade, conflitos familiares ou conjugais, condições de trabalho desfavoráveis, exposição a ambientes insalubres e abuso de drogas, cor de pele, idade, entre outras (JANCZURA, 2012; XAVIER et al., 2013).

2.6 Fatores de risco para a Sífilis

2.6.1 Sociodemográficos

A saúde reprodutiva das mulheres é influenciada por uma associação de fatores, entre os quais os sociodemográficos, representam a maior situação de vulnerabilidade das classes sociais, (MACÊDO, 2015; TSIMIS; SHEFFIELD, 2017) uma vez que as desigualdades sociais em saúde constituem um dos temas centrais em debate no campo da saúde coletiva (SUCUPIRA et al., 2014).

O perfil das parturientes com sífilis é diversificado, representado em sua grande maioria por mulheres jovens, de raça/cor não branca, baixo índice de escolaridade, histórico de ISTs e de sífilis em gestações anteriores, além de múltiplos parceiros sexuais. Estas mulheres mantêm estilos de vida mais vulneráveis e subutilizam o sistema de saúde; o que indica maior vulnerabilidade social e reprodutiva (MELO et al., 2011; NONATO; MELO; GUIMARÃES, 2015).

No Brasil, as inequidades sociais em saúde direcionam a sífilis em gestante como fortemente relacionada ao baixo nível socioeconômico. Assim como falhas na assistência pré-natal, o que leva às gestantes a persistência da transmissão vertical e retrata as fragilidades do cuidado (MACÊDO, 2017; NONATO; MELO; GUIMARÃES, 2015).

Os indicadores de saúde materna são sensíveis às desigualdades sociais, refletindo condições de vida e acesso a recursos. Diversos estudos apontam para a importância das características socioeconômicas e raciais. Por exemplo: renda familiar per capita, escolaridade e raça negra como fatores de risco para a ocorrência de sífilis congênita. A escolaridade é um importante indicador socioeconômico, relacionado ao acesso à assistência pré-natal.

Os riscos reprodutivos são influenciados por fatores que ultrapassam o âmbito médico, sendo importante o uso de mecanismos pelos quais as desigualdades sociais possam ser consideradas (MACÊDO, 2015; NONATO; MELO; GUIMARÃES, 2015; XAVIER et al., 2013).

2.6.2 Comportamentais

Nadal & Framil (2007) descrevem a sífilis como um marcador de sexo desprotegido, caracterizada como a IST mais associada à contaminação pelo HIV, com incidência 90 vezes maior na população portadora do vírus. Outra importante observação é quanto ao constrangimento e tabus vivenciado por mulheres quando se refere à sexualidade, levando a dificuldade na incorporação das práticas de proteção (BRASIL, 2010b).

Uso de drogas ilícitas pela gestante e/ou seu parceiro, gestação não planejada na adolescência, ausência de parceiro sexual fixo e/ou a multiplicidade de parceiros, multiparidade, acesso limitado aos serviços de saúde e coinfeção com outra IST constituem fatores comportamentos de risco associados ao processo de disseminação da sífilis (MACÊDO, 2015).

2.6.3 Assistenciais

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem papel fundamental na abordagem da saúde da mulher. A assistência ao pré-natal, parto e puerpério, são um dos pilares do cuidado à saúde da mulher e criança na ESF. O acompanhamento deve ser feito por meio de condutas acolhedoras, ações educativas preventivas, identificação precoce de complicações e avaliação de situações de risco gestacional, além de estabelecimento do vínculo (DOMINGUES; LEAL, 2016).

A persistência da sífilis congênita sugere importantes limitações na atenção pré-natal, sendo que o número de consultas isoladamente não garante qualidade absoluta. A recomendação do MS é que sejam realizadas o mínimo seis consultas pré-natal de qualidade, com início precoce do acompanhamento, proporcionando maior acesso a métodos diagnósticos e terapêuticos (BRASIL, 2012).

Mesmo com a efetividade inquestionável do tratamento precoce da sífilis, as ações de prevenção requerem complexas abordagens, envolvendo intervenções de aspectos biológicos, comportamentais e socioculturais. A heterogeneidade no acesso a serviços de saúde torna-se uma dificuldade para o cuidado durante o pré-natal (MACÊDO, 2015).

A ocorrência da SC é vista como marcador para avaliação da qualidade da assistência pré-natal, uma vez que retrata deficiências tanto estrutural quanto técnicas dos serviços de saúde. A sua forma congênita está associada ao manejo inadequado dos casos maternos, diagnóstico e tratamento tardio, incorreto e/ou não realizado. Além da ausência de aconselhamento e inadequação de tratamento do parceiro sexual (MASCARENHAS et al., 2017; MELO et al., 2011).

2.7 Diagnóstico da Sífilis

2.7.1 Critérios diagnósticos

Os casos de sífilis em gestantes poderão ser definidos em mulheres assintomáticas com no mínimo um teste reagente durante o pré-natal, parto e/ou puerpério, sem registro de

tratamento prévio. Em gestantes sintomáticas, a definição do caso poderá ser feita com um teste, treponêmico ou não treponêmico de qualquer titulação (BRASIL, 2017a).

Na sífilis congênita, a definição de caso se baseia no pressuposto de que 100,0% dos fetos são infectados intra-útero, assim quando o dado de tratamento materno é preenchido como ignorado na notificação interpreta-se que não houve tratamento (BRASIL, 2016b).

2.7.2 Diagnóstico clínico no adulto

O diagnóstico precoce da infecção na gestante ainda é a maneira mais eficaz de prevenir a SC, sendo esse realizado principalmente através dos testes sorológicos e avaliação clínica (HOLANDA et al., 2011).

A escolha do método diagnóstico da sífilis depende do estágio e da apresentação clínica da doença. A triagem de sífilis é universalmente recomendada para mulheres gestantes, devido ao alto risco de transmissão vertical e possibilidade de intervenção preventiva eficaz contra resultados adversos. Normativas globais recomendam o rastreamento da sífilis na primeira consulta pré-natal, idealmente durante o primeiro trimestre. As diretrizes apontam ainda que, os recém-nascidos só sejam liberados da unidade de saúde após determinação sorológica da mãe, preferencialmente com nova testagem no parto (PEELING, 2018).

A sífilis tem manifestações variadas e muitas vezes sutis que dificultam o diagnóstico clínico e não reconhecem muitas infecções (PEELING, 2018). O quadro clínico da sífilis é apresentado com sintomatologias diferentes, subdividido em três fases conforme descrito no Quadro 1, estando a evolução da doença representada na Figura 1.

Quadro 1. Representação dos estágios clínicos da sífilis em adultos.

Sífilis	Primária	Secundária	Terciária
Tipo da lesão	Ulceração ou erosão acompanhada de adenopatia regional, não supurativa e indolor.	Lesões cutâneo-mucosas em geral acompanhadas de micropoliadenopatias. Sintomas gerais, como febre, artralgia e mal-estar geral são comuns em 50,0% a 80,0% dos casos.	As manifestações dependem dos órgãos acometidos. Pode ocorrer em sífilis cutânea benigna e visceral.
Características da lesão	Geralmente única com bordas endurecidas, fundo liso com secreção serosa, indolor (cancro duro) acompanhada de linfadenite também indolor, podendo ocorrer mais de uma lesão.	Exantema maculopapular, pápulas eritemato-descamativas, pápulas erodidas, hipertróficas, condilomas planos perinais, placas mucosas e alopecia em clareiras.	Nódulos, tubérculos ou gomas (cutâneo-mucosas), tabes dorsalis, demência (neuroológicas), aneurisma aórtico e artropatia de Charcot (articulares).
Evolução	A cicatrização da lesão ocorre com ou sem tratamento entre 2 e 8 semanas.	Regressão espontânea das lesões secundárias, que ocorre de 4 a 14 semanas após o seu início.	Os sinais e sintomas podem surgir em período após 3 a 12 anos, ou mais da infecção inicial.

Fonte: Adaptado do Guia de Bolso para manejo da sífilis em gestantes e sífilis congênita, 2016, Centro de Referência e Tratamento DST/Aids-SP. Brasil (2016b).

O período médio de incubação após a transmissão é de 21 dias, variando um intervalo de 10 a 90 dias, dando início então ao estágio primário da doença, sendo este caracterizado pelo cancro "clássico": uma lesão ulcerosa, indolor, sem nódulos, com bordas vermelhas, que duram de 2 a 8 semanas em média. Em indivíduos coinfetados pelo HIV pode ocorrer o surgimento de múltiplos cancros (JANIER, et al., 2014; MATTEI et al., 2012).

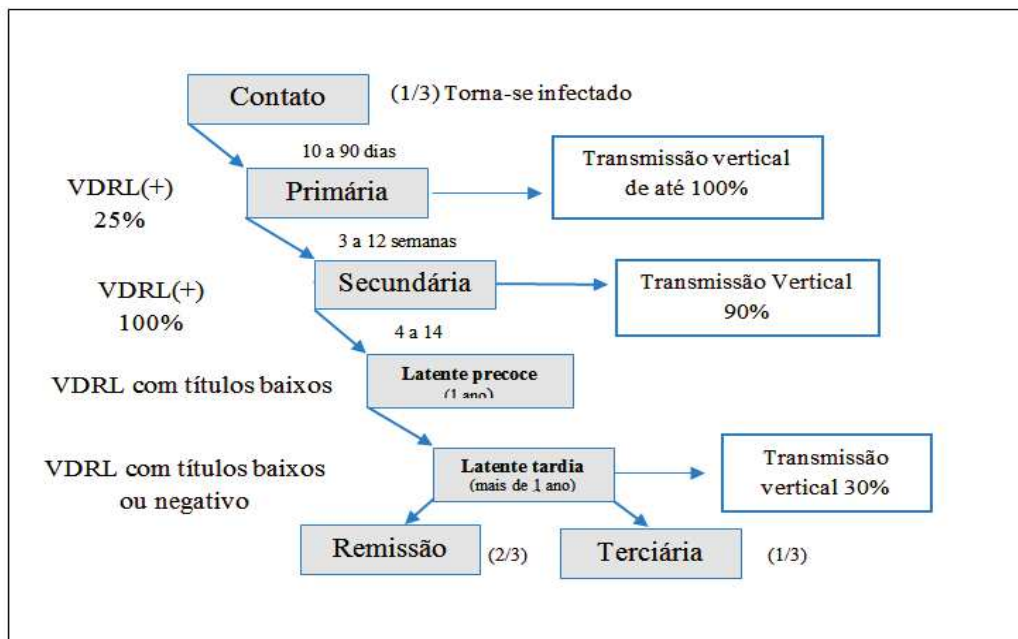
A fase secundária é caracterizada por erupção cutânea espalhada pelo corpo, podendo estar associada a febre e mialgia. A representação dermatológica é a manifestação clínica mais prevalente, presentes em 90,0% dos infectados, seguida de sintomas constitucionais, que aparecem em torno de 70% dos indivíduos. Percebe-se que a evolução dos estágios da sífilis para o próximo grau ocorre quando não há tratamento adequado (MATTEI et al., 2012; TSIMIS; SHEFFIELD, 2017).

Não tratada adequadamente nas fases iniciais, a infecção entra em período de latência, nesse período os testes sorológicos apresentam-se positivos, mas sem sinais e sintomas aparentes da infecção. Grande parte dos sintomas aparece nos dois primeiros estágios da sífilis, sendo estes os períodos mais longos de exposição (GOMES et al., 2013).

A terceira fase da sífilis pode muitas vezes não apresentar sintomas, resultando numa impressão falsa de cura. Em média, em um terço dos pacientes não tratados, após à infecção

inicial. Quando alcança esse estágio há grande probabilidade de invasão de múltiplos órgãos, podendo se apresentar na forma de neurosífilis, sífilis cardiovascular, ou sífilis benigna tardia (MATTEI et al., 2012; TSIMIS; SHEFFIELD, 2017).

Figura 1. Representação da evolução natural da sífilis.



Fonte: Adaptado do Guia de Bolso para manejo da sífilis em gestantes e sífilis congênita, 2016, Centro de Referência e Tratamento DST/Aids-SP. Brasil (2016b).

2.7.3 Diagnóstico clínico no concepto

O quadro clínico da SC varia de acordo com a carga treponêmica materna, tratamento da infecção na gestação, tempo de exposição fetal ao agente, além da coinfeção materna pelo HIV ou outra causa de imunodeficiência. Ocorrendo a infecção fetal no primeiro ou segundo trimestre gestacional, espera-se uma proporção significativa de morbidade do neonato (SÁ, 2010). A associação dos critérios epidemiológicos, clínicos e laboratoriais são fundamentados para o diagnóstico da SC e toda criança cuja mãe teve sífilis não tratada ou tratada inadequadamente, deve ser diagnosticada, avaliada e tratada para a infecção (BRASIL, 2010a).

Cerca de 30,0 a 60,0% dos recém-nascidos portadores da sífilis são assintomáticos, quando sintomáticos podem caracterizar quadros discretos e inespecíficos. Quando a infecção ocorre no terceiro trimestre de gestação, em média 60,0% das crianças infectadas são assintomáticas, podendo desenvolver quando sintomático meses ou até anos depois. A maioria dos exames complementares para diagnósticos da sífilis congênita são de baixa sensibilidade, levando a critérios amplos definidores de caso (ROMAGUERA, 2011).

As manifestações clínicas referentes à forma congênita da sífilis podem se dividir em alterações muco-cutâneas, alterações do sistema retículo-endoteliais, alterações do sistema hematológico, sistema nervoso central, sistema músculo-esquelético, alterações renais, oculares, pulmonares e gastrointestinais (BRASIL, 2010a, JANIER, et al., 2014).

A sífilis congênita pode ser dividida em precoce e tardia. Dentre os sintomas primários observados a SC precoce reflete em baixo peso ao nascer, prematuridade, hepatomegalia, esplenomegalia, pseudoparalisia dos membros, lesões cutâneas, alterações características ao estudo radiológico, anemia, sofrimento respiratório, rinite sero-sanguinolenta, linfadenopatia generalizada, icterícia, síndrome nefrótica, hidropsia, edema, convulsão e meningite. A fase tardia pode ser evidenciada após o segundo ano de vida com a tríade clássica de dentes de Hutchinson, ceratite intersticial e surdez, desde que descartada a possibilidade de sífilis adquirida (TSIMIS; SHEFFIELD, 2017).

As lesões cutâneo-mucosas da sífilis congênita precoce podem estar presentes desde o nascimento, sendo mais comuns o exantema maculoso em face e extremidades, lesões bolhosas, pênfigo palmo-plantar, condiloma plano, fissuras periorais e anais, petéquias e púrpuras (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006). As lesões ósseas estão evidentes em mais de 70,0% dos casos, principalmente em ossos longos, com quadros de periostite, osteocondrite, ou osteíte (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006; MOREIRA-SILVA et al., 2009).

O sistema nervoso central é invadido em no mínimo 40,0% dos casos podendo evoluir para meningite aguda ou crônica. A neurosífilis assintomática é caracterizada como presença de anormalidades do Líquido Cefalorraquidiano (LCR) na ausência de sinais ou sintomas neurológicos, podendo nunca manifestar-se ou evoluir com uma das complicações neurológicas tardias. (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).

A OMS define sífilis precoce como infecção de <2 anos de duração, já as diretrizes Europeias e dos Estados Unidos definem como infecção <1 ano de duração. Estas diferenças pode afetar a interpretação dos resultados e esquemas de tratamento (PEELING, 2018). O Quadro 2 apresenta a distribuição das alterações clínicas de acordo com cada estágio da SC.

Quadro 2. Manifestações clínicas de acordo com a evolução e estágio da SC.

Evolução	Manifestações Clínicas
SC Precoce < 2 anos de idade	<ul style="list-style-type: none">-Hepatomegalia com ou sem esplenomegalia e icterícia-Lesões cutâneas (pênfigo plamo-plantar, condiloma plano), petéquias, púrpura-Periostite ou osteíte ou osteocondrite, pseudoparalisia dos membros-Sofrimento respiratório com ou sem pneumonia-Rinite sero-sanguinolenta, anemia e linfadenopatia generalizada-Fissura peribucal, síndrome nefrótica, hidropsia, edema, convulsão e meningite
SC Tardia > 2 anos de idade	<ul style="list-style-type: none">-Tíbia em “lâmina de sabre”-Articulações de Clutton-Fronte “olímpica” e nariz “em sela”-Dentes ide Hutchinson, molares em “amora”-Mandíbula curta, arco palatino elevado-Ceratite intersticial- Surdez neurológica e dificuldade de aprendizado

Fonte: Adaptado de Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis. Brasil (2015).

2.7.4 Diagnóstico laboratorial

São muitos os testes laboratoriais disponíveis para diagnóstico da sífilis. Buscando ampliar o acesso ao diagnóstico precoce da sífilis, o governo federal instituiu a Portaria Nº 3.242/ 2011, que discorre sobre o fluxograma laboratorial da sífilis e utilização dos testes rápidos para triagem (MACÊDO, 2015).

Os testes podem ser distinguidos inicialmente entre os que detectam antígenos e os que detectam anticorpos. Dentre os testes que detectam antígeno, estão a microscopia em campo escuro, imunofluorescência direta com anticorpos monoclonais, Teste de Efetividade em coelhos (RIT) e Reação em Cadeia da Polimerase (PCR) (BINNICKER et al., 2011; KINGSTON et al., 2016).

Entre os exames que detectam anticorpos estão os testes treponêmicos e os não treponêmicos. A diferença entre estes é que os testes não treponêmicos são capazes de detectar anticorpos não específicos, enquanto os testes treponêmicos detectam anticorpos específicos para antígenos de *T.pallidum* (KINGSTON et al., 2016; ROMAGUERA, 2011).

Os testes não treponêmicos são úteis para detectar a doença na forma ativa ou reinfeção, titulação elevada indica infecção recente que apresentam queda progressiva ao longo dos anos mesmo sem tratamento. Os testes treponêmicos podem persistir positivamente por anos em 85,0% dos adultos corretamente tratados ou alguns nunca negativar, não sendo estes portanto considerados úteis para monitoramento da infecção. Por sua alta especificidade, os testes treponêmicos podem ser usados como método confirmatório para indivíduos com triagem positiva, além de indicação para confirmação da sífilis latente ou terciária que

possuem sorologia não treponêmica negativa (MILANEZ; AMARAL, 2008; ROMAGUERA, 2011). Os Quadros 3 e 4 abaixo apresentam a técnica usada em cada teste não treponêmico e treponêmico.

Quadro 3. Testes não treponêmicos utilizados para o diagnóstico da sífilis.

Técnica	Testes
Floculação	VDRL (Venereal Disease Laboratory) RPR (Rapid Test Reagin) USR (Unheated Serum Reagin) TRUST (Toluidine Red Unheated Serum Test)
Aglutinação	TR - Testes Rápidos
Imunoenzimáticos	ELISA (Enzyme Linked Imunosorbent Assay)
Imunocromatográficos	TR - Testes Rápidos

Fonte: Adaptado de Sífilis - Estratégias para Diagnóstico no Brasil. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Brasil (2010a).

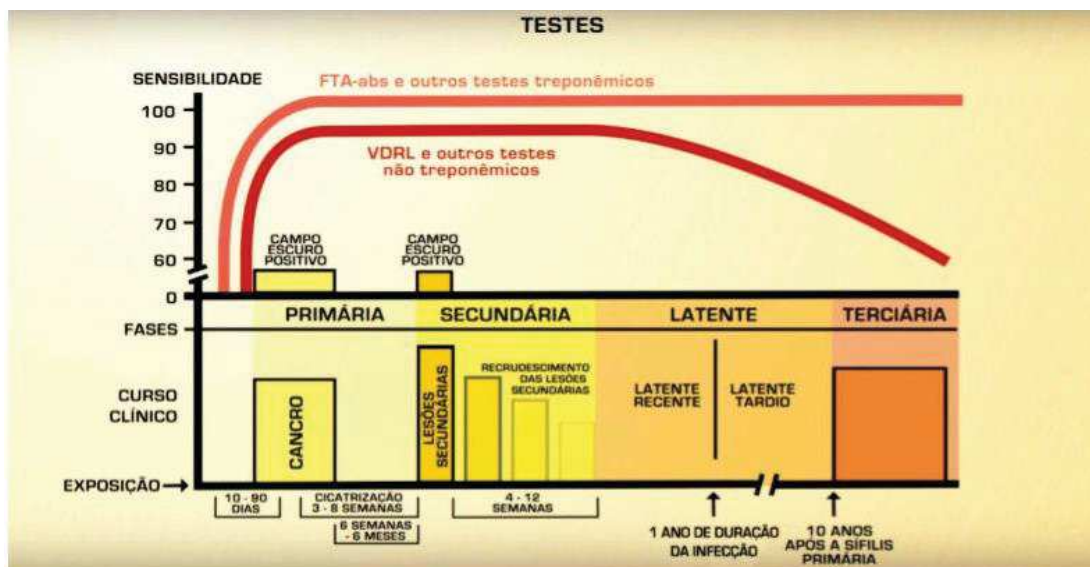
Quadro 4. Testes treponêmicos utilizados para o diagnóstico da sífilis.

Técnica	Testes
Imunofluorescência indireta	FTA-ABS (Fluorescent Treponemal Antibody Absortion)
Hemaglutinação	MHA-TP (Microhemaglutinação para Tremonema pallidum)
Aglutinação de partículas	TP-PA (Treponema pallidum Particle Agglutination Assay)
Imunoenzimáticos e suas variações	ELISA (Enzyme Linked Immunosorbent Assay) CMIA (Ensaio Imunológico Quimioluminescente Magnético)
Teste Moleculares	PCR (Reação em Cadeia da Polimerase)

Fonte: Adaptado de Sífilis - Estratégias para Diagnóstico no Brasil. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Brasil (2010a).

O teste confirmatório no Brasil não é de caráter obrigatório para todas as investigações, sendo o FTA-ABS considerado o teste confirmatórios padrão outro para a sífilis. O FTA-ABS pode tornar-se reativo por volta de três semanas após a infecção (BINNICKER et al., 2011; BRASIL, 2016a). A Figura 2 apresenta o nível de sensibilidade dos testes treponêmicos e não treponêmicos em cada fase da sífilis não tratada. É notável que que os testes FTA-ABS e outros testes treponêmicos são mais sensíveis em todas as fases.

Figura 2. Desempenho dos testes laboratoriais associados às fases da sífilis não tratada.



Fonte: Manual técnico do diagnóstico da sífilis. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais. Brasil (2016a).

No neonato, a sorologia deve ser realizada por coleta de sangue periférico, o sangue do cordão umbilical não representa segurança para diagnóstico, uma vez que este traz anticorpos maternos transferidos via placentária, podendo resultar em falso positivo. O resultado negativo do VDRL no neonato, apenas, não exclui o diagnóstico da SC, necessitando repetição dos testes sorológicos aos três meses de idade, em decorrência da possibilidade de positivação tardia para sífilis (BRASIL, 2009; BRASIL, 2010a).

O diagnóstico em assintomáticos é uma área em teste que ainda requer melhorias. Como os anticorpos maternos não-treponêmicos e treponêmicos podem ser transferidos da mãe, teste treponêmico do soro neonatal é de difícil interpretação, não sendo recomendado para uso isolado. Um lactente com um título sérico RPR ou VDRL reativo ≥ 4 vezes maior que o da mãe é muito sugestivo de sífilis congênita, não excluindo o diagnóstico na sua ausência. O exame clínico, hemograma alterado, VDRL do LCR reativo, testes de função hepática, ou radiografias sugestivas de alterações de ossos longos podem apoiar o diagnóstico de sífilis congênita (PEELING, 2018).

Dentre as alterações laboratoriais do exame liquorico do RN estão principalmente a trombocitopenia, anemia, leucocitose ou leucopenia conforme apresentado no Quadro 5, e são direcionados à suspeita de neurosífilis.

Quadro 5. Valores de exame liquorico direcionados à suspeita de neurosífilis.

Parâmetro	Recém-nascido	> 28 dias
Leucócitos	> 25 celular/mm ³	> 5 celular/mm ³
Proteínas	> 150 mg/dL	> 40mg/dL
VDRL	Reagente	Reagente

Fonte: Adaptado de Manual técnico do diagnóstico da sífilis. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais. Brasil (2016a).

2.7.5 - Sorologia falso-positiva

Atualmente, vem sendo contestada a triagem realizada com teste não treponêmico isolado, devido a janela de falso negativo existente e à pouca sensibilidade do teste. Recomenda-se então a triagem com teste não treponêmico associada ao teste treponêmico confirmatório, em que a possibilidade de falso negativo é menor (ROMAGUERA, 2011).

A porcentagem de falsos positivos varia muito na literatura e alguns fatores podem interferir na fidedignidade dos resultados, conforme o Quadro 6, levando a não identificação da doença durante a triagem gestacional como: a sensibilidade do kit utilizado, seguimento das normas de execução, subjetividade na interpretação do examinador, a baixa sensibilidade em algumas fases da infecção, possibilidade de falso negativo na gestante ou por efeito prozone nos teste não treponêmicos (ROMAGUERA, 2011).

Quadro 6. Situações que podem gerar resultados falso-positivos nos testes não treponêmicos.

Falso-positivos transitórios	Falso-positivos permanentes
<ul style="list-style-type: none">- Infecções- Vacinação- Uso concomitante de medicamentos- Gestação- Após hemotransusão	<ul style="list-style-type: none">- Lúpus eritematoso sistêmico- Hepatites virais crônicas- Usuários de drogas ilícitas injetáveis- Hanseníase- Malária- Idosos- Síndrome antifosfolípídicas

Fonte: Adaptado de Manual técnico do diagnóstico da sífilis. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais. Brasil (2016a).

Os títulos do VDRL são considerados positivos quando $\geq 1:16$. Títulos inferiores são considerados falso positivos quando teste treponêmico negativo. Títulos baixos podem permanecer positivados, principalmente em casos associados a patologias como lúpus, síndrome antifosfolípídica, hepatite crônica, hanseníase, malária e leptospirose, entre outros; também podem ser títulos temporários em algumas infecções, vacinações, medicamentos e transfusões de hemoderivados (NADAL; FRAMI, 2007).

Quando VDRL e ELISA forem positivos com história de sífilis de até 12 meses e a titulação do VDRL for de 1:8 ou inferior, estes são classificados como portadores da sífilis latente precoce. Quando VDRL e ELISA positivos, sem história sífilis, são classificados como sífilis latente tardia (NADAL; FRAMI, 2007).

Na sífilis tratada adequadamente, o teste não treponêmico, na maioria das vezes, evolui para negatificação, em alguns casos entretanto, os títulos do VDRL permanecem baixos, até 1:2. Tal situação é chamada de “serofast” ou memória imunológica residual, entretanto é um erro considerar títulos baixos somente como cicatriz sorológica ou reação falsa positiva, é necessário associar o resultado à história clínica e de tratamento do paciente (HEBMULLER et al., 2015).

Indivíduos com repetidas infecções têm maior predisposição a apresentar títulos sorológicos que aumentam a cada infecção subsequente. Para a maioria dos indivíduos tratados é esperada a reversão dos resultados e testes não reagentes entre 6 e 30 meses após o tratamento. Os títulos diminuem progressivamente, cerca de quatro vezes após o 3º mês e oito vezes no 6º mês após o tratamento (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).

O Quadro 7 apresenta as medidas de redução esperadas nas titulações após o tratamento adequado.

Quadro 7. Evolução de títulos em teste não - treponêmico, após tratamento da sífilis.

Tempo pós - tratamento	Média de redução esperada do título em relação ao diagnóstico inicial	Exemplo
3 meses	4 vezes	1:64 para 1:16
6 meses	8 vezes	1:64 para 1:8
2 anos	+ 8 vezes	1:64 para <1:8

Fonte: Guia de bolso para manejo da sífilis em gestantes e da sífilis congênita. Centro de referência e Tratamento DST/Aids-SP. Brasil (2016b).

2.8 Notificação Compulsória

A partir da portaria nº 542, de 22 de dezembro de 1986, a sífilis congênita é identificada como um agravo de notificação compulsória no Brasil, enquanto que a sífilis em gestantes só passou a ser notificada compulsoriamente a partir de 2005, pela Portaria nº 33, de 14 de julho (ROMAGUERA, 2011).

A notificação compulsória de um agravo visa reunir dados que permitam análise e leve a intervenções para redução de suas consequências. Na notificação da SG, a pretensão é reduzir a incidência e eliminar a SC resultante da transmissão vertical. A qualidade do

preenchimento das fichas de investigação para agravos de notificação compulsória é fundamental para o planejamento de intervenções (SACARENI; MIRANDA, 2012).

A vigilância epidemiológica direcionada à sífilis congênita ainda cursa em processo de evolução da descrição de magnitude e gravidade da doença (BRASIL, 2016a).

No Brasil, a baixa qualidade e subnotificação de dados comprometem a análise dos óbitos fetais e neonatais precoces. A mesma situação também é identificada em outros países da América Latina e Caribe (CARDOSO et al., 2016).

2.9 Tratamento

2.9.1 Tratamento da Gestante

Uma vez diagnosticada a gestante portadora de sífilis deve iniciar tratamento o mais precocemente possível, até a 20ª semana de gestação. Observa-se no entanto que, muitas mulheres não são testadas em momento oportuno, sendo o diagnóstico muitas vezes obtido tardiamente (KAMB et al., 2010; SÁ, 2010).

A única forma efetiva de evitar a transmissão vertical da sífilis é o tratamento adequado, segundo o estágio da sífilis, em esquema de penicilina G benzatina, finalizado até no mínimo 30 dias antes do parto, tendo ainda seu parceiro sexual tratado concomitantemente. O tratamento com a penicilina G benzatina apresenta em média 98,0% de taxa de sucesso nessa prevenção (BRASIL, 2014; CONITEC, 2015).

Doxiciclina e Ceftriaxona são utilizadas como drogas de segunda escolha ao tratamento penicilínico para sífilis, entretanto, a Doxiciclina é contraindicada no tratamento de gestantes. Dois testes realizados na África mostraram que uma dose oral única de Azitromicina era equivalente à penicilina G benzatina. Entretanto, antibióticos macrolídeos como a Azitromicina e a Eritromicina não atravessam satisfatoriamente a barreira placentária (PEELING, 2018).

Em localidades como Austrália, China, Estados Unidos e Europa, cepas do *T. pallidum* sofrem uma mutação que acarreta resistência à Azitromicina e outros antibióticos dessa classe. A OMS recomenda o uso de Azitromicina no tratamento da sífilis apenas em locais onde a prevalência de *T. pallidum* resistente seja muito baixa (PEELING, 2018).

O tratamento materno é considerado inadequado quando realizado em qualquer regime não penicilínico, incompleto, realizado no mês ascendente ao parto, com titulação sorológica não decrescente após o tratamento, tendo parceiro sexual não tratados ou ainda quando há

doses perdidas ou falta de informações suficientes sobre o caso (BRASIL, 2015; CHINAZZO; LEON, 2015).

O Quadro 8 apresenta o esquema terapêutico e alternativa para cada fase de sífilis, mediante realização de controle VDRL mensal.

Quadro 8. Resumo dos esquemas terapêuticos para sífilis e seguimento.

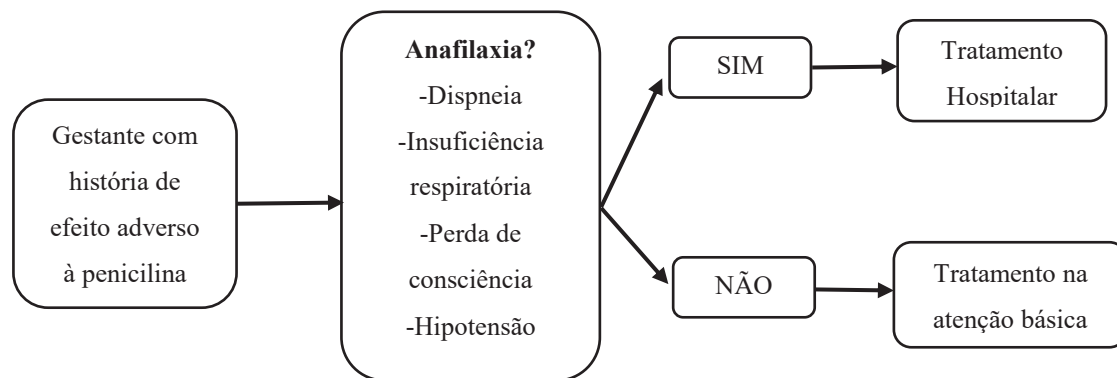
Estadiamento	Esquema terapêutico	Alternativa	Controle
Sífilis primária, secundária e latente recente	Penicilina G benzatina 2,4 milhões UI, IM, dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo)	Ceftriaxona 1g, IV ou IM, 1 vez ao dia, por 8 a 10 dias	VDRL mensal
Sífilis terciária, sífilis latente tardia ou latente com duração ignorada	Penicilina G benzatina 2,4 milhões UI, IM, semanal, por 3 semanas. Dose total: 7,2 milhões UI	Ceftriaxona 1g, IV ou IM, 1 vez ao dia, por 8 a 10 dias	

Fonte: Adaptado de Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Brasil (2015).

O seguimento para controle e cura deve ser realizado a cada 60 dias e em gestantes mensalmente. É importante manter o seguimento para detecção de possível indicação de retratamento, sendo este necessário quando elevação de títulos dos testes não treponêmicos em duas diluições (BRASIL, 2015).

A Figura 3 apresenta o fluxo de atendimento à gestante portadora de sífilis com história progressa de reação adversa à penicilina.

Figura 3. Fluxograma para definição de local de tratamento da gestante com sífilis.



Fonte: Adaptado de Guia de bolso para o manejo da sífilis em gestantes e da sífilis congênita. Centro de Referência e Tratamento DST/Aids-SP. Brasil (2016b).

2.9.2 Tratamento do parceiro

Na sífilis primária, o parceiro deve ser tratado usando a mesma dose de penicilina da mulher, independente das manifestações clínicas ou laboratoriais. Nas fases secundária e

terciária o tratamento deve ser realizado mediante avaliação clínica e laboratorial, tratando somente os casos confirmados (ROMAGUERA, 2011). Os parceiros sexuais deverão ser tratados quando expostos nos últimos 90 dias anteriores ao diagnóstico da sífilis primária, secundária ou latente precoce. Os parceiros sexuais antigos da paciente portadora de sífilis latente também precisam ser avaliados e o não tratamento de parceiros positivos resulta na possibilidade de reinfecção para a mulher (HOLANDA et al., 2011).

O desabastecimento nacional de penicilinas em decorrência da falta de matéria-prima específica para a sua produção no mercado mundial, tem sido um problema recente. Em 2015, o MS publicou a Nota Informativa Conjunta nº 109/2015/GAB/SVS/MS, que norteia quanto à priorização da penicilina G benzatina para sífilis em gestantes e penicilina G cristalina para sífilis congênita (LAZARINI; BARBOSA, 2017).

A maior limitação encontrada no tratamento do parceiro, refere-se ao fato de os antibióticos de segunda escolha serem de uso contínuo entre oito e quinze dias, dificultando ainda mais a adesão ao esquema terapêutico completo. Essa resistência ao tratamento aumenta as chances de reinfecção da gestante, além da resistência ao treponema (LAZARINI; BARBOSA, 2017).

2.9.3 Tratamento da sífilis congênita

As penicilinas G cristalina ou G procaína são as drogas utilizadas no tratamento da SC, embora alguns evidências científicas demonstrem que a cristalina possua melhores efeitos em comparação a procaína. A penicilina G benzatina não apresenta efeito satisfatório em RN, sendo desconsiderada para tratamento de sífilis congênita (BRASIL, 2016b).

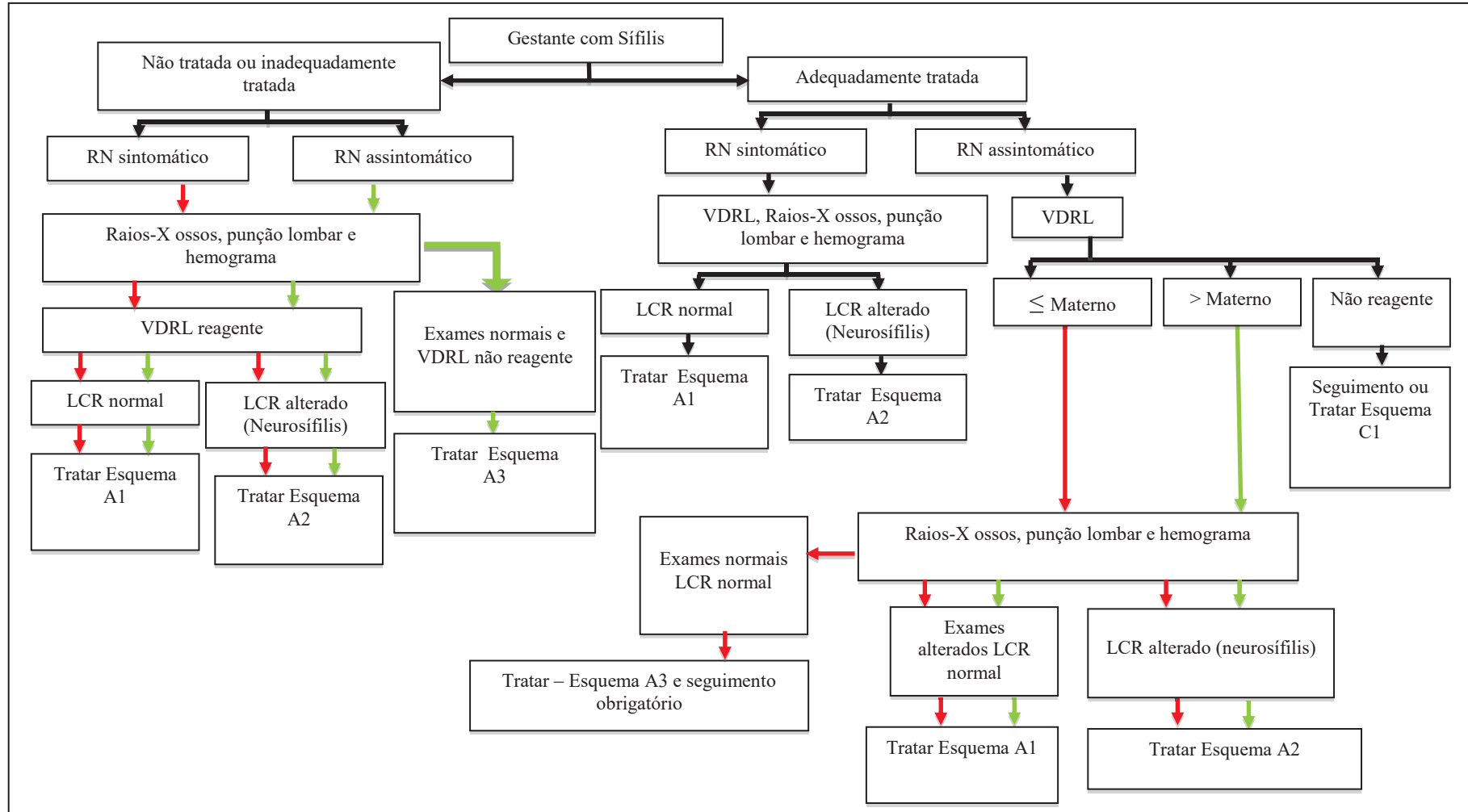
Crianças com quadro clínico e sorológico sugestivo de sífilis congênita no período pós-neonatal devem ser criteriosamente avaliadas e uma vez confirmado o diagnóstico, deve-se proceder ao tratamento com penicilina G cristalina a cada 4 horas, ou para penicilina G procaína a cada 12 horas (BRASIL, 2016b). Se o RN não estiver em condições de receber medicação IM, a Ceftriaxona pode ser a droga de escolha e a monitorização rigorosa deve ser mantida. Quando probabilidade ou confirmação de neurosífilis preconiza-se o uso de 100mg/Kg de Ceftriaxona venoso como dose de ataque, seguida de 80mg/Kg uma vez ao dia por 10 a 14 dias (BRASIL, 2015). O esquema de tratamento é determinado segundo o Quadro 9 e o fluxograma de tratamento na Figura 4.

Quadro 9. Tratamento da sífilis congênita no período neonatal, segundo a situação clínica e laboratorial da mãe.

A – Para todo RN de mãe com sífilis não tratada ou inadequadamente tratada, independente do resultado do teste não treponêmico do RN, devem realizar hemograma, radio X de ossos longos e punção lombar.	
Situação	Esquema Terapêutico
A1 – Alterações clínicas e/ou imunológicas e/ou radiológicas e/ou hematológicas.	Penicilina G cristalina, 50.000 UI/Kg/dose, IV, a cada 12 horas (nos primeiros 7 dias de vida) e a cada 8 horas (após 7 dias de vida), durante 10 dias; OU Penicilina G procaína 50.000 UI/Kg, dose única, IM, por 10 dias.
A2 – Alterações liquóricas.	Penicilina G cristalina, 50.000 UI/Kg/dose, IV, a cada 12 horas (nos primeiros 7 dias de vida) e a cada 8 horas (após 7 dias de vida), durante 10 dias.
A3 – Ausência de alterações clínicas, radiológicas, hematológicas e/ou liquóricas, e teste não treponêmicos não reagente.	Penicilina G benzatina, na dose única de 50.000 UI/Kg, IM. O acompanhamento é obrigatório, com teste não treponêmico sérico após conclusão do tratamento. Quando não for possível acompanhamento, o RN deverá ser tratado em esquema A1.
B – Para todo o RN de mãe adequadamente tratada, realizar o teste não treponêmico em amostra de sangue periférico. Se reagente e com titulação maior do que a materna, e/ou na presença de alterações clínicas, realizar hemograma, raio X de ossos longos e análise do LCR.	
Situação	Esquema Terapêutico
B1 – Alterações clínicas e/ou radiológicas e/ou hematológicas, sem alterações liquóricas.	Esquema A1.
B2 – Alteração liquórica.	Esquema A2.
C – Para RN de mãe adequadamente tratada, realizar o teste não treponêmico em amostra de sangue periférico.	
Situação	Esquema Terapêutico
C1 – RN assintomático e teste não treponêmico não reagente, proceder apenas ao seguimento clínico-laboratorial. Na impossibilidade de garantir o seguimento, deve-se proceder ao tratamento do RN.	Penicilina benzantina, IM, na dose única de 50.000 UI/Kg.
C2 – RN assintomático e teste não treponêmico reagente, com título igual ou menor que o materno, acompanhar clinicamente. Na impossibilidade do seguimento clínico, investigar e tratar de acordo com alterações liquóricas.	Esquema A1 (sem alterações de LCR); Esquema A2 (com alterações no LCR); Esquema A3 (Penicilina G benzantina + seguimento obrigatório, se exames normais e LCR normal).

Fonte: Adaptado de Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Brasil (2015).

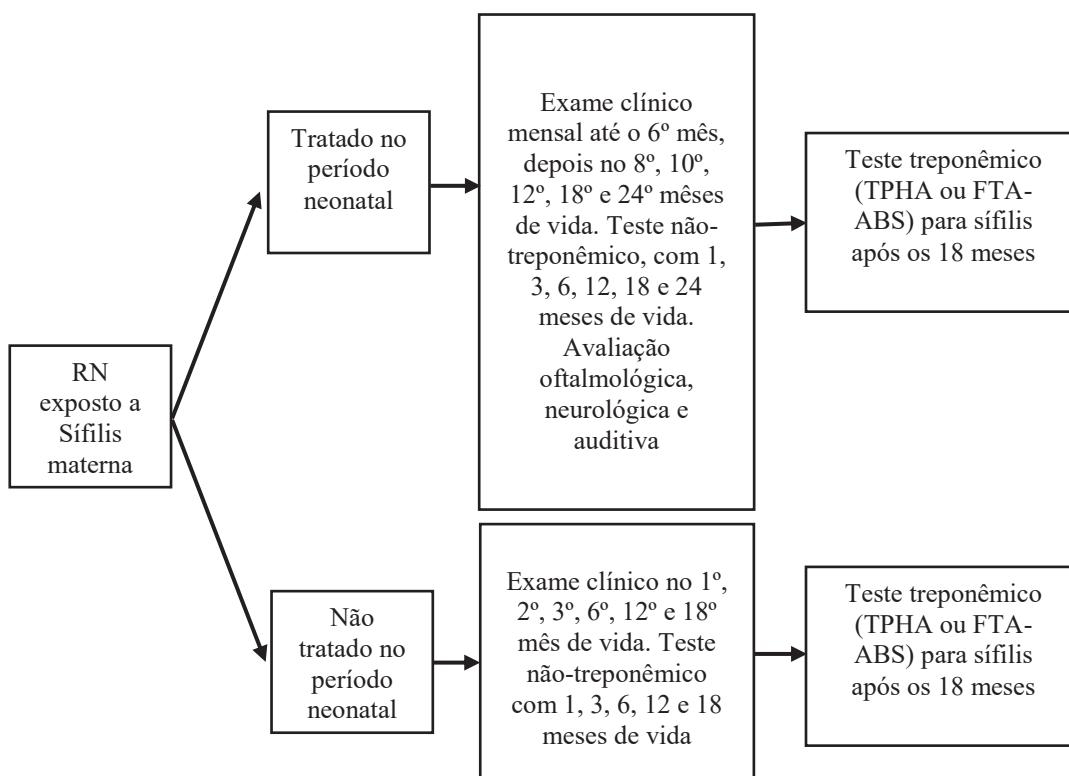
Figura 4. Fluxograma de condutas para o recém-nascido exposto a sífilis.



Fonte: Adaptado de Guia de bolso para o manejo da sífilis em gestantes e da sífilis congênita. Centro de Referência e Tratamento DST/Aids-SP. Brasil (2016b).

No seguimento dessas crianças quando o teste não treponêmico for negativado em dois exames consecutivos, o seguimento pode ser interrompido, se elevação do título ou permanência de valores não negativados até o 18º mês de vida, faz-se necessário nova investigação da criança. Uma vez apresentando alteração liquórica a reavaliação deve ser realizada a cada 6 meses (BRASIL, 2017b). O seguimento do RN exposto deve seguir conforme o fluxograma apresentado na Figura 5.

Figura 5. Fluxograma de seguimento do recém-nascido exposto à sífilis materna.



Fonte: Guia de bolso para o manejo da sífilis em gestantes e da sífilis congênita. Centro de Referência e Tratamento DST/Aids-SP. Brasil (2016b).

2.10 Alergia e reações adversas à Penicilina

A Reação de Jarisch-Herxheimer é caracterizada um tipo de reação adversa não caracterizada com reação alérgica. Na fase secundária da sífilis, a primeira dose da penicilina deverá ser realizada em ambiente hospitalar, pois o indivíduo pode manifestar exacerbação das lesões cutâneas, com eritema, dor ou prurido; tais alterações são autolimitadas, regredindo de 12 a 24 horas, sem a necessidade da interrupção do tratamento, geralmente vem associada a febre, artralgia e mal-estar (BRASIL, 2015). Gestantes que manifestam a reação de Jarisch-Herxheimer ter risco de trabalho de parto prematuro (BRASIL, 2016b).

Em casos de alergia confirmada à droga, é recomendada a realização da dessensibilização em ambiente hospitalar, e posterior tratamento com a penicilina G benzatina, para adultos infectados. Quando impossibilidade de realizar a dessensibilização durante a gestação, o tratamento poderá ser conduzido à base de Ceftriaxona (BRASIL, 2009; BRASI, 2015).

2.11 Controle e eliminação da sífilis

A eliminação da transmissão vertical da sífilis é um problema de saúde pública e um indicador de baixa qualidade assistencial, por se tratar de um agravo plenamente evitável e ainda tratável (SVECOVÁ; LUHA, 2017). A qualidade da assistência prestada na gestação, parto e puerpério é tida como importante fator para redução da transmissão vertical da sífilis, assim como demais doenças infectocontagiosas (MAGALHÃES et al., 2011). Entretanto, os esforços nacionais e determinação de metas não têm sido suficientes para conter o avanço da sífilis que vem apresentando índices cada vez mais alarmante a nível mundial (BRASIL, 2015; LAFETÁ et al., 2016; BRASIL, 2017a).

Os critérios adotados como padrão internacional para eliminar a transmissão vertical da sífilis ainda estão em processo de validação e visam alcançar uma cobertura pré-natal acima de 95%, cobertura de testagem e tratamento de sífilis em gestantes superior a 95%. (SVECOVÁ; LUHA, 2017).

A agenda das ações estratégicas para redução da sífilis congênita no Brasil foi elaborada pelo MS em 2016 e busca qualificar a atenção à saúde e compartilhar responsabilidades com prazo de execução 2017 a 2019. Com isso, espera-se maior impacto das ações da atenção primária à saúde no combate à sífilis no país (BRASIL, 2017a).

Alguns agravantes dificultam a eliminação da sífilis no mundo como o subdiagnóstico e subnotificação, baixa alocação de recursos, limitações de acesso à prevenção e serviços de saúde resolutivos, além do estigma que afetam as pessoas (MACÊDO, 2015).

A WHO, no ano de 2017, estabeleceu alguns direcionamentos quanto ao rastreamento da sífilis em gestantes, a partir de oito recomendações. Esta aborda que o rastreamento para sífilis de todas as gestantes deve ser realizado na consulta de pré-natal; em unidades com baixa cobertura de rastreamento e tratamento de sífilis, elevada perda de seguimento de gestantes ou capacidade laboratorial limitada, também sugere a realização de teste rápido no local. Quando baixa prevalência de sífilis (inferior a 5%), a diretriz sugere que um único teste rápido de sífilis seja usado para triar gestantes. Em locais com alta prevalência de sífilis

(superior a 5%), a diretriz sugere um teste rápido no local e, quando positivo, o fornecimento de uma primeira dose de tratamento e um teste confirmatório.

Gestantes com sífilis precoce, a WHO (2017) recomenda o uso da penicilina G benzatina 2,4 milhões de unidades uma vez, por via intramuscular. Quando a penicilina benzatina não pode ser usada, a diretriz sugere o uso, com cautela, da Eritromicina 500 mg por via oral quatro vezes diariamente por 14 dias, ou Ceftriaxona 1g por via intramuscular uma vez ao dia por 10-14 dias, ou Azitromicina 2g uma vez por via oral.

Em mulheres grávidas com sífilis tardia ou desconhecida, recomenda-se o uso de penicilina G benzatina 2,4 milhões de unidades por via intramuscular, uma vez por semana durante três semanas. Quando a penicilina G benzatina não pode ser usada a diretriz da WHO sugere o uso cauteloso, da Eritromicina 500 mg por via oral quatro vezes ao dia, por 30 dias (WHO, 2017).

Acerca da temática envolvida nesse estudo, foi realizado uma revisão de artigos científicos nacionais, cujos dados encontrados estão apresentados no Quadro 10.

Quadro 10. Revisão de artigos científicos: sífilis congênita e gestacional no Brasil.

Referência	Local	Casuística	Principais Parâmetros	Resultados
Almeida; Pereira (2007).	Salvador/BA	Descreve a ocorrência da sífilis congênita em Salvador.	<p>1- A população do estudo foi constituída por todos os casos de sífilis congênita ocorridos em Salvador.</p> <p>2- Comparações das informações dos casos de óbitos registrados no SINAN, com as fichas de investigação/notificação de SC.</p> <p>3- Para a caracterização dos casos foram utilizadas as variáveis relativas à mãe e aos casos. De sífilis congênita.</p>	<p>1- Foram notificados 741 casos de SC, sendo 392 casos elegíveis na primeira análise e 684, na segunda análise. A taxa de mortalidade por 100.000 nascidos vivos esteve entre 3,91 e 15,60.</p> <p>3- Com relação as características maternas, a faixa etária foi de 16 a 30 anos; maioria tinha primeiro grau (31,6%), eram domésticas (53,8%), tiveram de 1 a 2 gestações anteriores (38,5%), tinham parido de 1 a 2 vezes (47,7%), não tiveram aborto (72,7%) nem natimortos (93,9%). Apenas 176 fizeram pré-natal, com variação do número de consultas de 1 a mais de 6, sendo a maior frequência de 4 a 6 consultas (51,7%).</p> <p>4- Com relação aos casos de sífilis congênita, o predomínio da ausência de informações foram relativas às variáveis: alteração liquórica, com 70,4%, e diagnóstico sorológico para HIV, com 52,3%.</p>
Alves et al. (2016).	Alagoas	Ocorrência de sífilis congênita segundo incidência, distribuição regional, perfil epidemiológico e fatores assistenciais das gestantes, e taxa de letalidade	<p>1- Estudo de todos os casos a partir de dados do SINAN, no período de 2007 a 2011.</p> <p>2- Os campos utilizados para a condução da pesquisa foram: cidade de procedência, idade, auto declaração para a cor da pele, nível de escolaridade, exames pré-natais durante a gestação, momento de detecção da sífilis, início do tratamento e acompanhamento, tratamento do parceiro, teste VDRL no momento do parto e a evolução do caso clínico.</p>	<p>1- Notificou-se 1.258 casos de SC. O valor de incidência média obtido para o período foi de 4,8 casos a cada 1.000 nascidos vivos.</p> <p>2- Houve predomínio (49,8%) de mulheres com idade entre 20 e 29 anos. A cor da pele mais frequente foi a parda (78,1%) seguida pela branca (11,9%). Quase 60,0% das grávidas analisadas possuíam baixa escolaridade e 68,4% realizaram exames pré-natais.</p> <p>3- Das gestantes, 58,8% não foram tratadas. Das 391 gestantes que receberam tratamento, 85,0% o teve de forma inadequada, dos parceiros, 65,8% não receberam. Do total de casos estudados, 4,0% das crianças foram a óbito pela doença.</p>

Cavalcante et al. (2017).	Palmas/TO.	Descreve o perfil epidemiológico dos casos notificados de sífilis em gestante e sífilis congênita.	<p>1- Realizado com dados do SINAN.</p> <p>2- Das variáveis maternas fizeram parte: idade, raça/cor, escolaridade, realização de pré-natal, momento do diagnóstico materno, classificação clínica da doença, teste treponêmico, teste não treponêmico, esquema de tratamento prescrito à gestante, tratamento do parceiro.</p> <p>3- Como variáveis do recém-nascido buscou-se a titulação de VDRL, titulação de VDRL em líquido, alteração do exame dos ossos longos, evolução do caso.</p>	<p>1- Foram identificadas 171 gestantes com sífilis, predominaram 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 nascidos vivos 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%).</p> <p>2- Foram considerados como sífilis primária e/ou secundária 47,3% dos casos. Em 93% dos casos, pode-se identificar a titulação do VDRL, que variou entre 1:1 e 1:128. 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 manteve-se baixa (1,0%).</p> <p>3- Entre os nascidos vivos com SC, 51,0% apresentaram VDRL reagente e somente 1,0% apresentaram alteração no raio-X de ossos longos; ao se analisar a evolução dos casos 78,9% foram classificados como vivos.</p>
Cerqueira et al., (2017).	Rio de Janeiro	Prevalência de sífilis em parturientes, incidência de sífilis congênita e sua correspondente subnotificação, bem como a taxa de transmissão vertical.	<p>1- Total de 2.041 gestantes participantes.</p> <p>2- O critério de inclusão foi VDRL positivo e teste treponêmico realizado em ambiente hospitalar.</p>	<p>1- Com 79 casos de parturientes com sífilis identificados.</p> <p>2- A incidência de SC foi de 22 / 1.000 nascidos vivos em 2012, 17 / 1.000 em 2013 e 44,8 / 1.000 nascidos vivos em 2014.</p> <p>3- A notificação de sífilis congênita atingiu 92,3% dos casos e apenas quatro casos não foram relatados oficialmente.</p>
Chinazzo; Leon (2015).	Canoas/RS	Prevalência, perfil clínico e epidemiológico da SC em um hospital universitário.	<p>1- Trata-se de um estudo de caso-controle, com revisão de prontuários.</p> <p>2- As variáveis consideradas quanto à mãe foram a idade, cor da pele, número de consultas PN realizadas, sorologias realizadas no PN e no momento do parto, período do diagnóstico da sífilis materna, titulação do VDRL da mãe, tratamento utilizado pela</p>	<p>1- Foram 88 casos identificados como sífilis materna, todos correlacionados com neonatos diagnosticados com sífilis congênita. Observou-se uma prevalência de 2,29%. Entre as pacientes com diagnóstico de sífilis, 43,2% realizaram 6 ou mais consultas pré-natais, contra 62,3% do grupo controle; 55,7% realizaram triagem pré-natal com exames sorológicos no 1º trimestre, contra 90,3% do outro grupo. Entre os casos,</p>

			<p>mãe e pelo parceiro.</p> <p>3- Quanto ao neonato foram consideradas a idade gestacional, sexo, peso, titulação do VDRL, exame do líquido, e raios-X de ossos longos.</p>	<p>dos 63,6% de pacientes com diagnóstico de sífilis durante a gestação, 89,3% usaram penicilina no tratamento, e 53,8% o completaram. Dos parceiros, 23,2% realizaram o tratamento.</p> <p>2- No perfil dos RNs, 36,4% deles apresentaram titulação de VDRL de 1:1, e 63,6% maior que 1:2, sendo que 25% destes era maior que 1:4, e 2 pacientes apresentaram titulação de VDRL 4 vezes maior que a titulação materna. Um recém-nascido apresentou o exame do LCR positivo para VDRL, e 2 apresentaram o exame de RX de ossos longos com alterações.</p>
Domingues; Leal (2016).	Estudo nacional	Incidência de sífilis congênita ao nascimento e fatores associados à transmissão vertical da sífilis.	<p>1- Realizado com 23.894 puérperas.</p> <p>2-Foi realizada a caracterização demográfica, socioeconômica e dos antecedentes de risco das puérpera, indicadores da assistência pré-natal e análise dos desfechos perinatais.</p>	<p>1- A incidência de sífilis congênita estimada para o país foi de 3,51 por mil nascidos vivos, variando de 1,35 por mil na Região Centro-oeste a 4,03 por mil na Região Nordeste.</p> <p>2- A taxa de transmissão vertical foi de 34,3%, sendo o menor valor observado na Região Centro-oeste (15%). Três regiões apresentaram transmissão vertical superior a 30%, com maior valor observado na Região Nordeste (37,9%).</p> <p>3- Casos de sífilis congênita estiveram associados à menor escolaridade materna, cor da pele preta e maior proporção de fatores de risco para prematuridade, bem como ao início mais tardio do pré-natal, menor número de consultas e menor realização de exames sorológicos.</p>
Lafetá et al. (2016).	Montes Claros/MG	Investigação de casos de sífilis congênita e materna notificados e não notificados em uma cidade brasileira de médio porte.	<p>1- As variáveis analisadas foram: número de consultas, escolaridade, tratamento da gestante, estado civil, faixa etária, início do pré-natal e idade gestacional do diagnóstico.</p>	<p>1- Foram identificados 93 casos de sífilis materna e 54 casos de sífilis congênita.</p> <p>2- As gestantes analisadas foram, predominantemente, de cor parda, apresentando ensino médio/superior, com faixa etária entre 21 e 30 anos e estado civil solteira. Considerando acompanhamento pré-natal das gestantes com sífilis, observou-se predomínio do diagnóstico tardio, após o parto ou a curetagem; a totalidade dos respectivos tratamentos foi considerada inadequada, segundo o MS.</p> <p>3- Nas gestantes com VDRL positivo, 25,8% dos RNs não foram testados para VDRL, 27,9% dos resultados foram positivos, 23,7%, negativos, e 16,1% evoluíram para abortamento ou natimortos; ainda, em 6,5% dos casos não havia informação sobre o exame realizado.</p>

Macêdo et al. (2017).	Recife/PE.	Determina os fatores sociodemográficos, comportamentais e de atenção à saúde relacionados à sífilis em mulheres atendidas em maternidades públicas.	1- Estudo Caso-Controlado, de variáveis sociodemográficas: idade, estado civil, raça, renda domiciliar, nível de escolaridade, inserção no mercado de trabalho, acesso à internet e telefone. 2- As variáveis comportamentais foram: religião, idade da primeira relação sexual e primeira gestação, número de gestações anteriores e parceiros sexuais, frequência de uso de preservativo, idade em que começou a fumar, uso de bebidas alcoólicas ou drogas ilícitas. Investigou-se ainda a assistência obstétrica e de saúde.	1- Os participantes apresentaram similaridade entre as faixas etárias, quanto ao nível de escolaridade, 37% não concluíram o ensino fundamental ou eram analfabetas, a maioria das mulheres (40%) relatou ter renda domiciliar per capita entre 1/2 e 1/4 do salário mínimo, e apenas 9% tinham salários mais altos. A maioria das mulheres não usava preservativo masculino ou feminino na relação sexual. 2- Houve um risco maior de sífilis entre mulheres múltiplas e entre aquelas que relataram que o parceiro atual é usuário de drogas ilícitas.
Oliveira; Santos (2015).	Bahia	Perfil epidemiológico de sífilis congênita no Estado da Bahia.	1- Estudo realizado a partir de dados do SINAN. 2- Foram empregadas as variáveis: município de residência, região de saúde, escolaridade da mãe, realização do pré-natal, sífilis materna, tratamento do parceiro, classificação final e evolução.	1- Verificou-se um total de 1594 casos confirmados de sífilis congênita. 2- Os maiores números de casos confirmados foram em Salvador, com 638 casos, Feira de Santana, com 77 e Camaçari, com 76. Quanto a escolaridade materna 23,0% tinham até 8 anos de estudo, no entanto, o número de casos de mães com registro de escolaridade ignorada/em branco é de 630 (39,4%). Em 528 casos, o diagnóstico de sífilis materna ocorreu no período do pré-natal e, em 511, ocorreu no momento do parto/curetagem. O parceiro recebeu tratamento em 9,6% dos casos.
Rezende; Barbosa (2015).	Goiás	Incidência da SC como indicador da assistência de pré-natal.	1- Pesquisa com dados fornecidos pelo SINASC, DATASUS, SINAN e SIM. 2- Os dados foram referentes a avaliação da cobertura de equipes de atenção básica em saúde e da assistência de pré-natal, análise do número de casos de sífilis em gestantes diagnosticados e notificados, análise do perfil sociodemográfico, o trimestre de diagnóstico, classificação clínica e esquema terapêutico. Foi avaliado também o percentual de parceiros tratados concomitantes com as gestantes.	1- No período avaliado, houve 3.382 casos de sífilis em gestante diagnosticados. Houve aumento anual no número de casos, no período. 2- As regionais com o maior número de casos de SG diagnosticados, são: Central (913), Sudoeste 1 (533) e Entorno Sul (399). A taxa de incidência permanece acima da meta proposta pelo MS (< de 1 caso/1000 nascidos vivos). 3- Com relação às mães dos nascidos, 9,3% tiveram esquema terapêutico adequado, podendo ter ocorrido a reinfecção em razão do parceiro não ter sido tratado concomitantemente, apenas 18% dos parceiros sexuais foram tratados.
	Amazonas, Ceará,		1- Distribuições proporcionais das variáveis sociodemográficas e clínicas disponíveis no SINAN,	1- A escolaridade foi maior no Distrito Federal e no Rio Grande do Sul. A heterogeneidade na distribuição de raça/cor

<p>Saraceni et al. (2017).</p>	<p>Espírito Santo, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul e no Distrito Federal</p>	<p>Descrever o perfil epidemiológico dos casos notificados de sífilis em gestantes e sífilis congênita.</p>	<p>calculadas a taxa de detecção de sífilis em gestantes e a taxa de incidência de sífilis congênita por 1.000 nascidos vivos. 2- A escolha de estados representando as diferentes regiões geográficas do Brasil foi necessária para contemplar a heterogeneidade no acesso aos serviços de saúde.</p>	<p>acompanhou as características regionais, com maior percentual de indígenas no Amazonas. Esse estado, junto com o Rio de Janeiro, teve maior proporção de casos em residentes na capital, enquanto que o Ceará, o Espírito Santo e o Rio Grande do Sul tiveram mais casos entre residentes em outros municípios. A maior parte das gestantes foi reagente ao teste não treponêmico. 2- 62,8% dos casos foram classificados como sífilis primária no Amazonas e 54,7% classificados como ignorados no Rio de Janeiro. 3- Quanto à situação de tratamento materno, foi considerado adequado em 266 (4,5%), inadequado em 3 474 (59,2%) e 1 473 (25,2%) não foram tratadas. Em 652 (11,1%) mulheres, essa informação era ignorada.</p>
--------------------------------	---	---	--	---

2.12 Atenção à saúde voltada as IST e fluxo de atendimentos no município de Guanambi, Bahia

A partir de comunicação pessoal nº 1/2018 da Coordenação de Atenção Básica do Município de Guanambi/BA, foi possível estabelecer o direcionamento e fluxo dos serviços relacionados à sífilis. O município conta com 19 unidades básicas de saúde, a rede de saúde conta ainda com o Centro de Testagem e Aconselhamento de IST que é o serviço de assistência especializada no tratamento das IST (CTA/SAE) como referência para encaminhamento de pacientes.

O município não possui protocolo próprio instituído voltado para atenção às ISTs, estando vigente os protocolos do MS para suas ações. As gestantes, como medida de rastreio precoce, realizam a triagem pré-natal por meio dos testes rápidos na UBS, assim como são encaminhadas para sorologia no CTA/SAE na primeira consulta de pré-natal e por volta da 30ª semana gestacional.

As unidades básicas contam com teste rápido não-treponêmico para HIV, Hepatite B e Sífilis. Todos os profissionais atuantes na ESF receberam treinamento para atuar no rastreio e intervenção da sífilis, assim como das demais ISTs. Quando a sífilis é diagnosticada tardiamente (durante o parto) a mãe é encaminhada para tratamento e acompanhamento no CTA/SAE.

Em comunicação pessoal nº 2/2018 da Coordenação do CTA/SAE, foi descrita o seguimento dado as IST no município de Guanambi. Esse serviço foi implantado em 2007, tornando Guanambi referência para 22 cidades vizinhas, as quais são direcionadas ao CTA/SAE.

As ações direcionadas à DST/AIDS somente entraram em vigor a partir de 2010. Antes ano de 2007, os serviços dessa natureza eram pouco específicos, os diagnósticos e tratamentos eram realizados aleatoriamente, sem a existência de um fluxo regular de direcionamento. Somente a partir de 2008 o município passou a alimentar de forma consistente o SINAN com as fichas de notificação compulsória da sífilis.

O CTA/SAE disponibiliza os serviços pelo SUS, funciona em livre demanda na ação de prevenção e diagnóstico para testagem e com agendamento programado para tratamento e acompanhamento de casos. No local é realizado testagem para HIV, Sífilis, Hepatites B e C e Vírus T-Linfotrófico Humano (HTLV), entretanto, o tratamento das Hepatites e HTLV é direcionado para realização em Vitória da Conquista/BA.

A instituição conta com equipe multidisciplinar de médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e psicólogo. Este serviço não oferece contra referência para as unidade de saúde de origem do paciente. O prontuário do paciente é mantido sob sigilo, arquivado por sequência numérica, para evitar vazamento de identidades.

O fluxo dos serviços passa por seis etapas. A primeira etapa é o acolhimento do paciente que posteriormente passa pelo aconselhamento coletivo, realizado por meio de uma palestra explicando sobre as ISTs e como é feito o acompanhamento do paciente no CTA/SAE. Em um terceiro momento ocorre a consulta de enfermagem individualizada para aconselhamento e orientações, no quarto momento ocorre a coleta de amostras para realização de sorologias.

Na quinta etapa são feitas as entregas de resultados, na modalidade porta fechada, para manter a privacidade e preservar a identidade do paciente. Finalmente, na última fase é realizado o direcionamento para o tratamento adequado, quando for necessário.

Em casos de gestante portadora do HIV, o filho recebe o leite artificial no próprio CTA/SAE e a criança exposta é acompanhada até um ano e seis meses de idade para só então ser classificado como não infectado ou confirmação a transmissão vertical.

Para fins desse estudo, entre os anos de 2009 e 2017 houveram 17 registros de gestantes portadoras de HIV, entretanto nenhuma dessas foi correlacionada à infecção por sífilis no mesmo período.

Vale ressaltar que as gestantes com diagnósticos prévios de HIV não são novamente registradas e permaneceram fora da contagem dos registros de 2009 a 2017, pois seu registro já havia sido contabilizada quando seu caso foi confirmado.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo primário:

Avaliar a prevalência e os fatores associados às sífilis gestacional e congênita no município de Guanambi/BA, de 2009 a 2017.

3.2 Objetivos secundários:

Descrever o perfil dos casos de sífilis gestacional e congênita no município de Guanambi/BA, de 2009 a 2017;

Investigar as associações entre características epidemiológicas dos casos de sífilis gestacional e congênita registrados no período;

Investigar as possíveis associações entre os indicadores de vulnerabilidade social e a prevalência de sífilis gestacional e congênita;

Descrever a distribuição regional e temporal dos casos notificados e investigados de sífilis gestacional e congênita no município de Guanambi/BA.

4. MÉTODO

4.1 Delineamento metodológico da pesquisa

Estudo epidemiológico, seccional, retrospectivo e analítico, que buscou descrever os casos de sífilis gestacional e congênita no município de Guanambi/BA, de 2009 a 2017, bem como os fatores sociodemográficos e clínicos, potencialmente associados aos casos descritos. O estudo analisou os dados disponíveis no SINAN, as fichas de notificação compulsória de sífilis gestacional e congênita, bem como as Declarações de Nascidos Vivos (DNV) dos neonatos notificados por sífilis congênita, no período delimitado, no município de Guanambi/BA. Os dados foram analisados e calculadas a variação da prevalência da infecção e as associações entre os indicadores de vulnerabilidade social em saúde com a incidência de casos.

4.2 Local, população, amostra e período de estudo

O município de Guanambi é referência na microrregião de saúde do estado da Bahia, possuindo, em 2017, 84.014 mil habitantes, segundo estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2018). O município presta assistência materno-infantil por meio de uma maternidade regional pública, a qual é pactuada com 42 municípios no estado. O grupo de estudo incluiu inicialmente 64 casos de sífilis gestacional, sendo que 60 casos foram confirmados. Para a sífilis congênita, 34 casos foram investigados, com 27 confirmados. As informações coletadas incluíram antecedentes epidemiológicos, histórico de tratamento, dados clínicos e sorológicos da sífilis, dados sociodemográficos e evolução dos casos.

Critérios de inclusão: Foram considerados elegíveis para este estudo todos os casos notificados e investigados de sífilis gestacional e congênita, registrados nos anos de 2009 a 2017, arquivados no Departamento de Vigilância Epidemiológica do município de Guanambi/BA, com dados sobre os aspectos clínicos, sorológicos, sociodemográficos e epidemiológicos disponíveis nas respectivas fichas de notificação compulsória e na declaração de nascido vivo.

Critérios de exclusão: Foram excluídas da pesquisa notificações de outros agravos e de sífilis com outras classificações que não congênita e gestacional; sífilis gestacional e congênita não notificados oficialmente; casos fora do período de corte da pesquisa; casos

notificados de maneira incompleta com menos de 75,0% dos campos obrigatórios preenchidos, assim como aqueles com informações inconsistentes.

4.3 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada entre os meses de abril e julho de 2018. Todas as fichas encontradas na vigilância epidemiológica do município foram também localizadas no SINAN, e subnotificações não foram detectadas nessa etapa. A busca nominal foi feita no Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC) para todos os nascidos vivos como “sífilis congênita precoce”, para obter informações referentes ao peso e *Apgar*, uma vez que esses dados não estavam disponíveis na ficha de notificação compulsória.

A busca realizada nesses dois bancos de dados objetivou minimizar as falhas de digitação, incompletude das informações e analisar as variáveis comuns nos dois bancos de dados para obter melhor consistência estatística e maior repertório de variáveis. Todas as fichas de ambos os bancos pesquisados foram cuidadosamente revisadas e pareadas em relação ao preenchimento para avaliar as divergências daquelas variáveis comuns. Foram descartadas deste estudo duas notificações de sífilis gestacional, por duplicidade de informações notificadas.

Como fatores de vulnerabilidade social e clínicos, foram considerados relevantes: escolaridade, ocupação, idade, acesso ao serviço de pré-natal, cor, zona de residência e antecedentes obstétricos de risco, como o número de abortos/perdas fetais, paridade, trimestre da gestação em que foi feito o diagnóstico e início do tratamento para a infecção. A definição dos casos de sífilis gestacional e congênita foi feita a partir das recomendações do Ministério da Saúde (2016), bem como a conclusão final contida nas notificações, conforme descrito a seguir.

A sífilis gestacional é definida quando detectadas evidências clínicas da doença e/ou sorologia não treponêmica reagente, com qualquer titulação, mesmo na ausência de resultados de testes treponêmicos, realizados no pré-natal, no parto ou na curetagem; ou quando detectada em gestante com teste treponêmico reagente e teste não treponêmico não reagente ou não realizado, sem registro de tratamento prévio (BRASIL, 2016b).

A sífilis congênita é definida para toda criança, aborto ou natimorto cuja mãe tenha apresentado durante o pré-natal, no momento do parto ou da curetagem, teste para sífilis não treponêmico reagente com qualquer titulação e teste treponêmico reagente, não tendo sido tratada ou tenha recebido tratamento inadequado (BRASIL, 2016a; BRASIL, 2016b).

A definição inclui ainda a criança cuja mãe não foi diagnosticada com sífilis durante a gestação e que apresentou teste não treponêmico reagente com qualquer titulação no momento do parto; a criança que a mãe não foi diagnosticada com sífilis durante a gestação e apresentou teste treponêmico reagente no momento do parto; a criança cuja mãe apresentou teste treponêmico reagente e teste não treponêmico não reagente no momento do parto, sem registro de tratamento prévio (BRASIL, 2016a; BRASIL, 2016b).

Recentemente um novo critério foi proposto, incluindo toda criança cuja mãe teve sífilis não tratada ou tratada inadequadamente, independente de presença de sinais e sintomas, ou resultados sorológicos, tratando-se de um caso de sífilis congênita devendo a criança ser avaliada e tratada (BRASIL, 2016b).

Com relação ao tratamento, são consideradas adequadamente tratadas, as gestantes com sífilis que usaram a dose correta de penicilina e finalizaram o tratamento pelo menos 30 dias antes do parto, tendo os parceiros tratados concomitantemente. São consideradas inadequadamente tratadas, aquelas pacientes que utilizaram outro medicamento que não a penicilina, ou que tenham feito tratamento com doses incorretas para a fase clínica da doença, ou cujo tratamento foi realizado ou finalizado a menos de 30 dias do parto, ou ainda que não apresentassem queda de títulos sorológicos após tratamento adequado; gestantes com parceiro não tratado, inadequadamente tratado ou sem informação disponível acerca do tratamento, também são consideradas inadequadamente tratadas (BRASIL, 2016a; BRASIL, 2016b).

Os fluxogramas para seleção de casos no SINAN, coleta do dados, seleção de casos de sífilis gestacional e sífilis congênita (neonato e puérpera) estão apresentados nas Figuras 6, 7, 8 e 9, respectivamente.

Figura 6. Fluxograma para seleção de casos no SINAN.

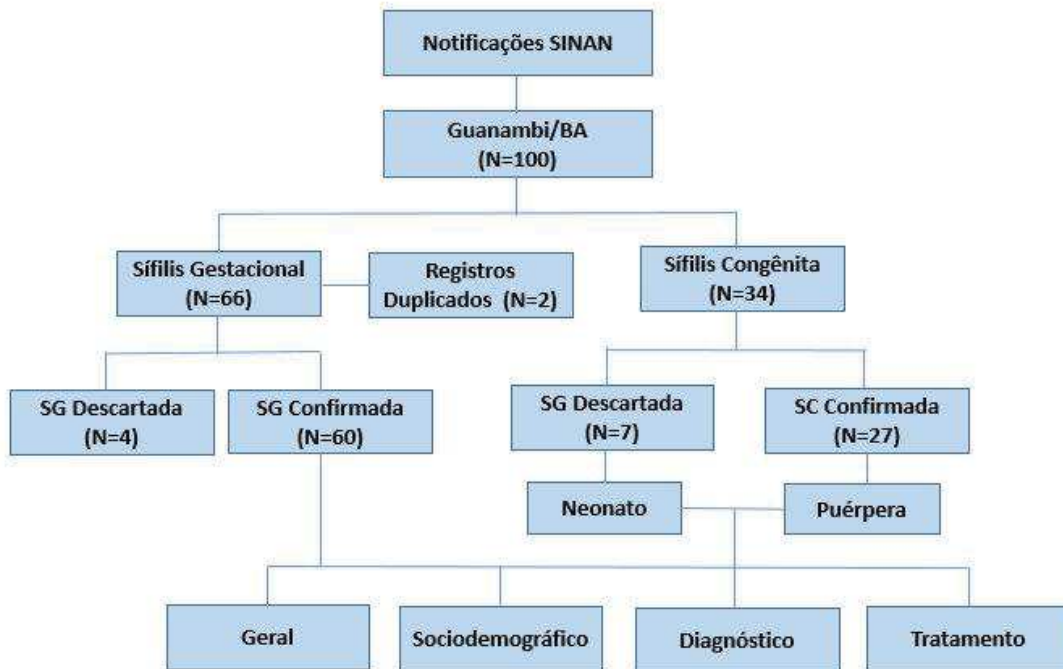


Figura 7. Variáveis investigadas nos casos de sífilis gestacional.



Figura 8. Variáveis investigadas nos casos de sífilis congênita (Neonato).

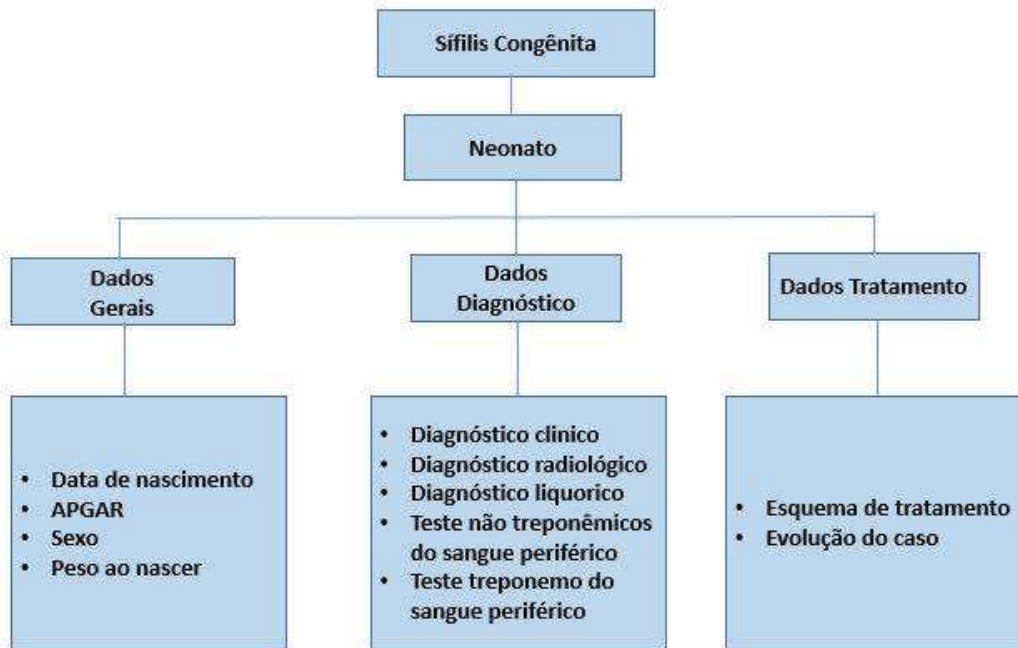
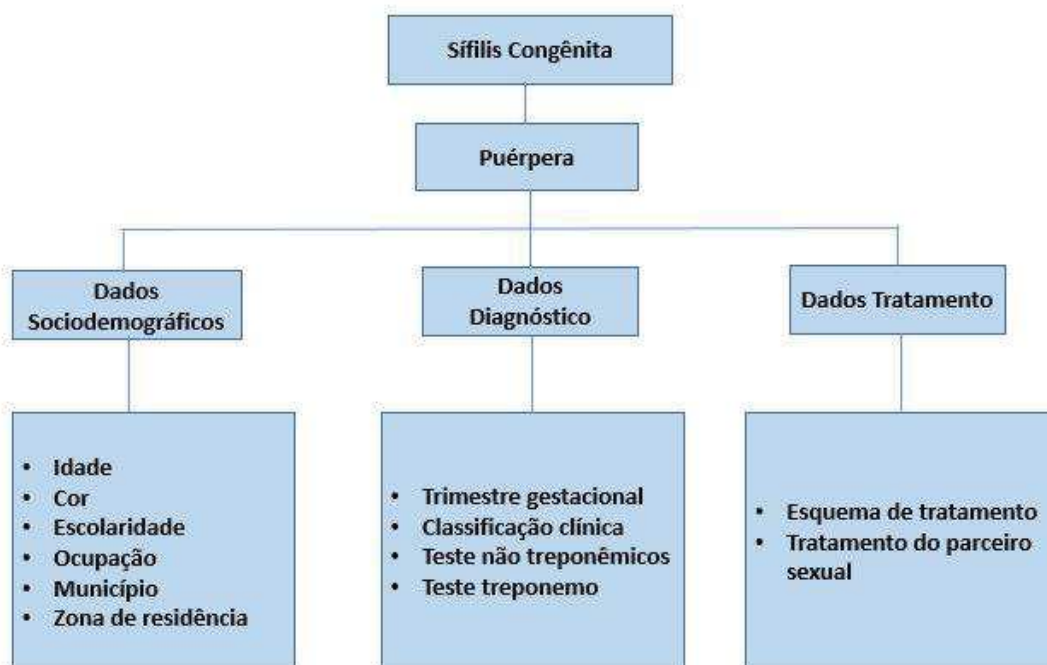


Figura 9. Variáveis investigadas nos casos de sífilis congênita (Puérpera).



4.4 Instrumento de coleta de dados

A coleta de dados foi organizada em instrumento padrão, estruturado em formato de *checklist*, seriado por sequência numérica (APÊNDICE A). A partir desse instrumento foram coletadas informações incluindo antecedentes epidemiológicos, histórico de tratamento, dados clínicos da sífilis, dados laboratoriais, sociodemográficos e evolução dos casos.

As variáveis maternas incluíram: data do diagnóstico, município e zona de residência, escolaridade, cor (autodeclaração), idade (anos completos), ocupação, resultados dos testes sorológicos treponêmicos e não-treponêmicos, classificação clínica, trimestre de gestação de identificação da sífilis, número de consulta pré-natal realizada, número de perdas fetais/abortos, esquema de tratamento próprio e dos parceiros.

Quanto ao neonato foram consideradas as variáveis: data do nascimento, sexo, peso ao nascer, *Apgar* no 1º e 5º minuto de vida, testes sorológicos treponêmicos e não-treponêmicos, diagnóstico clínico, radiológico, liquórico, esquema de tratamento e evolução do caso (APÊNDICE A). Sobre as características das puérperas, os dados da assistência pré-natal e dos desfechos perinatais foram analisados segundo o diagnóstico de sífilis na gestação e sífilis congênita.

4.5 Análise estatística dos dados

Os dados foram cuidadosamente revisados, posteriormente codificados e digitados em um banco de dados, utilizando o programa Microsoft Excel. A seguir foram apresentados em tabelas de contingência e analisados por estatística descritiva e inferencial.

Valores absolutos e relativos foram calculados para cada variável investigada e as comparações entre as proporções foram analisadas por meio do pacote estatístico *Statistical Package for Social Science* (SPSS) versão 22.0. A estatística inferencial foi feita com o Teste Exato de Fisher, com nível de significância de 5% ($p \leq 0,05$).

Para as análises espaciais foram utilizadas a técnica Sistema de Informação Geográfica (SIG). O SIG tem como desígnio o processamento de elementos gráficos e não-gráficos (alfanuméricos) com ênfase as análises espaciais (ROSA, 2005).

4.6 Aspectos éticos da pesquisa

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (CEP-PUC Goiás), no dia 23/09/2017 e aprovada em 17/10/2017, pelo parecer de número 2.332.721 (ANEXO I). O estudo foi realizado somente após apreciação e

aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás e mediante a autorização de acesso aos prontuários (APÊNDICE B) e manuseio dos mesmos (APÊNDICE C). A secretaria de saúde atuou como instituição coparticipante desta pesquisa, conforme declaração assinada pelo secretário de saúde (APÊNDICE D). Um roteiro de entrevista foi utilizado para coletar informações acerca da assistência aos casos de sífilis no município e o funcionamento do CTA/SAE (APÊNDICE E), com dispensa da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE F).

5. RESULTADOS

5.1 Casos notificados e confirmados de sífilis gestacional e congênita de 2009 a 2017

Durante o recorte temporal avaliado (2009-2017), foram registradas 64 notificações de sífilis gestacional e 34 de sífilis congênita, sendo a grande maioria destas posteriormente confirmada, SG 93,8% (n=60/64) e SC 79,4% (n=27/34). A maior parte das notificações de SG 98,4% (n=63/64) e de SC 91,2% (n=31/34) ocorreu a partir do ano de 2011.

No que se refere à SG, 2009 foi o único ano sem registros do agravo, com aumento gradual de registros nos anos seguintes. Em relação ao número de casos confirmados para a forma congênita da sífilis, o ano de 2014 foi o único que não apresentou confirmação do agravo, apesar de terem sido notificados três casos neste ano. Observou-se um acentuado crescimento no número de casos notificados e confirmados nos anos de 2016 e 2017 (9 casos em cada ano).

A Tabela 1 apresenta a distribuição absoluta e relativa dos casos notificados e confirmados para sífilis gestacional e congênita de 2009 a 2017.

Tabela 1. Distribuição dos casos notificados e confirmados de sífilis gestacional e congênita segundo o ano de incidência. Município de Guanambi, Bahia, 2009-2017.

ANO	CASOS NOTIFICADOS	CASOS CONFIRMADOS	CASOS NOTIFICADOS	CASOS CONFIRMADOS
	SG n f(%)	SG n f(%)	SC n f(%)	SC n f(%)
2009	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (5,9)	1 (3,7)
2010	1 (1,5)	1 (1,7)	1 (3,0)	1 (3,7)
2011	4 (6,2)	4 (6,7)	3 (8,8)	3 (11,1)
2012	5 (7,8)	5 (8,3)	1 (3,0)	1 (3,7)
2013	7 (11,0)	6 (10,0)	2 (5,9)	1 (3,7)
2014	13 (20,3)	12 (20,0)	3 (8,8)	0 (0,0)
2015	14 (21,9)	14 (23,3)	4 (11,8)	2 (7,4)
2016	13 (20,3)	11 (18,3)	9 (26,4)	9 (33,3)
2017	7 (11,0)	7 (11,7)	9 (26,4)	9 (33,3)
Total	64	60 (93,8)	34	27 (79,4)

SC – Sífilis congênita

SG – Sífilis gestacional

5.2 Perfil sociodemográfico da sífilis gestacional

As características sociodemográficas dos casos confirmados de SG incluíram as variáveis: escolaridade, autodeclaração para cor a da pele, faixa etária em anos completos, zona de residência e ocupação.

O grupo foi formado em sua maior parte por mulheres de cor parda 53,3% (n=32/60), com idade superior a 21 anos 80,0% (n=48/60), residentes em zona urbana 90,0% (n=54/60),

não possuindo vínculo empregatício, autodeclaradas como do lar 61,7% (n=37/60). Para a variável escolaridade 50,0% (n=30/60) dos casos confirmados para SG possuíam ensino médio completo, quantitativo equivalente aos que não concluíram, ressaltando que apenas um possuía ensino superior completo (1,7%).

Quanto à idade, a menor foi de 12 anos e a maior de 43, com média de 28,1. Quanto à ocupação 6,7% (n=4/60) foram registradas como trabalhadoras rurais, seguida de empregadas domésticas e manicures com 3,3% (n=2/60) cada, além de 8,3% (n=5/60) como dado ignorado. Além dessas ocupações mais frequentes, foram encontradas nos registros outras 10 classes ocupacionais, entre elas assistente administrativo, auxiliar de pessoal, auxiliar de serviços gerais, cozinheira, comerciante, cuidadora de idosos, estudante, professora, representante comercial e repositora de mercadorias, com 1,7% (n=1/60) cada, conforme apresentado na Tabela 2.

Tabela 2. Distribuição dos casos confirmados de sífilis gestacional segundo o perfil social demográfico, educacional e econômico. Município de Guanambi, Bahia, 2009-2017.

VARIÁVEIS (n=60)	n	f %
Raça/cor (auto declaração)		
Parda	32	53,3
Preta	17	28,3
Branca	9	15,0
Ignorado	2	3,3
Faixa etária		
12 a 20	12	20,0
21 a 30	24	40,0
31 a 43	24	40,0
Zona de Residência		
Urbana	54	90,0
Rural	5	8,3
Ignorado	1	1,7
Ocupação		
Do lar	37	61,7
Trabalhadora rural	4	6,7
Empregada doméstica	2	3,3
Manicure	2	3,3
Outros	10	16,7
Ignorado	5	8,3
Escolaridade		
Ensino médio completo	29	48,3
Ensino médio incompleto	20	33,3
Não alfabetizado ou ignorado	10	16,7
Superior completo	1	1,7

5.3 Características assistenciais das gestantes com sífilis

Em relação às características assistenciais das gestantes, foram analisadas: o período de identificação da sífilis, a classificação clínica da doença, os resultados dos testes treponêmico e não treponêmico, esquema de tratamento da gestante e do parceiro sexual.

Quanto ao período de identificação da SG, 38,3% (n=23/60) dos casos foram diagnosticados após o segundo trimestre de gestação, e 55,0% (33/60) das gestantes tiveram diagnóstico até o segundo trimestre de gestação. Dessa porção ainda, 6,7% (n=4/60) dos registros foram dados como ignorados no preenchimento.

A maioria dos casos foram notificados na fase latente da doença 46,7% (n=28/60), com resultados reagentes ao teste não treponêmico em 68,3% (n=41/60) dos casos, e reagentes para o teste treponêmico em 85,0% (n=51/60) dos registros. A adoção de esquema de tratamento penicilínico foi verificada em 90,0% (n=54/60), tendo as demais gestantes 3,3% (n=2/60) sido tratadas a base de Ceftriaxona. Dos parceiros sexuais, 58,3% (n=35/60), não foram tratados para sífilis, a porção de (n=17/60) 28,3% tratou, sendo que destes 94,1% (n=16/17) tratados com penicilina (Tabela 3).

Tabela 3. Distribuição das variáveis assistenciais dos casos confirmados de sífilis gestacional. Município de Guanambi, Bahia, 2009-2017.

VARIÁVEIS (n=60)	n	f (%)
Trimestre de gestação de identificação da sífilis		
1º trimestre	18	30,0
2º trimestre	15	25,0
3º trimestre	21	35,0
Idade gestacional ignorada	4	6,7
Hora do parto/curetagem	2	3,3
Classificação clínica da sífilis		
Primária	12	20,0
Secundária	3	5,0
Latente	28	46,7
Ignorado	8	13,3
Dado não informado	9	15,0
Teste não treponêmico		
Reagente	41	68,3
Não reagente	11	18,3
Não realizado	1	1,7
Ignorado	7	11,7
Teste treponêmico		
Reagente	51	85,0
Não realizado	4	6,7
Ignorado	5	8,3
Esquema de tratamento da gestante		
Penicilina G benzantina 7.200.000 UI/Kg/dia	43	71,7
Penicilina G procaína 2.400.000 UI/Kg/dia	11	18,3
Outro esquema	2	3,3
Não realizado	3	5,0
Ignorado	1	1,7
Tratamento do parceiro (s) sexual		
Sim	17	28,3
Não	35	58,3
Ignorado	6	10,0
Dado não informado	2	3,4

5.4 Características sociodemográficas das puérperas com neonato positivo para sífilis congênita

As puérperas que tiveram neonatos positivos para SC foram identificadas predominantemente como de cor da pele preta/parda 77,7% (n=21/27), na faixa etária de 21 a 33 anos 63,0% (n=17/27), sem relatos de perdas fetais/abortos anteriores (n=17/27) 63,0%; 59,2% (n=16/27), com histórico de gestações anteriores variando de zero a três, residentes em zona rural 70,4% (n=19/27), autodeclaradas com ocupação “do lar” 55,6% (n=15/27), cuja maior escolaridade alcançada foi o ensino médio completo, para 25,9% (n=7/27) delas.

Foram identificadas como primigestas, 22,2% (n=6/27) das puérperas. Os registros de mulheres que tiveram entre um e dois relatos de aborto/perdas fetais totalizaram 18,5% (n=5/27). Para autodeclaração de cor da pele 48,4% (n=13/27) definiram-se como pardas, 29,6% (n=8/27) como pretas 14,8%, (n=4/27) como brancas e 3,7% (n=1/27) como amarela, além de 3,7% (n=1/27) dos registros, preenchido como ignorado.

Nenhuma ficha avaliada possuía ocupação de formação em nível superior, ao passo que mais da metade destas, 55,6% (n=15/27) identificaram-se como “do lar”, seguidas de trabalhadoras rurais com 22,2% (n=6/27) e empregadas doméstica com 7,4% (n=2/27) (Tabela 4).

Mais uma vez os dados foram negligenciados em relação ao preenchimento dos dados nas fichas, no campo ocupação duas fichas estavam em branco, outras quatro fichas continham os campos número de abortos/perdas fetais e número de gestações anteriores não informados.

Na Tabela 4, foi descrita a análise das características clínicas e sociodemográficas das puérperas com neonatos positivos para SC, de acordo com histórico de gestações anteriores, número de perdas fetais/abortos, escolaridade, para cor da pele autodeclarada, faixa etária, zona de residência e ocupação.

Tabela 4. Distribuição das variáveis sociodemográficas das puérperas com neonatos positivos para sífilis congênita. Município de Guanambi, Bahia, 2009-2017.

VARIÁVEIS (n=27)	n	f (%)
Nº de gestações anteriores		
Nenhuma	6	22,2
1 a 3	10	37,0
4 a 6	6	22,2
Acima de 6	1	3,7
Dado não informado	4	14,9
Nº de perdas fetais/abortos		
Nenhuma	17	63,0
1 a 2	5	18,5
Acima de 2	1	3,7
Dado não informado	4	14,9
Zona de residência		
Rural	19	70,4
Urbana	8	29,6
Escolaridade		
1ª a 4ª série	6	22,2
5ª a 8ª série	7	25,9
Ensino médio completo	7	25,9
Ignorado	7	25,9
Cor (auto declaração)		
Parda	13	48,1
Preta	8	29,6
Branca	4	14,9
Amarela	1	3,7
Ignorado	1	3,7
Faixa etária		
12 a 20	7	25,9
21 a 33	17	63,0
34 a 42	3	11,1
Ocupação		
Do lar	15	55,6
Trabalhadora rural	6	22,2
Empregada doméstica	2	7,4
Estudante	1	3,7
Manicure	1	3,7
Dado não informado	2	7,4

5.5 Características clínicas e assistenciais do neonato com sífilis

As características clínicas resultam na classificação do neonato em sintomático ou assintomático para a infecção e conforme as opções disponíveis na ficha de notificação compulsória, cada registro poderia apresentar mais de uma sintomatologia associada. Assim, foram encontrados registros de múltiplos sintomas para alguns recém-nascidos.

Entre os registros dos neonatos positivos para sífilis congênita 44,4% (n=12/27) foram assintomáticos, a medida que 29,6% (n=8/27) foram sintomáticos. Os sintomas representados em maior frequência foram icterícia 35,2% (n=6/27) seguido de hepatomegalia 17,7% (n=3/27) dos casos.

Quanto às características sorológicas, foi realizado o teste não treponêmico em 81,5% (n=22/27) dos casos, tendo 3,7% (n=1/27) resultado não reagente. As titulações do VDRL, foram >1:8 em 33,3% (n=9/27) dos registros, enquanto que 44,4% (n=12/27) apresentou titulação \leq 1:8 (Tabela 5).

A avaliação liquorica não foi realizada em mais da metade dos casos 66,7% (n=18/27); e a radiológica em 44,4% (n=11/27). O dado foi registrado como ignorado em 44,4% (n=12/27) das fichas referente à variável alteração de ossos longos, e 18,5% (n=5/27) para a avaliação liquorica.

No que se refere à terapêutica dos neonatos 18,5% (n=5/27) tiveram o campo do tratamento preenchido como ignorado. O esquema de tratamento de neonato com sífilis foi realizado prioritariamente com penicilina 44,4% (n=12/27), tendo a porção de 37,0% (n=10/27) dos casos tratados em outro esquema. Dos 22 RNs tratados, o uso da penicilina G cristalina na dose 100.000 a 150.000 UI/Kg/dia foi verificada em 54,5% (n=12/27) dos casos; outros 45,5% (n=10/27) foram tratados com Ceftriaxona (Tabela 5).

As características clínicas, sorológicas e assistenciais dos 27 neonatos identificados com sífilis congênita foram apresentadas na Tabela 5.

Tabela 5. Distribuição das variáveis clínicas e assistenciais dos neonatos positivos para sífilis congênita. Município de Guanambi, Bahia, 2009-2017.

VARIÁVEIS (n=27)	n	f (%)
Sintomatologia		
Não	12	44,4
Sim	8	29,6
Ignorado	7	25,9
Sintomas		
Icterícia	6	35,2
Hepatomegalia	3	17,7
Anemia	1	5,9
Esplenomegalia	1	5,9
Lesões cutâneas	2	11,8
Outros sintomas	4	23,5
Teste não treponêmico do sangue periférico		
Reagente	21	77,8
Não – reagente	1	3,7
Não realizado	1	3,7
Ignorado	4	14,8
Titulação VDRL		
≤ 1:8	12	44,4
> 1:8	9	33,3
Não reagente	1	3,7
Não realizado	1	3,7
Ignorado	4	14,8
Teste não treponêmico do liquor		
Não realizado	18	66,7
Não reagente	4	14,8
Ignorado	5	18,5
Alteração de ossos longos		
Não	2	7,4
Sim	1	3,7
Não realizado	12	44,4
Ignorado	12	44,4
Esquema de tratamento		
Penicilina G cristalina 100.000 a 150.000 UI/Kg/dia	12	44,4
Outro esquema	10	37,0
Ignorado	5	18,5

5.6 Características perinatais do recém-nascido infectado e não infectado

Houve uma proporção maior de neonatos do sexo masculino para os casos confirmados de sífilis congênita 74,1% (n=20/27), em comparação aos descartados 14,3% (n=1/7), gerando uma diferença significativa (p=0,007). Não foi encontrada diferença no peso ao nascer dos recém-nascidos entre os grupos sorológicos (p=0,233), e a proporção de nascidos vivos com baixo peso ao nascer foi maior 57,1% (n=4/7), no grupo dos descartados para a forma congênita da sífilis, em comparação aos positivos 18,5% (n=5/27). Foi observada ainda uma proporção semelhante entre os dois grupos quanto à variável *Índice de Apgar* (74,1% vs. 71,4%; p=1,000).

A mensuração do peso ao nascer não foi informada em 14,8% (n=4/27) das DNVs, e o *Índice de Apgar* em 22,2% (n=6/27) dos casos confirmados, assim como em 28,6% (n=2/7) dos casos descartados, conforme descrito na Tabela 6.

Tabela 6. Distribuição das variáveis relacionadas às características perinatais do RN infectado e não infectado por sífilis congênita. Município de Guanambi, Bahia, 2009-2017.

VARIÁVEIS	Casos Confirmados n f(%)	Casos Descartados n f(%)	p-valor*
Sexo			
Masculino	20 (74,1)	1 (14,3)	0,007
Feminino	7 (25,9)	6 (85,7)	
Peso ao nascer			
Adequado para idade gestacional	17 (63,0)	3 (42,9)	0,233
Pequeno para idade gestacional	5 (18,5)	4 (57,1)	
Grande para idade gestacional	1 (3,7)	0 (0,0)	
Dado não informado	4 (14,8)	0 (0,0)	
Índice de Apgar			
Adequado	20 (74,1)	5 (71,4)	1,000
Asfixia	1 (3,7)	0 (0,0)	
Dado não informado	6 (22,2)	2 (28,6)	
Total	27	7	

*Exato de Fisher

5.7 Características maternas dos neonatos investigados

A partir da comparação entre características maternas dos neonatos positivos para sífilis congênita, como a dos neonatos negativos para a infecção, foi possível destacar uma oscilação na proporção de consultas pré-natais realizados entre os grupos (100,0% vs. 71,4%; p=0,037), casos confirmados e casos descartados, respectivamente, representando uma diferença significativa entre os grupos. Entretanto, 44,4% (n=12/27) do grupo positivo compareceram a menos de seis consultas, o que caracteriza baixa adesão ao acompanhamento pré-natal nas unidades ao longo do período gestacional.

A alta proporção de mulheres que realizaram pré-natal refletiu em 2/3, 66,7% de diagnósticos realizados nesse período, referente ao grupo dos neonatos positivos, em contrapartida 28,6% (n=2/7) foram realizados no grupo dos neonatos negativos. Representado por uma diferença significativa (p=0,010) para essa variável. O diagnóstico tardio da sífilis foi realizado em 33,3% (n=9/27) para o primeiro grupo e 28,6% (n=2/7) no segundo grupo, apesar de todos os casos terem realizado acompanhamento na rede básica de saúde (Tabela 7).

Não houve diferença no teste não treponêmico no parto/curetagem entre os grupos sorológicos (p=0,072), e a proporção de testes positivos foi maior 66,7% (n=18/27) no grupo de neonatos portadores de sífilis congênita, em comparação aos negativos 28,6% (n=2/7). A titulação VDRL foi $\leq 1:8$ em 37,0% (n=10/27) no primeiro grupo e 14,3% (n=1/7) no

segundo. Quanto ao teste treponêmico, não foi realizado em 44,4% (n=12/27) dos casos, já nos casos descartados, 71,4% (n=5/7) dos resultados treponêmicos foram ignorados.

Em relação ao tratamento materno, 22,2% (n=6/27) e 14,3% (n=2/7) iniciaram > um mês do parto, mas essa diferença não foi significativa (p=0,859). A proporção de adoção do esquema terapêutico adequado, foi menor entre mães de RNs positivos para sífilis 7,4% (n=2/27) do que entre as mães dos RNs descartados 42,8% (n=3/7), com diferença significativa (p=0,001). Grande parte do grupo positivo 48,1% (n=13/27) realizou o tratamento de forma inadequada, e 29,6% (n=8/27) não realizou. Entre os casos descartados, não houve registro dos esquemas de tratamento inadequado ou não realizado, tendo o período de início do tratamento também ignorado, em 57,1% (n=4/7) dos registros. A proporção de parceiros não tratados concomitantemente, foi maior 55,6% (n=15/27) no primeiro grupo do que no segundo grupo dos casos descartados 14,3% (n=1/7); (p=0,121).

No grupo dos RNs com infecção congênita, quatro fichas não apresentaram dados não informados para o número de perdas fetais/abortos e número de consultas pré-natal. A Tabela 7 apresenta o pareamento entre as características maternas dos casos confirmados e descartados de SC.

Tabela 7. Distribuição das variáveis relacionadas às características maternas dos casos com e sem sífilis congênita, e tratamento dispensado. Município de Guanambi, Bahia, 2009-2017.

VARIÁVEIS	Com SC n f(%)	Sem SC n f(%)	p-valor*
Realização do pré-natal			
Sim	27 (100,0)	5 (71,4)	0,037
Não	0 (0,0)	2 (28,6)	
Nº de consultas pré-natal			
< 6	12 (44,4)	5 (71,4)	0,500
≥ 6	11 (40,6)	2 (28,6)	
Dado não informado	4 (15,0)	0 (0,0)	
Nº de perdas fetais/abortos			
Nenhuma	17 (63,0)	6 (85,7)	0,850
1 a 2	5 (18,5)	1 (14,3)	
Acima de 2	1 (3,7)	0 (0,0)	
Dado não informado	4 (14,8)	0 (0,0)	
Período de diagnóstico da sífilis			
Durante o pré-natal	18 (66,7)	2 (28,6)	0,010
No momento do parto/curetagem	6 (22,2)	1 (14,3)	
Após o parto/aborto	3 (11,1)	1 (14,3)	
Ignorado	0 (0,0)	3 (42,8)	
Teste não treponêmico no parto/curetagem			
Reagente	18 (66,7)	2 (28,6)	0,072
Não reagente	3 (11,1)	0 (0,0)	
Não realizado	1 (3,7)	0 (0,0)	
Ignorado	5 (18,5)	5 (71,4)	
Titulação do VDRL			
≤ 1:8	10 (37,0)	1 (14,3)	0,160
> 1:8	8 (29,6)	1 (14,3)	
Não reagente	3 (11,1)	0 (0,0)	
Não realizado	1 (3,7)	0 (0,0)	
Ignorado	5 (18,5)	5 (71,4)	
Teste treponêmico			
Reagente	7 (25,9)	1 (14,3)	0,132
Não reagente	2 (7,4)	0 (0,0)	
Não realizado	12 (44,4)	1 (14,3)	
Ignorado	6 (22,2)	5 (71,4)	
Início do tratamento			
> 1 mês do parto	6 (22,2)	2 (14,3)	0,859
≤ 1 mês do parto	4 (14,8)	2 (28,6)	
Após o parto	5 (18,5)	0 (0,0)	
Não realizado	8 (29,6)	0 (0,0)	
Ignorado	4 (14,8)	4 (57,1)	
Esquema de tratamento			
Inadequado	13 (48,1)	0 (0,0)	0,001
Adequado	2 (7,4)	3 (42,8)	
Não realizado	8 (29,6)	0 (0,0)	
Ignorado	4 (14,8)	4 (57,1)	
Tratamento concomitante do parceiro			
Não	15 (55,6)	1 (14,3)	0,121
Sim	4 (14,8)	3 (42,8)	
Ignorado	8 (29,6)	3 (42,8)	
Total	27	7	

* Exato de Fisher

5.8 Características do VDRL materno e neonatal

Dos 27 neonatos portadores de sífilis, a titulação VDRL \geq materno foi observada em 48,1% (n=13/27) dos casos, 29,7% (n=8/27) apresentaram VDRL < materno, e 22,2% (n=6/27) dos casos não tiveram esses dados informados. A titulação VDRL do neonato associada à titulação materna segue descrita na Tabela 8.

Tabela 8. Relação entre a titulação VDRL da puérpera e neonato infectado por sífilis congênita.

CARACTERÍSTICAS (n=27)	n	f (%)
VDRL do neonato \geq materno	13	48,1
VDRL do neonato < materno	8	29,7
Dado não informado	6	22,2

5.10 Características do tratamento materno, do parceiro sexual e relação com a transmissão vertical

A partir da relação entre tratamento materno dos neonatos positivos para SC com seus parceiros sexuais 88,9% (n=24/27), foram inadequadamente tratados. Em contrapartida, 42,9% (n=3/7) das associações entre tratamento materno dos neonatos descartados para SC com seus parceiros sexuais, foram adequadamente tratados, tendo 57,1% (n=4/7) dos dados ignorados (Tabela 9).

Tabela 9. Relação entre tratamento materno e do parceiro com a transmissão vertical da sífilis.

CARACTERÍSTICAS	Com SC	f (%)	Sem SC	f (%)
	n		n	
Mãe e parceiro adequadamente tratados	3	11,1	3	42,9
Mãe e parceiro inadequadamente tratados	24	88,9	0	0,0
Ignorado	0	0,0	4	57,1
Total	27	100,0	7	100,0

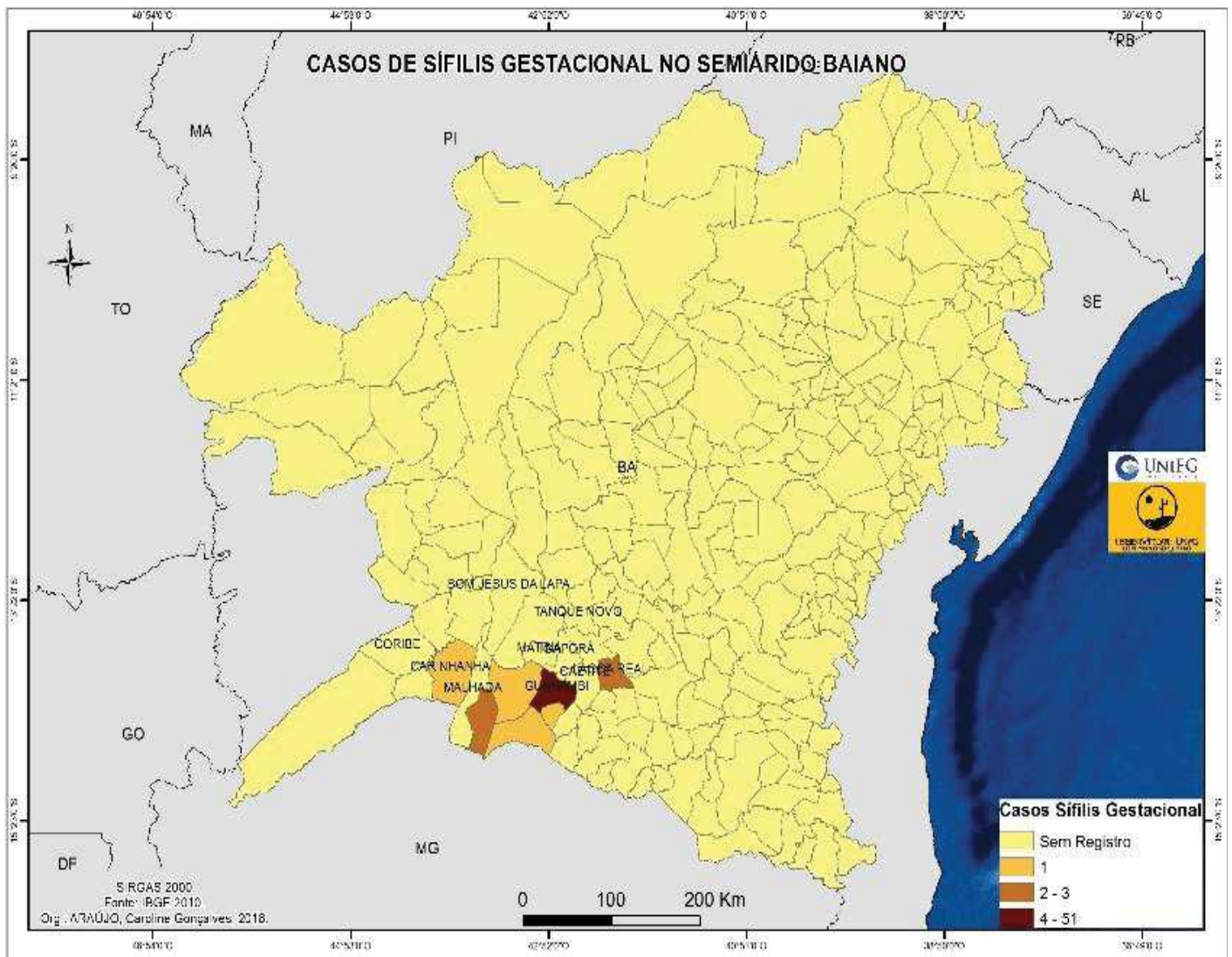
5.11 Distribuição espacial dos casos de sífilis

Na distribuição espacial, referente aos municípios de origem das gestantes notificadas por SG, a distribuição foi feita considerando como limite geográfico o semiárido baiano (Figura 10). A representação cartográfica apresenta a distribuição espacial, sendo o município de Guanambi o responsável pela grande maioria dos casos 85,0% (n=51/60), seguido pelos municípios de Lagoa Real 5,0% (n=3/60) e Iuiu 3,3% (n=2/60). Além destes, outros quatro

municípios com 1,7% (n=1/60) fizeram parte dessa distribuição espacial sendo eles, Candiba, Carinhanha, Palmas de Monte Alto e Sebastião Laranjeiras.

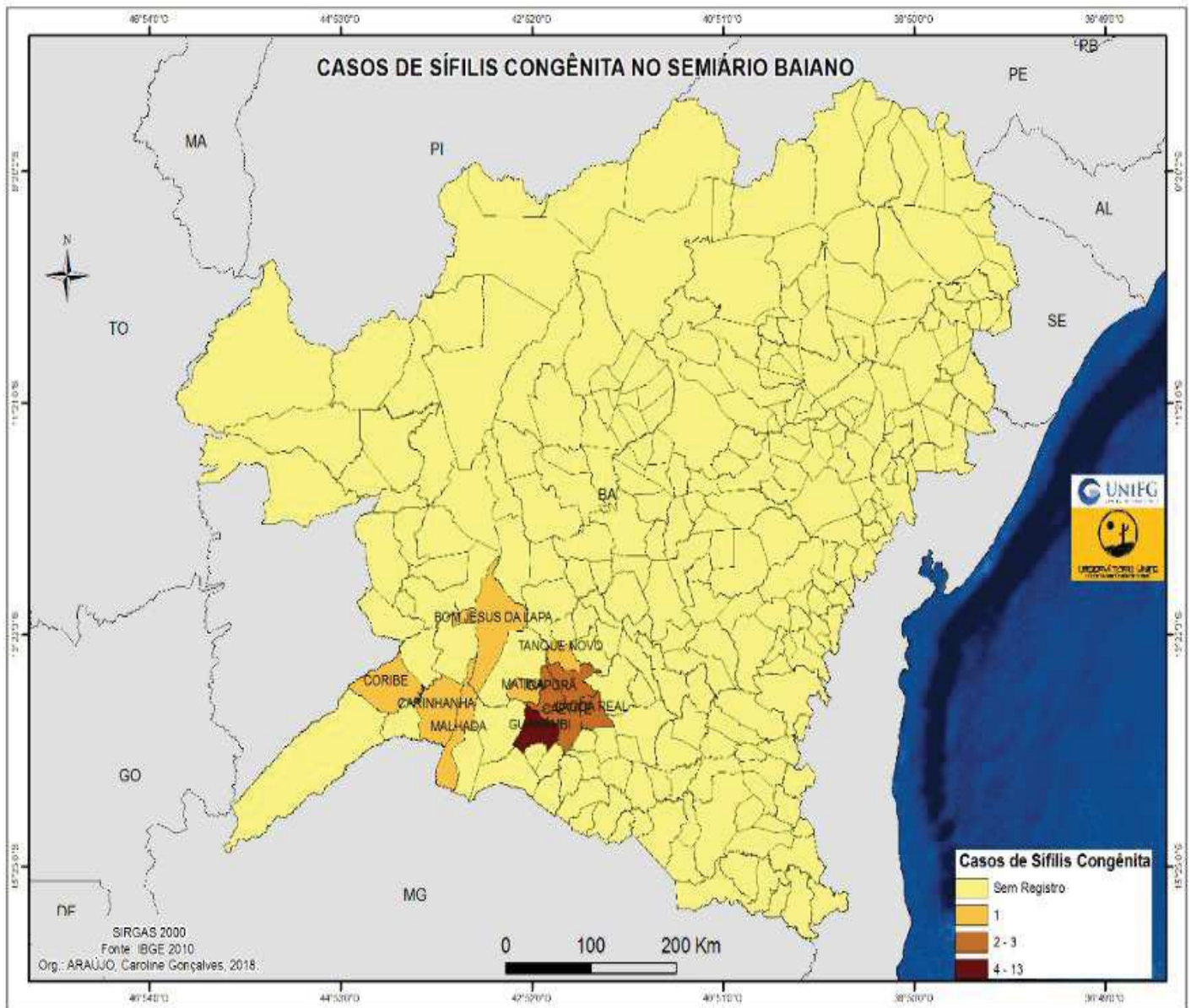
Em relação aos casos de SC, Guanambi também foi o município com maior registro de casos 48,1% (n=13/27), seguido por Caetité 11,1% (n=3/27) e Lagoa Real 7,4% (n=2/27). Além destes, outros seis municípios com 3,7% (n=1/27) fizeram parte dessa distribuição espacial sendo eles, Bom Jesus da Lapa, Carinhanha, Malhada, Coribe, Matina e Tanque Novo, conforme representado nas Figuras 10 e 11.

Figura 10. Mapa de distribuição espacial dos municípios de origem referente aos registros de sífilis gestacional.



Fonte: Distribuição espacial dos municípios de origem referente aos registros de sífilis gestacional. Observatório do Semiárido Nordeste. UNIFG, 2018.

Figura 11. Mapa de distribuição espacial dos municípios de origem referente aos casos de sífilis congênita.



Fonte: Distribuição espacial dos municípios de origem referente aos registros de sífilis congênita. Observatório do Semiárido Nordestino. UNIFG, 2018.

6. DISCUSSÃO

A notificação compulsória de uma doença visa reunir dados que permitam análise e intervenções para a redução de suas consequências (COSTA et al., 2013). A partir de então, este estudo avaliou a prevalência e os fatores associados à sífilis gestacional e congênita no município de Guanambi/BA, de 2009 a 2017. No período estudado, houve aumento anual no número de casos resgistrados, como também encontrado no estudo de Rezende; Barbosa (2015).

O perfil das gestantes acometidas por sífilis foi caracterizado predominantemente por mulheres com faixa etária entre 21 e 43 anos, cor parda, residentes em zona urbana, sem vínculo empregatício, auto referidas como “do lar”, com a mesma proporção entre as que possuem ensino médio completo. Perfil semelhante foi encontrado nos estudos de Araújo et al., (2012); Lima et al., (2013); Revollo et al., (2007); Rodrigues et al., (2004); Sacareni et al., (2005).

As gestantes foram diagnosticadas até o segundo trimestre de gestação, na fase latente da sífilis, reagentes aos testes não treponêmico e ao treponêmico, realizando tratamento penicilínico, tendo seus parceiros sexuais não tratados, assim como demonstrado por ARAÚJO et al., (2012); CARDOSO et al., (2018); LIMA et al., (2013).

No que concerne às características maternas, os dados analisados refletem a sífilis gestacional e materna como uma doença que acomete em grande proporção os menos favorecidos socialmente, com predomínio de mulheres sem vínculo empregatício tendo como principal ocupação “do lar”, além da menor quantidade de anos de estudo.

Ainda que não seja restrita às classes menos privilegiadas, a sífilis em gestantes tem sido relacionada ao baixo nível socioeconômico (ALMEIDA et al., 2009). Entretanto, cabe apresentar um novo perfil de população acometida por sífilis, que vem sendo discutido, composto por mulheres de escolaridade igual ou acima de oito anos, em faixa etária mais elevada (MAGALHÃES et al., 2013).

Diorio; Kroeger; Ross, (2018), e Araújo et al., (2012), abordam que a distribuição dessa doença é um reflexo das desigualdades sociais em saúde. Os dados do presente estudo reforça a favor de que a sífilis, assim como outras ISTs, não afeta apenas um grupo de risco específico, devendo ser fundamental a prevenção para a população em geral, além dos grupos de maior risco para o agravo. As estimativas das desigualdades sociais em saúde, no Brasil, oferecem suporte para a hipótese de que a SG relaciona-se ao baixo nível socioeconômico e ao atendimento pré-natal inadequado, contribuindo para persistência da transmissão vertical e

expondo as fragilidades da assistência quanto ao acesso, rastreamento, diagnóstico, tratamento das gestantes e seus parceiros.

As características maternas dos conceptos acometidos por sífilis congênita foram caracterizadas como de cor parda, entre 21 e 33 anos, residentes em zona rural, com ensino fundamental completo, sem vínculo empregatício, auto referidas como “do lar”. Essas ainda em sua maioria não tinha histórico de perda/abortos fetais, e de uma a três gestações anteriores. Essa caracterização materna fez parte dos achados de Almeida; Pereira (2007); Alves et al., (2016); Cavalcante et al., (2017); Domingues; Leal (2016); Lafetá et al., (2016); Oliveira; Santos (2015).

Conforme relatado nos estados de Tocantins, Rio de Janeiro, Belo Horizonte e Recife, os casos de sífilis gestacional estiveram associados à menor escolaridade materna, cor da pele preta e parda, realizando menor número de consultas pré-natal e exames sorológicos, além de parceiros não tratados (CAVALCANTE et al., 2017; MACÊDO et al., 2017; DOMINGUES et al., 2013; DOMINGUES; LEAL, 2016; NASCIMENTO et al., 2011; NONATO et al., 2015). Henriques (2008), traçou o perfil materno da sífilis gestacional e congênita, mulheres com principal ocupação dona de casa, residentes em zona urbana, com diagnóstico da infecção realizado durante o pré-natal, com tratamento majoritariamente inadequado.

Todas as puérperas realizaram o acompanhamento pré-natal, entretanto com menos de seis consultas, tendo seu diagnóstico ainda realizado no pré-natal. As puérperas eram reagentes ao teste não treponêmico, mas não realizaram a sorologia treponêmica confirmatória. Eram tratadas em período superior a um mês da data do parto, entretanto, com esquema inadequado, tendo seus parceiros sexuais não tratados. Estudos de Alves et al., (2016); Barbosa, Rezende (2015); Cavalcante et al., (2017); Domingues; Leal (2016); Lafetá et al., (2016); Lima et al., (2013), trouxeram conclusões próximas a este estudo.

As ações de atenção primária à saúde devem estar voltadas para a cobertura de toda a população-alvo da área de abrangência, garantindo no mínimo seis consultas de pré-natal e a continuidade no atendimento com acompanhamento de qualidade. O número de consultas pré-natal entretanto, não demonstra a qualidade desses serviços prestados (REZENDE; BARBOSA, 2015). Estudo de Araújo et al., (2012), sobre a incidência de sífilis congênita no Brasil e sua relação com a cobertura da ESF verificou que, apesar do aumento da cobertura do pré-natal, as ações de prevenção da SC no país são minimamente eficazes.

Uma revisão sistemática demonstrou que o início do pré-natal nos dois primeiros trimestres de gestação têm maior chance de receber uma intervenção efetiva, quebrando a cadeia da forma congênita (HEBMULLER et al., 2015). A triagem precoce reduziu os

desfechos adversos associados à sífilis em > 50%, os resultados adversos da gravidez pela sífilis podem ser evitados com o tratamento até 28 semanas de gestação (LIN, EDER, BEAN, 2018; PEELING, 2018).

Entre os neonatos portadores de sífilis congênita, predominaram os de sexo masculino, AIG, e com *Índice de Apgar* adequado. Quanto às características clínicas, grande parte dos RNs foram assintomáticos, os sintomáticos apresentaram em maior frequência icterícia e hepatomegalia. Quase todos os eram reagentes ao teste não treponêmico, com raio X de ossos longos e exame do liquor não realizado, seguindo esquema de tratamento penicilínico. No pareamento entre as sorologias materna e neonatal, grande parte do VDRL do RN foi superior ao da mãe. Além de quase totalidade das relações entre mãe e parceiro sexual não tratados ou tratados inadequadamente resultarem em transmissão vertical.

Diversos motivos para o não tratamento dos parceiros sexuais foram descritos nas fichas de notificação, entre eles: a gestante perdeu contato com parceiro para informar sobre a doença, a gestante possui múltiplos parceiros, o parceiro apresentou sorologia não reagente, parceiro não foi comunicado pela unidade de saúde para o tratamento, parceiro residia em outra cidade, parceiro se recusou a tratar, o parceiro encontra-se internado na UTI, além de diagnóstico realizado no momento do parto. O registro mais frequente foi aquele que o parceiro foi convocado à unidade de saúde para tratamento, mas não compareceu.

Mesquita et al., (2012), demonstrou em seu estudo que, grande parte dos neonatos com sorologia positiva para a sífilis era do sexo feminino, com peso adequado para idade gestacional e Índice de Apgar não influenciado pela sífilis. Com relação aos exames complementares para investigação (hemograma, raio X de ossos longos e exame de líquido), em 45,2% dos casos nenhum desses exames foi realizado. Da amostra, 88,9% foram assintomáticos, e maioria (88,8%) de peso adequado para a idade gestacional (77,8%) (LAFETÁ et al., 2016). A sintomatologia mais comumente observada em quadros de sífilis congênita foi a icterícia (47,5%) (VARGAS et al., 2018).

Com relação aos parceiros sexuais, têm sido observada dificuldade quanto à identificação dos parceiros e sua adesão à realização do tratamento, resultando muitas vezes em reinfecção e posteriormente transmissão vertical do agravo (CARVALHO; BRITO, 2014; HENRIQUES, 2008; LIMA et al., 2017; LINS, 2014; MESQUITA et al., 2012; SILVA et al., 2017). Estudo epidemiológico sobre SG em Goiás demonstrou que apenas 18,0% dos parceiros sexuais eram tratados (REZENDE; BARBOSA, 2015). A participação do parceiro durante o “pré-natal” deveria ser uma estratégia prioritária dos profissionais da rede básica de

saúde, com vistas à diminuição do risco de reinfecção da gestante, viabilizando a redução nas taxas de transmissão vertical (FERREIRA, et al., 2018).

Uma importante questão levantada neste estudo é o não uso do preservativo nas relações sexuais, apesar de ser considerada a mais importante forma de prevenção das IST. O uso do preservativo é frequentemente ignorado nas relações sexuais, especialmente em relações estáveis. É papel fundamental das equipes da ESF, fortalecer medidas que incentivem para o uso do método, uma vez que a reinfecção pode perpetuar a sífilis, predispondo a infecção fetal e ainda ao surgimento de outras IST (MASCARENHAS et al., 2017).

A grande maioria das gestantes nesse estudo, acometidas pela sífilis não apresentou o seguimento de seus respectivos conceitos registrados. Portanto, a parcela de gestantes com registro de neonatos infectados tornou-se insignificante para o pareamento, sendo este desconsiderado para a classe. A inexistência de informações para o cruzamento dos dados dificultou a elaboração de uma discussão consistente nesse sentido. Essa impossibilidade no pareamento entre casos de sífilis gestacional e congênita reafirma a existência de lacunas que comprovam a negligência do preenchimento e busca dos casos.

Os problemas que fragilizam a prevenção da forma congênita estão relacionados à assistência pré-natal, incluindo a ausência da realização e atraso na entrega dos exames, evasão de pré-natal, início do pré-natal tardio, dificuldade no manejo por parte dos profissionais, resgate das gestantes faltosas, dificuldade na captação e tratamento do parceiro, esgotamento dos suprimentos de penicilina, além de dados incompletos nos prontuários e fichas de notificação (CARDOSO et al, 2018; VARGAS et al, 2018).

Destaca-se a importância da implementação de ações mais significativas para o controle desse agravo. Treinamento dos profissionais quanto a definição de caso e atuação no acompanhamento destes, principalmente no que se refere ao tratamento, padronização das condutas de vigilância, registro no SINAN, e avaliação da situação epidemiológica do agravo nos municípios, com consequente direcionamento das ações de controle. Outros estudos são necessários para complementar estes resultados. Além disso é necessário conhecer profundamente todos fatores individuais e coletivos que dificultam a assistência de qualidade e a prevenção do agravo.

Com este trabalho espera-se, também, contribuir com a gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Guanambi/BA, na preocupação em avaliar e analisar os resultados dos seus programas e políticas, como forma de subsidiar tomadas de decisão em relação à elaboração das ações de combate, controle e prevenção da sífilis congênita.

7. CONCLUSÃO

A prevalência da sífilis gestacional e congênita aumentou progressivamente ao longo dos anos, principalmente a partir do ano de 2011. As mães dos neonatos que adquiriram sífilis congênita possuem baixo nível social além de comportamentos de risco, que representam situações de vulnerabilidade tanto para elas quanto para seus conceitos como: a não realização da sorologia treponêmica, assim como do tratamento do parceiro sexual, realização do tratamento próprio inadequadamente ou não realização deste.

Os casos de sífilis corresponderam aos que preencheram aos requisitos de maior vulnerabilidade social. Quanto à distribuição espacial, a maior concentração tanto de casos da forma gestacional quanto congênica foi no município de Guanambi, 85% e 48,1% respectivamente.

Neste estudo, verificou-se uma deficiência/precariedade do processo de trabalho dos serviços de saúde tanto no cuidado à gestante, contribuindo para a incidência dos casos, quanto no preenchimento de dados relacionados à notificação compulsória da sífilis, contribuindo para a subnotificação e inconsistência das informações. Infere-se ser de fundamental importância a análise minuciosa dos casos de sífilis congênita, uma vez que essa representa um dos indicadores de qualidade da assistência pré-natal.

O município em estudo não conseguiu reduzir o número de casos de sífilis congênita, conforme estabelecido no Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores para os anos de 2013-2015, posto pelo Ministério da Saúde. Este cenário revela um dado preocupante e sugere a necessidade de repensar as estratégias utilizadas para o combate a este problema de saúde pública.

O presente estudo apresenta limitações inerentes às pesquisas que utilizam fonte de dados secundários, provenientes de dados oficiais com prováveis sub-registros, subnotificações, vieses de classificação e, conseqüentemente, baixa qualidade das informações registradas. A utilização de apenas um sistema de banco de dados para analisar a magnitude da morbidade por sífilis não é suficiente, considerando a ausência de uniformidade nos registros entre SINASC e SINAN, evidenciando a negligência no preenchimento das informações. Entretanto, acredita-se que ao analisar os dados pareados minimizaram esses problemas, na medida em que permitiu complementar algumas informações.

Na ficha de notificação compulsória da sífilis, não existe campo específico, para o registro de algumas informações importantes na investigação do caso como: quantidade e

período de VDRL realizado, dados de renda, situação conjugal, histórico pessoal como uso de substâncias entorpecentes, histórico de outras IST e retratamento da sífilis. Essas informações serviriam para melhor fundamentação da sífilis com a vulnerabilidade social.

Vale ressaltar ainda, que foi recorrente a identificação de campos em branco nas fichas de notificação compulsória ou de preenchimento incompleto, incorreto ou com dados ignorados, caracterizando essa situação como omissão de informações ou banalização da notificação. A subnotificação é um problema global, podendo ocorrer na fase de preenchimento da ficha de notificação do agravo ou da digitação na base de dados, tendo essa como a principal limitação encontrada pelo estudo.

O resultado desse foi relevante, ao chamar a atenção quanto à necessidade de maior conhecimento do perfil do risco reprodutivo das mulheres do semiárido baiano, e sua distribuição segundo características sociodemográficas e econômicas específicas, uma vez que as situações de vulnerabilidade social aumentam o risco à saúde reprodutiva e neonatal. Além de contribuir no sentido de recomendações para novos estudos mais abrangentes de temática semelhante.

8. REFERÊNCIAS

ALMEIDA, K.C.; LINDOLFO, L.C.; ALCÂNTARA, K.C. Sífilis em gestantes atendidas em uma unidade de saúde pública de Anápolis, Goiás, Brasil. **Revista Brasileira de Computação Aplicada**, v.41, n.3, p.1814, 2009.

ALMEIDA, M.F.G.; M PEREIRA, S. Caracterização epidemiológica da sífilis congênita no município de Salvador, Bahia. **DST – Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, v.19, n.3, p. 144-156, 2007.

ARAÚJO, C.L.; SHIMIZU, H.E.; SOUSA, A.I.A.; HAMANN, E.M. Incidência da sífilis congênita no Brasil e sua relação com a estratégia saúde da família. **Revista de Saúde Pública**, v.46, n.3, p.479-486, 2012.

ALMEIDA, P.D.; ARAUJO FILHO, A.C.A.; ARAÚJO, A.K.L.; CARVALHO, M.L.; SILVA, M.G.P.; ARAÚJO, T.M.E. Análise epidemiológica da sífilis congênita no Piauí. **Revista Interdisciplinar**. v. 8, n.1, p. 62-70, 2015.

ALVES, W.A.; CAVALCANTI, G.R.; NUNES, F.A.; TEODORO, W.R.; CARVALHO, L.M.; DOMINGOS, R.S. Sífilis Congênita: Epidemiologia dos Casos Notificados em Alagoas, Brasil, 2007 a 2011. **Revista Portal: Saúde e Sociedade**, v.1, n.1, p.27-41, 2016.

AVELLEIRA, J.C.R.; BOTTINO, G. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. **Anais Brasileiros de Dermatologia** v.81, n.2, p.111-26, 2006.

BENITO, L. A. O.; DE SOUZA, W. N. Perfil epidemiológico da sífilis congênita no Brasil no período de 2008 a 2014. **Universitas: Ciências da Saúde**, v.14, n. 2, p.97– 104, 2016.

BINNICKER, M.J.; JESPERSEN, D.J.; L. O. ROLLIN, L.O. Treponema-Specific Tests for Serodiagnosis of Syphilis: Comparative Evaluation of Seven Assays. **Journal of Clinical Microbiology**, v.49, n.4, p.1313–1317, 2011.

BLENCOWE, H.; COUSENS, S.; KAMB, M.; BERMAN, S.; LAWN, J.E. Lives Saved Tool supplement detection and treatment of syphilis in pregnancy to reduce syphilis related stillbirths and neonatal mortality. **Bio Med Central Public Health**, v.11, n.3, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília, 2012. 318p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e hepatites virais. **Plano Integrado de enfrentamento da feminização da epidemia de Aids e outras DST. Análise da situação atual e proposta de monitoramento**. Brasília, 2010b. 12p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Centro de Referência e Tratamento DST/Aids-SP. **Guia de bolso para o manejo da sífilis em gestantes e sífilis congênita**. São Paulo, 2016b. 116p.

BRASIL. 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, 2016a. 54p.

BRASIL. 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, 2015. 120p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico 2017**. Brasília, v. 45, n.36, 2017a. 44p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Agenda de ações estratégicas para redução da sífilis no Brasil**. Brasília, 2017a. 36p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Sífilis - Estratégias para Diagnóstico no Brasil**. Brasília, 2010. 100p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. **Caderno de diretrizes – objetivos, metas e indicadores 2013-2015**. Brasília: 2 ed, 2014. 156p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. Brasília: 7 ed, 2009. 813p.

BRITO, A.A.C.B. **Assistência pré-natal e persistência da sífilis congênita.** [dissertação]. Fortaleza (CE): Universidade Federal do Ceará, 2016.

CARDOSO, A.R.P.; ARAÚJO, M.A.L.; CAVALCANTE, M. do S.; FROTA, M.A.; DE MELO, S.P. Análise dos casos de sífilis gestacional e congênita nos anos de 2008 a 2010 em Fortaleza, Ceará, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.23, n.2, p.563-574, 2018.

CARDOSO, A.R.P.; ARAUJO, M.A.L.; ANDRADE, R.F.V.; SARACENI, V.; MIRANDA, A.E.; DOURADO, M.I.C. Underreporting of Congenital Syphilis as a Cause of Fetal and Infant Deaths in Northeastern Brazil. **Public Library of Science One**, v.11, n.12, 2016.

CARMO, M.E.; GUIZARDI, F.L. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. **Caderno de Saúde Pública**, v. 34, n.3, 2018.

CARVALHO, I.S.; BRITO, R.S. Sífilis congênita no Rio Grande do Norte: estudo descritivo do período 2007-2010. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.23, n.2, p.287-294, 2014.

CASAL, C.A.D.; DA SILVA, M.O da; COSTA, I.B.; ARAÚJO, E.C.; CORVELO, T.C.O. Molecular detection of *Treponema pallidum* sp. *pallidum* in blood samples of VDRL seroreactive women with lethal pregnancy outcomes: a retrospective observational study in Northern Brazil. **Revista Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v.44, n.4, p.451-456, 2011.

CAVALCANTE, P.A.M.; PEREIRA, R.B.L.; CASTRO, J.G.D. SG e congênita em Palmas, Tocantins, 2007-2014. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. v.26, n.2, p.255-264, 2017.

CHINAZZO, L.K.; LEON, C.A. Perfil clínico e epidemiológico da sífilis congênita na unidade de internação de um hospital universitário. **Boletim Científico de Pediatria**. v.4, n.3, p.65-69, 2015.

CERQUEIRA, L.R.P.; MONTEIRO, D.L.M.; TAQUETTE, RODRIGUES, N.C.P.; TRAJANO, A.J.B.; DE SOUZA, F.M.; ARAÚJO, B.de M. The magnitude of syphilis: from prevalence to vertical transmission. **Revista Instituto de Medicina Tropical de São Paulo**. v.59, n.78, 2017.

CONITEC. Comissão Nacional e Incorporação de Tecnologias no SUS. Ministério da Saúde. **Penicilina benzatina para prevenção da sífilis congênita durante a gravidez. – Relatório de recomendação.** 2015.

COSTA, C.C.; FREITAS, L.V.; SOUSA, D.M.N.; OLIVEIRA, L.L.; CHAGAS, A.C.M.A.; LOPES, M.V.O. Congenital syphilis in Ceará: epidemiological analysis of one decade. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.47, n.1, p.152-159, 2013.

DIORIO, D.; KROEGER, K.; ROSS, A. Social Vulnerability in Congenital Syphilis Case Mothers: Qualitative Assessment of Cases in Indiana, 2014–2016. **Sexually Transmitted Diseases**, v.45, n.7, p. 447–451, 2018.

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. **Caderno de Saúde Pública**, v.32, n.6, 2016.

FERREIRA, A.G; GOMES, L.A; MEDEIROS, R.C.T; LEONIDAS, R.A.M; MEDEIROS, J.P. Perfil dos Casos de Sífilis Congênita no Município de Natal / RN no Período de 2007 a 2015. **Revista Saúde em Foco**, v.5, n.1, p. 3-27, 2018.

GOMEZ, G.B.; KAMB, M.; NEWMAN, L.M.; MARK, J.; BROUTETC, N.; HAWKES, S.J. Untreated maternal syphilis and adverse outcomes of pregnancy: a systematic review and meta-analysis. **Bulletin of the World Health Organization**, v.91, p.217-226, 2013.

HEBMULLER, M.G.; FIORI, H.H.; LAGO, E.G. Gestações subsequentes em mulheres que tiveram sífilis na gestação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.20, n.9, p. 2867-2878, 2015.

HENRIQUES, M.F.C.M. **Vulnerabilidade pra sífilis congênita: estudo descritivo em maternidades com Projeto Nascer em Pernambuco** [dissertação]. Recife (PE): Instituto Materno-Infantil Professor Fernando Figueira; 2008.

HOLANDA, M.T.C.G.; BARRETO, M.A.; MACHADO, K.M.M.; PEREIRA, R.C. Perfil epidemiológico da sífilis congênita no Município do Natal, Rio Grande do Norte - 2004 a 2007. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.20, n.2, p. 203-212, 2011.

IBGE. População estimada de Guanambi-Bahia. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/guanambi/panorama>. Acesso em: Out/2018.

JANCZURA, R. Risco ou vulnerabilidade social?. **Textos & Contextos**, v. 11, n. 2, p. 301-308, 2012.

JANIER, M.; HEGYI, V.; DUPIN, N.; UNEMO, M.; TIPLICA, G.S.; POTOČNIK, M.; FRENCH, P.; PATEL, R. European guideline on the management of syphilis. **Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology**, v.28, p.1581–1593, 2014.

KAMB, M.L.; NEWMAN, L.M.; RILEY, P.L.; MARK, J.; HAWKES, S.J.; MMALIK, T.; BROUTET, N. A road map for the global elimination of congenital syphilis. **Obstetrics and Gynecology International**, 2010.

KINGSTON, M.; FRENCH, P.; HIGGINS, S.; MCQUILLAN, O.; SUKTHANKAR, A.; STOTT, C.; MCBRIEN, B.; TIPPLE, C.; TURNER, A.; SULLIVAN, A.K.; RADCLIFFE, K.; COUSINS, D.; FITZGERALD, M.; FISHER, M.; GROVER, D.; HIGGINS, S.; KINGSTON, M.; RAYMENT, M.; SULLIVAN, A. UK national guidelines on the management of syphilis 2015. **International Journal of Sexually Transmissible Infections & AIDS**, v.27, n.6, p.421–446, 2016.

KLAUSNER, J.D. The sound of silence: missing the opportunity to save lives at birth. **Bulletin of the World Health Organization**, v.9, p.158–158, 2013.

LAFETÁ, K.R.G.; MARTELLI JÚNIOR, H.; SILVEIRA, M.F.; PARANAÍBA, L.M.R. Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. v.26, n.2, p. 255-264, 2016.

LAZARINI, F.M.; BARBOSA, D.A. Educational intervention in Primary Care for the prevention of congenital syphilis. **Revista Latino-Americana Enfermagem**, v.25, 2017.

LIMA, M.G.; DOS SANTOS, R.F.R.; BARBOSA, G.J.A.; RIBEIRO, G.S. Incidência e fatores de risco para sífilis congênita em Belo Horizonte, Minas Gerais, 2001-2008. **Ciências & Saúde Coletiva**, v.18, n.2, p.499-506, 2013.

LIMA, V.C.; MORORÓ, R.M.; MARTINS, M.A.; RIBEIRO, S.M.; LINHARES, M.S.C. Epidemiological profile of congenital syphilis in a medium-sized municipality in northeastern Brazil. **Journal of Health & Biological Sciences**, v.5, n.1, p.56-61, 2017.

LIN, J.S.; EDER, M.L.; BEAN, S.I. Screening for Syphilis Infection in Pregnant Women Updated Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. **Journal of the American Medical Association**, v.320, n.9, p.918-925, 2018.

LINS, C. D. M. **Epidemiologia da Sífilis Gestacional e Congênita no Extremo Setentrional da Amazônia**. [dissertação] (Mestrado) Boa Vista: do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, 2014.

LUPPI, C.G.; OLIVEIRA, R.L.S.; VERAS, M.A.; LIPPMAN, S.A.; JONES, H.; JESUS, C.H.; PINHO, A.A.; RIBEIRO, M.C.; CAIAFFA-FILHO, H. Diagnóstico precoce e os fatores associados às infecções sexualmente transmissíveis em mulheres atendidas na atenção primária. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.14, n.3, p.467-477, 2011.

MACÊDO, V.C. **Sífilis gestacional: fatores de risco sociodemográficos, comportamentais e assistenciais**. [dissertação]. Pernambuco: Universidade Federal de Pernambuco. Centro de ciências da saúde programa de pós-graduação em saúde da criança e do adolescente, 2015.

MACÊDO, V.C.; LIRA, P.I.C.; FRIAS, P.G.; ROMAGUERA, L.M.D.; SCAIRES, S.de F.F.; XIMENES, R.A.de A. Fatores de risco para sífilis em mulheres: estudo caso-controle. **Revista de Saúde Pública**. v.51, n.78, 2017.

MACHADO, B. L.; TERRA, M. R. **A sífilis na gestação: uma problemática atual**. 2015.

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

MAGALHÃES, D.M.S.; KAWAGUCHI, I.A.L.; DIAS, A.; CALDERON, I.M.P. A sífilis na gestação e sua influência na morbimortalidade materno-infantil. **Comunicação Ciências em Saúde**, v.22, n.1, p.44-54, 2011.

MASCARENHAS, L.E.F.; ARAÚJO, M. dos S.S.; GRAMACHO, R. de C.C.V. Desafios no tratamento da sífilis gestacional. **Repositório Institucional - Escola Baiana de Medicina e Saúde Pública**, 2017.

MATTEI, P.L.; BEACHKOFKY, T.M.; GILSON, R.T.; WISCO, O.J. Syphilis: a reemerging infection. **American Family Physician**, v.86, n.5, p. 433-440, 2012.

MELO, N.G.D.O.; DE MELO FILHO, D.A.; FERREIRA, L.O.C. Intraurban Differences Related to Inherited Syphilis in Recife, State of Pernambuco, Brazil (2004-2006). **Epidemiologia e Serviços Saúde**, v.20, n.2, p.213-222, 2011.

MESQUITA, K.O.; LIMA, G.K.; FILGUEIRA, A.A.; FLÔR, S.M.C.; FREITAS, C.A.S.L.; LINHARES, M.S.C. Análise dos casos de sífilis congênita em Sobral, Ceará: contribuições para assistência pré-natal. **DST - Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, v.24, n.1, p.20-7, 2012.

MILANEZ, H.; AMARAL, E. Por que ainda não conseguimos controlar o problema da sífilis em gestantes e recém-nascidos?. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v.30, n.7, p.325-327, 2008.

MOREIRA-SILVA, S.F.; PREBIANCHI, P.A.; DIAS, C.F.; AKEL JÚNIOR, A.N.; DALVI, L.G.; FRAUCHES, D.O. Alterações ósseas em lactentes com sífilis congênita bone changes in infants with congenital syphilis. **DST - Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, v.21, n.4, p.175-178, 2009.

NADAL, S.R.; FRAMIL, V.M.S. Interpretação das reações sorológicas para diagnóstico e seguimento pós-terapêutico da sífilis. **Revista Brasileira de Coloproctologia**, v.27, n.4, p.479-482, 2007.

NASCIMENTO, M.I.; CUNHA, A.L.; GUIMARÃES, E.V.; ALVAREZ, F.S.; OLIVEIRA, S.R.S.M.; VILLAS BÔAS, E.L. Gestações complicadas por sífilis materna e óbito fetal. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v.34, n.2, p.56-62, 2012.

NEWMAN, L.; KAMB, M.; HAWKES, S.; GOMEZ, G.; SAY, L.; SEUC, A.; BROUTET, N. Global Estimates of Syphilis in Pregnancy and Associated Adverse Outcomes: Analysis of Multinational Antenatal Surveillance Data. **Public Library of Science Medicine**, v.10, n.2, 2013.

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. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.24, n.4, p.681-694, 2015.

OBSERVATÓRIO DO SEMIÁRIDO NORDESTINO. UNIFG. **Distribuição espacial de casos da sífilis gestacional e congênita**. 2018.

OLIVEIRA, J.S.; SANTOS, J.V. Perfil epidemiológico da sífilis congênita no estado da Bahia, no período de 2010 a 2013. **Revista Eletrônica Atualiza Saúde**. v.2, n.2, p.20-30, 2015.

OSBAK, K.K; HOUSTON, S.; LITHGOW, K.V; MEEHAN, C.J; STROUHAL, M.; SMAJS, D.; CAMERON, C.E.; VAN OSTADE, X.; KENYON, C.R.; VAN RAEMDONCK, G.A. Characterizing the syphilis-causing *Treponema pallidum* ssp.pallidum. proteome using complementary mass spectrometry. **Public Library of Science Neglected Tropical Diseases**. v.10, n.9, 2016.

PEELING, R.W.; MABEY, D.; KAMB, M.L.; CHEN, X.S.; RADOLF, J.D.; BENZAKEN, A.S. Syphilis. **Nature Reviews Disease Primers**, v.3, n.17073, 2018.

REVOLLO, R.; TINAJEROS, F.; HILARI, C.; GARCÍA, S.G.; ZEGARRA, L.; DÍAZ-OLAVARRIETA, C. Maternal and congenital syphilis four provinces in Bolivia. **Salud Pública de México**, v.49, n.6, p.422-428, 2007.

REZENDE, E.M.A.; BARBOSA, N.B. A sífilis congênita como indicador da assistência de pré-natal no estado de goiás. **Revista de Atenção Primária à Saúde**. v.18, n.2, p.220-232, 2015.

RODRIGUES, C.S.; GUIMARÃES, M.D.D.; GRUPO NACIONAL DE ESTUDO SOBRE SÍFILIS CONGÊNITA. Positividade para sífilis em puérperas: ainda um desafio para o Brasil. **Revista Pan-American de Saúde Pública**, v.16, n.3, p.168-175, 2004.

ROMAGUERA, L.M.D. **Sífilis congênita segundo critérios diagnósticos no Brasil: comparação entre recém-nascidos com e sem diagnóstico definido por exames padrão ouro**. [dissertação] Pernambuco: Universidade Federal de Pernambuco, Mestrado em Medicina Tropical. 2011.

ROSA, R. Geotecnologias na Geografia Aplicada. **Revista do Departamento de Geografia**. v.16, p. 81-90, 2005.

SÁ, A.S.R. **A vigilância epidemiológica da sífilis congênita em uma maternidade pública de Recife - Pernambuco, Brasil**. [Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva]. Fundação Oswaldo Cruz. Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães. 2010.

SANTOS, N.J.S. Mulher e negra: dupla vulnerabilidade às DST/HIV/aids. **Revista Saúde e Sociedade - USP**, v.25, n.3, p.602-618, 2016.

SANTOS, V.C.; DOS ANJOS, K.F. Sífilis: uma realidade prevenível. Sua erradicação, um desafio atual. **Revista Saúde e Pesquisa**, v.2, n.2, p.257-263, 2009.

SARACENI, V.; GUIMARÃES, M.H.F.S.; THEME FILHA, M.M.; LEAL, M.C. Mortalidade perinatal por sífilis congênita: indicador da qualidade da atenção à mulher e à criança. **Caderno de Saúde Pública**, v.21, n.4, p.1244-1250, 2005.

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

SARACENI, V.; PEREIRA, G.F.M.; MARIANGELA FREITAS DA SILVEIRA, M.F.; ARAUJO, M.A.L.; MIRANDA, A.E. Vigilância epidemiológica da transmissão vertical da sífilis: dados de seis unidades federativas no Brasil. **Revista Pan-Americana de Saúde Pública**, v.41, 2017.

SILVA, T.Z.; PICOLI, R.P.; GRAEFF, S.V.B.; CUNHA, R.V.; RUI ARANTES. R. Subnotificação de sífilis em gestantes, congênita e adquirida entre povos indígenas em Mato Grosso do Sul, 2011-2014. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.26, n.3, p.503-512, 2017.

SMS-PMG. Secretaria Municipal de Saúde – **Plano Municipal de Saúde (2018)**. Prefeitura Municipal de Guanambi, 2018.

STAMM, L.V. Syphilis: Re-emergence of an old foe. **Microbial Cell**. v.3, n.9, p.363-370, 2016.

SUCUPIRA A.C.S.L.; ANDRADE L.O.M.; BARRETO I.C.H.C.; LIMA J.W.; SANTIAGO A.V.; SANTIAGO A.X. Determinantes sociais da saúde de crianças de 5 a 9 anos da zona urbana de sobral, Ceará, Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.17, p.160-177, 2014.

SVECOVÁ D.; LUHA J. Trend and challenge in mother-to-child transmission of syphilis. **Epidemiologie, Mikrobiologie, Immunologie**, v.66, n.1, p.24-29, 2017.

TSIMIS, M.E.; SHEFFIELD, J.S. Update on Syphilis and Pregnancy. **Birth defects research**. v.109, p.347–352, 2017.

VARGAS, L.; AMARAL, S.; ARRIAGA, M.; SARNO, M.; BRITESA, C. High prevalence of syphilis in parturient women and congenital syphilis cases in public maternities in Salvador-Bahia, Brazil. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v.125, p.1212–1214, 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Guidelines for the Treatment of Treponema pallidum (syphilis)**. 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO guideline on Syphilis screening and treatment for pregnant women**. 2017.

XAVIER, R.B.; JANNOTTI, C.B.; SILVA, K.S.; MARTINS, A.C. Risco reprodutivo e renda familiar: análise do perfil de gestantes. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n.4, p.1161- 1171, 2013.

APÊNDICE A - CHEK-LIST PARA LEVANTAMENTO DE DADOS

() Sífilis Gestacional

() Sífilis Congênita

Nº _____

PESQUISA - ANÁLISE DOS FATORES ASSOCIADOS À SÍFILIS GESTACIONAL E CONGÊNITA		
DADOS DA GESTANTE	DADOS DA PUÉRPERA	DADOS DO RN
1- Data de notificação: ___/___/___	1- Idade: _____	1- Data de notificação: ___/___/___
2- Fonte notificadora:	2- Município de origem:	2- Fonte notificadora:
3- Idade: _____	3- Zona de residência: () Rural () Periurbana () Urbana () Ignorada	3- Data de nascimento: ___/___/___
4- Data do diagnóstico: ___/___/___	4- Data do diagnóstico: ___/___/___	4- Data do diagnóstico: ___/___/___
5- Cor: () Branca () Ignorado () Preta () Amarela () Indígena () Parda	5- Cor: () Branca () Ignorado () Preta () Amarela () Indígena () Parda	5- Peso ao nascer: _____ Kg
6- Município de origem: _____	6- Realizou pré-natal: () Sim () Não () Ignorado	6- Apgar: 1º min _____ 5º min _____
7- Zona de residência: () Rural () Periurbana () Urbana () Ignorada	7- Nº de consultas pré-natal: _____	7- Sexo: () Feminino () Ignorado () Masculino
8- Trimestre de gestação: () 1º () 2º () 3º () Idade gestacional ignorada	8- Nº de perdas fetais/abortos: _____	8- Evidência do T. Pallidum: () Sim () Não () Ignorado () Não realizado
9- Ocupação: _____	9- Ocupação: _____	9- Diagnóstico Clínico: () Sintomático () Ignorado () Assintomático
10- Escolaridade: () Não Alfabetizado () 1ª a 4ª série incompleta () 4ª série completa () 5ª a 8ª série incompleta () Ensino Fundamental Completo () Ensino Médio Incompleto () Ensino Médio Completo () Superior Incompleto () Superior Completo () Ignorado	10- Escolaridade: () Não Alfabetizado () 1ª a 4ª série incompleta () 4ª série completa () 5ª a 8ª série incompleta () Ensino Fundamental Completo () Ensino Médio Incompleto () Ensino Médio Completo () Superior Incompleto () Superior Completo () Ignorado	10- Presença de Sinais e Sintomas: () Icterícia () Anemia () Rinite Muco-sanguinolenta () Esplenomegalia () Osteocondrite () Hepatomegalia () Lesões cutâneas () Pseudoparalisia () Outro _____
11- Classificação Clínica: () Primária () Secundária () Terciária () Latente () Ignorada	11- Diagnóstico da sífilis materna: () Durante o pré-natal () No momento do parto/curetagem () Após o aborto () Ignorado () Não realizado	11- Teste não treponêmico – Sangue Periférico: () Reagente () Ignorado () Não Reagente () Não realizado

12- Teste não-treponêmico: <input type="checkbox"/> Reagente <input type="checkbox"/> Não Reagente <input type="checkbox"/> Não realizado <input type="checkbox"/> Ignorado	12- Teste não treponêmico realizado no parto/curetagem: <input type="checkbox"/> Reagente <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Não Reagente <input type="checkbox"/> Não realizado	12- Titulação do VDRL: <input type="checkbox"/> 1: _____ <input type="checkbox"/> Não reagente
13- Titulação do VDRL: <input type="checkbox"/> 1: _____ <input type="checkbox"/> Não reagente	13- Titulação do VDRL: <input type="checkbox"/> 1: _____ <input type="checkbox"/> Não reagente	13- Teste não treponêmico – Liquor: <input type="checkbox"/> Reagente <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Não Reagente <input type="checkbox"/> Não realizado
14- Teste treponêmico: <input type="checkbox"/> Reagente <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Não Reagente <input type="checkbox"/> Não realizado	14- Teste treponêmico no parto/curetagem: <input type="checkbox"/> Reagente <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Não Reagente <input type="checkbox"/> Não realizado	14- Titulação: <input type="checkbox"/> 1: _____ <input type="checkbox"/> Não reagente
15- Esquema de Tratamento gestante: <input type="checkbox"/> Penicilina G cristalina 100.000 a 150.000 UI/Kg/dia - 10 dias <input type="checkbox"/> Penicilina G procaína 50.000 UI/Kg/dia - 10 dias <input type="checkbox"/> Penicilina G benzatina 50.000 UI/Kg/dia <input type="checkbox"/> Outro _____ <input type="checkbox"/> Não realizado <input type="checkbox"/> Ignorado	15- Início do tratamento: _____/_____/_____	15- Alteração Liquórica: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não realizado <input type="checkbox"/> Ignorado
16- Tratamento parceiro concomitante com a gestante: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado	16- Esquema de tratamento: <input type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Inadequado <input type="checkbox"/> Não realizado	16- Titulação ascendente: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não realizado <input type="checkbox"/> Ignorado
17- Esquema de tratamento parceiro: <input type="checkbox"/> Penicilínico <input type="checkbox"/> Não penicilínico	17- Tratamento parceiro concomitante com a gestante: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado	17- Alteração de ossos longos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não realizado <input type="checkbox"/> Ignorado
		18- Esquema de Tratamento: <input type="checkbox"/> Penicilina G cristalina 100.000 a 150.000 UI/Kg/dia - 10 dias <input type="checkbox"/> Penicilina G procaína 50.000 UI/Kg/dia - 10 dias <input type="checkbox"/> Penicilina G benzatina 50.000 UI/Kg/dia <input type="checkbox"/> Outro _____ <input type="checkbox"/> Não realizado <input type="checkbox"/> Ignorado

APÊNDICE B – AUTORIZAÇÃO PARA ACESSO DE PRONTUÁRIO CTA



PREFEITURA MUNICIPAL DE GUANAMBI
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Praça Henrique Pereira Donato, 90 – Centro
CEP: 46.430-000 – Guanambi
CNPJ: 11.926.843/0001-30

AUTORIZAÇÃO PARA ACESSO DE PRONTUÁRIO

Cientes das disposições da Resolução CNS 466/12, autorizo o manuseio o fornecimento de informação sobre o serviço desenvolvido no Centro de Testagem e Aconselhamento – CTA, bem como de informações sobre HIV e Sífilis em gestantes notificadas e acompanhadas no município de Guanambi –Ba, não revelando a identidade destas à pesquisadora. Tais informações serão disponibilizados para a pesquisa “Análise dos fatores associados à sífilis gestacional e congênita em município do semiárido baiano na série histórica de 2009 a 2017”, de responsabilidade da pesquisadora Ana Luísa Cotrim Oliveira, mediante aprovação ética. As informações de interesse da pesquisa serão fornecidas pela própria coordenadora do Centro de Testagem e Aconselhamento, mediante entrevista.

Guanambi, 27 de julho de 2018.

Rita de Cássia Rocha Castro
Coordenadora do Centro de Testagem e Aconselhamento de ISTs

Rita de Cássia Rocha de Castro
COORDENADORA MUNICIPAL
CSTIAids/HV de Guanambi

APÊNDICE C - AUTORIZAÇÃO DE MANUSEIO DE PRONTUÁRIO VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA



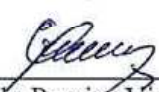
PREFEITURA MUNICIPAL DE GUANAMBI
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Praça Henrique Pereira Donato, 90 – Centro
CEP: 46.430-000 – Guanambi

CNPJ: 11.926.843/0001-30

AUTORIZAÇÃO PARA MANUSEIO DE PRONTUÁRIOS

Cientes das disposições da Resolução CNS 466/12, autorizo o manuseio das fichas de notificação compulsória de casos de sífilis gestacional e congênita, bem como as Declarações de Nascido Vivo, do Departamento de Vigilância Epidemiológica do município de Guanambi-Ba para o projeto de pesquisa “Análise dos fatores associados à sífilis gestacional e congênita em município do semiárido baiano na série histórica de 2009 a 2017”, de responsabilidade da pesquisadora Ana Luisa Cotrim Oliveira após aprovação ética. Os documentos deverão ser manuseados na própria do Departamento de Vigilância Epidemiológica do município de Guanambi-Ba que reservará sala adequada para este procedimento.

Guanambi, 06 de 09 de 2017.


Ernivaldo Pereira Viana

Diretor do Departamento de Vigilância Epidemiológica

Ernivaldo Pereira Viana
Diretor do Depart.
de Vigilância e Saúde
Data: 06/09/2017

APÊNDICE D – DECLARAÇÃO DE INSTITUIÇÃO CO PARTICIPANTE



PREFEITURA MUNICIPAL DE GUANAMBI
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Praça Henrique Pereira Donato, 90 – Centro
CEP: 46.430-000 – Guanambi

CNPJ: 11.926.843/0001-30

DECLARAÇÃO DE CO – PARTICIPANTE DA PESQUISA

Declaro ter lido e concordar com o projeto de pesquisa “Análise dos fatores associados à sífilis gestacional e congênita em município do semiárido baiano na série histórica de 2009 a 2017”, de responsabilidade do pesquisador Ana Luisa Cotrim Oliveira e declaro conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12. Esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades como Instituição Co-participante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem estar. Estou ciente que a execução deste projeto dependerá da aprovação do mesmo pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica da Goiás, mediante parecer ético substanciado e declaração de aprovação.

Guanambi, 06 de Setembro 2017.

André Luís Fagundes
Secretário de Saúde de Guanambi-Ba

André Luis Moitinho Fagundes
Secretário Municipal de Saúde
Decreto nº. 02 de 02/01/2017

APÊNDICE E – ROTEIRO PARA LEVANTAMENTO DE DADOS



MESTRADO EM CIÊNCIAS AMBIENTAIS E SAÚDE

ANÁLISE DOS FATORES ASSOCIADOS À SÍFILIS GESTACIONAL E CONGÊNITA E

MESTRANDA: Ana Luísa Cotrim Oliveira

ORIENTADORA: Dra. Vera Aparecida Saddi

INFORMAÇÕES SOBRE O CTA/SAE – GUANAMBI/BA

- 1- Ano de criação e caracterização do CTA/SAE.
- 2- Serviços disponibilizados no local.
- 3- O CTA/SAE atende a outros municípios ou somente Guanambi?
- 4- Caracterização da demanda de atendimento.
- 5- Quando começou o programa direcionado ao HIV/AIDS?
- 6- Como funciona o programa de HIV/AIDS?
- 7- Quantas gestantes já foram atendidas de 2009 à 2017 no programa de HIV/AIDS?
- 8- Quantas gestantes portadoras de HIV/AIDS também estavam associadas à Sífilis entre 2009 e 2017?
- 9- Qual o fluxograma para atendimento a gestantes e recém – nascidos portadores de HIV/AIDS?

INFORMAÇÕES SOBRE O SERVIÇOS DE ATENDIMENTO À SIFILIS – GUANAMBI/BA

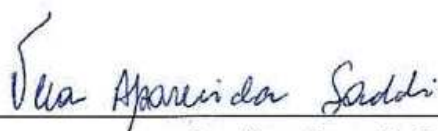
- 1- Quantas UBS no município e população total?
- 2- As UBS contam com o kit de teste rápido para Sífilis?
- 3- Os profissionais de saúde que atuam na Estratégia de Saúde da Família estão aptos a para atuar no rastreio e intervenção da Sífilis?
- 4- Caracterização do serviço de atenção básica do município.
- 5- O município atende a outros municípios nesse tipo de serviço ou somente Guanambi?
- 6- Ano de implantação no município do programa de Sífilis.
- 7- Descrição do protocolo de atendimento à Sífilis gestacional e congênita do município.
- 8- Fluxograma de rastreio e tratamento da Sífilis no município.
- 9- O município possui protocolo próprio direcionado à Sífilis?

**APÊNDICE E – DISPENSA DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E
ESCLARECIDO**

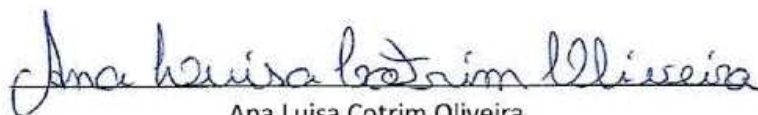
**SOLICITAÇÃO DE DISPENSA DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E
ESCLARECIDO**

Eu, Ana Luísa Cotrim Oliveira, Pesquisadora responsável pelo projeto “Análise dos fatores associados à sífilis gestacional e congênita em município do semiárido baiano na série histórica de 2009 a 2017” solicito perante este Comitê de ética em Pesquisa a dispensa da utilização do TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO para realização deste projeto tendo em vista que o mesmo utilizará somente dados secundários obtidos a partir de fichas de notificação compulsória e Declaração de Nascido Vivo. Comprometemo-nos a cumprir o disposto na Resolução CNS 466 de 12 de Dezembro de 2012 e complementares e asseguramos que todos os dados serão manuseados com cautela, garantindo confidencialidade e sigilo das informações. Os dados serão manipulados somente pelo responsável do estudo e equipe de pesquisa abaixo assinados. Nenhum dado que permita a identificação do participante do estudo será divulgado.

Goiânia, 18, de setembro, de 2017:



Dra. Vera Apareida Saadi
Responsável pelo projeto



Ana Luísa Cotrim Oliveira
Acadêmica/Pesquisadora

ANEXO I - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA PUC GOIÁS



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DE GOIÁS -
PUC/GOIÁS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ANÁLISE DOS FATORES ASSOCIADOS À SÍFILIS GESTACIONAL E CONGÊNITA EM MUNICÍPIO DO SEMIÁRIDO BAIANO NA SÉRIE HISTÓRICA DE 2009 A 2017

Pesquisador: ANA LUISA COTRIM OLIVEIRA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 78659417.6.0000.0037

Instituição Proponente: Pontifícia Universidade Católica de Goiás - PUC/Goiás

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.332.721

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo seccional que irá analisar os fatores associados aos casos notificados de sífilis gestacional e congênita, em município do semiárido baiano, na série histórica de 2009 a 2017. O estudo deverá analisar as fichas de notificação compulsória de casos de sífilis gestacional e congênita, bem como as Declarações de Nascidos Vivos (DNV) dos neonatos notificados como sífilis congênita. A pesquisa visa ainda descrever a variação de incidência da infecção e correlacionar à caracterização dos indicadores de vulnerabilidade social com a incidência de casos. A amostra a ser analisada deverá incluir a totalidade dos registros notificados no período especificado. As informações serão coletadas incluindo antecedentes epidemiológicos, histórico de tratamento, dados clínicos da sífilis, dados laboratoriais, dados sociodemográficos e a evolução dos casos. Os casos incluídos serão identificados apenas com um número de registro, a fim de preservar a identidade dos participantes. Os resultados esperados visam a caracterização dos casos de sífilis gestacional e congênita, além das possíveis associações dos casos com a vulnerabilidade social dos participantes.

Serão consideradas elegíveis para esse estudo todos os casos notificados de sífilis gestacional e congênita entre 2009 e 2017, que estejam arquivados na Vigilância Epidemiológica do Município de Guanambi-BA que apresentem dados clínicos, laboratoriais, sociodemográficos e epidemiológicos disponíveis nas respectivas fichas de notificação compulsória e DNVs. Serão excluídos da pesquisa notificações de outros agravos, casos de sífilis gestacional e congênita não

Endereço: Av. Universitária, N.º 1.069

Bairro: Setor Universitário

CEP: 74.605-010

UF: GO

Município: GOIANIA

Telefone: (62)3946-1512

Fax: (62)3946-1070

E-mail: cep@pucgoias.edu.br