



LAURA FONTOURA PERIM

**SÍFILIS GESTACIONAL E CONGÊNITA: UM ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO NO
MUNICÍPIO DE RIO GRANDE**

RIO GRANDE – RS

2021

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM/SAÚDE
MESTRADO EM ENFERMAGEM

LAURA FONTOURA PERIM

**SÍFILIS GESTACIONAL E CONGÊNITA: UM ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO NO
MUNICÍPIO DE RIO GRANDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/Saúde, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande - FURG, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem/Saúde – Área de Concentração: Enfermagem. Linha de Pesquisa: ética, Educação e Saúde.

Orientador: Profº. Drº. Edison Luiz Devos Barlem

Coorientadora: Profª. Drª. Aline Neutzling Brum

RIO GRANDE – RS

2021

Ficha Catalográfica

P444s Perim, Laura Fontoura.

**Sífilis gestacional e congênita: um estudo epidemiológico
no município de Rio Grande / Laura Fontoura Perim. – 2021.
73 f.**

**Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Rio
Grande – FURG, Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem, Rio Grande/RS, 2021.**

Orientador: Dr. Edison Luiz Devos Barlem.

Coorientadora: Dra. Aline Neutzling Brum.

**1. Sífilis Congênita 2. Sífilis em Gestantes 3. Epidemiologia
4. Enfermagem I. Barlem, Edison Luiz Devos II. Brum, Aline
Neutzling III. Título.**

CDU 616-002.6

Catálogo na Fonte: Bibliotecário José Paulo dos Santos CRB 10/2344



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE - FURG
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM



ATA DA SESSÃO DE APRESENTAÇÃO E SUSTENTAÇÃO
PÚBLICA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ATA/PARECER: 12/2021

A Banca Examinadora, designada pela Portaria Nº 1778/2021, de 25 de agosto de 2021 em Sessão presidida e registrada pelo **Prof. Dr. EDISON LUIZ DEVOS BARLEM**, reuniu-se em trinta e um de agosto de 2021, às 14h, em trabalho remoto - via Plataforma Zoom pelo link: <https://us05web.zoom.us/j/2235773915?pwd=ajhtVjZOTkhSVGwwTDZpNWhmeCtVUT09> para a Sessão de Apresentação e Sustentação Pública da Dissertação de Mestrado em Enfermagem - Área de Concentração: Enfermagem e Saúde, na Linha de Pesquisa: Ética, Educação e Saúde, intitulada: **"SÍFILIS GESTACIONAL E CONGÊNITA: UM ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO NO MUNICÍPIO DE RIO GRANDE, RS"** da mestranda **LAURA FONTOURA PERIM**. O Presidente procedeu à abertura oficial da Sessão, com a apresentação dos membros da Banca Examinadora. Posteriormente, prestou esclarecimentos sobre a dinâmica de funcionamento da Sessão, concedendo o tempo de até 30 (trinta) minutos para a apresentação da Sustentação, a qual teve início às **14 horas** e término às 15 horas e 10 minutos. Em seguida, foi solicitado ao público presente e a mestranda (todos on-line) que se retirassem da plataforma virtual, durante o período de avaliação final. Concluída esta fase, o Sr. Presidente convidou a todos para retornarem, procedendo a leitura do seguinte parecer: **A temática apresentada é relevante para a área da enfermagem/saúde, com apresentação qualificada dos dados obtidos, os quais atenderam com rigor os objetivos traçados. Sugere-se seguir as recomendações da banca em termos de revisão ortográfica e de normas do PPGENF-FURG.**

De acordo com a avaliação da Banca Examinadora, a dissertação de Mestrado de **LAURA FONTOURA PERIM** foi **Aprovado**. A mestranda fará jus ao título de Mestre somente após o cumprimento das demais disposições regimentais em no máximo 60 dias, a contar da presente data. A expedição do diploma pelo órgão competente dar-se-á após homologação do processo pela Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

Rio Grande, 31 de agosto de 2021.

Prof. Dr.	EDISON LUIZ DEVOS BARLEM	FURG	(Presidente)	<i>Barlem.</i>
Dra.	ALINE NEUTZLING BRUM	-	(Coorientadora)	<i>Aline</i>
Profa. Dra.	JAMILA GERI TOMASCHEWSKI BARLEM	FURG	(Efetivo)	_____
Profa. Dra.	DAIANE PORTO GAUTÉRIO ABREU	FURG	(Efetivo)	<i>Daiane</i>
Dr.	JEFERSON VENTURA	-	(Efetivo)	<i>Jefferson Ventura</i>
Profa. Dra.	LAURELIZE PEREIRA ROCHA	FURG	(Suplente)	<i>Laurelize P. Rocha</i>
Profa. Dra.	ROSIANE FILIPIN RANGEL	UFN	(Suplente)	<i>Rosiane Rangel</i>

Ciente: *Laurelize P. Rocha*

LAURA FONTOURA PERIM

RESUMO

PERIM, Laura Fontoura. **SÍFILIS GESTACIONAL E CONGÊNITA: UM ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO NO MUNICÍPIO DE RIO GRANDE**. 2021. 73f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande.

A sífilis é uma das doenças mais antigas conhecidas no mundo, porém ainda hoje é considerada uma importante questão de saúde pública, dada sua alta incidência. Apresenta predominantemente transmissão venérea, ocorrendo também por transfusão de sangue ou por via placentária durante a gravidez, ocasionando a sífilis congênita. A incidência e as sequelas da sífilis congênita estão diretamente relacionadas com a qualidade da assistência do pré-natal. O aumento na incidência dessa infecção na população está associado a vários fatores socioculturais que muitas vezes dificultam a troca entre as Equipes de Saúde e a gestante. Tratou-se de uma pesquisa documental ex-post-facto (“a partir do fato passado”). Os objetivos do estudo foram: analisar o perfil epidemiológico da sífilis gestacional e congênita do município de Rio Grande/RS através de uma série histórica de cinco anos (2015 e 2019); analisar os dados epidemiológicos relacionados ao diagnóstico e tratamento da sífilis gestacional e congênita, entre os anos de 2011 e 2019 refletindo acerca das ações da Atenção Básica com enfoque na prevenção. Os dados foram coletados com informações contidas no Boletim Epidemiológico da Sífilis e DATASUS. Os dados foram digitados em um banco e após foi realizada análise estatística descritiva com descrição das frequências das variáveis categóricas, e média de desvio padrão para as numéricas, foram aplicados os testes de qui-quadrado para as variáveis categóricas e testes t e ANOVA para as variáveis numéricas, foi considerado estatisticamente significativo o valor de $p < 0,05$. O estudo evidenciou que entre os anos de 2015 a 2019, em relação ao perfil socioepidemiológico dos casos de sífilis gestacional em Rio Grande/RS, verifica-se uma maior prevalência entre mulheres na faixa etária de 20 a 29 anos (variando entre 44 e 61%), brancas (variando entre 46 e 56%) ensino fundamental incompleto 5ª a 8ª série (variando entre 19 e 26%). Nos casos de sífilis congênita observou-se uma maior prevalência entre mulheres brancas (variando entre 45 e 53%), com idade entre 20 e 29 anos (variando entre 45 e 64%) e com ensino fundamental incompleto (variando entre 16 e 23%). Observou-se uma maior prevalência de diagnóstico de sífilis gestacional durante o terceiro trimestre de gestação. Nos anos de 2015, 2016, 2018 e 2019 a classificação da sífilis latente foi semelhante ao diagnóstico de sífilis primária. Pode-se observar, que entre os anos de 2013 e 2019 a maioria dos casos de sífilis congênita, diagnosticados no município de Rio Grande, as gestantes realizaram pré-natal. No período analisado, os tratamentos para sífilis congênita foram considerados inadequados. Frente a este resultado, evidenciou-se a necessidade de trabalhar ações de prevenção, diagnóstico e tratamento principalmente com a equipe da Atenção Básica, que visam a diminuição dos casos no município. Evidenciou-se, também, devido ao alto número de dados ignorados, a necessidade de fortalecer as ações no preenchimento das fichas de notificação epidemiológicas, pois a partir do preenchimento completo é possível identificar o perfil sócio epidemiológico da população estudada, tornando mais efetiva as ações a esse grupo populacional.

Descritores: Sífilis Congênita. Sífilis em Gestantes. Epidemiologia. Enfermagem.

ABSTRACT

PERIM, Laura Fontoura. **GESTATIONAL AND CONGENITAL SYPHILIS: AN EPIDEMIOLOGICAL STUDY IN THE CITY OF RIO GRANDE, RS.** 2021. 73f. Dissertation (Masters in Nursing) - School of Nursing, Postgraduate Program in Nursing, Federal University of Rio Grande, Rio Grande.

Syphilis is one of the oldest known diseases in the world, but it is still considered an important public health issue today, given its high incidence. It has predominantly venereal transmission, also occurring through blood transfusion or through the placental route during pregnancy, causing congenital syphilis. The incidence and sequelae of congenital syphilis are directly related to the quality of prenatal care. The increase in the incidence of this infection in the population is associated with several sociocultural factors that often make it difficult to exchange between the Health Teams and the pregnant woman. It was a descriptive and exploratory documentary research. The objectives of the study were: to analyze the epidemiological profile of gestational and congenital syphilis in the city of Rio Grande/RS through a five-year historical series (2015 and 2019); analyze the epidemiological data related to the diagnosis and treatment of gestational and congenital syphilis, between 2011 and 2019, reflecting on the actions of Primary Care with a focus on prevention. Data were collected with information contained in the Syphilis Epidemiological Bulletin and DATASUS. Data were entered into a database and after descriptive statistical analysis was performed with description of frequencies of categorical variables, and standard deviation mean for numerical variables, chi-square tests were applied for categorical variables and t-tests and ANOVA for variables values, $p < 0.05$ was considered statistically significant. The study showed that between 2015 and 2019, in relation to the socio-epidemiological profile of cases of gestational syphilis in Rio Grande/RS, there is a higher prevalence among women aged 20 to 29 years (ranging between 44 and 61 %), white (ranging between 46 and 56%) incomplete primary education 5th to 8th grade (ranging between 19 and 26%). In cases of congenital syphilis there was a higher prevalence among white women (ranging between 45 and 53%), aged between 20 and 29 years (ranging between 45 and 64%) and with incomplete primary education (ranging between 16 and 23%). There was a higher prevalence of diagnosis of gestational syphilis during the third trimester of pregnancy. In 2015, 2016, 2018 and 2019, the classification of latent syphilis was similar to the diagnosis of primary syphilis. It can be observed that between the years 2013 to 2019 most cases of congenital syphilis diagnosed in the city of Rio Grande underwent prenatal care. We analyzed that throughout the study period, treatments for congenital syphilis were considered inadequate. In view of this result, the need to work prevention, diagnosis and treatment actions was evident, mainly with the Primary Care team, which aim to reduce the number of cases in the city. It was also evident, due to the high number of ignored data, the need to strengthen the actions in filling out the epidemiological notification forms, as from the complete completion it is possible to identify the socio-epidemiological profile of the studied population, making the actions more effective to that population group.

Descriptors: Congenital Syphilis. Syphilis in Pregnant Women. Epidemiology. Nursing.

RESUMEN

PERIM, Laura Fontoura. **SÍFILIS GESTACIONAL Y CONGÉNITA: UN ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO EN LA CIUDAD DE RIO GRANDE, RS.** 2021. 73f. Disertación (Maestría en Enfermería) - Escuela de Enfermería, Programa de Postgrado en Enfermería, Universidad Federal de Rio Grande, Rio Grande.

La sífilis es una de las enfermedades conocidas más antiguas del mundo, pero todavía se considera un problema de salud pública importante en la actualidad, dada su alta incidencia. Tiene una transmisión predominantemente venérea, que también ocurre a través de transfusiones de sangre o por vía placentaria durante el embarazo, causando sífilis congénita. La incidencia y las secuelas de la sífilis congénita están directamente relacionadas con la calidad de la atención prenatal. El aumento de la incidencia de esta infección en la población está asociado a varios factores socioculturales que muchas veces dificultan el intercambio entre los Equipos de Salud y la gestante. Fue una investigación documental descriptiva y exploratoria. Los objetivos del estudio fueron: analizar el perfil epidemiológico de la sífilis gestacional y congénita en la ciudad de Rio Grande / RS a través de una serie histórica de cinco años (2015 y 2019); Analizar los datos epidemiológicos relacionados con el diagnóstico y tratamiento de la sífilis gestacional y congénita, entre los años 2011 y 2019, reflexionando sobre las acciones de Atención Primaria con foco en la prevención. Los datos se recopilaron utilizando la información contenida en el Boletín Epidemiológico de la Sífilis y DATASUS. Los datos se ingresaron en una base de datos y luego de realizar análisis estadístico descriptivo con descripción de frecuencias de variables categóricas y media de desviación estándar para variables numéricas, se aplicaron pruebas de chi-cuadrado para variables categóricas y pruebas t y ANOVA para valores de variables, $p < 0,05$ se consideró estadísticamente significativo. El estudio mostró que entre 2015 y 2019, en relación al perfil socioepidemiológico de los casos de sífilis gestacional en Rio Grande / RS, existe una mayor prevalencia entre las mujeres de 20 a 29 años (rango entre 44 y 61%), blancas. (rango entre 46 y 56%) educación primaria incompleta 5 ° a 8 ° grado (rango entre 19 y 26%). En los casos de sífilis congénita hubo una mayor prevalencia entre las mujeres blancas (entre el 45 y el 53%), entre 20 y 29 años (entre el 45 y el 64%) y con educación primaria incompleta (entre el 16 y el 23%). Hubo una mayor prevalencia de diagnóstico de sífilis gestacional durante el tercer trimestre del embarazo. En 2015, 2016, 2018 y 2019, la clasificación de la sífilis latente fue similar al diagnóstico de sífilis primaria. Se puede observar que entre los años 2013 a 2019 la mayoría de los casos de sífilis congénita diagnosticados en la ciudad de Río Grande fueron sometidos a atención prenatal. Analizamos que durante todo el período de estudio, los tratamientos para la sífilis congénita se consideraron inadecuados. Ante este resultado, se hizo evidente la necesidad de trabajar acciones de prevención, diagnóstico y tratamiento, principalmente con el equipo de Atención Primaria, que tienen como objetivo reducir el número de casos en la ciudad. También se evidenció, debido al alto número de datos ignorados, la necesidad de fortalecer las acciones en el llenado de los formularios de notificación epidemiológica, ya que a partir de la cumplimentación completa es posible identificar el perfil socioepidemiológico de la población estudiada, haciendo que acciones más efectivas para ese grupo de población.

Descriptor: Sífilis congénita. Sífilis en mujeres embarazadas. Epidemiología. Enfermería.

LISTA DE ABREVIATURAS

APS	Atenção Primária em Saúde
AB	Atenção Básica
ANOVA	Análise de Variância
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema de Saúde
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	Medical Literature Analyses and Retrieval
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan Americana de Saúde
SCIELO	Scientific Electronic Library On-Line
SG	Sífilis Gestacional
SC	Sífilis Congênita
SINAN	Sistema de Informações de Agravos de Notificações
TABNET	Informações de Saúde
TT	Teste Treponêmico
TNT	Teste não Treponêmico
VE	Vigilância Epidemiológica
VDRL	Veneral Disease Research Laboratory

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Taxa de Detecção (por 100.000 habitantes) de sífilis adquirida, sífilis em gestantes e taxa de incidência de sífilis congênita. Brasil 2010 á 2016	19
Figura 2 - Taxa de Detecção de Sífilis em Gestantes em Rio Grande/RS.....	20
Figura 3 - Tratamento para estadiamento da sífilis,	24
Figura 4 - Pirâmide Etária, Rio Grande – RS	29
Figura 5 - Casos de Gestante segundo Idade Gestacional em Rio Grande/RS.....	50
Figura 6 - Número de casos de gestante diagnosticadas com sífilis segunda classificação clínica em Rio Grande/RS	51
Figura 7 - Numero de casos de sífilis congênita e realização de pré natal.	52
Figura 8 - Casos de Sífilis Congênita segundo esquema de tratamento da mãe	52
Figura 9 - Número de casos de sífilis congênita e número de casos de realização de pré natal	53

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Número de casos notificados de sífilis em gestantes e sífilis congênita (por 100.000 habitantes), por ano de diagnóstico em Rio Grande/RS	39
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Taxa de Detecção dos casos de Sífilis em Gestantes (por 100.000 habitantes), por ano de Diagnóstico	38
Tabela 2 - Taxa de Detecção de Sífilis Congênita em menores de 1 ano de idade (por 100.000 nascidos vivos), por ano de Diagnóstico	38
Tabela 3 - Características Sociodemográficas das gestantes com Sífilis, no município	39
Tabela 4 - Características Sócio Demográficas das gestantes com Sífilis Congênita, no município de Rio Grande (RS)	40

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVOS	16
2.1 OBJETIVO GERAL	16
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	16
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	17
3.1 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DA SG E SC.....	17
3.2 SÍFILIS GESTACIONAL E CONGÊNITA, ASPECTOS CLÍNICOS	20
3.3 DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E RECOMENDAÇÕES DO MS	23
3.4 DESAFIO PARA A SAÚDE PÚBLICA E AÇÕES DE ENFERMAGEM.....	25
4 METODOLOGIA.....	28
4.1 TIPO DE ESTUDO	28
4.2 LOCAL DO ESTUDO.....	28
4.3 FONTE DOS DADOS.....	29
4.4 COLETA DE DADOS.....	30
4.5 ANÁLISE DOS DADOS.....	30
4.6 ASPECTOS ÉTICOS	32
5 RESULTADOS	33
ARTIGO 1	34
ARTIGO 2.....	47
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	63
REFERÊNCIAS	64
ANEXO A	70
ANEXO B	71

1 INTRODUÇÃO

A sífilis é uma infecção sexualmente transmissível causada pela bactéria *Treponema Pallidum*, transmitida predominantemente pelo contato sexual ou de forma vertical durante a gestação (LEITE e OLIVEIRA, 2016). É uma condição clínica que, apesar de ser conhecida desde o século XV, ainda se constitui em um grave problema de saúde pública no mundo. A apresentação dos sinais e sintomas da doença torna-se variável e complexa e quando não tratada evolui para formas mais graves, podendo comprometer de forma sistêmica o organismo humano (WALDERRAME, MAZIN e TAYLOR, 2018).

Conforme Cavalcante, Pereira e Castro (2017), a sífilis é uma infecção sistêmica que se apresenta como um desafio para a sociedade, apresentando uma evolução em três fases: primária, secundária e terciária. A fase primária apresenta duração de 21 dias normalmente, com o aparecimento de úlcera genital – única – e indolor que pode durar de duas a seis semanas (CAVALCANTE, PEREIRA e CASTRO, 2017). A fase secundária é marcada pelo aparecimento de lesões cutâneas disseminadas pelo corpo, podendo estar associada a febre e dores musculares (CATUNDA et al., 2018). A fase secundária pode apresentar o mesmo período de duração da fase primária, porém, seguida por um período de latência com duração de anos, caracterizado pela inexistência de sinais e sintomas (CATUNDA et al., 2018). Segundo Cavalcante, Pereira e Castro (2017), a fase terciária ocorre após longos anos de infecção e apresenta-se como forma nervosa, cutânea e cardiovascular da doença.

A sífilis em gestantes e congênita são doenças de notificação compulsória no Brasil desde 1986 e 2005, respectivamente, onde as informações sobre abortos, natimortos e nascidos vivos com SC devem ser inseridas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), o monitoramento dessas informações, por meio do SINAN, é de responsabilidade da Vigilância Epidemiológica (VE), sendo utilizada para elaboração de ações e estratégias de enfrentamento dessas doenças (SILVA et al., 2020). Segundo Domingues, Lauria e Leal, (2019) torna-se de fundamental importância para a eliminação da sífilis o conhecimento do perfil epidemiológico das gestantes, visando fornecer subsídios ao planejamento de estratégias e definição das intervenções necessárias para a erradicação dos casos e agravos à saúde da mulher e do recém-nascido.

Anualmente, três milhões de mulheres dão à luz no Brasil, considerando uma taxa de notificação de sífilis gestacional (SG) de 25% e uma prevalência de sífilis congênita (SC) em 1,6% dos partos. Estima-se que aproximadamente 49 mil gestantes e 12 mil nascidos vivos

estão infectados pela sífilis (SARACENIL, LEAL e HARTZ, 2021). Conforme a WHO (2020), o Brasil apresentou um aumento nas taxas de incidência de SG e SC, no período entre 2015 á 2019, ultrapassando de 3,5 para 15,4 casos a cada mil nascidos vivos e os casos notificados de SC aumentaram de 2,4 para 8,1 casos para cada 100 mil nascidos vivos.

Conforme a Organização Mundial da Saúde (OMS), estima-se que, no mundo, ocorram anualmente cerca de 12 milhões de novos casos de sífilis notificados, dos quais entre 1,5 e 1,85 milhões dos registros encontrados são de gestantes e 50% delas têm filhos com complicações adversas devido às consequências da doença (BRASIL, 2020). No Brasil, segundo dados do Ministério da Saúde (MS), (2020), verifica-se que a prevalência da sífilis continua preocupante, indicando um aumento considerável de notificações de SG em todas as regiões brasileiras, variando entre 14,8% (Nordeste) e 44,7% (Sul).

A SC ocorre exclusivamente quando a mãe infectada transmite por meio da placenta a doença ao feto, podendo também ser posteriormente transmitida em qualquer estágio para o bebe (LEITE e OLIVEIRA, 2016). Conforme Santos et al., (2019), diversificadas consequências, da doença, são direcionadas da mãe para o bebê de acordo com a gravidade da patologia da mãe, podendo haver risco de abortos espontâneos, parto prematuro entre outros. Ao nascer a criança poderá apresentar sinais clínicos da doença ou configurar-se um natimorto.

A SC apresenta-se como um dos principais desfechos adversos que poderão ser prevenidos durante o período gestacional, oriundo do diagnóstico precoce e um tratamento relativamente simples. Conforme Neto, Gomes e Sobrinho, (2019) a SC apresenta-se como um importante indicador de qualidade da atenção materno-infantil e estima-se que 12 mil recém-nascidos, no Brasil, apresentem a doença a cada ano.

De acordo com Beck e Souza (2019), o tratamento da SC está diretamente correlacionado à quatro fatores: identificação precoce da sífilis na gestante, adequação do tratamento durante o pré-natal, presença de evidências clínicas, laboratoriais e radiológicas no neonato e a comparação da sorologia não treponêmica materna e do neonato. O tratamento da sífilis é o mesmo para gestantes ou não gestantes, dependendo do estágio em que a doença é diagnosticada, com um diferencial particular, onde somente a penicilina possui a capacidade de prevenção da transmissão vertical (COSTA et al., 2018).

No que tange á assistência pré-natal, o MS, preconiza que para o tratamento ser considerado como eficaz se inicie até os primeiros 120 dias de gestação, ao realizar no mínimo seis consultas de pré-natal com a oferta de exames laboratoriais básicos, incluindo a testagem rápida para a sífilis e o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) nas gestantes

(ALVES, 2018). O tratamento realizado com a penicilina deve ser estendido aos parceiros da gestante, onde não tratar ou tratar inadequadamente pode ocasionar complicações severas, como o abortamento, a prematuridade e outras sequelas fetais e neonato (SONDA et al., 2020).

Conforme Newman et al., (2019) o alto índice de ocorrência da SC demonstra algumas deficiências nos serviços de saúde, sobretudo na atenção primária ao pré-natal. O diagnóstico e tratamento da SG são considerados relativamente simples e eficazes em sua prevenção. Devido a essas características, a alta incidência de sífilis congênita pode demonstrar, principalmente, deficiência nos serviços de saúde de atenção primária, sobretudo na assistência ao pré-natal (BOTURRA et al., 2019).

A prevenção dos casos de SC é tratada como prioridade para o MS, em conjunto com a OMS e a Organização Pan Americana da Saúde (OPAS), porém, nos últimos anos, com o aumento dos casos de SG e SC, vem se mostrando um desafio para a saúde pública (BRASIL, 2017; PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, 2017).

Frente aos altos índices de SG e SC, o MS elaborou a Agenda de Ações Estratégicas para Redução da Sífilis Congênita no Brasil, com o objetivo de qualificar a atenção à saúde e o compartilhamento das responsabilidades das prioridades da agenda entre as esferas governamentais (BRASIL, 2017).

O programa Rede Cegonha apresenta-se com uma grande conquista na qualidade da saúde materno infantil, pois apresenta dentro do seu principal objetivo a melhoria da qualidade do pré-natal, que inclui a redução da transmissão vertical da sífilis congênita. Segundo a portaria 1459/2011, essa consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento familiar reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2011).

A atenção ao pré-natal adequada, segundo Neto, Gomes e Sobrinho, (2019) é uma ferramenta utilizada para a diminuição da SC, considerando-se a oportunidade de várias ações de intervenções. No que tange à assistência pré-natal, o MS, preconiza a triagem sorológica para sífilis no primeiro e terceiro trimestres de gestação e na ocasião da internação para o parto ou curetagem (BRASIL, 2018).

O tratamento realizado com a penicilina deve ser estendido aos parceiros da gestante, onde não tratar ou tratar inadequadamente parceiros sexuais pode ocasionar complicações severas, pela reinfecção, ocasionando futuramente situações como o abortamento, a prematuridade e outras sequelas fetais no neonato (SONDA et al., 2020). Conforme Newman

et al., (2019) o alto índice de ocorrência da SC demonstra algumas deficiências nos serviços de saúde, sobretudo na Atenção Primária em Saúde (APS) ao pré-natal. O diagnóstico e tratamento da sífilis gestacional são considerados relativamente simples e eficazes em sua prevenção. Dessa forma, a alta incidência de SC pode demonstrar, principalmente, deficiência nos serviços de saúde da APS, sobretudo na assistência ao pré-natal (BOTURRA et al., 2019).

Conforme Santos et al., (2016), os altos índices de casos de sífilis congênita expõem falhas nas estratégias utilizadas pelas equipes de saúde durante o pré-natal. Portanto, além de uma assistência pré-natal adequada, outras medidas devem abranger os diversos períodos que permeiam a saúde da mulher, como em consultas de rotina, antes mesmo da gestação e na admissão à maternidade, durante o parto e curetagem pelo abortamento ou durante qualquer outra intercorrência durante a gestação. Para contemplar esses fatores, torna-se necessário que a equipe de saúde, principalmente na Atenção Básica (AB) possua uma formação diferenciada com enfoque de forma integral no contexto social da mulher (GONZÁLES e ALMEIDA, 2020).

Corroborando, Ferreira et al., (2018), afirmam que novos estudos destacam outros fatores de risco associados à alta incidência da SC, como, baixa escolaridade da gestante, nível socioeconômico, múltiplos parceiros, parceiro não tratado e a falta do medicamento nas redes de atenção à saúde e a vulnerabilidade dentro desse contexto sociodemográfico. Ao refletir sobre esses perfis epidemiológicos, podemos pressupor que medidas eficazes realizadas no âmbito da APS apresentam-se como um dos fatores mais importantes no desfecho da prevenção dos agravos (SOUZA, RODRIGUES e GOMES, 2018).

Conforme o Boletim Epidemiológico 2020, a sífilis é uma doença reemergente em diversos países, inclusive no Brasil, fato que leva a necessidade de estudos e avaliações epidemiológicas visando uma quebra na cadeia de transmissão. No Brasil, em 2019 foram notificados 61.127 casos de sífilis em gestantes (taxa de detecção de 20,8/1.000 nascidos vivos); 24.130 casos de sífilis congênita (taxa de detecção de 8,2/1.000 nascidos vivos); e 173 óbitos por sífilis congênita (taxa de mortalidade de 5,9/100.000 nascidos vivos) (BRASIL, 2020). Acompanhando esses índices elevados o Rio Grande do Sul apresentou em 2019 uma taxa de detecção de sífilis em gestantes de 32,8/1.000 nascidos vivos e entre as capitais nacionais pode-se destacar as taxas de Porto Alegre de 54,2/1.000 casos de nascidos vivos. Conforme dados do TABNET, disponíveis no DATASUS, Rio Grande apresenta uma taxa de detecção de casos de SG e SC crescente nos últimos anos, em 2019 apresentou uma taxa de detecção de 68,6/1.000 e 25,5/1.000 nascidos vivos respectivamente, apresentando taxas maiores que a média nacional no mesmo período.

Segundo Lazarini e Barbosa (2017), a reemergência da sífilis na população em geral e seus aspectos epidemiológicos que abrangem a saúde materno-infantil, as dificuldades encontradas pela VE em superar o modelo biomédico, a fragmentação do cuidado e o emprego das políticas de saúde instituídas no âmbito nacional e internacional fundamentam a necessidade de estudos estratégicos regionais que viabilizem, a partir da realidade local, a atuação mais eficaz de medidas de intervenção á essa população.

O interesse pela temática está vinculado a atividade profissional, da pesquisadora, junto ao Programa Municipal de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e o Ambulatório Municipal de IST. Dentre as atividades desempenhadas estão a realização de ações educativas e palestras para os diversos públicos e investigação dos casos de sífilis congênita notificados no município de Rio Grande, junto ao Comitê Municipal de Transmissão Vertical. Durante a atuação junto ao Comitê Municipal foi possível observar os altos índices da transmissão vertical, em Rio Grande, bem como identificar algumas fragilidades existentes no elo entre as equipes da AB e a usuária/gestante. A atuação do enfermeiro, no Programa de IST do município, está na compreensão dos dados epidemiológicos de IST e no planejamento de ações que amenizam o impacto nas populações mais vulneráveis, entre eles, a mulher.

A **relevância** deste estudo está na necessidade de aprofundar a atuação da AP no pré-natal, com um enfoque principal na prevenção da SC. Ancora-se com base nos altos índices epidemiológicos de casos notificados de SG e SC, mesmo frente a facilidade de diagnóstico e tratamento dessa doença.

Diante do cenário apresentado, **justificando** a realização deste estudo, torna-se fundamental compreender a ocorrência e o perfil dos casos de sífilis gestacional e congênita a fim de fornecer subsídios na busca de medidas de prevenção, controle, redução da disseminação e interrupção da sua transmissibilidade, além de ter o potencial para formulação e fortalecimento de políticas públicas de combate à doença junto a APS. Com base nesse contexto formulou-se como questão norteadora: qual o perfil epidemiológico da sífilis gestacional e congênita do município de Rio Grande/RS, entre os anos de 2015 e 2019 e os dados epidemiológicos relacionados ao diagnóstico e tratamento das mesmas entre os anos de 2011 e 2019?

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar os casos de sífilis gestacional e congênita, bem como aspectos relacionados ao diagnóstico e tratamento, na cidade de Rio Grande.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Descrever os dados epidemiológicos da sífilis gestacional e congênita, na cidade de Rio Grande/RS, entre os anos de 2015 e 2019, mediante acesso á base de dados do DATASUS;
- ✓ Descrever os dados epidemiológicos relacionados ao diagnóstico e tratamento das mesmas entre os anos de 2011 e 2019;
- ✓ Caracterizar o perfil das mulheres diagnosticadas com sífilis gestacional e congênita conforme os dados sociodemográficos;
- ✓ Refletir acerca das ações estratégicas da Atenção Primária e Políticas Públicas visando a prevenção da sífilis gestacional e congênita.

3 REVISÃO DE LITERATURA

A presente revisão de literatura estrutura-se em quatro subcapítulos. No **primeiro** subcapítulo é apresentada a Epidemiologia da SG e SC. No **segundo** é abordada a sífilis gestacional e congênita, com enfoque na definição, diferença e critérios de inclusão e exclusão de sífilis congênita. No **terceiro** subcapítulo disserta-se sobre o diagnóstico, tratamento e recomendação com enfoque no que o MS preconiza como tratamento da sífilis gestacional, permeando as Políticas Públicas que abordam o tema. O **quarto** subcapítulo refere-se aos desafios para a saúde pública e ações de enfermagem, como a educação continuada dos profissionais de saúde.

Para os dois primeiros capítulos recorreu-se à uma busca livre, em meio físico e digital, com vistas a atingir o objetivo proposto. Já para o terceiro capítulo foi realizado uma busca nas bases de dados (MEDLINE, SCIELO, CINAHL e LILACS), utilizando-se descritores nos idiomas português, inglês e espanhol: *epidemiologia and sífilis gestacional and sífilis congênita and equipe de enfermagem and atenção básica*, entre os anos de 2015 á 2021.

3.1 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DA SG E SC

O agente etiológico da sífilis foi descoberto em 1905, pelo zoologista Fritz Schaudin e pelo dermatologista Paul Erich Hoffman, caracterizando-se por microrganismos espiralados, finos, que giravam em torno do seu maior comprimento onde inicialmente reconheceram como *Spirochaeta pallida* e um ano depois denominaram de *Treponema pallidum* (STAMM, 2020). Caracteriza-se como uma infecção sexualmente transmissível, durante a relação sexual por via vaginal, anal ou oral e a bactéria pode ser transmitida verticalmente para o feto, caso a gestante esteja infectada (ANDRADE et al., 2020).

Apresenta-se como uma enfermidade sistêmica, onde o patógeno atinge a corrente sanguínea após a infecção e apresenta, em sua evolução natural, períodos de atividade com a presença de manifestações clínicas, imunológicas e histopatológicas e períodos de latência sem a observação de sinais e sintomas (MACEDO et al., 2017).

Recentemente, tem-se observado um aumento na incidência de sífilis no Brasil, principalmente na forma primária e secundária e em mulheres em idade fértil. O número de

casos notificados de SG aumentou, apesar de ainda ser um dado menor que o real, devido a não realização do diagnóstico e as subnotificações dos casos (ANDRADE et al., 2020). Consequentemente, o reflexo desse cenário apresenta-se com um progressivo aumento na taxa de incidência de SC nos últimos 10 anos no país, tendo alcançado 9,0 casos por mil nascidos vivos em 2019, sendo este valor 18 vezes superior à meta de eliminação da sífilis congênita como um problema de saúde pública (BRASIL, 2019^a).

Segundo a OMS é considerado como aceitável os valores inferiores a 0,5 casos/1000 nascidos vivos. A frequência de sífilis congênita quase dobrou entre 2010 e 2019 em todo o país, sendo um dos principais motivos da taxa alta e crescente em toda América Latina. A OMS atribuiu o crescimento dessas taxas a três fatores principais: o aumento da realização de rastreamento de sífilis – relacionado à qualidade do pré-natal; indisponibilidade de penicilina para tratamento na atenção básica; e o fato de quase metade das Unidades de Atenção Básica não tratarem pacientes com sífilis, encaminhando-os à atenção secundária, com perda de pacientes nesse processo (PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, 2017).

Estima-se que a cada ano em todo o mundo mais de 2 milhões de gestantes são acometidas pela sífilis, e que 70 a 100% dos fetos são contaminados pelo *Treponema pallidum* (RAMALHO, 2016). Os recém-nascidos com sífilis congênita podem evoluir, se não tratados, para um quadro tardio da doença, caracterizado por vários sintomas como: surdez e dificuldades no aprendizado. Se a sífilis gestacional for adequadamente diagnosticada e tratada apenas 1% a 2% dos recém-nascidos poderão nascer com sífilis congênita (YUI et al., 2017).

A sífilis ainda apresenta altas taxas de transmissão vertical, podendo chegar a 100% nas duas primeiras fases da doença materna. Estima-se que a prevalência de casos no Brasil seja em torno de 1,6% entre as parturientes, porém, acredita-se que pode haver uma subnotificação de até 67%, mesmo com a notificação do Sistema de Nacional de Notificação (NETO, GOMES e SOBRINHO, 2019). Nas últimas décadas, a sífilis materna vem sendo apontada universalmente dentre as principais causas de morbidade materna. No Rio Grande do Sul a taxa de transmissão vertical é muito elevada, estando entre 70% e 100% na fase primária, 90% na fase secundária e 30% na terciária (BOTTURA et al., 2019).

Conforme Domingues e Leal (2019), as estimativas apontam que a SC possa ser responsável por mais de 500 mil mortes fetais por ano no mundo, e no Brasil a prevalência média dos casos de sífilis encontra-se entre 1,4% e 2,8%, com uma taxa de transmissão vertical de 25%. Segundo o Boletim Epidemiológico de 2019, pode-se observar que a sífilis adquirida, agravo de notificação compulsória desde 2010, teve uma taxa de detecção de 72,8

casos por 100.000 habitantes, em 2019. Também em 2019, a taxa de detecção de sífilis em gestantes foi de 20,8/1.000 nascidos vivos; a taxa de incidência de sífilis congênita, de 8,2/1.000 nascidos vivos; e a taxa de mortalidade por sífilis congênita, de 5,9/100.000 nascidos vivos (BRASIL, 2019).

Segundo a VE, 2019 a notificação compulsória de SC, em todo o território nacional, foi instituída através da Portaria nº 542, de 22 de dezembro de 1986; logo a sífilis em gestantes, mediante a Portaria nº 33, de 14 de julho de 2005; e, por último, a de sífilis adquirida, por intermédio da Portaria nº 2.472, de 31 de agosto de 2010. Com base nas informações coletadas e preenchidas nas Fichas de Notificações torna-se possível o reconhecimento do perfil e características epidemiológicas desses agravos, bem como a elaboração de ações em saúde pública visando uma melhor qualidade de assistência á saúde, principalmente nas ações de pré-natal (SILVA et al., 2020).



Figura 1 - Taxa de Detecção (por 100.000 habitantes) de sífilis adquirida, sífilis em gestantes e taxa de incidência de sífilis congênita. Brasil 2010 á 2016

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), Brasil (2019)

Pode-se observar que na evolução das taxas de sífilis entre 2010 e 2019, a taxa de incidência de SC chegou a alcançar, no ano de 2018, 9,0 casos por mil nascidos vivos, diminuindo para 8,2 casos por mil nascidos vivos em 2019. A taxa de detecção de sífilis em gestantes alcançou 21,5 casos por mil nascidos vivos em 2018, e em 2019 decresceu para 20,8 por mil nascidos vivos (BRASIL, 2019).

Dentre as principais capitais do país, estudos apresentam que Porto Alegre apresenta taxas de detecção tanto de SG quanto de SC maior que a média do país. Conforme o Boletim

Epidemiológico de 2020, também podemos observar que nenhuma capital apresentou, em 2019, taxa de incidência de sífilis congênita mais elevada que a taxa de detecção de sífilis em gestantes, a exemplo do Boletim anterior (BRASIL, 2020). Em 2019, Porto Velho, São Luís, Goiânia, João Pessoa, Brasília, Belém e Salvador apresentaram taxas de sífilis em gestantes menores que a taxa média do país.



Figura 2 - Taxa de Detecção de Sífilis em Gestantes em Rio Grande/RS

Fonte: Datasus/Tabnet

Um comparativo entre a Região Sul, o Rio Grande do Sul e o município analisado, Rio Grande apresenta ao longo de 2010 à 2019 uma taxa de detecção em ascendência ao comparado entre os demais dados. Nos últimos cinco anos o número de casos de sífilis em gestantes apresentou um aumento significativo, impulsionado pela ampliação da oferta de testes rápidos para a detecção precoce da sífilis durante o pré-natal e o preenchimento das notificações compulsórias. Ações que foram estimuladas pela Rede Cegonha e ações da VE para melhorar a qualidade de assistência no pré-natal e diminuir os casos de SC a nível nacional.

3.2 SÍFILIS GESTACIONAL E CONGÊNITA, ASPECTOS CLÍNICOS

As infecções sexualmente transmissíveis apresentam-se como um problema de saúde pública em todo o mundo, afetando a qualidade de vida e causando alta morbimortalidade (ANDRADE et al., 2020). Segundo Figueiredo et al. (2020) os países da América definiram em 2010 planos de ação para a eliminação da transmissão vertical de sífilis congênita e HIV, estabelecendo como meta uma taxa de detecção de sífilis congênita de menor ou igual a 0,5 casos para cada 100 mil nascidos vivos até o ano de 2015.

A sífilis é uma doença sexualmente transmissível, logo seu diagnóstico acarreta diversos sentimentos nas gestantes que ultrapassa as questões sistêmicas, como ansiedade,

medo, vergonha e insegurança, exigindo das equipes de saúde um atendimento humanizado á gestante. Figueiredo et al., (2021) afirmam que gestantes com teste rápido reagente para sífilis deverão ser tratadas como casos de sífilis gestacional, e na ausência de registro de tratamento adequado, necessitam ser tratadas no momento da consulta pré-natal, parto ou situação de abortamento.

Segundo Lima et al., 2014 e Gliacani et al., 2014 a sífilis pode ser adquirida através do contato sexual, transfusão sanguínea e transplantes onde caracteriza-se como sífilis adquirida; ou pela transmissão vertical onde classifica-se como sífilis congênita. Na grande maioria dos casos a transmissão se dá pelo meio sexual, representando 60% dos casos, sendo considerada uma doença de evolução crônica e quando não tratada ou tratada erroneamente pode progredir ao longo de muitos anos, sendo classificada como: primária, secundária, latente recente, latente tardia e terciária (WHO, 2016).

O Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (BRASIL, 2020) define a sífilis na sua fase primária como a infecção pelo *Treponema palidum* que ocorre entre 10 e 90 dias após o contágio, caracterizado pela presença de lesão ulcerada, indolor, com fundo liso denominada cancro duro. Quando não tratada, evolui para a fase secundária, manifestando-se ate dois meses após o desaparecimento da ulcera e que acompanha a ocorrência de erupção cutânea encontrada na palma das mãos e pés (LAFETÁ et al., 2016).

Na fase terciária, aparece após longos anos de contaminação, sendo em média 2 a 40 anos, onde se caracteriza pelo surgimento de tumorações em regiões cutaneomucosas, podendo ocasionar lesões neurológicas, cardiológicas e osteoarticulares irreversíveis (BRASIL, 2015b). Segundo Cavalcante et al., 2017 a maioria das gestantes com SG são diagnosticadas na fase latente, sem sintomatologia onde o diagnóstico é realizado mediante sorologias reativas.

Pode-se considerar a sífilis na gestação como uma emergência fetal, visto que a elevada proporção de morte fetal precoce ou tardia estão relacionadas à falta do tratamento adequado (DOMINGUES et al., 2021). Na sífilis congênita o contágio se dá por disseminação hematogênica do *Treponema*, da gestante infectada não tratada ou inadequadamente tratada para o conceito por via transplacentária. Segundo Acosta et al., (2016), a transmissão vertical da sífilis em mulheres não tratadas é de 70% a 100% nas fases primária e secundária da doença, reduzindo-se para aproximadamente 30% nas fases tardias da infecção materna (latente tardia e terciária) e não há indícios de transmissão pelo leite materno.

Conforme a OMS, podem ser definidos como casos de sífilis congênita: crianças, abortos ou natimortos cuja mãe apresentou durante o pré-natal ou no momento do parto testes

para sífilis reagentes e que não tenha sido tratada, sem confirmação de tratamento ou inadequadamente tratada; crianças com títulos sorológicos superiores aos títulos da mãe; crianças com manifestações clínicas, líquórica ou radiológica e testes não treponêmico reagentes; casos de aborto ou natimorto cuja mãe tenha apresentado testes positivos durante a gestação sem registro de tratamento prévio; situações de evidências de infecção pelo *Treponema pallidum* em amostras de lesão, placenta, cordão umbilical ou material de autópsia em criança, aborto ou natimorto (BRASIL, 2014).

A SC divide-se em: precoce quando ela surge até o segundo ano de vida e tardia quando os sinais e sintomas se manifestam após o segundo ano de vida (BAKER, 2020). Nos casos de SC precoce, segundo Baker, 2020 são consideradas as seguintes manifestações clínicas: hepatomegalia, esplenomegalia, icterícia, rinite serrosanguinolenta, erupções cutâneas, pênfigo, linfadenopatia generalizada, anomalias esqueléticas, trombocitopenia, anemia, prematuridade e baixo peso ao nascer.

A SC é considerada um agravo evitável, desde que a SG seja diagnosticada e tratada, porém, a grande parte dos casos de SC pode estar vinculada à deficiência de testagem realizada durante o pré natal ou um diagnóstico inadequado e tardio (DOMINGUES et al., 2021). Eventualmente a transmissão ocorre durante o nascimento, pelo contato direto do recém nascido com as lesões da mãe pelo canal do parto (FAVERO et al., 2019).

O recém nascido é considerado caso de sífilis congênita, necessitando ser notificado, investigado e tratado quando: mãe positiva para sífilis e inadequadamente tratada ou não tratada; manifestações clínicas presentes ou alterações no líquido ou radiológicas e teste não treponêmico reagente, independente do histórico de tratamento materno e titulação do teste não treponêmico; teste não treponêmico do recém nascido maior que o valor da mãe em pelo menos duas titulações, independente da confirmação de tratamento materno; persistência de teste não treponêmico reagente após seis meses de idade ou teste treponêmico reagente após 18 meses de idade, sem tratamento prévio (BRASIL, 2020).

Segundo Figueiredo et al., (2021), é considerado caso de exclusão de infecção congênita em criança exposta ao treponema, quando a gestante apresentar todos os critérios de tratamento adequado registrados, com a confirmação em prontuário ou na caderneta da gestante, associado ao exame físico do recém nascido sem alterações.

3.3 DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E RECOMENDAÇÕES DO MS

O diagnóstico da sífilis adquirida necessita de uma correlação entre os dados clínicos e exames laboratoriais, além de constar histórico da infecção passada através de registro em prontuário com uma investigação de infecção recente (FAVERO et al., 2019). Segundo Domingues et al., (2021), recomenda-se que as gestantes necessitam ser testadas para sífilis na primeira consulta de pré-natal, no início do terceiro trimestre e no momento da internação para o parto ou perdas fetais.

Conforme os protocolos do MS, para o diagnóstico de sífilis na gestante deve ser realizado um teste treponêmico associado a um teste não treponêmico, não necessariamente nesta ordem (BRASIL, 2019). O tratamento da gestante deve ser iniciado com apenas um teste reagente (treponêmico ou não treponêmico), sem aguardar o resultado do segundo teste, sendo a droga de escolha a penicilina G benzatina (BRASIL, 2019).

Para o diagnóstico da sífilis, os testes são divididos em duas categorias: testes diretos e imunológicos, onde os exames diretos incluem a pesquisa do *T. palidum* em amostras coletadas diretamente nas lesões; utilizando a microscopia, impregnação de prata, imunofluorescência e técnicas de biologia molecular (BRASIL, 2020). Os teste imunológicos são os mais utilizados, principalmente na AB pelo seu custo benefício, são os teste treponêmicos (TT) e não treponêmicos (TNT) e caracterizam-se pela pesquisa do anticorpo em amostras de sangue total, pelo soro, plasma ou líquido (BRASIL, 2020).

Os testes treponêmicos detectam anticorpos específicos produzidos contra o antígeno *Treponema palidum*, como exemplo pode-se citar os testes rápidos; enquanto os testes não treponêmicos detectam anticorpos não específicos (DOMINGUES et al., 2021).

Conforme Figueiredo et al., (2020), o diagnóstico e tratamento da sífilis gestacional são oferecidos na AB. Como principal estratégia para diagnóstico da sífilis gestacional, a AB oferece a triagem pelo teste rápido (treponêmico) e o *Veneral Disease Research Laboratory Test* (VDRL) no primeiro e terceiro trimestre de gestação durante o pré-natal, na hospitalização para parto ou curetagem (DOMINGUES et al., 2018).

Em aproximadamente 40% das vezes, como complicação da SC, apresenta-se o aborto espontâneo, fetos natimortos ou morte perinatal e mais de 50% dos casos de sífilis congênita notificados são assintomáticos ao nascimento, por isso a triagem materna se faz tão importante (BRASIL, 2016). Nos casos sintomáticos a manifestação é variável, e a criança já pode nascer gravemente enferma, a sífilis congênita precoce, ou seja, aquela que ocorre até os

dois anos de idade, pode se manifestar já ao nascimento com baixo peso ao nascer e prematuridade, além da restrição de crescimento intrauterino, icterícia, hepatoesplenomegalia, pênfigo palmo-plantar, exantema, papular, pneumonite, pseudoparalisia de membros, osteocondrite, periostite, osteíte entre outras manifestações e entre 4% e 20% dos casos, as alterações em ossos longos podem representar a única alteração nesses recém nascidos (FLEMING e WASSERHEIT, 2019).

Atualmente, acompanhando as recomendações internacionais, no tratamento da sífilis gestacional, o tratamento do parceiro não se apresenta mais como critério de adequação do tratamento da gestante, porém as estratégias de abordagem e tratamento aos parceiros incluem-se nos critérios de qualidade na assistência á gestante pelo risco de reinfecção (BRASIL, 2019).

ESTADIAMENTO	ESQUEMA TERAPEÚTICO	ALTERNATIVA* (EXCETO PARA GESTANTES)	SEGUIMENTO (TESTE NÃO TREPONÊMICO)
Sífilis recente: sífilis primária, secundária e latente recente (com até dois anos de evolução)	Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo)	Doxiciclina 100mg, 12/12h, VO, por 15 dias	Teste não treponêmico trimestral (em gestantes, o controle deve ser mensal)
Sífilis tardia: sífilis latente tardia (com mais de dois anos de evolução) ou latente com duração ignorada e sífilis terciária	Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, 1x/semana (1,2 milhão UI em cada glúteo) por 3 semanas ^a . Dose total: 7,2 milhões UI, IM	Doxiciclina 100mg, 12/12h, VO, por 30 dias	Teste não treponêmico trimestral (em gestantes, o controle deve ser mensal)
Neurosífilis	Benzilpenicilina potássica/cristalina 18-24 milhões UI, 1x/dia, EV, administrada em doses de 3-4 milhões UI, a cada 4 horas ou por infusão contínua, por 14 dias	Ceftriaxona 2g IV, 1x/dia, por 10-14 dias	Exame de LCR de 6/6 meses até normalização
Notas: * A benzilpenicilina benzatina é a única opção segura e eficaz para tratamento adequado das gestantes. ^a A regra é que o intervalo entre as doses seja de 7 dias para completar o tratamento. No entanto, caso esse intervalo ultrapasse 14 dias, o esquema deve ser reiniciado (WHO, 2016).			

Fonte: DCCI/SVS/MS.

Figura 1 - Tratamento para estadiamento da sífilis,

Fonte: segundo Protocolo do MS, 2019

O tratamento materno será considerado adequado, somente quando tiver sido iniciado até 30 dias e completo antes do parto (BRASIL, 2020). Conforme Ferreira et al., (2018), o tratamento adequado é considerado quando utilizado a penicilina G benzatina, durante a gestação, reconhece-se antibióticos de segunda escolha a Ceftriaxona ou a Eritromicina, nos casos em que a gestante seja sensível a penicilina G benzatina. Portanto para que a gestante seja considerada adequadamente tratada, afastando a possibilidade de infecção neonatal, deva

receber a dosagem total e na quantidade de aplicação respeitando o estadiamento da infecção e finalizando o tratamento pelo menos 30 dias antes do parto (FERREIRA et al., 2018).

Tradicionalmente, segundo Kwak, 2015 considera-se como tratamento adequado quando a diminuição da titulação do TNT em duas diluições (por exemplo, 1:64 para 1:16) até três meses, após a última dose de penicilina, e quatro diluições (por exemplo, 1:64 para 1:4) até seis meses, com evolução até a sororreversão (TNT não reagente). Em pacientes portadores do HIV, pode ser considerada uma resposta imunológica adequada, além de TNT não reagente, a queda na titulação em duas diluições em até seis meses para sífilis recente ou em até 12 meses para sífilis tardia (BRASIL, 2020).

3.4 DESAFIO PARA A SAÚDE PÚBLICA E AÇÕES DE ENFERMAGEM

O crescente número de casos notificados de sífilis aumenta de forma global, visto que a doença acomete 12 milhões de adultos por ano, quanto as gestantes, estimam-se que a cada ano dois milhões são infectadas pelo *Treponema pallidum* no mundo (NONATO, MELO, GUIMARÃES, 2018). Dessas gestações, 25% resultam em abortos espontâneos ou natimortos e outros 25% em recém-nascidos com baixo peso ou infecção grave, com risco aumento da morte perinatal.

Nos últimos cinco anos no Brasil, foi observado um aumento constante no número de casos de sífilis em gestantes, congênita e adquirida, que em parte pode ser atribuído, pelo aumento da cobertura de testagem, com a ampliação do uso de testes rápidos, redução do uso de preservativo, resistência dos profissionais de saúde a administração da penicilina na AB, desabastecimento mundial de penicilina. (MILANEZ, 2016; BRASIL, 2018).

Podemos observar uma crescente na cobertura de pré-natal, nos últimos anos, conforme informações SINAN a cobertura de sete ou mais consultas durante a gestação cresceu de 65% em 2014 para 71% em 2018, porém a quantidade de consultas não substitui a qualidade nesses atendimentos (BRASIL, 2018). Frente a esse cenário apresentado, o MS criou diversas estratégias e políticas públicas, no entanto não estão sendo eficazes, visto que a sífilis congênita ainda é um agravo de elevada magnitude e que apresenta indicadores desfavoráveis quanto ao seu controle (BRASIL, 2016).

Segundo Domingues et al., (2018) mesmo com os avanços no Sistema Único de Saúde, o combate á sífilis gestacional com base para a erradicação da sífilis congênita permanece como um grande desafio, principalmente para as Unidade de APS, caracteriza-se

como um evento sentinela para a avaliação da qualidade de atenção á gestante no pré-natal na AB.

A OMS, (2016) preconiza que a monitorização e eliminação da sífilis congênita deve incluir o conhecimento e acompanhamento de três principais fatores: a proporção de gestantes em acompanhamento pré-natal testadas para sífilis, a proporção de gestantes diagnosticadas para sífilis e a proporção de gestantes soropositivas para sífilis gestacional com tratamento adequado.

A política de prevenção da mortalidade materna e infantil inclui metas de redução da transmissão vertical da sífilis, presente no Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006). Em 1995 o Brasil lançou o primeiro projeto de eliminação da sífilis congênita, baseada na proposta de controle dos agravos nas Américas elaborado pela OPAS e a OMS.

O MS tem orientado ações para a redução dos casos de sífilis, com enfoque no tratamento adequado e a integração com diversos programas de saúde e sistemas de vigilância em saúde (BRASIL, 2017). Corroborando, Neto, Gomes e Sobrinho, 2018 identificam que para ter sucesso na diminuição dos casos de sífilis congênita algumas medidas são imprescindíveis como a melhoria na qualidade da vigilância epidemiológica e uma maior qualidade na assistência pré-natal na Estratégia e Saúde da Família.

Segundo Yui et al., (2017) os principais fatores a serem enfrentados para a diminuição deste agravo são: os obstáculos para o acesso integral das gestantes aos serviços de saúde, falta de solicitação para a realização do exame sorológico conforme preconizado pelo MS, demora nos resultados dos exames, a não abordagem para tratamento e acompanhamento dos parceiros sexuais das mulheres com resultado do VDRL positivo aumentando o risco da reinfeção, além dos obstáculos de ordem social e cultural.

Conforme Domingues e Leal, 2016 pode-se destacar ações de fortalecimento da assistência á gestante no pré-natal, entre elas; captação oportuna e precoce das gestantes, acompanhamento da gravidez, solicitação de um exame VDRL na primeira consulta de pré-natal, aconselhamento e tratamento da gestante e dos parceiros sexuais acometidos pela sífilis.

Estudos apontam que um dos principais fatores responsável pela elevada taxa de casos de SC é a assistência pré-natal inadequada. Sabe-se que um único registro de SC pode ser observado como um grave erro do sistema de saúde vigente e falha da assistência pré-natal, a qual está relacionada com o manejo inadequado da gestante perante a realização do exame VDRL precocemente e o ineficaz do tratamento da mulher e parceiro durante o período gestacional (RAMALHO, 2016; NONATO. MELO; GUIMARÃES, 2018).

Magalhães et al., (2015) apontam que torna necessário conhecer as características de gestantes e crianças com sífilis através dos dados epidemiológicos, para formulação das políticas públicas e controle da sífilis, onde a notificação compulsória reconhece-se como uma ferramenta fundamental.

Segundo Saracene et al., (2017) é importante ressaltar que a complexidade da sífilis requer estratégias, ações para a melhoria da VE e, principalmente, na atuação dos serviços de saúde na prevenção, controle e tratamento por meio da articulação das redes de atenção, como, por exemplo, adequação do pré-natal na atenção primária.

Um dos principais fatores na diminuição gradativa dos casos de SC pode se apresentar por meio da adequação das ações de melhoria no rastreio, na detecção da sífilis na gestação torna-se uma das atividades mais custo-efetivas em saúde pública; estudos apontam que os benefícios de tal ação em países com alta prevalência de infecção são inquestionáveis (DIAS et al., 2019). Corroborando, Brasil (2017) aponta que muitos estudos relacionam o incremento nas taxas de detecção ao aumento de notificação dos casos, reorganização dos serviços e sensibilização dos profissionais sobre a gravidade da sífilis, papéis importantes no combate à sífilis gestacional e congênita.

Segundo Figueiredo et al., (2020) afirma que o tratamento e a notificação dos parceiros apresenta como uma estratégia global para a redução da incidência da sífilis gestacional, comprovando que o tratamento do parceiro evita os casos de reinfecção, principalmente no terceiro trimestre gestacional.

A atuação da AB torna-se essencial no combate à transmissão vertical materno-fetal da sífilis, considerando-se que ela apresenta como a porta de entrada do sistema de saúde, e as equipes de saúde da família são o elo mais próximo entre paciente e equipe de saúde, conhecendo a realidade da gestante e do seu vínculo familiar, com isso podendo oportunizar mudanças importantes no quadro epidemiológico da sífilis congênita (FERREITA et al., 2018).

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa documental descritiva, com abordagem quantitativa. elaborada é uma pesquisa documental descritiva com abordagem quantitativa, elaborada com dados disponíveis, que serão submetidos a tratamento estatístico, envolvendo teste de hipóteses (GIL, 2017). Neste sentido, foram utilizados dados disponíveis em sistemas de informação DATASUS – TABNET sobre casos notificados de sífilis em gestantes e sífilis congênita. A finalidade descritiva, permitiu a descrição do fenômeno investigado possibilitando que esse se torne conhecido (TRIVIÑOS, 2009).

Possui caráter descritivo, por buscar descrever as características do fenômeno em estudo, ou seja, conhecer e investigar a incidência e perfil epidemiológico da Sífilis Gestacional e Congênita, em Rio Grande, Rio Grande do Sul/Brasil. A pesquisa quantitativa caracteriza-se pelo uso da quantificação, tanto na coleta quanto no tratamento das informações, utilizando-se de técnicas estatísticas (DIHEL, 2004).

Conforme Diehl, (2004) este método pode ser frequentemente aplicado nos estudos descritivos, que procuram descobrir e classificar a relação entre variáveis, os quais propõem descobrir as características de um fenômeno. Nesse tipo de pesquisa, identificam-se primeiramente as variáveis específicas que possam ser importantes, para posteriormente explicar as complexas características de um problema.

4.2 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada com dados da cidade de Rio Grande no Estado do Rio Grande do Sul/Brasil. O município é considerado como a cidade mais antiga do Rio Grande do Sul, e está localizada na margem Sul do estuário que conduz ao oceano as águas da Laguna dos Patos e seus afluentes. Em 2015, Rio Grande possuía uma população de 208.105 habitantes, dos quais 62.237 são mulheres em idade fértil.

Para levantamento amostral, segundo definição internacional, foi considerada mulher em idade fértil entre 15 e 49 anos; porém no Brasil considera-se idade fértil a faixa etária entre 10 e 49 anos (BRASIL, 2012)

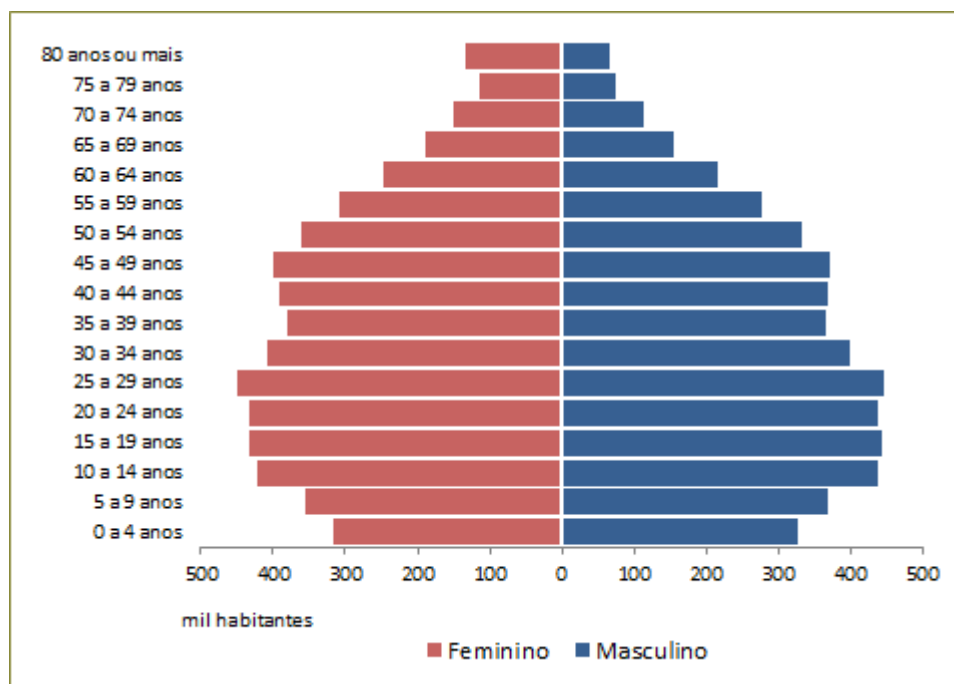


Figura 2 - Pirâmide Etária, Rio Grande – RS

Fonte: IBGE (2012)

4.3 FONTE DOS DADOS

As fontes de dados da pesquisa foram os dados socio epidemiológicos dos casos de sífilis gestacional e congênita em Rio Grande, utilizando as bases de dados disponibilizados pelo Departamento de Informática do Sistema Unico de Saúde DATASUS e TABNET, Epidemiológicas e Morbidade, Doenças e Agravos de Notificações, Sífilis em gestantes e sífilis congênita.

O DATASUS tem como missão prover os ósrgãos do SUS através dos sistemas de informação e suporte de informática, imprescindível no processo do planejamento, operação e controle do SUS, por meio das bases de dados nacionais. Dentre suas principais linhas de atuação está a disseminação das informações em saúde para a gestão e para o controle social do SUS, bem como para pesquisa em saúde (SILVA, 2009). O DATASUS desenvolveu duas ferramentas principais TABWIN e TABNET que permitem ao pesquisador, delinear, por exemplo, o perfil epidemiológico dos casos de sífilis gestacional e sífilis congênita que possibilita uma avaliação espacial e visualização das informações de forma direta.

4.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados apresenta-se como importante fase da pesquisa documental, exigindo do pesquisador alguns cuidados e procedimentos técnicos acerca da dimensão do tempo para a compreensão do social, diante da diversidade de informações que se pode extrair dos documentos e, assim, ampliar o alcance do objeto de pesquisa (CELLARD, 2008).

Para a realização de pesquisa, a coleta dos dados foi baseada em fontes secundárias, considerados aqueles dados já coletados, tabulados, ordenados e algumas vezes até analisados e que encontram-se à disposição dos interessados (ANDRADE, 2001). Os dados foram coletados no sistema TABNET.

Foi utilizado um roteiro para a coleta de dados (ANEXO A) e para a construção do perfil epidemiológico dos casos de sífilis gestacional e congênita, em Rio Grande, no período entre 2015 e 2019 e os dados epidemiológicos relacionados ao diagnóstico e tratamento das mesmas entre os anos de 2011 e 2019. Para a elaboração do roteiro de coleta de dados, foi analisado e comparado os dados das Fichas de Notificação: Sífilis em Gestante, Sífilis Congênita e os dados disponíveis na Plataforma TABNET; onde se elencou os principais componentes que compreendem o objetivo do estudo.

Os dados presentes em cada notificação são: sexo, idade, raça, escolaridade, ocupação, zona que reside, evolução do caso, etc. Esses dados contêm informações que servirão para subsidiar a formulação e avaliação das políticas, planos e programas de saúde, facilitando o processo de tomada de decisão, com vistas a contribuir a melhoria da situação de saúde pública da gestante.

Os dados foram coletados entre os meses de abril e julho de 2021, sendo agrupados, descritos e analisados vindo de encontro com os objetivos do estudo.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Todos os dados coletados das fichas através do roteiro foram digitados em uma planilha eletrônica no programa Excel (Microsoft Office) e depois transportados para um banco de dados no programa estatístico (SPSS 25.0, IBM). Após foi realizada uma análise estatística descritiva com descrição das frequências absolutas (n) e relativas (%) das variáveis categóricas, e média de desvio padrão para as numéricas. Foi realizada análise inferencial para

identificar a associação entre as variáveis, além do uso do teste chi-quadrado para as variáveis categóricas e o teste t e ANOVA para as variáveis numéricas. Em todos os testes foi considerado como estatisticamente significativo o valor de $p < 0,05$.

Os resultados descritivos serviram, entre demais respostas, como base para cálculo dos índices de ocorrência, prevalência, incidência e mortalidade dos casos de sífilis gestacional e congênita. Ademais, frequências e percentuais foram calculadas sobretudo para identificar as condições de ambiente local de vida da população pesquisada, bem como para identificar os fatores associados à essas infecções. Ainda, a regressão linear múltipla foi utilizada para verificar os principais fatores associados aos casos notificados de sífilis em gestantes e congênita.

Segundo Beiguelman, 1996 o teste chi-quadrado define-se como um teste de hipóteses que se destina a encontrar um valor da dispersão para duas variáveis categóricas nominais e avaliar a associação existente entre as variáveis qualitativas, observa-se como princípio básico deste teste é comparar proporções, ou seja, possíveis divergências entre as frequências observadas e esperadas para um certo evento.

Utilizou-se esse teste para verificar se a frequência com que um determinado acontecimento é observado em uma amostra se desvia significativamente ou não da frequência com que ele é esperado (FIELD, 2017). Compara-se a distribuição de diversos acontecimentos em diferentes amostras, como os fatores associados da sífilis nas gestantes, a fim de avaliar se as proporções observadas destes fatores mostram ou não diferenças significativas ou se as amostras diferem significativamente quanto às proporções desses acontecimentos ao longo dos anos estudados (BEIGUELMAN, 1996).

Em estatística, compreende-se os testes t como uma forma de teste de hipótese que permite comparar médias. Eles são chamados de testes t porque cada teste t reduz seus dados de amostra a um número, que define-se como o valor t (MONTGOMERY, 1991). Os cálculos dos valores t comparam a média da sua amostra com a hipótese nula e incorporam o tamanho da amostra e a variabilidade dos dados, onde um valor t de 0 indica que os resultados da amostra são exatamente iguais à hipótese nula (FIELD, 2017).

Análise de variância (ANOVA) é uma ferramenta utilizada para comparação de vários grupos ou estratos de interesse (MONTGOMERY, 1991). A ANOVA permite investigar a existência de diferenças significativas entre os grupos estudados. Conclusões obtidas a partir da ANOVA apresentam um nível de confiança determinado pelo analista. A análise de variância compara médias de diferentes populações para verificar se essas populações possuem médias iguais ou não. Assim, essa técnica permitiu que vários grupos fossem

comparados a um só tempo.

Pode-se definir que a análise de variância ANOVA é utilizada para decidir se as diferenças amostrais observadas são reais (causadas por diferenças significativas nas populações observadas) ou casuais (decorrentes da mera variabilidade amostral), logo essa análise parte do pressuposto que o acaso só produz pequenos desvios, sendo as grandes diferenças geradas por causas reais (MILONE, 2009).

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

As questões éticas em uma pesquisa epidemiológica transcenderam os problemas e inquietações do ser individual e vão de encontro às questões de saúde pública e política em saúde.

No plano da produção do conhecimento epidemiológico objetivou o delineamento das questões sociais sendo provável elencar um grupo mais vulnerável à infecção estudada. Quando foi trabalhado questões sociais relacionadas às infecções sexualmente transmissíveis algumas questões éticas foram evidenciadas, como a sexualidade, um tema que ainda encontra diversas barreiras a ser trabalhada dentro das instituições de saúde.

A pesquisa documental favoreceu o anonimato e a preservação da identidade do usuário pesquisado, pois foi focado no coletivo, ou seja, no grupo populacional específico analisado, as gestantes diagnosticadas com sífilis na gestação.

O resultado através da análise dos dados propiciou a discussão a cerca do comportamento de um grupo específico da população, onde através dos dados coletados e analisados foi possível analisar o perfil das mulheres diagnosticadas e refletir sobre as ações das equipes da Atenção Primária no diagnóstico e tratamento da sífilis gestacional e congênita.

5 RESULTADOS

Os resultados e as discussões dos dados obtidos nessa dissertação foram apresentados no formato de dois artigos científicos. O primeiro artigo intitulado **“O perfil socioepidemiológico dos casos de sífilis gestacional, em Rio Grande, no período de 2015 e 2019”**, objetivou analisar a taxa de detecção dos casos de sífilis gestacional e congênita, no período de 2011 á 2019; conhecer o perfil epidemiológico dos casos de sífilis em gestante e congênita no município de Rio Grande entre os anos de 2015 e 2019. Neste artigo, foi evidenciado um aumento nos casos de sífilis gestacional e congênita, no município de Rio Grande/RS, no período analisado. Conhecer o perfil epidemiológico da população feminina diagnosticada com sífilis na gestação favorece a elaboração de ações e estratégias vinculadas ao enfrentamento dessa pandemia através do fortalecimento da APS. Devido ao alto número de dados ignorados nas fichas de notificação, torna-se necessária a educação permanente, com as equipes de saúde sobre o preenchimento das notificações compulsórias de sífilis gestacional e congênita assegurando uma veracidade nos dados epidemiológicos, tão importantes principalmente para a elaboração das estratégias de enfrentamento e fortalecimento das políticas públicas. Ele foi formatado nas normas do Caderno de Saúde Pública.

O segundo artigo intitulado **“Diagnóstico e tratamento da sífilis gestacional e congênita, em Rio Grande/RS no período de 2011 a 2019, uma reflexão acerca das ações de prevenção na Atenção Básica”** explora os dados sobre o diagnóstico e tratamento dos casos de sífilis gestacional e congênita, bem como refletir a cerca das possíveis ações de conscientização e prevenção nas ações da APS. Neste artigo, foi possível verificar que os desafios no combate á sífilis gestacional e congênita não implicam somente na assistência ofertada pelas equipes de saúde, mas também na aceitação da gestante em realizara a assistência pré-natal. Foi observado, ainda, o diagnóstico tardio de sífilis gestacional bem como o tratamento inadequado. A atuação da equipe de saúde visa vencer esses desafios, qualificando a assistência, a prevenção, o diagnostico precoce, o tratamento e o acompanhamento dessa gestante. É necessário o investimento na educação permanente dos profissionais da AB, e o fortalecimento das políticas públicas voltadas a saúde materno infantil. Sensibilizar a equipe de saúde no preenchimento das fichas de notificação compulsória, devido ao alto índice de dados ignorados nas fichas de notificações. Ele foi elaborado conforme as normas da Revista Latino-Americana de Enfermagem.

ARTIGO 1

O PERFIL SOCIOEPIDEMIOLÓGICO DOS CASOS DE SÍFILIS GESTACIONAL E CONGÊNITA, EM RIO GRANDE/RS, NO PERÍODO DE 2015 E 2019

RESUMO

Objetivou-se analisar a taxa de detecção dos casos de sífilis gestacional e congênita, no período de 2011 à 2019, entre Brasil, Região Sul, Rio Grande do Sul e Rio Grande/RS. Analisar o perfil socioepidemiológico, dos casos de sífilis gestacional e congênita, no município de Rio Grande, entre os anos de 2015 e 2019. Trata-se de um estudo documental utilizando os dados epidemiológicos dos casos de sífilis gestacional e congênita, no município de Rio Grande/RS, entre os anos de 2011 e 2019. A taxa de detecção dos casos notificados de sífilis gestacional e congênita utilizou dados entre os anos de 2011 e 2019. As tabelas das características socioepidemiológicas referentes à raça, idade e escolaridade, dados analisados entre os anos de 2015 e 2019. Para comparação de diferenças entre as médias foram realizados testes t (comparação entre as médias de duas variáveis numéricas) e ANOVA (comparação entre médias de três ou mais variáveis), sendo os valores de significância descritos juntos ao texto onde adotou-se como valor significativo $p < 0,05$. Os resultados evidenciaram que na taxa de detecção de sífilis gestacional e congênita verifica-se uma tendência ascendente nas quatro esferas, onde Rio Grande apresenta, em toda série histórica valores mais altos que os do Brasil, tanto nos casos de sífilis gestacional e congênita. O estudo evidenciou que entre os anos de 2015 à 2019, em relação ao perfil socioepidemiológico dos casos de sífilis gestacional em Rio Grande/RS, verifica-se uma maior prevalência entre mulheres na faixa etária de 20 a 29 anos (variando entre 44 e 61%), brancas (variando entre 46 e 56%) ensino fundamental incompleto 5ª à 8ª série (variando entre 19 e 26%). Nos casos de sífilis congênita observou-se uma maior prevalência entre mulheres brancas (variando entre 45 e 53%), com idade entre 20 e 29 anos (variando entre 45 e 64%) e com ensino fundamental incompleto (variando entre 16 e 23%), no município de Rio Grande/RS. Esses dados mostram-se em consonância com a maioria dos estudos similares analisados, no mesmo período. Uma questão importante, também foi evidenciada, o número elevado de itens ignorados nas notificações, principalmente na escolaridade onde na sífilis gestacional (varia entre 27 e 39%) e na sífilis congênita (varia entre 32 e 68%). Assim torna-se de suma importância conhecer o perfil epidemiológico desse grupo populacional para o melhor planejamento e efetividade nas ações de conscientização e prevenção desses casos com enfoque na educação em saúde a mulher visando uma melhor qualidade de assistência a criança.

Descritores: Epidemiologia, Sífilis em Gestantes, Sífilis Congênita, Atenção Primária à Saúde.

Introdução

A Sífilis Gestacional e Congênita vem se apresentando, nas ultimas décadas, um grave problema de saúde pública á nível mundial, sendo apontada como uma das principais causas de morbidade materna¹. No Brasil, a sífilis congênita é de notificação compulsória desde a divulgação da Portaria nº 542/1986, e a sífilis gestacional desde 2005 e mesmo com os dados atualizados e disponíveis nos sistemas de informação em saúde e Boletins Epidemiológicos,

observa-se uma carência na utilização dos mesmos para trabalhar essa epidemia á nível da Atenção Básica em Saúde².

A Sífilis é uma infecção causada pela bactéria *Treponema pallidum*, sendo transmitida pela via sexual, transfusão sanguínea e pela transmissão vertical, que é quando a mãe com diagnóstico de sífilis não é tratada ou tratada inadequadamente e pode ser transmitida ao feto³. É uma doença que apresenta tratamento efetivo, acessível, eficaz e gratuito, porém ainda exhibe altas taxas de incidência em diversas áreas do país, representando um grande desafio para a saúde pública³.

É considerada com sífilis gestacional toda a gestante que durante o pré-natal, no momento do parto ou curetagem apresente evidência clínica de sífilis. Estudos relatam que aproximadamente 12 milhões de pessoas, entre elas cerca de dois milhões de gestantes, estariam infectadas, constituindo assim uma tendência de aumento da incidência de Sífilis Gestacional e Sífilis Congênita em todo o mundo⁴.

Pode-se definir a Sífilis Congênita quando a mãe infectada transmite por meio da placenta a doença ao bebe, em qualquer fase ao feto, onde diversas consequências da doença podem ser direcionadas ao bebe de acordo com a gravidade da patologia da mãe, podendo até mesmo causar abortos espontâneos e parto prematuro ou até mesmo a criança apresentar sinais e sintomas da doença⁵.

O Ministério da Saúde, em 1993 lançou em concordância á proposta de controle dos casos de Sífilis nas Américas, um projeto de eliminação da sífilis congênita formulado pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e Organização Mundial de Saúde (OMS), com o objetivo de reduzir o número de casos de sífilis para 1 em cada 1000 nascidos vivos⁶.

No Brasil, os números de casos de sífilis são preocupantes, necessitando de ações efetivas que reduzam as incidências nesses casos. Em 2019 a taxa de detecção de sífilis em gestantes foi de 20,8/1.000 nascidos vivos, já a taxa de incidência de sífilis congênita de 8,2/1.000 nascidos vivos e a taxa de mortalidade por sífilis congênita de 5,9/1.000 nascidos vivos⁷. Em 2019 o número total de casos notificados de sífilis em gestantes no Brasil foi de 61.127 casos que representou uma redução de 3,3% em relação ao ano anterior, dos quais 27.585 (45,1%) eram residentes no Sudeste, 13.026 (21,3%) no Nordeste, 9.383 (15,4%) no Sul, 6.026 (9,9%) no Norte e 5.107 (8,4%) no Centro-Oeste⁷.

Segundo o Boletim Epidemiológico de 2020 em 2019 foram notificados 24.130 casos de sífilis congênita no Brasil, onde a maioria dos casos 44,6% residiam no Sudeste, 26,3% na região Nordeste, 13,7% no Sul, 9,2% no Norte e 6,1% na região Centro-Oeste⁷. A Região Sul apresenta o terceiro lugar do ranking das regiões com maior número de casos de sífilis em

gestantes e congênita do país, sendo o Rio Grande do Sul o que apresenta a maior taxa de incidência dessa região.

Torna-se de suma importância conhecer o perfil epidemiológico dos casos de sífilis gestacional e congênita e suas tendências, por meio dos sistemas de vigilância em saúde bem como saber identificar as barreiras que comprometem o controle dos casos de sífilis em nível local, para que assim possam ser desenvolvidas estratégias mais eficazes que resultem na redução do número de casos e de novas contaminações⁸.

Com base no tema exposto, elaborou-se como **questão de pesquisa**: “Qual o perfil socioepidemiológico dos casos de sífilis gestacional e congênita, em Rio Grande, nos anos de 2015 e 2019?”. Com base nas produções científicas a cerca do tema, esta pesquisa justificou-se a partir dos seguintes pontos: a base de dados utilizada na pesquisa expõe a riqueza de informações disponíveis de forma aberta; a importância de conhecer o perfil epidemiológico dos casos de sífilis gestacional e congênita implica na elaboração de ações de enfrentamento da epidemia com enfoque na situação real de cada grupo populacional; o planejamento de ações de prevenção, diagnóstico e tratamento, com base nas políticas públicas, associado ao perfil epidemiológico de cada região de saúde favorece o cumprimento de metas e o fortalecimento da Atenção Básica.

Assim tem-se por objetivo: analisar a taxa de detecção dos casos de sífilis gestacional e congênita, no período de 2011 á 2019, entre Brasil, Região Sul, Rio Grande do Sul e Rio Grande/RS. Analisar os dados socioepidemiológicos, dos casos de sífilis gestacional e congênita, no município de Rio Grande, RS entre os anos de 2015 e 2019.

Método

Tratou-se de uma pesquisa documental, descritiva com abordagem quantitativa. A pesquisa foi realizada com dados da cidade de Rio Grande, no estado do Rio Grande do Sul/Brasil. Rio Grande é considerada a cidade mais antiga do Estado do Rio Grande do Sul, está localizada há 317 quilômetros da capital Porto Alegre. Possui uma população de 211.965 habitantes, segundo dados de 2020 do IBGE, sendo a mais meridional entre as cidades brasileiras de médio e grande porte. A cidade construiu sua riqueza ao longo da sua história devido a forte movimentação industrial, com foco na pesca e movimentação portuária.

A fonte dos dados da pesquisa foram os dados socioepidemiológicos dos casos de sífilis gestacional e congênita, em Rio Grande, utilizando a base de dados disponibilizados pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), Informações de

Saúde (TABNET), sessão Epidemiológica e Morbidade, sessão Doença e Agravos de Notificações, categorias Sífilis em gestantes e Sífilis Congênita.

Foi utilizado um roteiro para a coleta de dados, elaborado pelos autores com base nas informações contidas nas Fichas de Notificação da Sífilis Gestacional e Sífilis Congênita. Os dados elencados na plataforma do DATASUS relevantes que vem de encontro ao objetivo do estudo, são: idade, raça/cor, escolaridade. Todos os dados coletados através do roteiro foram digitados em uma planilha eletrônica no Excel e depois transportados para um banco de dados no programa estatístico SPSS.

Os dados foram organizados e analisados de maneira descritiva com os resultados apresentados em gráficos e tabelas organizados pelos autores. A tabela apresentou a taxa de detecção dos casos notificados de sífilis em gestantes e sífilis congênita (por 100.000 habitantes), por ano de diagnóstico no Brasil, Região Sul, Rio Grande do Sul e Rio Grande/RS. A taxa de detecção foi conceituada como o número de casos novos confirmados/notificados de sífilis gestacional e congênita. As tabelas das características sociodemográfica apresentaram raça, idade e escolaridade sendo utilizado como base os últimos cinco anos (2015 á 2019). Para comparação de diferenças entre as médias foram realizados os testes t (comparação entre médias de duas variáveis numéricas) e ANOVA (comparação entre medias de três ou mais variáveis numéricas), sendo os valores de significância descritos junto ao texto. Adotou-se como valor significativo $p < 0,05$.

As questões éticas de uma pesquisa epidemiológica transcendem os problemas e as inquietações do ser individual e vão de encontro ás questões de saúde pública e política em saúde. Nesse estudo foi possível analisar as principais características da população materna diagnosticada com Sífilis Gestacional e Sífilis Congênita, como impacto nas ações de enfrentamento dessa epidemia á saúde pública. O resultado da análise dos dados propõe a discussão a cerca do comportamento de um grupo específico da população, mulheres diagnosticadas com sífilis gestacional e congênita e propicia a reflexão das ações da Atenção Primária frente a essa questão de saúde pública.

Resultados

No período entre 2011 e 2019 foram notificados 649.158 casos de gestantes com sífilis, dos quais 68.319 (31,2%) residentes na Região Sul e 37.905 no Rio Grande do Sul, representando um total de 47,3% do total dos casos dessa região⁹. As Tabelas 1 e 2 apresentam a taxa de detecção dos casos notificados de Sífilis Gestacional e Congênita entre Brasil, Região Sul, Rio Grande do Sul e Rio Grande.

Tabela 1 - Taxa de Detecção dos casos de Sífilis em Gestantes (por 100.000 habitantes), por ano de Diagnóstico

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
BRASIL	4.7	5.7	7.2	8.9	10.9	13.4	17.0	21.4	6.8
REGIÃO SUL	3.8	5.1	7.1	9.7	14.7	17.3	20.1	23.0	9.6
RIO GRANDE DO SUL	4.6	6.8	8.7	12.2	19.6	22.1	25.8	28.6	12.1
RIO GRANDE	3.8	16.7	19.9	20.9	32.0	42.1	51.3	56.1	68.6

Fonte: Fonte da Pesquisa

Ao verificar a taxa de detecção, observa-se uma tendência ascendente nas quatro esferas quando excluí os dados de 2019 do Brasil, da Região Sul e do Rio Grande do Sul ($p=0,013$), ao longo da série histórica analisada, onde o município de Rio Grande apresenta valores superiores às demais esferas entre os anos de 2012 e 2019, com um aumento nos últimos três anos analisados, ($p=0,035$).

Ao analisar, separadamente a taxa no município de Rio Grande, observa-se um crescente de 20 vezes maiores entre o ano de 2011 e 2019, onde em 2019 as esferas Brasil, Região Sul e Rio Grande do Sul apresentou um declínio importante, Rio Grande manteve sua taxa em ascensão.

Tabela 2 - Taxa de Detecção de Sífilis Congênita em menores de 1 ano de idade (por 100.000 nascidos vivos), por ano de Diagnóstico

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
BRASIL	3.3	4.0	4.8	5.5	6.5	7.4	8.5	9.0	4.2
REGIÃO SUL	2.4	3.1	4.1	4.8	6.8	8.0	9.0	8.9	4.5
RIO GRANDE DO SUL	4.4	5.5	6.9	8.1	11.1	13.2	14.3	13.9	5.7
RIO GRANDE	3.4	9.1	9.8	11.1	10.8	20.0	23.8	26.2	25.5

Fonte: Dados da Pesquisa

Entre os anos de 2011 e 2019 foram notificados um total de 438.054 casos de sífilis congênita em menores de um ano de idade no Brasil, onde 31.586 eram residentes na Região Sul, destes 19.117 no Rio Grande do Sul, dos quais 55,9% dos casos notificados na Região Sul são de moradores do Rio Grande do Sul⁹.

Ao comparar a taxa de detecção das quatro esferas, Brasil, Região Sul, Rio Grande do Sul e Rio Grande observa-se um movimento explícito ascendente até o ano de 2018. O município de Rio Grande em toda série histórica apresentou valores mais altos até mesmo que os do Brasil ($p= 0,03$). Observa-se que entre os anos de 2017 e 2019 as esferas, Região Sul e Rio Grande do Sul apresentou um leve declínio na taxa dos casos, enquanto Rio Grande permanece com os valores em ascensão ($p=0,01$).

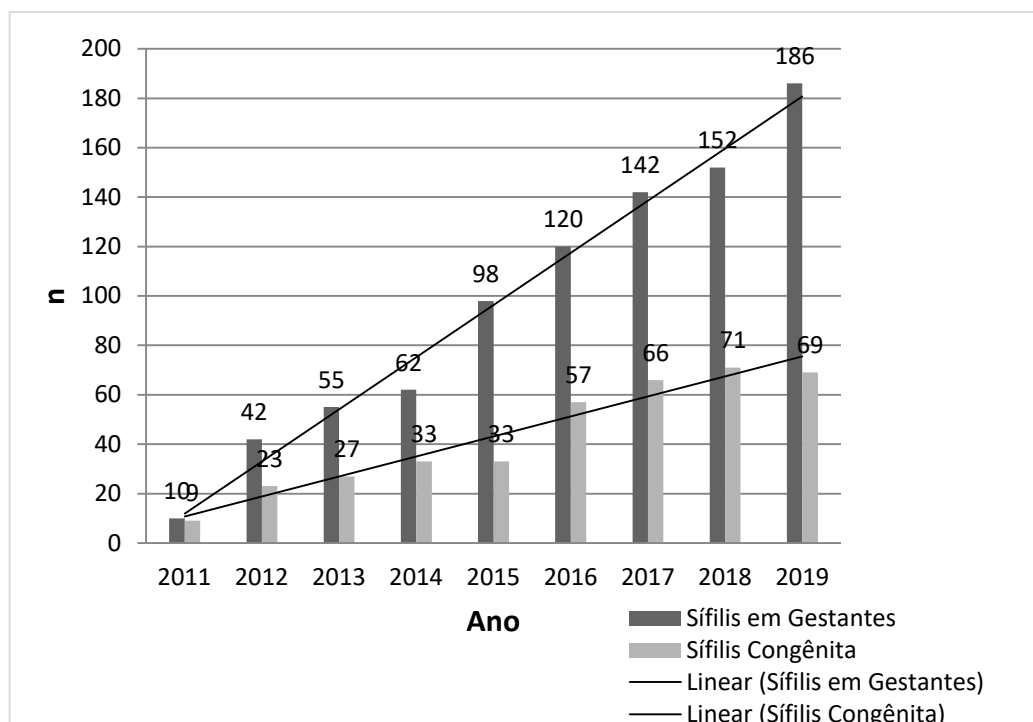


Gráfico 1 - Número de casos notificados de sífilis em gestantes e sífilis congênita (por 100.000 habitantes), por ano de diagnóstico em Rio Grande/RS

Fonte: Dados da Pesquisa

A análise dos dados dos casos notificados de sífilis gestacional e congênita apresentou um crescente aumento, no município de Rio Grande, ao longo dos anos analisados. No período de 2011 à 2019 foram notificados um total de 867 casos de Sífilis em Gestantes e 388 casos de Sífilis Congênita. A partir do ano de 2015 observa-se um aumento significativo nos casos notificados de sífilis em gestantes ($p=0,01$), e na sífilis congênita ($p=0,00$).

Tabela 3 - Características Sociodemográficas das gestantes com Sífilis, no município de Rio Grande (RS)

	2015		2016		2017		2018		2019	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
IDADE										
10 a 14 anos	3	3	1	1	1	1	2	1	1	1
15 a 19 anos	29	27	34	28	37	26	39	26	33	17
20 a 29 anos	47	44	68	57	72	51	81	53	113	61
30 a 39 anos	23	25	16	13	29	20	27	18	38	20
40 anos ou +	1	1	1	1	3	2	3	2	1	1
Ignorado	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	103	100	120	100	142	100	152	100	186	100
RAÇA/COR										
Branca	49	46	59	49	81	55	85	56	96	52
Preta	22	23	30	25	26	20	17	11	40	22
Amarela	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Parda	10	10	18	15	13	12	29	19	24	12
Indígena	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ignorada	22	21	13	11	22	13	21	14	26	14

Total	103	100	120	100	142	100	152	100	186	100
ESCOLARIDADE										
Analfabeto	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1ª a 4ª série incompleto	0	0	0	0	0	1	4	3	1	1
4ª série completa	4	4	8	7	8	6	5	3	9	5
5ª a 8ª série Incompleta	25	26	17	25	39	21	26	21	31	29
Fundamental Completo	6	6	7	6	7	8	11	7	12	6
Médio Incompleto	17	16	13	16	13	13	17	11	18	10
Médio Completo	18	17	30	15	30	15	22	17	25	17
Superior Incompleto	3	3	1	3	1	2	4	3	2	1
Superior Completo	1	1	2	1	2	0	3	2	0	0
Não se Aplica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ignorado	29	27	42	27	42	34	60	39	88	32
Total	103	100	120	100	142	100	152	100	186	100

Fonte: Dados da Pesquisa

Analisando os casos de Sífilis Gestacional, entre os anos de 2015 à 2019, em relação às características sócio e epidemiológico, verifica-se as maior prevalência em mulheres na faixa etária de 20 a 29 anos (variando entre 44 e 61%), brancas (variando entre 46 e 56%) ensino fundamental incompleto 5ª à 8ª série (variando entre 19 e 26%), conforme Tabela 3.

Tabela 4 - Características Sócio-demográficas das gestantes diagnosticadas com Sífilis Congênita, no município de Rio Grande (RS)

	2015		2016		2017		2018		2019	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
IDADE										
10 a 14 anos	0	0	1	2	1	2	0	0	1	1
15 a 19 anos	6	18	14	24	12	25	20	28	13	19
20 a 29 anos	19	58	32	55	30	53	32	45	44	64
30 a 39 anos	7	21	9	16	15	15	14	20	10	14
40 anos ou +	0	0	0	0	0	2	1	1	1	1
Ignorado	1	3	2	3	2	3	4	6	0	1
Total	33	100	58	100	60	100	71	100	69	100
RAÇA/COR										
Branca	16	48	29	50	32	53	35	49	31	45
Preta	8	24	14	24	11	18	5	7	11	16
Amarela	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Parda	6	18	7	12	14	23	15	21	11	16
Indígena	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ignorada	3	10	8	14	3	6	16	23	16	23
Total	33	100	58	100	60	100	71	100	69	100

ESCOLARIDADE										
Analfabeto	0	3	0	0	0	0	2	3	1	1
1º a 4ª série incompleto	1	4	1	2	2	4	2	3	5	7
4ª série completa	1	6	2	3	0	0	2	3	2	3
5ª a 8ª série Incompleta	7	3	10	17	14	23	5	7	11	16
Fundamental Completo	1	5	1	2	6	10	3	4	3	4
Médio Incompleto	2	18	5	9	8	13	2	3	4	9
Médio Completo	7	6	7	12	8	13	6	8	2	2
Superior Incompleto	2	7	0	0	2	3	1	1	0	0
Superior Completo	0	5	0	0	1	2	0	0	1	1
Não se Aplica	0	4	1	2	0	0	0	0	0	0
Ignorado	12	39	31	53	19	32	48	68	40	57
Total	33	100	58	100	60	100	71	100	69	100

Fonte: Dados da Pesquisa

Segundo a Tabela 4, pode-se acompanhar os índices de notificação de sífilis congênita, observando maior prevalência na faixa etária de 20 a 29 anos (variando entre 45 a 64%) em mulheres brancas (variando entre 45 e 53%). Quanto a escolaridade das mulheres notificadas, identificamos uma alternância entre os anos, onde no ano de 2015 a prevalência maior é em mulheres com ensino médio incompleto (18%) e nos demais anos a prevalência acompanha os notificados em sífilis gestacional, ensino fundamental incompleto 5ª a 8ª série (variando entre 16 e 23%).

Discussão

O presente estudo evidenciou que o número de casos de sífilis gestacional e congênita em Rio Grande foi progressivo durante o período analisado, verificando-se a magnitude dos casos como um problema de saúde pública que necessita de estratégias efetivas que impactem na população. A sífilis apresenta-se como uma doença reemergente no Brasil, o aumento dos casos de sífilis gestacional e congênita evidenciado em todas as regiões do território nacional, ao longo dos anos, demonstra a necessidade de desenvolver ações voltadas para o seu controle visando a melhor qualidade de saúde materna e infantil¹¹.

A notificação compulsória de uma doença visa identificar dados para permitir análises que leve a intervenções e medidas de prevenção e controle, no caso da sífilis gestacional e congênita o objetivo principal torna-se importante para a análise dos dados sócio epidemiológicos visando identificar o grupo populacional mais vulnerável¹². A partir da análise dos casos de sífilis gestacional, notificados no município de Rio Grande no período de 2015 a 2019, observamos um aumento progressivo ao longo dos anos analisados, com uma taxa de detecção que aumenta de 3.8 casos por 100.000 habitantes em 2011 para 68.6 casos em 2019, conforme tabela 1.

A incidência elevada dos casos notificados de sífilis gestacional foi observada também em outros estudos que evidenciaram um aumento significativo dos casos de sífilis gestacional nos últimos anos^{13,14}. Ao se analisar o caso de sífilis em gestantes, alguns critérios influenciam no quantitativo dos casos notificados e apresentam uma certa diferenciação, pois abrange todas as fases que são: pré-natal, parto e puerperio.

Em toda gestante deve ser realizada a testagem rápida para sífilis, no mínimo, duas vezes durante o pré-natal, uma no primeiro trimestre de gravidez e a segunda no terceiro trimestre, com enfoque precoce na primeira consulta após o diagnóstico grávidico¹⁵. Além disso é obrigatório ainda a realização de um teste treponêmico ou não treponêmico imediatamente após a internação para o parto na maternidade ou em caso de abortamento¹⁶.

No que diz respeito à assistência pré-natal, o Ministério da Saúde preconiza que o tratamento deva ser iniciado com até 120 dias de gestação, realizada no mínimo seis consultas de pré-natal e ofertado exames laboratoriais básicos, dentre eles o VDRL utilizado para diagnóstico de sífilis¹⁷. Assim, tem-se tempo suficiente para diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos casos positivos, logo uma assistência deficiente leva a falhas no tratamento e consequentemente pode resultar em um aumento no número de casos de sífilis congênita¹⁸.

Em 2011 o Ministério da Saúde, ao instituir a Rede Cegonha, definiu esta rede como aquela que deve assegurar para todas as mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada na gestação, parto e puerpério; bem como o direito à criança ao nascimento seguro, crescimento e desenvolvimento saudável¹⁰. Frente a estas questões, em 2014 o Ministério da Saúde elaborou a caderneta “Orientações para a Implantação dos Testes Rápidos de HIV e Sífilis na Atenção Básica”, onde os municípios deveriam descentralizar a testagem rápida, oferecendo o teste rápido de HIV e Sífilis, à gestante na primeira consulta de pré natal¹⁰.

Em Rio Grande, conforme os dados apresentados, identificou-se a taxa de detecção de sífilis congênita em menores de um ano de idade por 100.000 nascidos vivos com progressão de 0.4 (2010) para 25.5 (2019). O diagnóstico da sífilis congênita precoce e tardia é realizado por meio da avaliação epidemiológica criteriosa da situação materna e da avaliação clínico, laboratorial e estudos de imagens na criança, onde as características podem ser detalhadas e preconizadas no “Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção as Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis”¹⁹.

Seguindo as diretrizes da Vigilância em Saúde propostas pelo Ministério da Saúde, torna-se necessário conhecer o perfil sócioepidemiológico para realizar monitoramento dos

casos de sífilis gestacional e congênita a nível municipal com objetivo de reduzir e eliminar os riscos à saúde materno e infantil²⁰. Nesse contexto os achados deste estudo oportunizam aos gestores municipais, bem como, as equipes de saúde a elaboração de estratégias eficazes para diminuição dos casos de sífilis gestacional e congênita da população feminina em Rio Grande.

O aumento do número dos casos, durante os anos analisados, pode estar relacionado ao maior número de notificações no período do que ao aumento dos casos propriamente ditos, ações da Vigilância Epidemiológica junto as equipes de saúde estimulam a notificação dos casos, como a obrigatoriedade de notificação de casos de sífilis gestacional e congênita para realização de acompanhamento laboratorial²¹.

Em Rio Grande, a maior taxa de detecção dos casos notificados de sífilis gestacional e congênita foi evidenciada em mulheres brancas, na faixa etária entre 20 a 29 anos e de baixa escolaridade (5ª a 8ª série). O perfil materno identificado nesse estudo, quanto a idade, 20 a 29 anos, foi semelhante ao encontrado na maioria dos estudos^{2,3,8,22}.

Divergindo da maioria dos estudos analisados, a cor branca apresentou-se na maioria dos casos de sífilis gestacional e congênita em Rio Grande. Porém esse índice acompanha os dados do Boletim Epidemiológico da Sífilis, onde entre os anos de 2015 a 2019 a maior parte das mulheres notificadas com sífilis gestacional e congênita no Rio Grande do Sul, eram brancas (38,1%), seguidas de pardas (35,3%), e pretas (10,2%), porém se considerar pardos e pretos o percentual foi de 45,5%²³.

A baixa escolaridade pode ser considerada com um fator importante a ser analisado pois pode agravar a adesão da gestante ao pré-natal pela falta de informação, bem como ao tratamento, no entanto tem se demonstrado cada vez menos determinante como fator de risco para as infecções sexualmente transmissíveis²⁴. Limitações relacionadas ao preenchimento das fichas de notificação também devem ser consideradas, uma vez que, fichas incompletas, assim como o não seguimento dos casos no sistema de informação podem prejudicar o reconhecimento do perfil sócio epidemiológico²⁵.

Entre as limitações encontradas por esse estudo, pode-se citar o grande número do preenchimento, na ficha de notificação o item Ignorados nos dados obtidos pelo DATASUS, principalmente na relação de escolaridade e raça/cor, dados esses que correspondem ao não preenchimento da variável em questão durante a notificação, dificultando, assim, o conhecimento exato do perfil desse grupo.

O não preenchimento ou preenchimento equivocado de alguns dados nas fichas de notificação podem implicar em uma leitura errônea dos dados, principalmente com relação ao delineamento do perfil epidemiológico de uma doença²⁶. Como principal motivo da falta de

informações nas fichas de notificação compulsória pode-se elencar a falta de conhecimento, pelo profissional de saúde, para completar a ficha de notificação, ou até mesmo o preenchimento após um diagnóstico, evidenciando a necessidade de treinamento e educação permanente com os profissionais de saúde com o intuito de fortalecer e estimular o rigor no preenchimento dos dados para o abastecimento das bases de dados²⁷.

Considerações Finais

Houve um aumento significativo nos casos notificados de sífilis em gestantes e congênita, no município de Rio Grande, no período analisado. Evidenciando que as taxas de sífilis congênita, notificadas em Rio Grande podem refletir a falta de manejo adequado com a saúde da gestante e da população como um todo. Muitas são as intervenções eficazes no combate a esse agravo a saúde e é essencial que elas sejam postas em prática com celeridade para a modificação desse panorama nocivo à integridade física, mental e social das mães e dos recém-nascidos.

Conhecer o perfil sócio epidemiológico da população feminina acometida com a sífilis gestacional e congênita favorece a elaboração de ações e estratégias vinculadas ao enfrentamento dessa pandemia. Oportuniza aos profissionais de saúde, principalmente da atenção básica, o planejamento de intervenções voltadas a esse público específico sabendo identificar os casos de maior vulnerabilidade e consequentemente obtendo uma melhor qualidade na assistência, principalmente no pré-natal.

Logo propõe-se o fortalecimento das ações de diagnóstico precoce no pré natal da sífilis gestacional, com enfoque na educação em saúde dos profissionais de saúde da Atenção Básica, para o tratamento, rompendo assim a cadeia de transmissão e reinfecção pela sífilis durante a gestação. Assim como, atividade de educação em saúde no preenchimento das fichas de notificação compulsória de sífilis gestacional e congênita, assegurado uma veracidade nos dados epidemiológicos fornecidos pelos dados coletados e alimentando o sistema de informação em saúde.

Referências

- 1) Almeida MFG, Pereira SM. Caracterização epidemiológica da sífilis congênita no município de Salvador, Bahia. DST J Bras Doenças Sex Transm. [Internet] 2017 [Citado 2021 jul. 5]; 19(3-4): 4144-56.
- 2) Bottura BR, Matudal, I, Rodrigues, PSR, Amaral CMCA, Barbosa, LG. Epidemiological profile of gestational and congenital syphilis in Brazil – from 2007 to 2016. Arq Med Hosp Fac Cienc Med [Internet] 2019 [Cited 2021 jul. 5]; v. 64, n. 2, p. 69-75, mai./ago.
- 3) Soares LG, Zarpellon B, Rodrigues GBD, Silva TA. Sífilis gestacional e congênita: características maternas, neonatais e desfecho dos casos. Rer Bras. Saude Mater, Infant. [Internet] 2017 [Citado 2021 jul. 5]; 17(4):781-789.

- 4) Talhari S, Sardinha JCG, Cortez CCT. Sífilis. In: Foccacia R. Tratado de Infectologia. 5ª Edição. São Paulo: Atheneu. 2015.
- 5) Lafetá KRG, Martelli JH, Silveira MF, Paranaíba, LMR. Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle. Rev Bras Epidemiol. [Internet] 2016 [Citada 2021 jul. 5]; 19(1): 63-74.
- 6) Who. World Health Organization. Guidelines for the treatment of *Treponema pallidum* (syphilis). Geneva: WHO; 2016.
- 7) Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico de Sífilis. Brasília, DF. 2019.
- 8) Oliveira HT, Tietzmann DC, Coelho DF. O perfil epidemiológico da sífilis congênita em uma região de saúde do Rio Grande do Sul. Escola de Saúde Pública. [Internet] 2017 [Citada 2021 jul. 5]; v.26, n.2, p. 45- 57 jul/dez.
- 9) Brasil, Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico HIV/AIDS e Sífilis. Escola de Saúde Pública. POA, 2019.
- 10) Filho BSF, Souza KV. Rede Cegonha e desafios metodológicos de implementação de redes no SUS. Ciência & Saúde Coletiva. [Internet] 2021 [Citada jul. 5]; v.26, n. 3.
- 11) Brasil. Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Coordenação Nacional de Saúde do Homem. Guia de pré natal do parceiro para profissionais da saúde. [Internet] 2016. Brasília, DF.
- 12) Scareni V, Miranda AE. Relação entre cobertura da Estratégia Saúde da Família e o diagnóstico de sífilis na gestação e sífilis congênita. Cad. Saúde Pública [Internet] 2019 [Citada 2021 jul. 5], 28(3):490-496.
- 13) Conceição HN, Câmara JT, Pereira BM. Epidemiological and spatial analysis of cases of gestational and congenital syphilis. Ciência & Saúde Coletiva. [Internet] 2019 [Cited 2021 Jul. 5]; v. 31, n. 5.
- 14) Cooper JM, Michelowb IC, Wozniaka PS, Sánchez PJ. The persistence of congenital syphilis in Brazil - More progress needed. Ciência & Saúde Coletiva. [Internet] 2018 [Cited 2021 Jul. 5]; 34:251-3.
- 15) Brasil. Ministério da Saúde. Manual técnico para diagnóstico da sífilis. Brasília, DF. 2016.
- 16) Oliveira SIM. Notificação da sífilis gestacional e congênita: uma análise epidemiológica. [dissertação]. Universidade Federal do Rio Grande do Norte: Mato Grosso do Sul. 2020
- 17) Santana MVS, Barbosa PNG, Santos JFL. Gestacional Syphilis in Primary Care. Rev Bras Enferm. [Internet] 2019 [Cited 2021 Jul. 5]; vol. 4, n. 2, p. 403-419.
- 18) Souto CSS, Andrades HTD, Fernandes AFP, Figueiredo SPC. Assistência Pré natal a gestantes com diagnóstico de sífilis. Rev de Enferm em Aten Básica. [Internet] 2016 [Citada 2021 Jul. 5]; v. 5, n. 2, p. 18-33, ago/dez.
- 19) Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo e Diretrizes Terapêuticas para Atenção as Pessoas com Infecção Sexualmente Transmissível. Brasília: DF. 2015.
- 20) Favero MLDC, Ribas KAW, Costa MCD, Bonafe SM. Congenital and gestational syphilis: notification and prenatal care. Arch. Health. Sci. [Internet] 2019 [Cited 2021 Jul. 5], 26(1):2-8.
- 21) Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico HIV e Sífilis, 2017. Brasília: DF.
- 22) Colmann CH, Silva CB, Santos VCE. Epidemiological profile of notified cases of acquired syphilis in Canela/RS. Ver. Braz. J. Hea. Rev. [Internet] 2020 [Cited 2021 Jul. 5]; v. 3, n. 6, p. 17559-17572 nov./dec.
- 23) Brasil. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico de Sífilis. Brasília: DF. 2020.

- 24) Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Diretrizes para controle da sífilis congênita: manual de Bolso. Brasília: DF. 2018.
- 25) Saraceni V, Pereira GFM, Silveira MF, Araújo MAL, Miranda AE. Vigilância epidemiológica da transmissão vertical da sífilis: dados de seis unidades federativas no Brasil. [Internet] 2017 [Citado 2021 jul. 5]; v. 4, n. 12, p. 451 – 68.
- 26) NONATO, S.M.; MELO, A.P.S.; GUIMARAES, M.D.C. Syphilis in pregnancy and factors associated with congenital syphilis in Belo Horizonte-MG, Brazil, 2010-2013. *Epidemiologia e Serviços da Saúde*. [Internet] 2015 [Cited 2021 jul. 5]; v.24, n.4, 24pp.681-694.
- 27) Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº. 33, de 15 de julho de 2005. Inclui doenças à relação de notificação compulsória, define agravos de notificação imediata e a relação dos resultados laboratoriais que devem ser notificados pelos Laboratórios de Referência Nacional ou Regional. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

ARTIGO 2

**DIAGNOSTICO E TRATAMENTO DA SÍFILIS GESTACIONAL E CONGÊNITA,
EM RIO GRANDE NO PERÍODO DE 2010 Á 2019, UMA REFLEXÃO ACERCA DAS
AÇÕES DE PREVENÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA**

RESUMO

Objetivo: Analisar os dados epidemiológicos relacionados ao diagnóstico e tratamento da sífilis gestacional e congênita. **Método:** Estudo documental cujos dados foram coletados com informações contidas no Boletim Epidemiológico da Sífilis e DATASUS, dos casos de sífilis gestacional e congênita onde foi utilizado um roteiro pré-estabelecido, com foco no diagnóstico segundo idade gestacional, classificação clínica da sífilis gestacional e esquema de tratamento; momento do diagnóstico da sífilis congênita, realização do pré natal e esquema de tratamento de acordo com os objetivos do estudo. Para comparação de diferenças ente as medias foram realizados os testes t (comparação entre média de duas variáveis numéricas) e ANOVA (comparação entre medias de três ou mais variáveis numéricas), sendo os valores de significância descritos junto ao texto). Adotou-se como valor significativo $p < 0,05$. – **Resultados:** Observou-se uma maior prevalência de diagnóstico de sífilis gestacional durante o terceiro trimestre de gestação. Pode-se observar, também, que nos anos de 2012, 2013, 2014 e 2017 a maior prevalência dos casos de gestantes com sífilis, em Rio Grande, foi o item da notificação ignorado, representando esta parcela nos quatro anos analisado. Nos anos de 2015, 2016, 2018 e 2019 a classificação da sífilis latente foi semelhante ao diagnóstico de sífilis primária. Pode-se observar, que entre os anos de 2013 á 2019 a maioria dos casos de sífilis congênita, diagnosticados no município de Rio Grande, realizaram pré-natal. Analisamos que em todo o período estudado, os tratamentos para sífilis congênita foram considerados inadequados. Logo, observa-se também um aumento crescente nos números de realização de pré natal ocorridos entre os anos de 2011 e 2019, da mesma forma é notável o aumento crescente no numero dos casos de sífilis congênita no mesmo período estudado. **Conclusão:** A assistência à gestante diagnosticada com sífilis é um ponto importante durante a realização do pré-natal, a equipe de saúde da Atenção Básica apresenta-se como peça importante na qualidade de assistência ao pré-natal e diagnóstico precoce as sífilis gestacional, evidenciou-se a importância da educação continuada em saúde à esses profissionais. **Descritores:** Sífilis. Atenção Primária a saúde. Enfermagem.

Introdução

A sífilis é uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST) causada pelo *Treponema pallidum* apresentando-se como um agravo sistêmico, de evolução lenta e crônica¹. Considerada uma doença reemergente que vem apresentando aumento na incidência de pessoas contaminadas. Sua notificação é compulsória no Brasil, sendo a congênita desde 1986, a sífilis em gestante a partir de 2005 e a adquirida em 2010².

A transmissão da sífilis pode ocorrer por via sexual ou vertical, quando ocorre durante a gestação, da mãe não tratada ou tratada inadequadamente para o feto, através da disseminação hematogênica através da placenta onde constitui-se a sífilis congênita³. Na sífilis gestacional a transmissão ocorre da mesma maneira que a sífilis adquirida, pela via

sexual, porém o agravante é a gestante ser acometida e não ser tratada ou ser tratada de maneira inadequada ocorrendo o risco da contaminação vertical⁴. O feto pode ser infectado pela via transplacentária em qualquer fase da gestação⁵.

São considerados casos para notificação de sífilis na gestação: gestante com evidência clínica de sífilis e/ou com sorologia não treponêmica reagente, com qualquer titulação, mesmo na ausência de resultado de teste treponêmico, realizada no pré-natal ou no momento do parto ou curetagem⁶. Além das manifestações maternas, as consequências da doença para o feto são preocupantes, as quais podem incluir: parto prematuro, surdez, cegueira, deficiência mental e morte⁷.

É considerado sífilis congênita os casos em que a criança, aborto ou natimorto de mãe com evidência clínica ou sorológica para sífilis que não tenha sido tratada ou tenha recebido tratamento inadequado; menores de 13 anos com evidências sorológicas para sífilis, desde que afastadas as possibilidades de manutenção de anticorpos maternos e de sífilis adquirida; menores de 13 anos com sorologia não treponêmica reagente para sífilis e evidência clínica, radiológica ou líquórica para sífilis congênita; ou evidência microbiológica da presença do *Treponema pallidum* na placenta, no cordão umbilical ou no tecido da criança, produto de aborto ou natimorto⁸.

Toda criança com manifestação clínica, alteração líquórica ou radiológica de sífilis congênita e teste não treponêmico reagente preenche critério para sífilis congênita, independentemente do histórico materno quanto ao tratamento e das titulações dos testes não treponêmicos⁹. A erradicação dos casos de sífilis gestacional e consequentemente da sífilis congênita apresenta-se como uma prioridade global, regional e nacional, correlacionando os principais órgãos de saúde, OMS, OPAS e MS¹⁰. Pode-se observar que a sífilis é uma infecção reemergente necessitando de rastreamento durante o pré-natal e o tratamento em tempo hábil visando conter a infecção congênita¹¹.

Os dados de notificação da sífilis congênita são considerados importantes indicadores de qualidade da assistência pré-natal, desde a gestação até o parto é um fator importante o rastreamento precoce como um determinante da redução de transmissão vertical da sífilis¹². A ação mais consistente para controle da sífilis congênita está na garantia de uma assistência pré-natal ampla e de qualidade, garantindo-se o diagnóstico precoce e o tratamento em tempo hábil¹³.

Considerando o impacto da sífilis na assistência em saúde pública, a necessidade de diminuir sua incidência em gestantes e, consequentemente, de casos congênitos, é necessário que os profissionais da saúde e gestores tenham acesso a informações que demonstrem a

gravidade do problema. Frente a este pressuposto objetivou-se analisar os dados epidemiológicos relacionados ao diagnóstico e tratamento da sífilis gestacional e congênita, refletindo acerca das ações de prevenção na Atenção Básica.

Método

Delineamento do Estudo: Estudo documental, descritiva com abordagem quantitativa.

Local: A pesquisa foi realizada com dados da cidade de Rio Grande, no estado do Rio Grande do Sul/Brasil. A fonte dos dados da pesquisa foi a base de dados disponibilizados pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), (TABNET), sessão Epidemiológicas e Morbidade, sessão Doença e Agravos de Notificações, categorias Sífilis em gestantes e Sífilis Congênita.

Período: O estudo transcorreu de julho de 2019 a julho de 2021, a partir da coleta de dados realizada entre maio e julho de 2021.

Coleta dos Dados: Para a realização da pesquisa, a coleta dos dados foi baseada em fontes secundárias, coletados no sistema TABNET. Foi utilizado um roteiro para a coleta de dados, elaborado com base nas informações contidas no sistema sobre Sífilis Gestacional e Sífilis Congênita. Os dados elencados na plataforma do DATASUS relevantes e de acordo ao objetivo do estudo, são: classificação clínica da sífilis e idade gestacional do diagnóstico da sífilis em gestantes, casos de sífilis congênita segundo momento do diagnóstico, realização de pré-natal e avaliação do tratamento.

Todos os dados coletados do sistema foram digitados em uma planilha eletrônica no Excel e depois transportados para um banco de dados no programa estatístico SPSS.

Tratamento e Análise dos Dados: Após a coleta os dados foram organizados e analisados de maneira descritiva com os resultados apresentados em gráficos e tabelas organizados pelos autores. Os gráficos apresentam a idade gestacional da gestante no momento do diagnóstico de sífilis gestacional, a classificação clínica no momento do diagnóstico, a realização ou não do pré-natal. Para comparação de diferenças entre as médias foram realizados os testes t (comparação entre médias de duas variáveis numéricas) e ANOVA (comparação entre médias de três ou mais variáveis numéricas), sendo os valores de significância descritos junto ao texto. Adotou-se como valor significativo $p < 0,05$. Foi possível realizar a análise de correlação de Pearson para as variáveis : casos notificados de sífilis congênita e realização do pré-natal no período compreendido entre os anos de 2011 e 2019.

Aspectos Éticos: Os aspectos éticos de uma pesquisa epidemiológica transcendem os problemas e as inquietações do ser individual e vão de encontro às questões de saúde pública e política em saúde. Esse estudo nos foi possível analisar o diagnóstico e tratamento realizado na Atenção Primária junto a essa gestante diagnosticada com sífilis bem como refletir a cerca das Políticas Públicas voltadas á esse enfrentamento. A Atenção primaria encontra diversos tabus, principalmente quando relacionamos sexualidade á uma infecção sexualmente transmissível onde se depara com inquietações da mulher como o receio, a rejeição, a vergonha e o sigilo.

Resultados

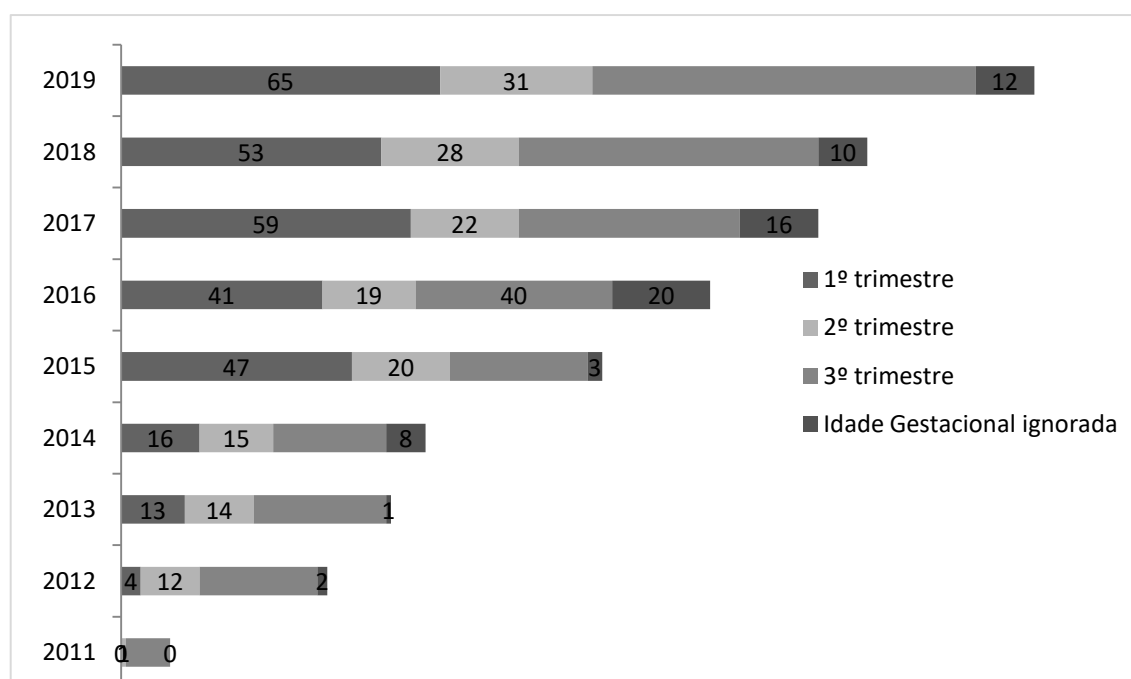


Figura 1- Casos de Gestante segundo Idade Gestacional em Rio Grande/RS

Fonte: Dados da Pesquisa

De acordo com a figura 1 observou-se uma maior prevalência de sífilis gestacional durante o terceiro trimestre de gestação. Nos primeiros anos analisados, 2011 a 2015, os valores de diagnóstico no terceiro trimestre superam ($p=0,02$) dos demais períodos gestacionais, os casos variam de 9 representando 90% dos casos em 2011; de 24 representando 57% dos casos em 2012; de 27 representando 49% em 2013 e 23 representando 37% dos casos em 2014.

Dos anos analisados em 2015, 2016, 2017, 2018 e 2019 o diagnóstico de sífilis gestacional ocorreu de forma semelhante no primeiro e no terceiro trimestre de gestação

($p=0,168$). Os valores observados durante estes anos superam o número de casos diagnosticados no segundo trimestre ($p=0,022$).

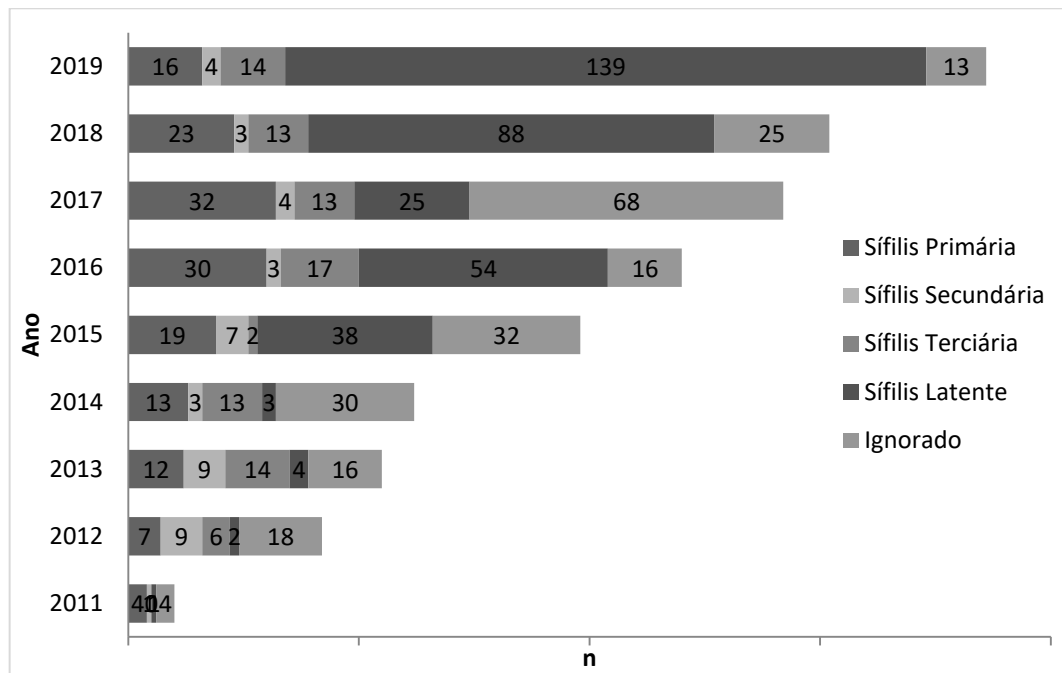


Figura 2 - Número de casos de gestante diagnosticadas com sífilis segunda classificação clínica em Rio Grande/RS

Fonte: Dados da Pesquisa

De acordo com a figura 2, no ano de 2011 pode-se observar que os casos de gestantes classificados como sífilis primária são idênticos às notificações ignoradas, que por sua vez superam os casos classificados em sífilis secundária e latente.

Pode-se observar na figura 2 que nos anos de 2012, 2013, 2014 e 2017 a maior prevalência ($p=0,044$) dos casos de gestantes com sífilis, em Rio Grande, foi o item da notificação ignorado, representando esta parcela nos quatro anos analisado.

Nos anos de 2015, 2016, 2018 e 2019 a classificação da sífilis latente foi semelhante ao diagnóstico de sífilis primária ($p=0,190$; figura 2).

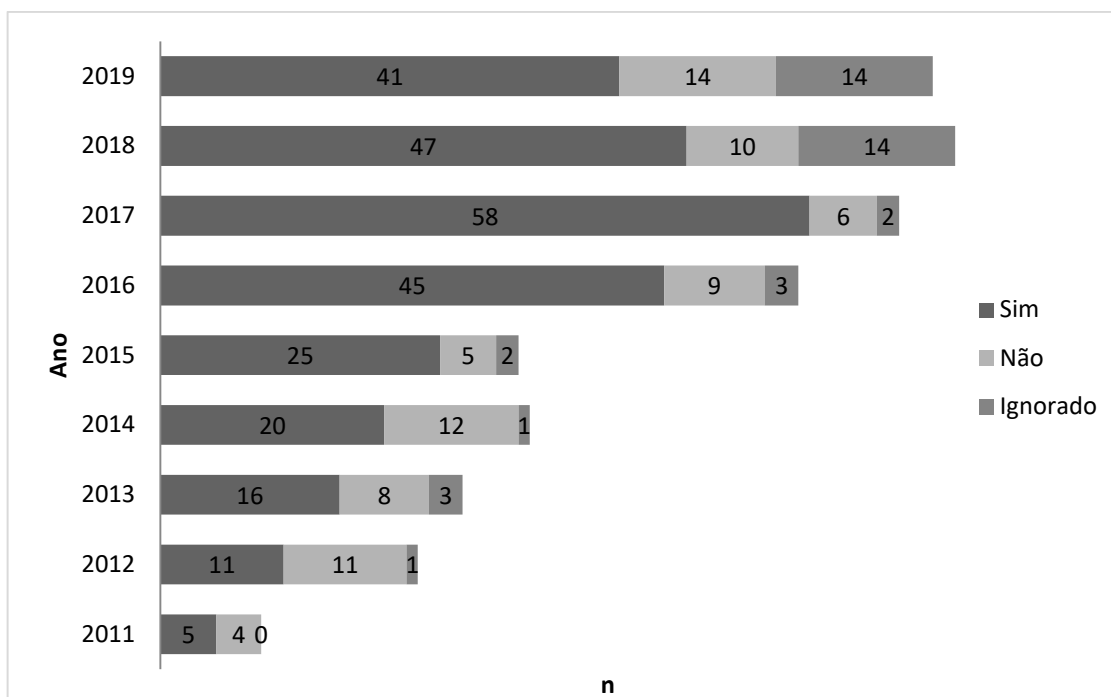


Figura 3 - Número de casos de sífilis congênita e realização de pré natal.

Fonte: Dados da Pesquisa

Nos anos de 2011 e 2012 para os casos diagnosticados com sífilis congênita, no município de Rio Grande não foram observadas diferenças significativas ($p=0,50$) entre a proporção que realizou ou não o pré natal (figura 3).

Pode-se observar, segundo a figura 3 que entre os anos de 2013 á 2019 a maioria ($p=0,004$) dos casos de sífilis congênita, diagnosticados no município de Rio Grande, realizaram pré-natal.

Com relação ao item da notificação ignorado, observa-se, de acordo com a figura 3 que nos anos de 2018 e 2019 as proporções foram maiores ($p=0,023$) quando comparadas aos demais anos.

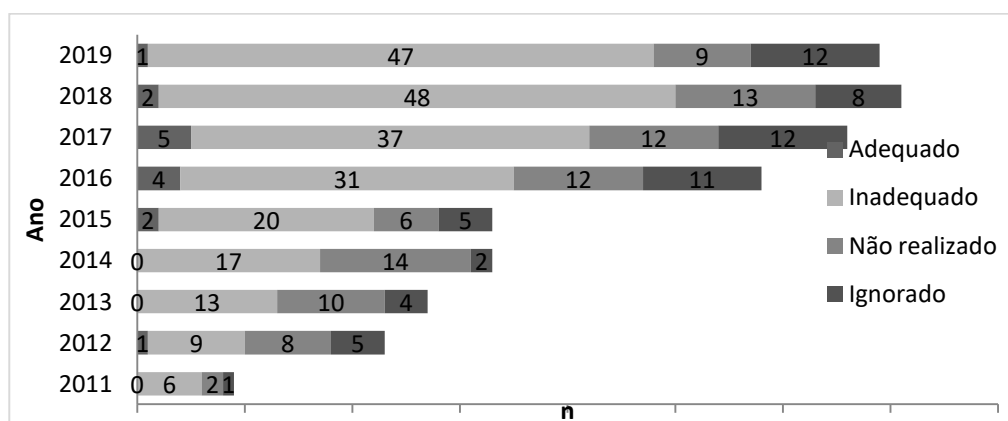


Figura 4 - Casos de Sífilis Congênita segundo esquema de tratamento da mãe

Fonte: Dados da Pesquisa

Segundo a figura 4 observa-se que entre os anos expostos, em todos os períodos os tratamentos para sífilis congênita foram considerados inadequados ($p=0,001$).

Pode-se observar ainda que nos anos de 2011, 2013 e 2014, conforme a figura 4, nenhum caso notificado foi considerado como tratado adequadamente.

Os casos do item de notificação ignorado, para o tratamento, foram menores entre os anos de 2011 e 2015 quando comparados com o período compreendido entre os anos de 2016 e 2019 ($p=0,001$).

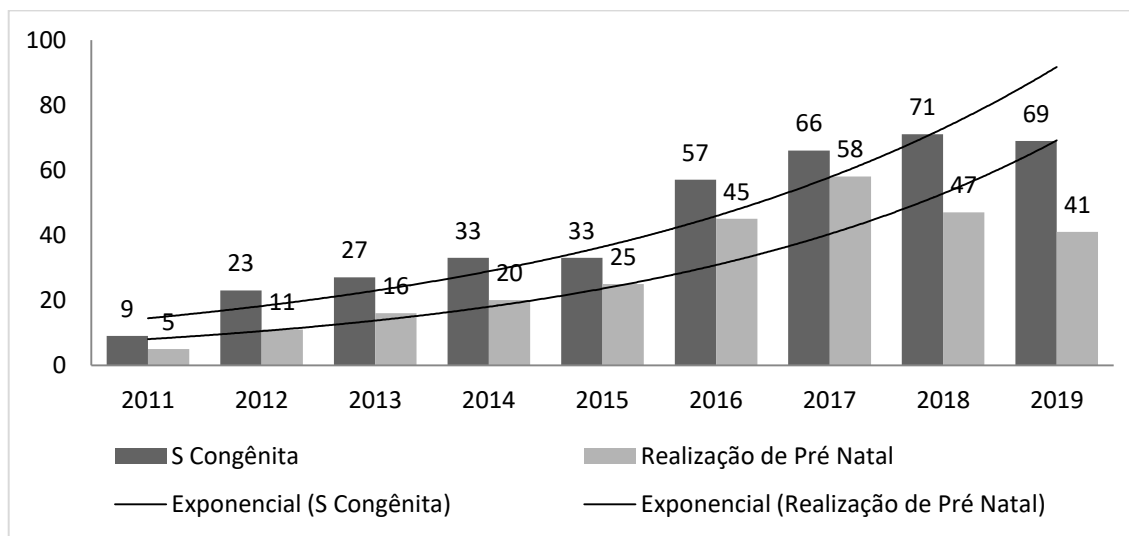


Figura 5 - Número de casos de sífilis congênita e número de casos de realização de pré natal

Fonte: Dados da Pesquisa

Segundo a figura 5 pode-se observar que o número do caso de sífilis congênita no período compreendido nos de 2011 a 2014 é menor do que o número de casos notificados durante o período compreendido entre os anos de 2015 a 2019 ($p=0,001$).

Da mesma forma observamos que o número de pré-natais realizados entre 2011 e 2014 é menor no período do que o período de 2015 a 2019 ($p=0,008$).

Observa-se também um aumento crescente nos números de realização de pré-natal ocorridos entre os anos de 2011 e 2019, da mesma forma é notável o aumento crescente no número dos casos de sífilis congênita no mesmo período estudado. Este fato é corroborado quando realizada a análise de correlação de Pearson com o conjunto de dados referente ao número de pré-natal realizados e o número de casos diagnosticados de sífilis congênita no período compreendido entre 2011 e 2019, que resulta no coeficiente de 0,95 indicando um alto índice de correlação entre estas variáveis.

Discussão

A sífilis é uma doença reemergente no Brasil como um todo onde o aumento progressivo ao longo dos anos de casos de sífilis gestacional e congênita encontrado em todas

as regiões do país ao longo dos anos demonstra a necessidade de desenvolvimento de ações efetivas voltadas para o seu controle, bem como uma análise mais aprofundada, principalmente no que tange o diagnóstico de tratamento pela atenção básica¹⁴

A sífilis gestacional agrega o risco de transmissão vertical e, quando não tratada, cerca de 40% dos casos resultam em desfechos negativos, relacionados ao aborto espontâneo, morte fetal ou neonatal precoce ou ainda graves sequelas perinatais¹⁶. O pré-natal é considerado o ponto mais importante e possível para identificação e redução dos riscos, considerando a triagem sorológica e o tratamento adequado da gestante e parceiros¹⁷.

O percentual de casos de gestantes diagnosticadas segundo a idade gestacional representa 39% no terceiro trimestre, 33% no primeiro trimestre e 19% no segundo trimestre. Identifica-se como uma necessidade o fortalecimento das ações da equipe de enfermagem na assistência pré-natal e reforçar o diagnóstico da sífilis gestacional ainda no primeiro trimestre¹⁷. Em Rio Grande, podemos observar-se, uma maior prevalência de diagnóstico de sífilis gestacional durante o terceiro trimestre de gestação (figura 1). O diagnóstico da Sífilis Gestacional tardiamente pode implicar em diversas complicações, como o tratamento inadequado devido ao curto tempo entre diagnóstico e tratamento da sífilis¹⁸.

Segundo a OMS, a monitorização e eliminação da Sífilis Gestacional deve incluir o conhecimento dos três principais indicadores relacionados a transmissão vertical: a proporção de gestantes em acompanhamento pré-natal testadas para sífilis, a proporção de gestantes soropositivas para Sífilis Gestacional e a proporção de gestantes com diagnóstico de sífilis tratadas adequadamente¹⁸.

O Ministério da Saúde preconiza que durante a gravidez seja realizado dois testes sorológicos para identificar se a gestante é ou não reagente para sífilis, o teste é realizado no primeiro e último trimestre de gestação, por volta da 28ª semana, priorizando a testagem na primeira consulta de pré natal¹⁹. Com o objetivo de diagnóstico precoce e rastreio dos casos de sífilis gestacional, é preconizada a realização de Teste rápido ou treponêmico laboratorial de sífilis: na 1ª consulta pré-natal, idealmente no 1º trimestre da gestação; 3º trimestre da gestação; Parto/aborto; História de exposição de risco/violência sexual²⁰.

Em 2011 o Ministério da Saúde implantou a Rede Cegonha como uma das principais estratégias de impacto à valorização da saúde materno infantil, através de um novo modelo de atenção à saúde da mulher e da criança com a finalidade de ampliar e qualificar o acesso desde o planejamento reprodutivo, pré-natal, parto e a criança até os dois anos de idade²¹. Entre os objetivos na assistência de pré-natal, temos como principal a orientação, capacitação

e distribuição de insumos para a realização de testes rápidos de HIV e sífilis, bem como o seu aconselhamento posterior, na primeira consulta de pré natal²².

O teste rápido para sífilis apresenta-se como uma tecnologia importante por proporcionar o acesso precoce ao diagnóstico, especialmente em locais com a dificuldade ou demora para a realização de testes não treponêmicos laboratoriais. O primeiro atendimento às gestantes na Unidades de Saúde da Família, na maioria das vezes, é realizada pela enfermeira onde é de suma importância a investigação de vários fatores inclusive a realização da testagem rápida para sífilis e HIV, visando o diagnóstico precoce dessas infecção e o início imediato do tratamento conforme protocolo²³.

A sífilis na gestação é de fácil diagnóstico através da testagem rápida e acompanhamento sorológico da gestante, tratamento gratuito e eficaz quando segue as diretrizes terapêuticas protocolada, porém ainda apresenta prevalência alta, estimando que ocorram anualmente 12 milhões de casos na população adulta, desses 90% em países desenvolvidos, e a sífilis congênita causadora de 500 mil óbitos fetais no mundo²⁴. No Brasil, foram registrados entre junho de 2005 a junho de 2019 no Sistema de Agravos de Notificações (SINAN), um total de 324.321 novos casos de sífilis em gestantes²⁵.

É preocupante que alguns estudos demonstram a existência de falhas no diagnóstico do estadiamento clínico da sífilis durante o pré natal, a sífilis primária costuma não ser percebida pelo paciente e, na fase latente, pode se prolongar por muitos anos²⁶. A análise dos dados em Rio Grande evidencia que a segundo a classificação clínica da sífilis gestacional representa que nos anos de 2015, 2016, 2018 e 2019 a classificação da sífilis latente foi semelhante ao diagnóstico de sífilis primária (figura 2).

Esse dado pode evidenciar a dificuldade que as equipes de saúde enfrentam para diagnosticar a fase clínica da sífilis. O tratamento depende muito da fase em que se encontra a doença, é papel da equipe de saúde o diagnóstico e a determinação do estadiamento da doença para facilitar as ações de tratamento e rastreamento da gestante durante a execução do pré natal¹⁶.

Esse índice alto, na fase latente, pode estar associado ao diagnóstico tardio da sífilis nas gestantes, bem como o número reduzido de consultas durante o pré natal, corroborando com o diagnóstico tardio/terceiro trimestre gestacional (figura1). A porcentagem, relativamente alta do indicador ignorado poderá estar relacionado com a dificuldade do profissional em estadiar a fase clínica com a falta de informações no prontuário ou cartão da gestante.

Pode-se considerar as notificações dos dados de Sífilis gestacional e congênita, no município de Rio Grande, dos anos de 2015 á 2019, um aumento de 150% nos casos do referido município. Onde pode-se sugerir que o aumento gradual na notificação de casos na rede de atenção pré-natal nos últimos anos, deveu-se provavelmente ao fortalecimento dos serviços de pré-natal, por meio da Rede Cegonha, o que propiciou o aumento na cobertura de testagem das gestantes e acompanhamento dos casos²⁷.

O enfermeiro tem papel fundamental na assistência ao pré-natal, pois possui conhecimento para atuar no mesmo, verificando a para necessidades específicas de cada gestante, com estratégias de assistência para prevenção de doenças, conforme regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe como uma das funções do enfermeiro, a prestação de assistência de enfermagem à gestante, parturiente, puérpera e ao recém nascido em Unidade de Saúde da Família²⁸.

Apesar dos investimentos na melhoria da atenção à saúde das mulheres nas últimas décadas, permanecem alguns obstáculos que dificultam o vínculo entre a equipe de saúde e a gestante na assistência pré-natal que repercutem no alcance de metas pactuadas e resultam na inadequação do cuidado²⁸. Em Rio Grande observa-se um aumento significativo na realização de pré-natal pelas mulheres na nossa amostragem, fato que intensificou principalmente em 2015, 2016, 2017 e 2018 (figura 5). A ausência de realização de pré-natal das gestantes está fortemente associada às condições de vida e comportamentais, um problema que a equipe de saúde precisa elucidar, a equipe das unidades de saúde da família conhecendo sua área e a real situação das gestantes, principalmente frente às diversidades²⁹.

A privação do cuidado pré-natal é extensamente documentada como amplificadora de efeitos adversos na gestação e parto entre mulheres e recém-nascidos, a exemplo de sífilis congênita, aborto, natimortalidade, morte neonatal e prematuridade^{28,30}. Um dos principais desafios, das equipes de saúde, é o fortalecimento de elos de confiança entre a equipe e a gestante, bem como a educação em saúde das mulheres a partir do planejamento familiar objetivando a adesão das gestantes ainda no primeiro trimestre gestacional.

Pode-se compreender que o pré-natal, realizado na Atenção Básica, é o conjunto de ações de caráter clínico e educativo com a finalidade de proporcionar uma gestação saudável e segura por meio de uma assistência integral e de qualidade desde o diagnóstico da gestação até o puerpério da mãe³¹. Pensa-se que a assistência pré-natal deve se preocupar em captar as gestantes precocemente, ainda no primeiro trimestre da gestação, fornecendo, no mínimo, seis consultas, diagnóstico e tratamento, principalmente quando é possível identificar algum critério de vulnerabilidade á essa gestante ou no seu vínculo familiar³².

O diagnóstico da sífilis gestacional é realizado por meio dos testes treponêmicos e não treponêmicos, onde tem-se preconizado rotineiramente o teste rápido (teste treponêmico) na primeira consulta do pré-natal e no terceiro trimestre da gestação, bem como durante a internação hospitalar para parto ou aborto, exposição de risco ou violência sexual e a partir do resultado tratamento, deve ser realizado essencialmente com a penicilina imediatamente dependendo da fase clínica da infecção³³.

Conforme o Ministério da Saúde, o tratamento da gestante é considerado como adequado quando realizado com penicilina benzatina e com o início do tratamento até 30 dias antes do parto, esquema terapêutico de acordo com o estágio clínico, respeitando-se o intervalo entre as doses, documentação da queda do título do teste não treponêmico em, pelo menos, duas diluições em três meses ou de quatro diluições em seis meses após a conclusão do tratamento-resposta imunológica adequada e o registro na caderneta da gestante e prontuário clínico^{2,34}.

Conforme os dados analisado, podemos pressupor que a maioria das gestantes que realizaram o pré natal em Rio Grande iniciaram tardiamente – no terceiro trimestre gestacional, logo receberam o tratamento da sífilis tardiamente, o que leva a deduzir que houve falha no diagnóstico precoce e, possivelmente, foi dado durante os últimos dias do pré-natal ou no trabalho de parto. Podemos observar, através da Figura 3 que entre os anos de 2013 á 2019 a maioria dos casos de sífilis congênita, diagnosticados no município de Rio Grande, realizaram pré-natal. Porém a figura 4 nos mostra que em todo o período estudado, os tratamentos para sífilis congênita foram considerados inadequados Estudos apontam ainda como fatores de risco para a reinfeção no terceiro trimestre, também, uma menor adesão ao tratamento dos parceiros, contudo, sabe-se que o tratamento do parceiro não é mais levado em conta para considerar o tratamento materno adequado^{29,33,35}.

Em relação à realização do tratamento para sífilis na gestação, alguns estudos apontam que o pouco envolvimento e preparo da equipe de saúde diante de um resultado reagente para as principais infecções sexualmente transmissíveis, dificuldade de captação dos parceiros, dificuldade do diagnóstico clínico e elevada proporção de tratamento ineficaz poderá repercutir na baixa proporção de tratamentos adequados e ao numero elevado dos casos de sífilis gestacional^{19,33}.

As inadequações no tratamento das infecções sexualmente transmissíveis são relatadas tanto na atenção primária quanto em outros níveis assistenciais ao identificar gestantes sem conhecimento dos resultados sorológicos de sífilis e HIV e sobre a importância do tratamento de seus parceiros^{34,35}.

Globalmente, a penicilina benzatina é preconizada para o tratamento da sífilis gestacional, por ser o único antibiótico que atravessa a barreira hematoplacentária e garante níveis séricos terapêuticos para o feto³⁶. Alguns equívocos ou erros de classificação podem levar a tratamentos inadequados, e que, na ausência de sinais clínicos e na impossibilidade de estabelecer a evolução da doença, a classificação adequada é sífilis de duração ignorada, sendo preconizado o tratamento com três doses de penicilina benzatina que totalizam 7,2 milhões de unidades, a qual também deve ser aplicada em seus parceiros, independente de sinais clínicos e sorotestagem³⁷.

Quando o tratamento é realizado com penicilina e de forma adequada é capaz de prevenir 97% dos casos de transmissão vertical, sendo os melhores resultados obtidos quando o tratamento é efetuado por volta da 24^a a 28^a semana gestacional³⁸. O tratamento é considerado efetivo quando a última dose é aplicada até quatro semanas antes do parto³⁸.

Para a notificação de caso de Sífilis Congênita no SINAN, existe uma definição de caso que inclui a ausência de tratamento ou o tratamento inadequado de gestante com sífilis ou seu parceiro, independentemente do quadro clínico do recém-nascido³⁹.

Conclusão

Pode-se considerar que existe a necessidade de implementar medidas mais eficazes, durante o pré-natal para quebrar a cadeia de transmissão da sífilis. Inicialmente podemos partir do ponto de reforçar as capacitações aos profissionais de saúde da atenção básica para que o manejo da sífilis gestacional seja adequado, pois o pré-natal é um ponto estratégico para agir no combate à sífilis e à transmissão vertical.

Ponto importante para diminuir a cadeia de transmissão é a ampliação do acesso ao diagnóstico da sífilis gestacional, com o início precoce do pré-natal, melhor organização dos fluxos assistenciais nos serviços, integrando os diferentes níveis do cuidado, revela-se como uma prioridade a ser perseguida.

A identificação precoce das mulheres e famílias que representam o grupo de maior vulnerabilidade favorece a implementação de estratégias para o ingresso na assistência. São alguns exemplos de ações imediatas que podem provocar uma abordagem sustentável de médio a longo prazo e, assim, contribuir de forma mais efetiva no controle da sífilis gestacional e congênita no país.

Intensificar ações de rastreio e captura das gestantes no primeiro trimestre gestacional, para uma melhor qualidade na assistência pré natal. Sensibilizar os parceiros para participação do pré natal, atendendo assim também a demanda do aprimoramento da assistência à saúde do homem.

Fornecer aos profissionais que preenchem as fichas de notificação educação permanente sensibilizando a importância do preenchimento correto das informações, facilitando e qualificando os dados para posterior avaliação e traçar o perfil da saúde pública do município. Com este estudo foi possível identificar as fragilidades no preenchimento das notificações compulsórias.

Os desafios no combate a sífilis gestacional e congênita são muitos, e implicam não somente na assistência ofertada pelas equipes de saúde, mas também na conscientização da mulher e parceiro da importância de realização do pré-natal, visando uma gestação segura e com maior qualidade de saúde para o bebê. Enfrentamos, ainda, diversas questões sócio demográficas, apresentando-se como uma barreira importante a ser vencida pelas equipes de saúde, a saúde da família é possível um aprofundamento maior nas questões particulares de cada família aproximando delas a educação e assistência em saúde.

Logo podemos concluir que a atuação da equipe de saúde visa vencer os desafios abordados acima, através da educação popular em saúde a população no que se refere à prevenção e a detecção precoce dos sinais e sintomas dessa e de outras doenças, com foco no diagnóstico e tratamento preconizado pelas Políticas Públicas, sendo essencial seu papel na luta a favor da redução da transmissão desta doença que além de letal, pode trazer sérias consequências para a gestante e bebê, quando não assistidas e não tratada.

Referência

- [1] Reinehr CPH, Kalil CLPV, Reinehr VPH. Sífilis secundária: a grande imitadora não pode ser esquecida. Rev. Assoc. Med. Bras. São Paulo [Internet] 2017 [Citado 2021 Jul. 10]; v. 63,n. 6,p. 481-483, jun. 2017.
- [2] Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis - PCDT. 2ª edição revisada. Brasília (DF). [Internet] 2016 [Citado 2021 Jul.10].
- [3] Saraceni V, Pereira GFM, Silveira MF, Araújo MAL, Miranda AE. Vigilância epidemiológica da transmissão vertical da sífilis: dados de seis unidades federativas no Brasil. [Internet]. 2017 [Citada 2021 Jul. 10].
- [4] Cavalcanti GMB, Araújo LMC, Fernandes CLS, Deininger LSC. Transmissão vertical da sífilis na atenção primária: revisão integrativa. Rev. Ciênc. Saúde Nova Esperança. João Pessoa [Internet] 2019 [Citado em 2021 Jul. 10]; 17(3): 25 – 36.
- [5] Domingues RMSM, Lauria LM, Saraceni V, Leal MC. Manejo da sífilis na gestação: conhecimentos, práticas e atitudes dos profissionais pré-natalistas da rede SUS do município do Rio de Janeiro. Ciência e Saude Coletiva. Rio de Janeiro. [Internet] 2018 [Citado em 2021 Jul. 10] v.10 18(5).

- [6] Lafté KRG, Junior HM, Silveira MF, Paranaíba LMR. Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle. *Rev Bras Epidemiol.* [Internet] 2016 [Citado em 2021 Jul. 10]; 19(1): 63-74.
- [7] Domingues CSB, Domingues G, Duarte M, Passos RL, Neves C, Menezes LB. Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: sífilis congênita e criança exposta à sífilis. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* [online]. 2021, v. 30, n. spe1 [Acessado 14 Julho 2021].
- [8] Souza BSO, Rodrigues RM, Gomes RML. Análise epidemiológica de casos notificados de sífilis. *Rev Soc Bras Clin Med.* [Internet] 2018 [Citado em 2021 Jul. 10]; 16(2):94-8.
- [9] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Brasília (DF). [Internet] 2020 [Citado em 2021 Jul. 10].
- [10] Who. Global guidance on criteria and processes for validation: elimination of mother-to-child transmission of HIV and syphilis. Geneva: WHO, 2014.
- [11] FAVERO, L. D. C; RIBAS, K. A. W.; COSTA, M. C. D.; BONAFÉ, S. M. Sífilis congênita e gestacional: notificação e assistência pré-natal. *Arch. Health. Sci.* 2019 jan-mar: 26(1):2-8.
- [12] Domingues RMSM; Lauria LM; Saraceni V; Leal MC. Manejo da sífilis na gestação: conhecimentos, práticas e atitudes dos profissionais pré-natalistas da rede SUS do município do Rio de Janeiro. *Ciência e Saúde Coletiva* [Internet] 2018 [Citada 2021 Jul. 5] vol. 5, n. 8, p. 25 – 37.
- [13] World Health Organization. Methods for surveillance and monitoring of congenital syphilis elimination within existing systems [Internet]. 2011 [acesso em 2016 Set 17].
- [14] Wijesooriya NS, Rochat RW, Kamb ML, Turlapati P, Temmerman M, Broutet N, et al. Global burden of maternal and congenital syphilis in 2008 and 2012: a health systems modelling study. *Lancet Glob Health.* [Internet] 2016 [Cited 2021 Jul. 5] 4(8):525-33.
- [15] Brasil. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico Sífilis, 2020. Brasília (DF). [Internet] 2020 [Citado 2021 Jul 5].
- [16] Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST/AIDS, Diretrizes para controle da sífilis congênita: manual de bolso/Ministério da Saúde. 2. ed. – Brasília (DF). [Internet] 2016 [Citado 2021 Jul 5].
- [17] 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 (DF). [Internet] 2017 [Citado 2021 Jul 5].

[18] Macedo V; Figueiredo JDS; Antunes GMS; Rossales HSS. Sífilis na gestação: barreiras na assistência pré-natal para o controle da transmissão vertical. Cadernos de saúde pública. [Internet] 2020 [Citado 2021 Jul 5] v.28, n. 4, p 518 – 528.

[19] Neonato SM; Melo APS; Guimarães MDC. Sífilis na gestação e fatores associados á sífilis congênita em Belo Horizontes/MG, 2010 – 2013. Epidemiol Serv Saúde. [Internet] 2015 [Citado 2021 Jul 5] 24(4): 681 – 94.

[20] Pan American Health Organization. Field guide for implementation of the strategy and plan of action for elimination of mother-to-child transmission of hiv and congenital syphilis in the Americas [Internet] 2018 [Cited 2021 Jul 5].

[21] WHO (World Health Organization). Guidelines for the treatment of *Treponema pallidum* (syphilis). Geneva [Internet] 2016 [Cited 2021 Jul 5].

[22] Brasil. Portaria nº 1.459/2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – a Rede Cegonha. Diário Oficial da União, 24 de Junho de 2011.

[23] Junior E de A., Lima RS; Aramaico MS de O. Desafios da enfermagem na assistência da sífilis gestacional na atenção primária em saúde: revisão integrativa. Revist Eletron Acerv Enfermagem. [Internet] 2021 [Citado 2021 Jul 5] 11:51 – 9.

[24] Workowski KA; Bolan GA. Sexually transmitted diseases treatment guidelines. Rep [Internet] 2015 [Citad 2021 Jul 05];64(3):1-137.

[25] Felicio FC; Alves VH; Pereira A; Rodrigues DP; Paula E; Almeida VLM. Percepção da fragilidade da Sistematização da Assistência em Enfermagem: obstáculo no controle da sífilis na gestação. Rev Norte Mineira de enferm. [Internet] 2019 [Citado 2021 Jul 05] 8(2): 40-47.

[26] Oliveira JS; Santos JV. Perfil epidemiológico da sífilis congênita no estado da Bahia, no período de 2010 a 2013. Rev Eletrôn Saúde. [Internet] 2015 [Citado 2021 Jul 5] ;2(2):20-30.

[27] Brasil. Ministério da Saúde. Transmissão vertical do HIV e sífilis: estratégias para redução e eliminação. Brasília: DF. [Internet] 2018 [Citado 2021 Jul 5]

[28] Oliveira GMA; Araujo LMA; Matsue RY; Barros L; Oliveira A. Acosso de gestantes ás tecnologias para prevenção e controle da sífilis congênita em Fortaleza – Ceará. Ver Salud Publica. [Internet] 2017 [Citado 2021 Jul 5] 19(1): 73 – 8.

[29] Silva MA; Dantas OS; Vetorazo JVP. Assistência de enfermagem no pré-natal em gestantes diagnosticadas com sífilis: através de uma revisão integrativa. Brazilzn Journal of Health Review. [Internet] 2021 [Citado 2021 Jul 5] 3(2): 2595 – 6825.

- [30] Rosa RFN; Araujo AS; Silva ADB; Silva AK; Martins JVM; Alves JM; Santos LTDO. O manejo da sífilis gestacional no pré-natal. Ver Enfermagem UFPE (online). [Internet] 2020 [Citado 2021 Jul 5] 14:1981 – 8963.
- [31] Cabral BVT; Dantas JC; Oliveira DA. Syphilis in pregnancy and congenital syphilis: a retrospective study. Rev Ciência Plural [Internet]. 2017 [cited 2019 Nov 07];3(3):32-44.
- [32] Guanabara MAO; Araújo MA; Matsue RY; Barros VL; Oliveira FA. Access of pregnant women to technologies for the prevention and control of congenital syphilis in Fortaleza-Ceará, Brazil. Rev Salud Pública. [Internet] 2017 [Cited 2021 Jul 5] 19(1):73-8.
- [33] Domingues RMSM; Viellas EF; Dias MAB; Torres JÁ; Theme MM; Gama SGN. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. Rev Panam Salud Publica. [Internet] 2015 [Citado 2021 Jul 5];37(3):140-7.
- [34] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes terapêuticas para Prevenção de Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais [Internet]. 2018 [Citado 2021 Jul 5].
- [35] WHO. Pan American Health Organization. Field guide for implementation of the strategy and plan of action for elimination of mother-to-child transmission of hiv and congenital syphilis in the Americas [Internet] 2017 [Citado 2021 Jul 5].
- [36] CESAR JA; CAMERINI AV; PAULITSCH R G; TERLAN RJ. Não realização de teste sorológico para sífilis durante o pré-natal: prevalência e fatores associados. REV BRAS EPIDEMIOL [Internet] 2020 [Citado 2021 5 Jul] 23: (1) 21 - 9.
- [37] Vidal, IR; Mascarenhas, FAN. Sífilis na gestação e sífilis congênita: relato de caso e revisão da literatura sobre suas causas e estratégias de enfrentamento no Brasil. Curitiba: PR. Braz. J. of Develop [Internet] 2020 [Citado 2021 Jul 5]. 6 (10) 81136-81149.
- [38] BENZAKEN AS; PEREIRA GFM; CUNHA ARC da; SOUZA FMA de; SARACENI V. Adequação de atendimento pré-natal, diagnóstico e tratamento da sífilis gestacional: um estudo com dados abertos de capitais brasileiras. Cad. Saúde Pública [Internet] 2020 [Citado 2021 Jul 5] 36: (1) 51 - 64.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A sífilis gestacional e congênita, ainda hoje, apresenta-se como um grave problema de saúde pública. A alta taxa de detecção dos casos impacta diretamente na qualidade de saúde materno infantil podendo acarretar diversas sequelas á criança. No período analisado, as taxas de detecção da sífilis na gestação e da sífilis congênita, identificando a necessidades de ações e estratégias para redução do agravo.

A Atenção Primária exerce um trabalho fundamental no diagnóstico da sífilis gestacional, porém encontra algumas diversidades e barreiras que necessitam ser analisadas para a elaboração de estratégias que visam melhorara a qualidade da assistência pré natal.

É prioritário estabelecer condições de capacitação para as equipes de saúde, com enfoque no diagnóstico precoce, identificação clinica da fase da sífilis, prescrição de tratamento e acompanhamento. Os profissionais que atuam na atenção básica têm muito a colaborar na promoção de mudanças no quadro dessa doença, pela proximidade de seus agentes para o rastreio e busca ativa dos casos.

Frente aos dados apresentados torna-se visível a necessidade de realizar ações junto aos profissionais de saúde no preenchimento dos dados das notificações compulsórias, qualificando os dados e facilitando a identificação do perfil epidemiológico dos casos em cada município. Uma ação conjunta com a Vigilância Epidemiológica diminui os possíveis casos de sub notificação, auxiliando de forma direta na elaboração de estratégias que visam a prevenção dos casos de sífilis gestacional.

Observa-se a necessidade de aproximar o parceiro da realização do pré natal, principalmente no diagnóstico e tratamento da sífilis. Além disto, deve-se encorajar a realização de ações educativas para conscientizar a população da importância da prevenção.

REFERÊNCIA

- ACOSTA, L. M. W et al. Coinfecção HIV/sífilis na gestação e transmissão vertical do HIV: um estudo a partir de dados da vigilância epidemiológica. **Rev Panam Salud Publica**. v. 40, n. 6, p. 435-442. 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/rpsp/2016.v40n6/435-442/>>.
- ALVES, W. A. et al. Sífilis Congênita: Epidemiologia dos Casos Notificados em Alagoas, Brasil, 2017 a 2019. **Revista Portuguesa de Saúde e Sociedade** 1(2): 27 – 41. 2020. Disponível em: <https://www.seer.ufal.br/index.php/nuspfamed/article/view/2375>.
- ANDRADE, E. C de et al. **Epidemiologia da sífilis congênita no Brasil: uma revisão sistemática**. Caminhos da Iniciação Científica 20(2): 5 – 17. 2020. Disponível em: <<https://periodicos.ufjf.br/index.php/principia/article/view/31004>>.
- BAKER, C. J. Red Book: atlas of pediatric infectious diseases. 4. ed. Itasca: **American Academy of Pediatrics**. 2020.
- BECK, Q; SANTANA, M. T. Práticas de enfermagem acerca do controle da sífilis congênita. **Revista Online de Pesquisa Cuidado é Fundamental** 1(2):16 - 35. 2019. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/7596>>.
- BOTURRA, B. R. et al. **Perfil epidemiológico da sífilis gestacional e congênita no Brasil – período de 2007 á 2016**. Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo, São Paulo, v. 64, n. 2, p. 69-75. 2019. Disponível em: <<https://arquivosmedicos.fcmsantacasasp.edu.br/index.php/AMSCSP/article/view/515/0>>.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Transmissão Vertical do HIV e sífilis: estratégia para redução e eliminação**. Brasília: DF. 2014. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_prevencao_transmissao_verticalhivsifilis_manualbolso.pdf>.
- BRASIL. Ministério da Saúde (BR). **Secretaria de Vigilância em Saúde, Boletim Epidemiológico**. Brasília: DF. Volume 47. 2016. Disponível em: <<https://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2016/marco/29/2016-011-boletim-epi-dcz-se8.pdf>>.
- BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico de sífilis**. Brasília: DF (v. 48. n. 36). 2020. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2020/boletim-sifilis-2020>>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aidas e Hepatites Virais. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis**. Brasília: DF. 2019. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-atencao-integral-pessoas-com-infeccoes>>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico – Sífilis**. Brasília: DF. 2017. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/boletim-epidemiologico-de-sifilis-2017>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico 2017**. Brasília (DF); 2017. Disponível em: <<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/setembro/25/boletim-especial-21ago19-web.pdf>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico**. Brasília: DF. 2018. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/boletim-epidemiologico-hiv-aids-2018>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico Sífilis**. Brasília: DF. 2020. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2020/57978/_p_boletim_sifilis_2020_fechado_pdf_p__18327.pdf>. Acesso em: 18 mai. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para a Atenção às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)**. Brasília: DF. [Internet] 2020 [Citado 2021 Jul 5]. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_diretrizes_terapeutica_atencao_integral_pessoas_infecoes_sexualmente_transmissiveis.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Diretrizes para o controle da sífilis congênita**: manual de bolso. 2. ed. Brasília:DF. 2006. (Série Manuais; 24). Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/controle_doencas_sexualmente_transmissiveis.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecção sexualmente transmissível**. Brasília: DF. 2020. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_diretrizes_terapeutica_atencao_integral_pessoas_infecoes_sexualmente_transmissiveis.pdf>.

BRASIL. MINISTÉRIO DE SAÚDE. **Departamento de Análise de Situação de Saúde. Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos – SINASC. DATASUS – Tabnet**. Brasília: 2018. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=060702>>

BRASIL. **Protocolo de investigação de transmissão vertical**. Brasília: Ministério da Saúde. Brasília: DF. 2018. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2014/protocolo-de-investigacao-de-transmissao-vertical>>

BRAVO, H. F. C. Prevalence Of Congenital Syphilis: An Integrating Review. **Rev Esc Enferm Usp**, 47(1):152-9, 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rlae/a/gjqXpt8vnSRY8cKFtgKMdbq/?lang=en>>.

CATUNDA, H. L. et al. **Epidemiological analysis of congenital syphilis in the state of Ceará, Brazil**. J. bras. Doenças Sex. Tram 25(1):7-12. 2018. Disponível em: <<http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/7165>>.

CAVALCANTE, P. A. M; PEREIRA, R. B. L; CASTRO, J. G. D. Sífilis gestacional e congênita em Palmas, Tocantins, 2007 – 2014. **Epidemiol Serv Saúde**. 26(2): 255 – 264.

2017. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/ress/a/gkFYpgvXgSzgg9FhTHYmGqh/?lang=pt>>.

DIAS, C. L. O; TAMINATO, M; BARBOSA, D. A. **A taxa de detecção de sífilis na gestante como instrumento de avaliação dos serviços de saúde.** Braz. J. of Develop., Curitiba, v. 5, n. 9, p. 14198-14201 sep. 2019. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/V5sfBFJ843smX8y8n99Zy6r/?lang=pt>>.

DOMINGUES, R. M. S. M. et al. Manejo da sífilis na gestação: conhecimentos, práticas e atitudes dos profissionais pré-natalistas da rede SUS do município do Rio de Janeiro. **Ciênc. saúde coletiva** [Internet]. 2018 [citado 10 jan. 2018]; 18(5): 1341-1351. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232013000500019>

_____. Sífilis Congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal. **Ver Saúde Pública**; 47:147 – 57. 2018. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/rsp/a/bsJrGNxmFyqqdNKtGSDjxhz/?format=pdf&lang=pt>>.

_____; LEAL, M. C. Incidência da sífilis congênita e fatores associados á transmissão vertical da sífilis: dados do estudo nascer no Brasil. **Caderno de Saúde Pública de Rio de Janeiro**. 2016. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/csp/a/nH9v3WzrWR5p8G5BLTNmtck/?lang=pt&format=pdf>>.

FAVEIRO, M. L. D. C. et al. **Congenital and gestational syphilis:** notification and pré-natal care. Arch. Health. Sci. Jan-marc: 26 (1): 2 – 8. 2019. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/rsbmt/a/7jZdkTJpyhnS3cNbMTF3Nvk/abstract/?lang=en&format=html>>.

FERREIRA, A. G, et al. Perfil dos Casos de Sífilis Congênita no Município de Natal/RN no Período de 2007 a 2015. **Rev Saúde em foco** [Internet]. 2018 [citado em 2020 Jan 6];5(1):4-27. Disponível em:

<<http://www4.fsnet.com.br/revista/index.php/saudeemfoco/article/view/1651>>.

_____. Perfil dos casos de sífilis congênita no município de Natal/RN no período de 2007 a 2015. **Rev. Saúde em Foco**. 5(1):3 – 27, 2018. Disponível em:

<<http://www4.unifsa.com.br/revista/index.php/saudeemfoco/article/view/1651>>.

FIGUEIREDO, D. C. M. M. et al. Relação entre oferta diagnóstica e tratamento da sífilis na atenção básica sobre incidência de sífilis gestacional e congênita. **Cad. Saúde Pública**; 36(3), 2020. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/csp/a/8syf4sN3Q5vZSw8mwk6zkDy/?lang=pt>>.

FLEMING, D. T; WASSERHEIT, J. N. **From epidemiological synergy to public health policy and practice: the contribution of other sexually transmitted diseases to sexual transmission of HIV infection.** Sex Transm Infect ;75:3-17. 2019. Disponível em:

<<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10448335/>>.

GONZÁLES, A. G, ALMEIDA, M. J. Integralidade da saúde – norteador mudanças na graduação dos novos profissionais. **Ciência & Saúde Coletiva**. 15(3): 757-762. 2020. Disponível em: <<https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/26939>>.

KWAL, J; LAMPRECHT, C. **A review of guide for the evaluation and treatment of congenital syphilis.** Pediatr Na. 2015.

- LAFETÁ, K. R. G. et al. Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle. **Ver Bras Epidemiol** 19(1): 63-74. 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbepid/a/dD66wTDCqQrXG3tzt6PqDYx/?lang=pt&format=pdf>>.
- LAZARINI, F. M; BARBOSA, D. A. Educational intervention in Primary Care for the prevention of congenital syphilis. **Rev. Latino-Am. Enferm.** 25: e2 845. 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rlae/a/gjqXpt8vnSRY8cKFtgKMdbq/?lang=en>>.
- MACEDO, V. C. et al. Fatores de risco para sífilis em mulheres: estudo caso controle. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, n. 78, 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rsp/a/NQhm4fVf7cqDnvDMGQpmGsD/?lang=pt&format=pdf>>
- MAGALHÃES, D. M. S. et al. **Sífilis materna e congênita: ainda um desafio.** Cad Saúde Pública. 29(6): 1109-1120. 2015. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/WM4wjfcJBy9Yb4FTvjhvCDz/?lang=pt&format=pdf>>.
- MILANEZ, H. Syphilis in Pregnancy and Congenital Syphilis: Why CanWe not yet Face This Problem? **Rev Bras Ginecol Obstet**, Campinas, SP, 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbgo/a/NjB6hf46SgWxCytGYqGHRRv/?lang=en>>.
- MORSHED, M. G; SINGH, A. E. Recent trends in the serologic diagnosis of syphilis. **Clin Vaccine Immunol** [Internet]. 2015 Feb [cited 2020 Oct 25]; 22(2):137-47. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25428245/m>>.
- NETO, L. G; GOMES, L. M; SOBRINHO, H. M. R. Epidemiologia da sífilis gestacional e congênita no estado de Goiás no período de 2013 a 2018. **Ver Saúde Publica**, v.5, N1349 – 55. 2019. Disponível em: <<https://rbmc.emnuvens.com.br/rbmc/article/view/19>>.
- NEWMAN, L. et al. **Global estimates of syphilis in pregnancy and associated adverse outcomes:** analysis of multinational antenatal surveillance data. *PLoS Med.* [Internet] 2019 [Cited 2021 Jul 5] 10(2):e1001396. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23468598/>>.
- NONATO, S. M.; MELO, A. P. S.; GUIMARÃES, M. D. C. Sífilis na gestação e fatores associados à sífilis congênita em Belo Horizonte – MG, 2010-2013. **Epidemiol Serv Saúde**, 24(4):681-694, 2018. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1679-49742015000400010&lng=pt&nrm=is>.
- PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **Elimination of mother-to-child transmission of HIV and syphilis in the Americas.** Washington: PAHO, 2017. Update 2016.
- RAMALHO, M. O. A. **Avaliação da assistência pré-natal com ênfase na sífilis gestacional na estratégia saúde da família do Recife.** Recife. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Universidade Federal de Pernambuco. 2016. Disponível em: <<https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/17410>>.
- SANTOS, T. D. et al. **Perfil da Sífilis Gestacional e Congênita no Município de Santa Maria – RS:** vivências multidisciplinares para troca de saberes. *Saúde (Santa Maria)*, Vol. 42, n. 2, p. 215-224. 2016. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/revistasauade/article/view/20691>>.

SARACENIL V; LEAL, M. C; HARTZ, Z. M. A. Avaliação de campanhas de saúde com ênfase na sífilis congênita: uma revisão sistemática. **Ver Bras. Saúde Mater. Infant.** Recife. vol.5,n.3 p 25 – 41.2021. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/3hQPsNjb4FgMN5dn37YZPfg/?lang=pt&format=pdf>>.

SILVA, G. M. da et al. Sífilis na gestante e congênita: perfil epidemiológico e prevalência. **Cad. Saúde Pública.** [Internet]. 2020 [citado 05 jan. 2018] ; 26(9): 1747-1755. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000900008>

SILVA, P. S. **A utilização dos Programas TABWIN e TABNET como ferramenta de apoio à disseminação das informações em saúde.** 5. ed. Atheneu. 2015.

SONDA EC; Antunes FHC; Silva GPR; Rodrigues AFP. Sífilis Congênita: uma revisão da literatura. **Revista de Epidemiologia e Controle Infectivo** 3(2): 23 – 40. 2020. Disponível em: <<http://eventos.set.edu.br/sempesq/article/view/7200>>.

SOUZA, B. S. O; RODRIGUES, R. M; GOMES, R. M. L. Análise epidemiológica de casos notificados de sífilis. **Rev Soc Bras Clin Med** [Internet]. 2018 [citado 2019 Nov 25];16(2):94-98. Disponível em: <<http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/09/913366/16294-98.pdf>>.

STAMM, L. V. **Syphilis: antibiotic treatment and resistance.** *Epidemiol Infect.*, v. 143, n. 8, p. 1567-1574, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25358292/>.

VALDERRAMA, J; MAZIN, F; TAYLOR, R. Sífilis materna y sífilis congênita em América Latina um problema grave de solución sencilla. **Rev Panam Salud Publica.** 16(3): 211-217. 2018. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/controlecancer/resource/pt/biblio-961812?src=similardocs>>.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Guidelines for the atment of Treponema palidum (syphilis).** Geneva: WHO, 2020.

_____. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Methods for surveillance and monitoring of congenial syphilis elimination existing systems.** Geneva: WHO, 2016.

ANEXO A

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL – FURG

PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ESCOLA DE ENFERMAGEM

ROTEIRO PARA COLETA DE DADOS

PERFIL SÓCIO DEMOGRÁFICO

Raça/Cor	Escolaridade	Idade
Branca	Analfabeto	
Preta	1 ^a – 4 ^a série incompleto	
Parda	4 ^a série completa	
Amarela	5 ^a – 8 ^a séries incompleta	
Indígena	Ensino fundamental completo	
Ignorado	Ensino médio incompleto	
	Ensino médio completo	
	Educação superior incompletas	
	Educação superior completar	
	Não se aplicada	
	Ignorado	

Elaborado pela autora a partir informações das Fichas de Notificação da Sífilis Gestacional e Sífilis Congênita.

DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

Diagnóstico da Sífilis Materna	Realizou pré-natal na gestação	Esquema de tratamento
Durante o pré-natalista	Sim	Adequado
No momento do parto/curetagem	Não	Inadequado
Após o parto	Ignorado	Não Realizado
Não realizado		Ignorado
Ignorado		
Classificação Clínica	Gestantes	
Primária	Primeiro Trimestre	
Secundária	Segundo Trimestre	
Terciária	Terceiro Trimestre	
Latente	Idade gestacional ignorada	
Ignorada		

Elaborado pela autora a partir informações das Fichas de Notificação da Sífilis Gestacional e Sífilis Congênita.

ANEXO B

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO FICHA DE INVESTIGAÇÃO SÍFILIS EM GESTANTE		Nº
Definição de caso: Situação 1 - Mulher assintomática para sífilis que, durante o pré-natal, o parto e/ou o puerpério, apresente pelo menos um teste reagente – treponêmico E/OU não treponêmico, com qualquer titulação –, sem registro de tratamento prévio. Situação 2 - Mulher sintomática ^a para sífilis que, durante o pré-natal, o parto e/ou o puerpério, apresente pelo menos um teste reagente – treponêmico E/OU não treponêmico –, com qualquer titulação. Situação 3 - Mulher que, durante o pré-natal, o parto e/ou o puerpério, apresente teste não treponêmico reagente com qualquer titulação E teste treponêmico reagente, independentemente de sintomatologia da sífilis e de tratamento prévio. ^a Casos confirmados de cicatriz sorológica não devem ser notificados.				
Dados Gerais	1 Tipo de Notificação		2 - Individual	
	2 Agravado/enferma		Código (CID10)	3 Data da Notificação
	SÍFILIS EM GESTANTE		O98.1	
Dados Gerais	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)	
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7 Data do Diagnóstico
	8 Nome do Paciente		9 Data de Nascimento	
Notificação Individual	10 (ou) Idade	11 Sexo	12 Gestante	13 Raça/Cor
	1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	F - Feminino	1 - 1º Trimestre 2 - 2º Trimestre 3 - 3º Trimestre 4 - Idade gestacional/ Ignorado	1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 9 - Ignorado
	14 Escolaridade			
Dados de Residência	15 Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe	
	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito
	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida,...)	Código	
Dados de Residência	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)	24 Geo campo 1	
	25 Geo campo 2	26 Ponto de Referência	27 CEP	
	28 (DDD) Telefone	29 Zona	30 País (se residente fora do Brasil)	
Dados Complementares do Caso				
Ant. epid. gestante	31 Ocupação			
	32 UF	33 Município de realização do Pré-Natal	Código (IBGE)	34 Unidade de realização do pré-natal: Código
	35 Nº da Gestante no SISPRENATAL		36 Classificação Clínica	
Dados Laboratoriais	37 Resultado dos Exames		38 Título	
	1-Reagente 2-Não Reagente 3-Não Realizado 9-Ignorado		1:	
	39 Data			
Tratamento / Intervenção	40 Teste treponêmico no pré-natal			
	1-Reagente 2-Não reagente 3-Não realizado 9-Ignorado			
	41 Esquema de tratamento prescrito à gestante			
Ant. epidemiológicos da parceira sexual	42 Parceiro tratado concomitantemente à gestante			
	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			
	43 Esquema de tratamento prescrito ao parceiro			
1 - Penicilina G benzantina 2.400.000 UI 2 - Penicilina G benzantina 4.800.000 UI 3 - Penicilina G benzantina 7.200.000 UI 4 - Outro esquema 5 - Não realizado 9 - Ignorado				

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO FICHA DE NOTIFICAÇÃO / INVESTIGAÇÃO SÍFILIS CONGÊNITA		Nº
Definição de caso: Situação 1: Todo recém-nascido, natimorto ou aborto de mulher com sífilis ^a não tratada ou tratada de forma não adequada ^{b,c} . a Ver definição de sífilis em gestante (situações 1, 2 ou 3). b Tratamento adequado: tratamento completo para estágio clínico da sífilis com penicilina benzatina, INICIADO até 30 dias antes do parto. Gestantes que não se enquadrarem nesses critérios serão consideradas como tratadas de forma não adequada. c Para fins de notificação de caso de sífilis congênita, não se considera o tratamento da parceria sexual da mãe. Situação 2^d: Toda criança com menos de 13 anos de idade com pelo menos uma das seguintes situações: - Manifestação clínica, líquórica ou radiológica de sífilis congênita E teste não treponêmico reagente; - Títulos de teste não treponêmicos do lactente maiores do que os da mãe, em pelo menos duas diluições de amostras de sangue periférico, coletadas simultaneamente no momento do parto; - Títulos de testes não treponêmicos ascendentes em pelo menos duas diluições no seguimento da criança exposta ^e ; - Títulos de testes não treponêmicos ainda reagentes após seis meses de idade, em criança adequadamente tratada no período neonatal; - Testes treponêmicos reagentes após 18 meses de idade, sem diagnóstico prévio de sífilis congênita. d Nessa situação, deve ser sempre afastada a possibilidade de sífilis adquirida. e Seguimento da criança exposta: 1, 3, 6, 12 e 18 meses de idade. Situação 3: Evidência microbiológica ^f de infecção pelo <i>Treponema pallidum</i> em amostra de secreção nasal ou lesão cutânea, biópsia ou necropsia de criança, aborto ou natimorto. f Detecção do <i>Treponema pallidum</i> por meio de exames diretos por microscopia (de campo escuro ou com material corado).				
Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	2 - Individual		
	2 Agravado/doença	SÍFILIS CONGÊNITA		3 Código (CID10) A 5 0.9
	4 UF	5 Município de Notificação	6 Código (IBGE)	
Notificação Individual	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	7 Código	7 Data do Diagnóstico	
	8 Nome do Paciente	9 Data de Nascimento		
	10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11 Sexo M - Masculino F - Feminino 1 - Ignorado	12 Gestante 6 - Não se aplica	13 Raça/Cor 1 - Branco 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 9 - Ignorado
Dados de Residência	14 Escolaridade	10 - Não se aplica		
	15 Número do Cartão SUS	16 Nome da mãe		
	17 UF	18 Município de Residência	19 Código (IBGE)	19 Distrito
	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida, ...)	22 Código	
	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)	24 Geo campo 1	
	25 Geo campo 2	26 Ponto de Referência	27 CEP	
	28 (DDD) Telefone	29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Perturbana 9 - Ignorado	30 País (se residente fora do Brasil)	
Dados Complementares				
Antecedentes Epidemiológicos da gestante / mãe	31 Idade da mãe	32 Raça/Cor da mãe 1 - Branco 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 9 - Ignorado	33 Ocupação da mãe	
	34 Escolaridade 0 - Analfabeto 1 - 1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2 - 4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3 - 5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4 - Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5 - Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6 - Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7 - Educação superior incompleta 8 - Educação superior completa 9 - Ignorado 10 - Não se aplica			
	35 Realizou Pré-Natal nesta gestação 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	36 UF	37 Município de Realização do Pré-Natal	38 Código (IBGE)
	38 Unidade de Saúde de realização do pré-natal	39 Código		
Dados do Lab. da gestante / mãe	39 Diagnóstico de sífilis materna 1 - Durante o pré-natal 2 - No momento do parto/curetagem 3 - Após o parto 4 - Não realizado 9 - Ignorado			
	40 Teste não treponêmico no parto/curetagem 1 - Reagente 2 - Não reagente 3 - Não realizado 9 - Ignorado	41 Título 1:	42 Data	
	43 Teste treponêmico no parto/curetagem 1 - Reagente 2 - Não reagente 3 - Não realizado 9 - Ignorado			
Trat. da gestante / mãe	44 Esquema de tratamento 1 - Adequado 2 - Inadequado 3 - Não realizado 9 - Ignorado	45 Data do Início do Tratamento	46 Parcela(s) tratado(s) concomitantemente a gestante 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	