

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

HELIO DELLE DONNE JUNIOR

PREVALÊNCIA DA SIFILIS, EM GESTANTES E CONGÊNITAS, SUA ASSOCIAÇÃO COM FATORES SÓCIO DEMOGRÁFICOS E RECOMENDAÇÕES, NO MUNICÍPIO DE GUARAPUAVA - BRASIL

CURITIBA

2019

DONNE JUNIOR, Helio Delle. PREVALÊNCIA DA SIFILIS, EM GESTANTES E CONGÊNITAS, SUA ASSOCIAÇÃO COM FATORES SÓCIO DEMOGRÁFICOS E RECOMENDAÇÕES, NO MUNICÍPIO DE GUARAPUAVA - BRASIL



HELIO DELLE DONNE JUNIOR

PREVALÊNCIA DA SIFILIS, EM GESTANTES E CONGÊNITAS, SUA
ASSOCIAÇÃO COM FATORES SÓCIO DEMOGRÁFICOS E
RECOMENDAÇÕES, NO MUNICÍPIO DE GUARAPUAVA - BRASIL

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Tocoginecologia e Saúde da Mulher, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Tocoginecologia.

Orientador: Vinicius Milani Budel

CURITIBA

2019

D686

Donne Junior, Helio Delle

Prevalência da sífilis, em gestantes e congênitas, sua associação com fatores sócio demográficos e recomendações, no município de Guarapuava - Brasil [recurso eletrônico] / Helio Delle Donne Junior. - Curitiba, 2020.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Paraná, Setor de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Tocoginecologia e Saúde da Mulher, 2020.

Orientador: Prof. Dr. Vinicius Milani Budel.

1. Sífilis - epidemiologia. 2. Sífilis Congênita. 3. Cuidado Pré-Natal. I. Budel, Vinicius Milani. II. Programa de Pós-Graduação em Tocoginecologia e Saúde da Mulher. Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná. III. Título.

NLMC: WC 160



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO TOCOGINECOLOGIA E
SAÚDE DA MULHER - 40001016084P2

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em TOCOGINECOLOGIA E SAÚDE DA MULHER da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da Dissertação de Mestrado de **HELIO DELLE DONNE JUNIOR**, Intitulada: **PREVALÊNCIA DA SIFILIS, EM GESTANTES E CONGÊNITAS, SUA ASSOCIAÇÃO COM FATORES SÓCIO DEMOGRÁFICOS E RECOMENDAÇÕES, NO MUNICÍPIO DE GUARAPUAVA - BRASIL**, sob orientação do Prof. Dr. VINICIUS MILANI BUDEL, após terem Inquirido o aluno e realizado a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rito de defesa. A outorga do título de Mestre está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós Graduação.

Curitiba, 20 de Março de 2020.

VINICIUS MILANI BUDEL
Presidente da Banca Examinadora

NEWTON SERGIO DE CARVALHO
Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

JEAN ALEXANDRE FORTADO CORREA FRANCISCO
Avaliador Externo (FACULDADE EVANGÉLICA DO PARANÁ)

DEDICATÓRIA

A minha esposa Sonia e aos meus filhos Ricardo e Christine, pelo apoio e compreensão.

Aos meus pais, Helio (in memoria) e Ilza, meus exemplos de amor e vida.

AGRADECIMENTO

Ao Prof. Dr. Vinicius Milani Budel, pela disponibilidade, profissionalismo e ética, durante a orientação desta dissertação.

Ao colega Guilherme Lorenzetti, o auxílio na coleta dos dados, sem os quais a confecção do presente estudo não seria possível.

Aos funcionários do departamento de epidemiologia da Secretaria Municipal da Saúde de Guarapuava PR, e aqueles que de alguma forma participaram da viabilização deste trabalho, meu muito obrigado!

PENSAMENTO

“É muito melhor ousar coisas grandiosas, obter triunfos gloriosos, mesmo que eles sejam entremeados de fracassos, do que alinhar aos pobres espíritos que não desfrutam nem da alegria, nem sofrem muito, pois eles vivem na grande área crepuscular que não conhece a vitória e nem a derrota”

Theodore Roosevelt, num discurso no Hamilton Club

Chicago, 10 de abril de 1899.

RESUMO

A sífilis é uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST) de caráter sistêmico, causada pelo *Treponema pallidum* (*T. pallidum*), que pode evoluir para uma enfermidade crônica com sequelas irreversíveis a longo prazo. Estima-se que 1,8 milhão de gestantes no mundo estejam infectadas pela sífilis e que menos de 10 % sejam diagnosticadas e tratadas (KLAUSNER JD, 2013). No Brasil, em 2016 a sífilis foi declarada como um grave problema de saúde pública, sendo observado um aumento constante no número de casos de sífilis em gestantes, congênita. **Métodos:** Estudo descritivo, retrospectivo, baseado em dados sociodemográficos, clínico epidemiológico coletados em fichas de notificação compulsória, para sífilis gestacional e congênita do banco de dados do Setor de Epidemiologia da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Guarapuava - Brasil (SINAN-NET) e em prontuários hospitalares nos casos de sífilis congênita, que afetaram a população da cidade de Guarapuava dentre os anos de 2011 a 2016 e comparando as taxas médias de sífilis gestacional e congênita às taxas nacional e do Estado do Paraná no mesmo período. **Resultados:** A Taxa de detecção de sífilis na gestação em Guarapuava variou entre 2,0 casos em 2015 a 7,0 casos em 2011/mil nascidos vivos, sendo ainda 2,2 em 2012; 5,4 em 2013; 2,7 em 2014 e 4,5 casos/mil NV, em 2016. Taxas inferiores a taxa nacional de (10,9) e do Paraná de (11,5) em 2015 e em todos os demais anos, com exceção do ano de 2011 (MS/SVS/DCCI – 2016). A taxa de incidência da sífilis congênita neste município oscilou durante o período de estudo, sendo de 0 (zero) casos em 2011, 2012 e 2015, 1,0 caso/mil nascidos vivos em 2013, de 1,7 casos em 2014 e de 0,35 casos/mil nascidos vivos em 2016, índices considerados baixos, tendo em vista as taxas nacional de 6,5 casos/mil nascidos vivos e de (4,0) no Estado do Paraná em 2015 e inferior também nos demais anos do estudo. A taxa de mortalidade materna e fetal que foi 0(zero) no período estudado. Na avaliação do perfil sócio demográfico, clínico epidemiológico, desta população, identificamos grupos de risco que contribuem para a persistência da sífilis congênita, tais como: Na avaliação do perfil sócio demográfico, clínico epidemiológico, desta população, identificamos grupos de maior prevalência tais como: baixa renda, baixa escolaridade, adolescência, início de pré-natal tardio, de baixa qualidade ou ausente, uso de drogas, tratamento das gestantes com penicilina e de seus parceiros inadequado ou ausente, nos casos de sífilis congênita alta frequência de partos prematuros e baixo peso, que contribuem para a persistência da sífilis congênita. **Conclusão:** Com a identificação dos grupos com maior risco para sífilis congênita nos permite traçar linhas de ação e designar metas, para diminuição ou erradicação da sífilis congênita, nos grupos mais vulneráveis.

Palavras-chave: Sífilis na gestação, Sífilis congênita, Cuidado pré-natal.

ABSTRACT

Syphilis is a sexually transmitted infection (STI) of a systemic character, caused by *Treponema pallidum* (*T. pallidum*), which can develop into a chronic disease with long-term irreversible sequelae. It is estimated that 1.8 million pregnant women worldwide are infected with syphilis and that less than 10% are diagnosed and treated (KLAUSNER JD, 2013). In Brazil, in 2016 syphilis was declared a serious public health problem, with a constant increase in the number of congenital syphilis cases in pregnant women. **Methods:** A descriptive, retrospective study, based on sociodemographic and clinical epidemiological data collected on compulsory notification forms, for gestational and congenital syphilis from the Epidemiology Sector database of the Municipal Health Secretariat of the Municipality of Guarapuava - Brazil (SINAN-NET) and in hospital records in cases of congenital syphilis, which affected the population of the city of Guarapuava between the years 2011 to 2016 and comparing the average rates of gestational and congenital syphilis to the national and Paraná rates in the same period. **Results:** The rate of detection of syphilis during pregnancy in Guarapuava ranged from 2.0 cases in 2015 to 7.0 cases in 2011 / thousand live births, being still 2.2 in 2012; 5.4 in 2013; 2.7 in 2014 and 4.5 cases / thousand LB in 2016. Rates below the national rate of (10.9) and Paraná's (11.5) in 2015 and in all other years, with the exception of 2011 (MS / SVS / DCCI - 2016). The incidence rates of congenital syphilis in this municipality fluctuated during the study period, being 0 (zero) cases in 2011, 2012 and 2015, 1.0 case / thousand live births in 2013, 1.7 cases in 2014 and from 0.35 cases / thousand live births in 2016, rates considered low, considering the national rates of 6.5 cases / thousand live births and (4.0) in the State of Paraná in 2015 and lower also in the other years of the study. The maternal and fetal mortality rate that was 0 (zero) in the studied period. In the assessment of the socio-demographic, clinical and epidemiological profile of this population, we identified risk groups that contribute to the persistence of congenital syphilis, such as: In the assessment of the socio-demographic, clinical and epidemiological profile of this population, we identified groups of higher prevalence such as: low income, low education, adolescence, late prenatal, low quality or absent, use of drugs, treatment of pregnant women with penicillin and their partners inadequate or absent, in cases of congenital syphilis, high frequency of premature births and low weight, which contribute to the persistence of congenital syphilis. **Conclusion:** With the identification of the groups most at risk for congenital syphilis, it allows us to outline lines of action and designate targets for the reduction or eradication of congenital syphilis in the most vulnerable groups.

Key-words: Syphilis in pregnancy, Congenital syphilis, Syphilis prenatal care.

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 - CASOS NOTIFICADOS DE SÍFILIS GESTACIONAL EM GUARAPUAVA – PR, NO PERÍODO DE JANEIRO DE 2011 A DEZEMBRO DE 2016.....	25
GRÁFICO 2 - TAXA DE DETECÇÃO (POR 1.000 NASCIDOS VIVOS) DE GESTANTES COM SÍFILIS POR ANO DE DIAGNÓSTICO.....	26
GRÁFICO 3 - TRIMESTRE DE DIAGNÓSTICO DE SÍFILIS GESTACIONAL EM GUARAPUAVA – PR NO PERÍODO DE JANEIRO DE 2011 A DEZEMBRO DE 2016.....	27
GRÁFICO 4 - CASOS DE SÍFILIS CONGÊNITA DE GUARAPUAVA – PR NO PERÍODO DE JANEIRO DE 2011 A DEZEMBRO DE 2016.....	31
GRÁFICO 5 - TAXA DE INCIDÊNCIA SÍFILIS CONGÊNITA EM MENORES DE UM ANO DE IDADE (POR 1.000 NASCIDOS VIVOS) POR ANO DE DIAGNÓSTICO.....	31

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 –	FAIXA ETÁRIA DE PREVALÊNCIA DA SÍFILIS GESTACIONAL EM GUARAPUAVA – PR NO PERÍODO DE JANEIRO DE 2011 A DEZEMBRO DE 2016.....	28
TABELA 2 –	DISTRIBUIÇÃO DAS RAÇAS EM GESTANTES ACOMETIDAS POR SÍFILIS EM GUARAPUAVA – PR NO PERÍODO DE JANEIRO DE 2011 A DEZEMBRO DE 2016. FONTE: SINAN-NET.....	28
TABELA 3 –	NÍVEL DE ESCOLARIDADE DAS GESTANTES ACOMETIDAS POR SÍFILIS EM GUARAPUAVA – PR NO PERÍODO DE JANEIRO DE 2011 A DEZEMBRO DE 2016. FONTE: SINAN-NET.....	29
TABELA 4 –	DISTRIBUIÇÃO OCUPACIONAL DAS GESTANTES ACOMETIDAS POR SÍFILIS EM GUARAPUAVA – PR NO PERÍODO DE JANEIRO DE 2011 A DEZEMBRO DE 2016.....	30
TABELA 5 –	NÚMERO E TRIMESTRE DE CONSULTAS REALIZADAS POR GESTANTES ACOMETIDAS PELA SÍFILIS, COM TRANSMISSÃO VERTICAL, EM GUARAPUAVA – PR, NO PERÍODO DE JANEIRO DE 2011 A DEZEMBRO DE 2016.....	33
TABELA 6 –	SITUAÇÃO SÓCIO DEMOGRÁFICA DAS MÃES, DAS CRIANÇAS ACOMETIDAS PELA SÍFILIS EM GUARAPUAVA – PR NO PERÍODO DE JANEIRO DE 2011 A DEZEMBRO DE 2016.....	34
TABELA 7 –	CARACTERÍSTICAS DOS NEONATOS ACOMETIDOS POR SÍFILIS EM GUARAPUAVA – PR NO PERÍODO DE JANEIRO DE 2011 A DEZEMBRO DE 2016.....	35
TABELA 8 –	CASOS DE SÍFILIS CONGÊNITA SEGUNDO ESQUEMA DE TRATAMENTO DA MÃE POR ANO DE DIAGNÓSTICO.....	36
TABELA 9 –	CASOS DE SÍFILIS CONGÊNITA SEGUNDO INFORMAÇÕES SOBRE TRATAMENTO DO PARCEIRO DA MÃE POR ANO DE DIAGNÓSTICO.....	37

LISTA DE SIGLAS

B.E.E.	- Boletim Epidemiológico Estadual
DATASUS	- Departamento de informática do SUS
ELISA	- Enzyme-linked immunosorbent assay
EQL	- Eletroquimioluminescente (Electrochemiluminescence)
EUA	- Estados Unidos da América
FEBRASGO	- Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia
FTA-ABS	- Fluorescent Treponemal Antibody Absorption
HIV	- Vírus da Imunodeficiência humana
IST	- Infecção Sexualmente Transmissível
MS	- Ministério da Saúde
MS/SVS/DCCI	Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis
NV	- Nascidos Vivos
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
RN	- Recém-Nascido
SC	- Sífilis Congênita
SIM	- Sistema de Informação de Mortalidade
SINAN	- Sistema de Informações de Agravos de Notificação
SMS	- Secretaria Municipal de Saúde
SUS	- Sistema Único de Saúde
SVS	- Secretaria de Vigilância em Saúde
TCLE	- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TPHA	Treponema pallidum hemagglutination test
UBS	- Unidade Básica de Saúde
VDRL	- Venereal Disease Research Laboratory
UFPR	- Universidade Federal do Paraná

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
1.1	REVISÃO DE LITERATURA.....	15
1.2	OBJETIVOS.....	21
1.2.1	Objetivo Geral.....	21
1.2.2	Objetivo Específicos.....	21
2	MATERIAL E MÉTODO.....	23
2.1	Métodos utilizados.....	23
2.2	Análise estatística.....	24
3	RESULTADOS.....	25
3.1	Sífilis gestacional.....	25
3.2	Sífilis congênita.....	30
4	DISCUSSÃO.....	37
4.1	Limitações.....	39
4.2	Perspectivas e novidades.....	39
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	42
6	REFERÊNCIAS.....	46
7	ANEXOS.....	52

1 INTRODUÇÃO

A sífilis é uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST) de caráter sistêmico, causada pelo *Treponema pallidum* (*T. pallidum*), exclusiva do ser humano, e que, quando não tratada precocemente, pode evoluir para uma enfermidade crônica com sequelas irreversíveis a longo prazo. É transmitida predominantemente por via sexual e vertical (HORVATH, 2011; BRASIL, 2015b), pode ser transmitida por contato direto pessoa a pessoa através de feridas abertas nos lábios, boca, órgãos genitais e outras áreas, e durante a relação sexual vaginal, anal ou oral, sendo que as feridas abertas aumentam o risco de infecção por outros germes. A infecção da criança pelo *T. pallidum* a partir da mãe acarreta o desenvolvimento da sífilis congênita (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2015; BRASIL, 2015b). Durante a evolução natural da doença, ocorrem períodos de atividades imunológicas e histopatológicas distintas, intercalados por períodos de latência, durante os quais não se observa a presença de sinais ou sintomas clínicos. (JANIER et al., 2014; OMS, 2015).

Estima-se que 1,8 milhão de gestantes no mundo estejam infectadas pela sífilis e que menos de 10 % sejam diagnosticadas e tratadas (KLAUSNER JD, 2013). A sífilis afeta um milhão de gestantes por ano em todo o mundo, (OMS 2015), levando a mais de 300 mil mortes fetais e neonatais e colocando em risco de morte prematura mais de 200 mil crianças. Neste estudo de coorte, transversal, retrospectivo investigamos a Prevalência e o Perfil Sócio Demográfico, Epidemiológico e Clínico das gestantes com diagnóstico de sífilis notificados (casos confirmados) e Incidência de sífilis congênita, atendidas nas Unidades Básicas de Saúde do Município de Guarapuava e Hospitais de Referência do município de Guarapuava, Paraná-Brasil, município este que apresenta uma população estimada de 180 mil habitantes com cerca de 31,3% de mulheres em idade reprodutiva (IBGE – 2017), e comparou com dados do estado do Paraná e do Brasil entre os anos de 2011 até 2016, e se foram ou não, observados avanços importantes na cobertura pré-natal, na testagem para sífilis e a partir da avaliação do perfil sócio demográfico desta população, identificar grupos de risco que contribuam para a persistência da sífilis congênita, como importante problema de saúde pública nesta cidade.

1.1 REVISÃO DA LITERATURA

Conforme dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), o número de infecções por sífilis congênita tem aumentado em todos os continentes na última década. Na América Latina e Caribe, estima-se que entre 166.000 e 344.000 crianças nasçam com sífilis congênita anualmente, (PAHO, 2017). Em recente relatório do Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC - 2017), descobre que, após anos de declínio, o número de casos de sífilis congênita relatados nos Estados Unidos aumentou entre 2012 e 2014, as taxas são agora maiores do que em quase 15 anos. O número de infecções por sífilis congênita nos Estados Unidos voltou a crescer (de 2012 a 2016), após leve queda ocorrida entre 2008 e 2012; a taxa foi de 8,4 casos por 1.000 nascimentos de crianças vivas (em 2012) para 15,7 casos por 1.000 nascimentos de crianças vivas (em 2016); representando uma alta de 87%. Os aumentos ocorreram em todas as raças e etnias, e em todas as regiões. O ressurgimento da sífilis congênita aponta para oportunidades perdidas de prevenção nos sistemas de saúde pública e privado (BOWEN V. et al.2015) (CDC – 2017).

No Brasil, em 2016 a sífilis foi declarada como um grave problema de saúde pública, sendo observado um aumento constante no número de casos de sífilis em gestantes, congênita e adquirida, que pode ser atribuído, em parte, pelo aumento da cobertura de testagem, com a ampliação do uso de testes rápidos, redução do uso de preservativos, resistência dos profissionais de saúde à administração da penicilina na Atenção Básica, desabastecimento mundial de penicilina, entre outros (Boletim Epidemiológico de Sífilis | Secretaria de Vigilância em Saúde | Ministério da Saúde, Volume 49 | Nº 45 | Out. 2018).

Além disso, o aprimoramento do sistema de vigilância pode se refletir no aumento de casos notificados sendo que no ano de 2016, foram notificados 87.593 casos de sífilis adquirida, 37.436 casos de sífilis em gestantes e 20.474 casos de sífilis congênita - entre eles, 185 óbitos - no Brasil. Ainda em 2016, no Brasil, observou-se uma taxa de detecção de 12,4 casos de sífilis em gestantes/1.000 nascidos vivos, taxa superada pelas regiões Sul (16,3 casos de sífilis em gestantes/1.000 nascidos vivos) e Sudeste (14,7 casos de sífilis em gestantes/1.000 nascidos vivos) (BRASIL 2017).

A maior proporção dos casos foi notificada na região Sudeste. Quando observados os óbitos por sífilis congênita em menores de 1 ano de idade, sobressai a taxa de 18,1 óbitos/ 1.000 nascidos vivos no estado do Rio de Janeiro, representando

23,2% do total observado em todo o país. Entre os anos de 2010 e 2016 a elevação da taxa de incidência de sífilis congênita e as taxas de detecção de sífilis em gestante por mil nascidos vivos aumentaram cerca de três vezes nesse período, passando de 2,4 para 6,8 e de 3,5 para 12,4 casos por mil nascidos vivos, respectivamente, (BRASIL 2017).

De 1998 a junho de 2017, foram notificados no Sinan 159.890 casos de sífilis congênita em menores de um ano de idade, dos quais 70.558 (44,1%) eram residentes na Região Sudeste, na Nordeste 49.585 (31,0%) e na Sul 17.2579 (10,8%). No ano de 2016, notificaram-se 20.474 casos, a maioria dos quais (41,5%) residia na Região Sudeste, seguidos pelo Nordeste (28,9%), Sul (15,4%), Norte (8,4%) e Centro-Oeste (5,8%) (BRASIL 2017).

Em vista dos dados do Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde de 2016 (BRASIL, 2016) entre os anos de 2014 e 2015, a sífilis adquirida teve um aumento de 32,7%, a sífilis em gestantes, 20,9% e a congênita, de 19%, e para isto, o Ministério da Saúde lançou a ação nacional de combate a sífilis, contando com o apoio das sociedades médicas e civil, cuja meta será de mobilizar gestores e profissionais de saúde para a importância da detecção e tratamento da sífilis durante

o pré-natal. De 2015 para 2016, houve incremento de 4,7% no número de notificações no Brasil (BRASIL 2017).

Em 2016, observou-se uma taxa de incidência de 6,8 casos/1.000 nascidos vivos no Brasil, tendo as Regiões Sul (7,7 casos/1.000 nascidos vivos), Sudeste (7,1 casos/1.000 nascidos vivos) e Nordeste (7,0 casos/1.000 nascidos vivos) apresentado as maiores taxas, todas acima da taxa nacional. As regiões Norte (5,4 casos/1.000 nascidos vivos) e Centro-Oeste (4,8 casos/1.000 nascidos vivos) apresentaram taxas de sífilis congênita abaixo da taxa do país, apesar de, assim como as outras, apresentarem tendência de aumento. No Brasil, em geral, nos últimos 10 anos, em especial a partir de 2010, houve um progressivo aumento na taxa de incidência de sífilis congênita: em 2006, a taxa observada era de 2,0 casos/1.000 nascidos vivos, e em 2016, a taxa observada foi maior que três vezes a taxa de 2006, passando para 6,8 casos/1.000 nascidos vivos, (BRASIL 2017).

Em 2017, foram notificados no SINAM, 119.800 casos de sífilis adquirida (taxa de detecção de 58,1 casos/100 mil habitantes); 49.013 casos de sífilis em gestantes (taxa de detecção de 17,2/1.000 nascidos vivos); 24.666 casos de sífilis congênita (taxa de incidência de 8,6/1.000 nascidos vivos); e 206 óbitos por sífilis congênita (taxa

de mortalidade de 7,2/100 mil nascidos vivos) e segundo os dados do Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde, publicados em novembro de 2018, houve aumento no número de casos de sífilis, em comparação a 2016: o aumento na taxa de detecção foi de 31,8% para sífilis adquirida, de 28,5% para sífilis na gestação e de 16,4% para sífilis congênita (Boletim Epidemiológico de Sífilis | Secretaria de Vigilância em Saúde | Ministério da Saúde, Volume 49 | Nº 45 | Out. 2018) (BRASIL 2017).

No Brasil, em 2017, o Sistema Único de Saúde (SUS) gastou 2,8 milhões de dólares com procedimentos de médio e alto custo relacionados a infecções sexualmente transmissíveis (IST), incluindo internações, dos quais um número significativo estava diretamente relacionado à sífilis e à sífilis congênita (BRASIL 2017).

Dados do Boletim Epidemiológico de Sífilis – 2018, publicado em novembro pelo Ministério da Saúde, apontam aumento no número de casos de sífilis no Brasil em todos os cenários da infecção.

No Estado do Paraná no período de 2010 a 2017, foram notificados no SINAN um total de 10.545 casos de sífilis gestacional. Em 2016, o número total de casos notificados no Paraná foi de 2.071 casos. Na estratificação por macro regiões, foram observados 1.146 (55,5%) casos notificados na Macro Região Leste; 328 (15,9%) na Macro Região Oeste; 333 (16,1%), na Macro Região Norte; 257 (12,5%) na Macro Região Noroeste (PARANÁ, B.E.E. - 2018).

Ainda em 2016, a taxa de detecção no Brasil foi de 12,4 casos de sífilis em gestante, para cada 1.000 nascidos vivos (BRASIL 2017), enquanto que no Estado do Paraná como um todo, a taxa alcançou o valor 13,4/1.000 NV (PARANÁ, B.E.E. - 2018).

No período de 2010 a 2017, notificou-se no SINAN um total de 3.776 casos de sífilis congênita no Estado do Paraná. Em 2016, o número total de casos notificados no Paraná foi de 725 casos. Quando estratificado por macro regiões a distribuição de casos apresenta-se da seguinte forma: Macro Região Leste, 390 casos de sífilis congênita (23,7/1.000 NV); Macro Região Oeste 82 casos (16,2/1.000 NV); Macro Região Norte 117 (17,4/1.000 NV); Macro Região Noroeste 80 (13,6%). Ainda em 2016, a taxa de detecção no Brasil foi de 6,8 casos de sífilis congênita, para cada 1.000 nascidos vivos (NV), enquanto que no Estado do Paraná como um todo, a taxa alcançou o valor 4,7/1.000 NV (BRASIL 2017).

No Estado do Paraná, a partir de 2010, houve um aumento na taxa de incidência de sífilis congênita. No ano de 2010 a taxa era de 1 caso para 1.000 nascidos vivos, tendo um aumento de quase 6 vezes no ano de 2017, com taxa de incidência de 5,7 casos/1.000 NV e a Regional de Saúde Metropolitana, com sua taxa de incidência acima da média nacional, no ano de 2016 (6,8/1.000 NV). As demais estão com as taxas abaixo da média nacional. Quando comparamos as taxas de detecção em gestantes, com as taxas de incidência da sífilis congênita, observa-se que mesmo com um aumento na sensibilidade e acesso para diagnosticar a sífilis em gestantes, as taxas da sífilis congênita ainda estão elevadas, pois a partir da detecção da sífilis na gestação, o tratamento é acessível, gratuito em toda a rede pública do Estado, fazendo com que a transmissão da mãe para o bebê seja um agravo 100% evitável, com a instituição do tratamento adequado (BRASIL 2017).

Nas gestantes com sífilis recente não tratada, a taxa de transmissão vertical é de 70 a 100%, e na tardia de 30 a 40%, podendo ocorrer abortamento, natimorto ou morte perinatal em aproximadamente 40% das crianças infectadas (BRASIL 2017), (SANCHEZ PJ, 1997). Sabe-se que a transmissão vertical do *T. pallidum* por via transplacentária pode acontecer em qualquer período da gestação e está diretamente relacionada à treponemia materna, (De Lorenzi DRS, Madi JM, 2001).

Os bebês que sobrevivem podem desenvolver doenças graves, incluindo anormalidades esqueléticas; hépato-esplenomegalia; icterícia; anemia; atrofia óptica, ceratite intersticial; surdez neuro-sensorial; ou meningite, que pode causar atrasos no desenvolvimento e convulsões. E ainda, a sífilis congênita é evitável. Estudo de meta-análise apontou desfechos negativos em 66,5% (IC95% 58,0 a 74,1) das gestantes com sífilis e em 14,3% (IC95% 11,8 a 17,2) das gestantes sem diagnóstico de sífilis, demonstrando uma frequência mais elevada de eventos adversos em gestantes com essa infecção (GOMEZ GB, 2013).

A estratégia de eliminação da sífilis congênita foi lançada pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2007) e reforçada em 2012 (OMS, 2012) quando foi atrelada ao controle da prevenção da transmissão vertical do HIV. A Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) (PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, 2012) tem como meta a eliminação da sífilis congênita nas Américas, definida como ocorrência de menos de 0,5 caso para cada 1.000 nascidos vivos. Essa meta é também adotada pelo Ministério da Saúde, no Brasil.

A notificação compulsória de sífilis congênita em todo território nacional foi

instituída por meio da Portaria nº 542, de 22 de dezembro de 1986; a de 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. A portaria vigente que define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, e dá outras providências, consta no Anexo I (BES-SVS, MS, 2018). No Brasil, os critérios de definição de caso de sífilis adquirida, sífilis em gestantes e sífilis congênita foram revistos e constam na Nota Informativa Nº 2- SEI/2017-. DIAHV/SVS/MS, conforme o Anexo B. As principais mudanças foram realizadas em consonância com os critérios adotados pela Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) e pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

Os casos de sífilis adquirida em indivíduos sintomáticos poderão ser definidos com apenas um teste, treponêmico (com qualquer titulação) ou não treponêmico. O período de detecção e classificação, no caso de sífilis em gestante, foi ampliado, passando a considerar o pré-natal, parto e puerpério. Os casos de sífilis em gestantes poderão ser definidos em mulheres assintomáticas com apenas um teste reagente, sem registro de tratamento prévio e, em caso de dois testes reagentes, independentemente de tratamento prévio; em gestantes sintomáticas, a definição do caso poderá ser feita com apenas um teste, treponêmico, (com qualquer titulação) ou não treponêmico.

Para determinar os casos de sífilis congênita, não mais será levado em consideração o tratamento da parceria sexual da mãe para determinação de tratamento inadequado da mãe, as titulações para testes não treponêmicos deverão ser feitas em pelo menos duas diluições e as amostras para evidência microbiológica poderão ser, também, de secreção nasal ou lesão cutânea. Ressalte-se que as mudanças passaram a vigorar na data de publicação da Nota Técnica, significando que as análises realizadas neste documento foram feitas considerando-se as definições anteriores. Portanto, a partir de 2017, é provável que o incremento observado nos casos de sífilis em gestantes possa ser atribuído, em parte, à mudança no critério de definição de caso. N.I. Nº 2- SEI/2017-. DIAHV/SVS/MS, Anexo B.

Diversos fatores, tem contribuído para não erradicação da sífilis ou até mesmo para o aumento da incidência desta infecção em gestantes, entre eles, a dificuldade do diagnóstico clínico e laboratorial, o primeiro devido a história natural da sífilis que evolui por estágios que se alternam entre sintomáticos e assintomáticos, sendo que

qualquer órgão do corpo humano pode ser afetado. A sífilis primária caracteriza-se pelo aparecimento do cancro no local de inoculação do agente, com aumento dos linfonodos locais, após incubação de, em média, 15 a 20 dias. Pode, ainda, ocorrer lesão primária de localização extragenital.

As lesões secundárias aparecem em média oito semanas após o desaparecimento do cancro. A apresentação mais comum da fase secundária são as máculas, entretanto, as lesões podem assumir diversos aspectos e dificultar o diagnóstico. Os sintomas das fases primária e secundária regridem espontaneamente, mesmo sem tratamento, e as lesões da fase terciária, que surgem após décadas são, na atualidade, raramente descritas, (Genç M, Ledger WJ. 2000). Existe também a sífilis que ocorre sem as manifestações clínicas da doença, denominada sífilis latente, a qual se subdivide em precoce e tardia. Neste caso o diagnóstico da sífilis é realizado por exames sorológicos.

O venereal disease research laboratory (VDRL) e o rapid plasma reagin (RPR) são testes não treponêmicos, quantitativos e de alta sensibilidade. Os testes podem resultar positividade por longos períodos, mesmo após a cura da infecção. Contudo, ocorre diminuição progressiva nas titulações, até que se tornam não reagentes após tratamento adequado, na maioria dos casos, após meses ou anos. Sendo assim, sua melhor indicação é o diagnóstico após a sífilis primária, quando a pesquisa do agente em campo escuro no material da lesão, (raramente disponível), é mais sensível, sendo de eleição na fase seguimento terapêutico.

É possível encontrar resultados falsos-positivos e falsos-negativos do VDRL em determinadas situações que também contribuem para dificultar o diagnóstico. Resultados falso-positivos também podem ocorrer, pois as reaginas podem surgir em outras patologias (ex.: doenças reumáticas, gestação, drogadição).

Por isso, para a confirmação do diagnóstico da sífilis, é necessária também a realização de um teste treponêmico. Já os testes treponêmicos fluorescence treponemal antibody-absorption (FTA-ABS), microhemagglutination – Treponema pallidum, (MHA-TP), Treponema pallidum hemagglutination (TPHA) e Enzyme-Linked ImmunoSorbent Assay (ELISA) são qualitativos e detectam anticorpos antitreponêmicos com elevada especificidade. São, portanto, úteis na exclusão de resultados falsos-positivos. Porém, a sorologia treponêmica tem baixa sensibilidade, podendo resultar em exames falsos-negativos e uma vez positivos, tendem a não se negativarem mesmo após a cura da infecção. Em virtude da abordagem conjunta

adotada pela Opas para a eliminação da transmissão vertical do HIV e da sífilis, e a partir dos indicadores de impacto estabelecidos para a América Latina e Caribe, o Brasil optou por utilizar: a taxa de incidência de sífilis congênita de $\leq 0,5$ caso/1.000 nascidos vivos, nos últimos três anos, para a habilitação de seus municípios ao processo de certificação nacional de eliminação da sífilis. Além dos indicadores de impacto, devem ser levados em consideração pelos municípios os seguintes indicadores de processo quando da solicitação de habilitação: (a) cobertura de pré-natal (pelo menos 1 consulta) $\geq 95\%$; (b) cobertura de testagem para sífilis em gestantes $\geq 95\%$; (c) cobertura de tratamento com penicilina em gestantes com sífilis $\geq 95\%$.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo Geral

Determinar a Prevalência, o Perfil Sócio Demográfico, o Perfil Clínico Epidemiológico das gestantes com diagnóstico de sífilis notificados (casos confirmados) e Incidência de sífilis congênita, atendidas nas Unidades Básicas de Saúde do Município de Guarapuava e Hospitais de Referência do município de Guarapuava, Paraná-Brasil, entre os anos de 2011 até 2016, comparando com as taxas médias do Estado do Paraná e taxas médias do Brasil no mesmo período.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Identificar o número de casos notificados de sífilis gestacional e de casos com sífilis congênita no município de Guarapuava ao longo do período de 2011 até 2016;
- Calcular as taxas de prevalência de sífilis gestacional e das taxas de incidência de sífilis congênita no município de Guarapuava ao longo do período de 2011 até 2016;
- Identificar as características sócio demográficas tais como: nível de escolaridade, faixa etária, raça/cor, estado civil e ocupação, das pacientes notificadas com diagnóstico de sífilis gestacional;
- Identificar as características Sócio Demográficas tais como: nível de escolaridade, faixa etária, raça/cor, estado civil e ocupação, as características Clínico

Epidemiológicas tais como: trimestre do diagnóstico da sífilis, número de consultas de pré-natal, uso de drogas, tratamento com penicilina adequado ou inadequado da gestante e do parceiro, das mães dos recém nascidos, notificados com sífilis congênita;

- Descrever as características dos neonatos com sífilis congênita no momento do parto, tais como: sexo, tipo de parto, Apgar e peso do recém-nascido;

- Comparar taxas médias de sífilis na gestação e de sífilis congênita do Estado do Paraná e do Brasil, com as do Município de Guarapuava nos anos de 2011 até 2016.

2. MATERIAL E MÉTODO

2.1 Métodos utilizados

Trata-se de um estudo de coorte transversal, retrospectivo, com base em dados epidemiológicos coletados em banco de dados e prontuários do setor de epidemiologia da Secretaria Municipal da Saúde, de Guarapuava – Paraná – Brasil relativos ao atendimento público nas Unidades Básicas de Saúde e hospitalar, dos casos de infecções por *Treponema Pallidum* adquiridas em gestantes por transmissão sexual e crianças de até um ano de idade, adquiridas por transmissão vertical, além dos óbitos infantis específicos por sífilis congênita, realizado no período de Janeiro de 2011 até Dezembro de 2016, com autorização do Gestor Municipal.

As fontes dos dados apresentados neste Projeto são as notificações compulsórias dos casos de sífilis em gestantes e sífilis congênita, obtidas por meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN-NET). Nos registros de óbitos perinatais relacionados a sífilis congênita, buscamos os dados no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM). Foram coletados dados demográficos para avaliação da assistência pré-natal: a cobertura dessa assistência; a proporção de gestantes com registro do resultado da primeira e segunda sorologia para sífilis.

Os dados da assistência pré-natal e de infecção pela sífilis foram analisados segundo características maternas: Idade agrupada em anos (10 a 14; 15 a 24; 25 a 34 e 35 ou maior). Escolaridade em anos de estudo (analfabeta, Ensino Fundamental incompleto, [de 1ª - 4ª série incompletas, de 5ª - 8ª série incompleta], Ensino Fundamental Completo, Ensino Médio Incompleto, Ensino Médio Completo, Ensino Superior Incompleto e Ensino Superior Completo); Cor da Pele (auto referida) (branca; preta; parda; amarela; indígena); Serviço de Assistência ao Pré-natal e ao Parto (público, misto ou privado, considerado misto o serviço que atendia mulheres com financiamento público ou privado de assistência ao parto); Tipo de Ocupação (estudante, desempregada, trabalho regulamentado ou não); ainda, Classificação Clínica da Sífilis (primária, secundária ou terciária); Trimestre de Diagnóstico da Sífilis (primeiro, segundo ou terceiro); Tratamento da Sífilis Gestacional (adequado, inadequado, não realizado ou ignorado) e Tratamento do Parceiro (tratado, não tratado ou ignorado); Uso de Drogas (lícitas ou ilícitas).

Dados consultados nos prontuários das Unidades Básicas de Saúde (UBSs) no

cartão de pré-natal ou dos prontuários dos Hospitais dos 68 casos de (SG), referentes as rotinas de testagem preconizadas pelo Ministério da Saúde (uma na primeira consulta pré-natal e a segunda no início do terceiro trimestre gestacional) e demais características maternas acima descritas, não foram utilizados para avaliação da cobertura de testagem para sífilis ou para o diagnóstico do trimestre de diagnóstico da sífilis gestacional, após constarmos grande imprecisão destes registros, sendo utilizados apenas os dados contidos nas fichas de notificação compulsória. Entretanto para o diagnóstico da sífilis congênita, por tratar-se de um menor número de casos (9 casos) e para buscar maior número de evidências, justamente no casos de desfecho que não desejávamos (Sífilis Congênita), busquei um maior aprofundamento na coleta destes dados, em prontuários das UBSs, na Carteira de Pré-natal e em Prontuários da Puérpera e dos Neonatos nos Hospitais, obviamente, sem quebrar o anonimato de cada paciente.

Formatamos dos dados coletados em planilhas do Microsoft Excel^R (2015), com identificação do número de casos, percentuais e posterior cálculo de taxas epidemiológicas pretendidos no objetivo desta pesquisa. Posteriormente confrontamos as taxas médias de Sífilis Gestacional e Sífilis Congênita do Estado do Paraná e do Brasil para posicionarmos a situação epidemiológica deste Município.

Para cálculo das taxas de detecção da sífilis em gestantes e de taxa de incidência da sífilis congênita, utilizamos como fonte de dados, o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), Indicadores e Dados Básicos da Sífilis nos Municípios Brasileiros (MS/SVS/DDCC/IST). Para cálculo populacional do Município, utilizamos dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e ainda do Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social (IPARDES), no período de interesse da pesquisa.

2.2 Análise estatística

Por tratar-se de estudo descritivo, não submetemos os dados a qualquer análise estatística.

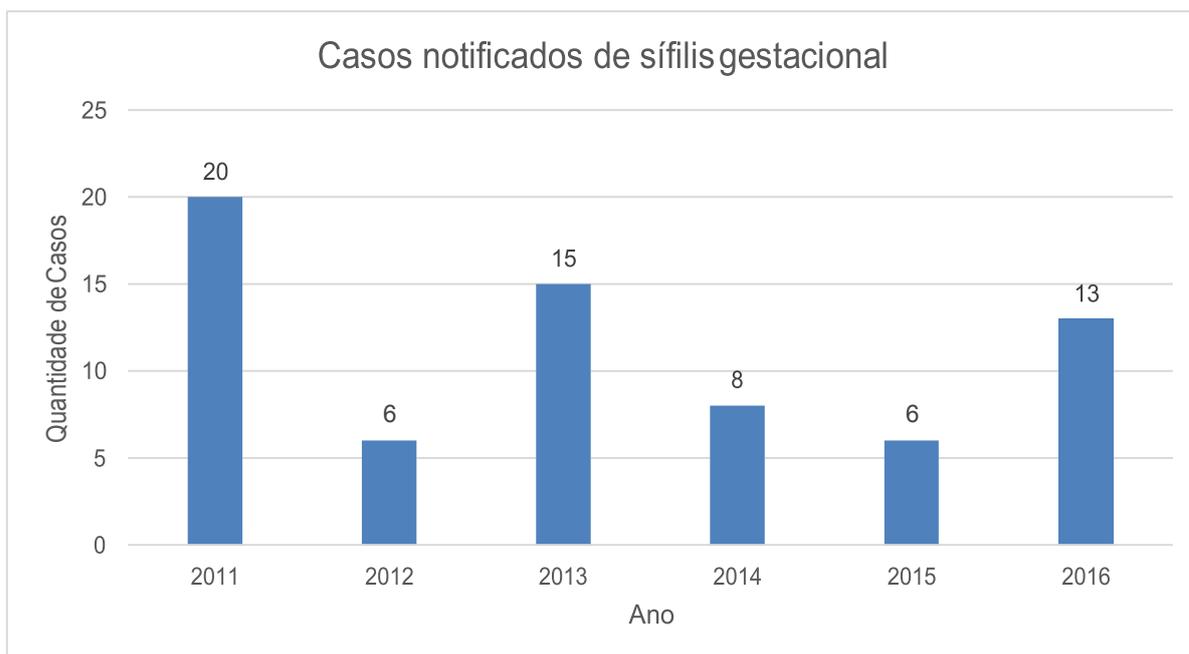
3. RESULTADOS

3.1 Sífilis gestacional

Após coleta de dados, análise das planilhas, cálculo de percentuais e taxas, distribuimos os dados obtidos em tabelas e gráficos, chegando aos seguintes resultados:

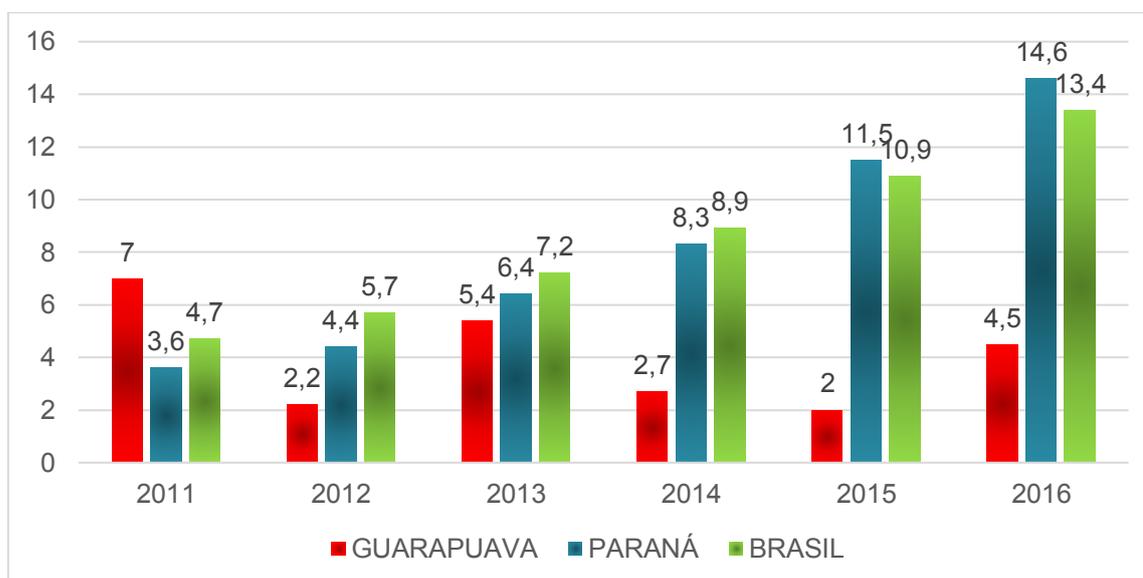
O número de casos notificados de Sífilis Gestacional nos anos de 2011 a 2016 no município de Guarapuava (PR), sofreu grande flutuação no número de casos de sífilis gestacional por ano de notificação, somando um total de 68 casos, tendo como destaque, o aumento da prevalência da doença no ano de 2016, que foi de mais de 100% em relação ao ano anterior conforme mostra o Gráfico 1.

Gráfico 1 – casos notificados de sífilis gestacional em Guarapuava – PR, no período de janeiro de 2011 a dezembro de 2016



FONTE: SINAN-NET.

Gráfico 2 - Taxa de detecção (por 1.000 nascidos vivos) de gestantes com sífilis por ano de diagnóstico.



FONTE: BRASIL, 2005 – 2018.

A taxa de detecção de sífilis na gestação em Guarapuava, variou entre 2,0 em 2015 a 7,0 no ano de 2011 de sífilis em gestantes/1.000 nascidos vivos, sendo ainda 2,2 em 2012; 5,4 em 2013; 2,7 casos em 2014 e 4,5 casos em 2016 de sífilis em gestantes/1.000 nascidos vivos. As taxas de detecção da sífilis na gestação em Guarapuava são bastante inferiores, quando comparadas as médias nacionais e as médias do Estado do Paraná ao longo destes anos, exceto no ano de 2011, conforme mostra o Gráfico 2. São dados inferiores também aos registrados nas regiões Sul (15,1 casos /1.000 NV) e Sudeste do Brasil (12,6 casos /1.000NV) e inferiores também a taxa média nacional de (11,2 casos por 1.000 nascidos vivos), em 2015, (MS/SVS/DCCI – 2016), (Padovani e cols. 2018). E também inferiores a taxa média de 2016, no Brasil, com uma taxa nacional de detecção de 13,4 casos de sífilis em gestantes/1.000 nascidos vivos, e inferior aos das regiões Sul (16,3 casos de sífilis em gestantes/1.000 nascidos vivos) e Sudeste (14,7 casos de sífilis em gestantes/1.000 nascidos vivos), (MS/SVS/DCCI – 2017). A flutuação no número de casos ao longo destes anos é diferente do que vem acontecendo nos estados, regiões brasileiras e no próprio Brasil em que encontramos um número crescente de casos notificados neste período.

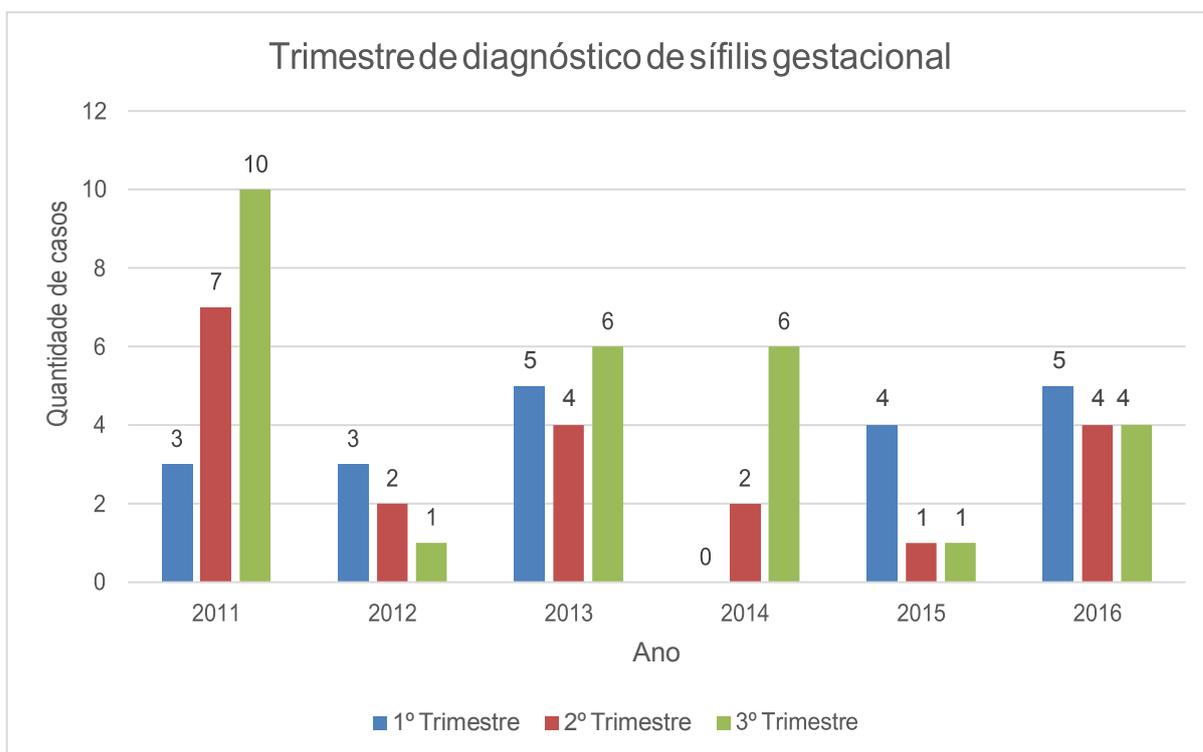
Dentre todos os 68 casos, a classificação clínica (divisão entre primária, secundária e terciária) teve a prevalência maior na classificação primária (63 casos –

92,6%), que consiste em uma forma menos evoluída da doença, mas com maiores chances de transmissão interpessoal e transplacentária e que se não tratada pode evoluir para os quadros de maior gravidade. Outros 5 casos tiveram classificação secundária (2 casos – 2,9 %) e terciária (3 casos – 4,4%).

O trimestre em que foi feito o diagnóstico da sífilis gestacional durante o pré-natal (primeiro no segundo ou terceiro), dentre os 68 casos registrados tivemos uma predominância da distribuição do diagnóstico no terceiro trimestre (28 casos – 41,2

%), na maioria dos anos, seguido da distribuição do diagnóstico no segundo e primeiro trimestres igualmente (20 casos – 29,4% de casos em cada trimestre). Entretanto, havendo inversão ao longo dos anos 2015 e 2016, com maior número de casos diagnosticados no primeiro trimestre, o que demonstra uma melhora na captação dos casos no início do pré-natal, conforme demonstrado no Gráfico 3.

Gráfico 3 – Trimestre de diagnóstico de sífilis gestacional em Guarapuava – PR no período de janeiro de 2011 a dezembro de 2016.



FONTE: SINAN-NET

Tabela 1 – Faixa etária de prevalência da sífilis gestacional em Guarapuava – PR no período de janeiro de 2011 a dezembro de 2016.

Ano de Notificação	Frequência por faixa etária			
	10-14 anos	15-24 anos	25-34 anos	≥35 anos
2011	0	12	5	3
2012	0	5	1	0
2013	1	7	5	2
2014	0	7	0	1
2015	0	3	3	0
2016	0	10	2	1
TOTAL	1	44	16	7

FONTE: SINAN-NET

A distribuição da prevalência por faixa etária observou predominância na faixa etária dos 15 aos 24 anos com 44 casos (64,7%), seguidos pelas faixas etárias de 25 aos 34 anos com 16 casos (23,5%) e pela faixa etária de 35 anos ou maior com 07 casos (10,3 %) e menor frequência na faixa etária de 10 até 14 anos com 1 caso (1,5%) como evidenciamos na TABELA 1.

Tabela 2 – Distribuição das raças em gestantes acometidas por sífilis em Guarapuava – PR no período de janeiro de 2011 a dezembro de 2016.

Ano de Notificação	Frequência por raça				
	Branca	Preta	Amarela	Parda	Indígena
2011	15	2	1	2	0
2012	4	1	0	1	0
2013	13	0	0	2	0
2014	7	0	0	1	0
2015	6	0	0	0	0
2016	10	1	0	2	0
TOTAL	55	4	1	8	0

FONTE: SINAN-NET

Os dados da distribuição da sífilis na gestante segundo a raça no município de

Guarapuava têm sua predominância na raça branca (55 casos – 80,8%) seguido pela parda (8 casos – 11,7%), preta (4 casos – 5,8%), amarela (1 caso – 1,4%) e indígena (0 casos), conforme evidenciamos na tabela 2.

Tabela 3 – Nível de escolaridade das gestantes acometidas por sífilis em Guarapuava – PR, no período de janeiro 2011 a dezembro de 2016.

Escolaridade	Frequência	%
Analfabeta	1	1,5
1ª - 4ª série incompleta do EF	11	16,2
4ª série completa do EF	4	5,9
5ª - 8ª série incompleta do EF	21	30,9
Ensino fundamental completo	7	10,3
Ensino médio incompleto	13	19,1
Ensino médio completo	10	14,6
Ensino superior incompleto	1	1,5
Ensino superior completo	0	0

FONTE: SINAN-NET

Os dados da distribuição da sífilis na gestante segundo a escolaridade mostrou maior predominância no grupo do Ensino Fundamental evidenciamos 32 casos (47%) com ensino fundamental incompleto, sendo 21 casos com escolaridade de 5ª - 8ª série incompleta (30,8%) e 11 casos com escolaridade de 1ª - 4ª série incompleta (16,1%); Em relação ao Ensino Médio que dispõe de 23 casos, sendo atribuídos 13 casos (56,5%) com nível incompleto e 10 casos (43,5%) com nível completo e ainda 37 casos (54,4%) com menos de 08 anos de estudos, conforme Tabela 3.

Tabela 4 – Distribuição ocupacional das gestantes acometidas por sífilis em Guarapuava – PR, no período de janeiro 2011 a dezembro de 2016

Ocupação	Frequência
Estudante	3
Dona de casa	53
Desempregada ou ocupação não cadastrada	2
Comerciante atacadista	1
Comerciante varejista	1
Auxiliar técnico em patologia clínica	1
Auxiliar de escritório em geral	1
Empregada doméstica nos serviços gerais	1
Empregada doméstica faxineira	1
Empregada doméstica diarista	1
Trabalhadora de serviços de manutenção de edifícios e logradouros	2
Cabeleireira	1
Trabalhadora volante da agricultura	1
Vendedora do comércio varejista	1

Fonte: SINAN-NET

Com relação à distribuição ocupacional dos casos de sífilis gestacional, a de dona de casa (profissão não regulamentada) se destaca com a maior prevalência chegando a 53 (77,9%) de um total de 68 casos. As demais ocupações regulamentadas mantiveram se em um patamar de frequência baixa e semelhante.

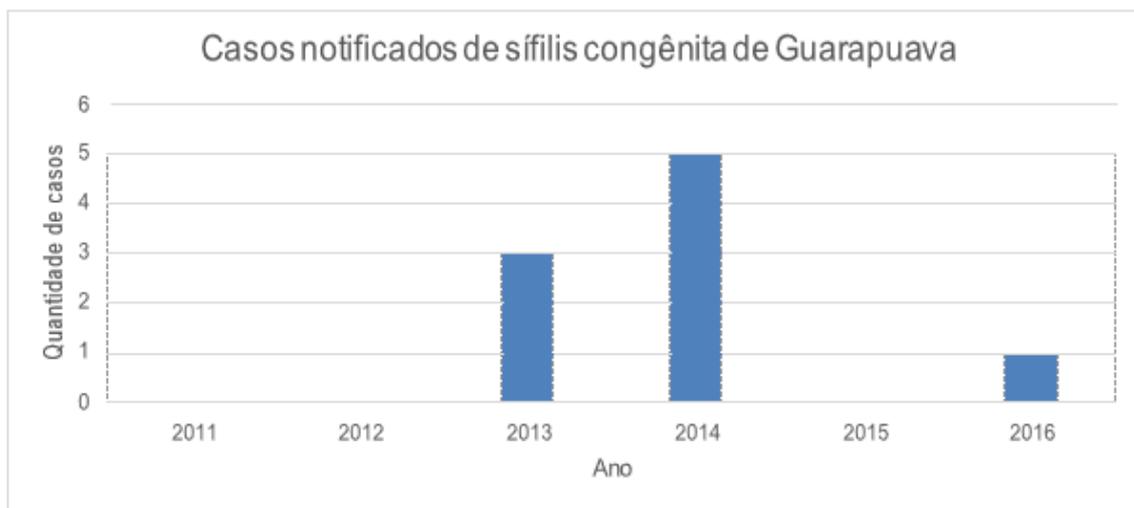
3.2 Sífilis congênita

Distribuição da incidência de sífilis congênita do município de Guarapuava, Paraná, entre os anos 2011 e 2016, com dados obtidos na plataforma SINAN-NET e em prontuários hospitalar das mulheres puérperas e seus respectivos filhos.

O Gráfico 4 elucida os casos de sífilis congênita de Guarapuava, na qual se ressalta um total de 09 casos notificados e com maior taxa de incidência no ano de 2014 com 5 casos, porém, caindo para zero no ano seguinte, igualando aos anos de 2011 e 2012. Em 2016 houve uma nova reincidência da enfermidade. Entre todos os

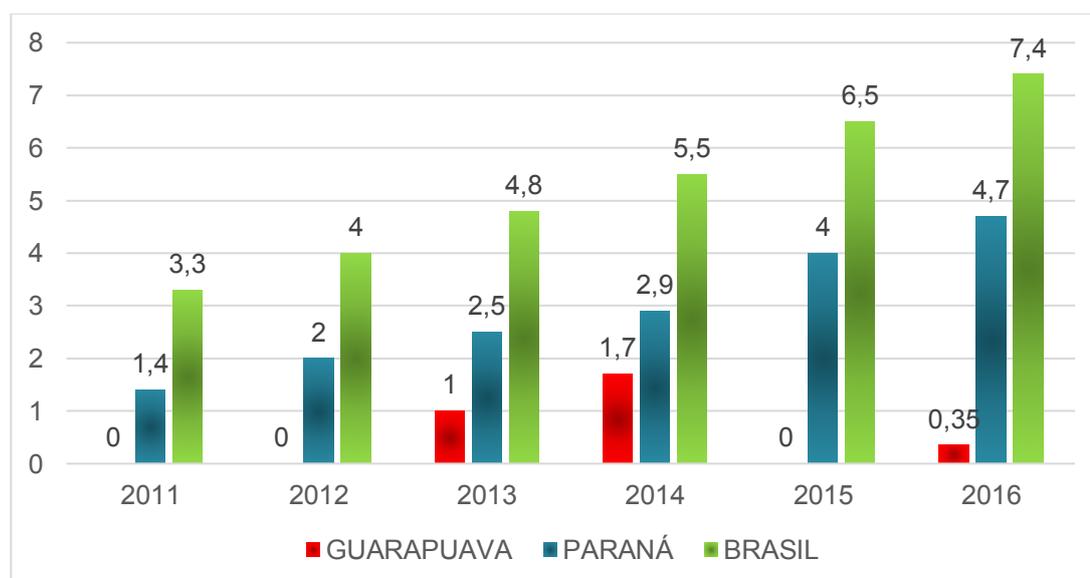
casos notificados, não foram evidenciados óbitos, tanto materno quanto fetal até o primeiro ano de vida.

Gráfico 4 – Casos de sífilis congênita de Guarapuava – PR no período de janeiro de 2011 a dezembro de 2016.



FONTE: SINAN-NET

Gráfico 5 - Taxa de incidência sífilis congênita em menores de um ano de idade (por 1.000 nascidos vivos) por ano de diagnóstico.



FONTE: BRASIL, MS 2005- 2018.

Conforme demonstra o Gráfico 5, a taxa de incidência da Sífilis Congênita em

menores de um ano de idade, em Guarapuava, oscilou durante o período de estudo sendo de 0 (zero) casos/mil nascidos vivos em 2011, 2012 e 2015, de 1,0 caso/mil nascidos vivos em 2013, de 1,7 casos/mil nascidos vivos em 2014 ano com maior incidência e finalmente em 2016, a taxa de incidência foi de 0,35 casos/mil nascidos vivos, dentro da meta nacional desejada pelo Ministério da Saúde de 0,5 casos/mil nascidos vivos, taxas consideradas baixas, quando comparadas às registradas no estado do Paraná e as taxas registradas no Brasil neste mesmo período, (MS/SVS/DCCI – 2018).

Como se tratavam de apenas 09 casos notificados, optei em fazer uma busca mais profunda dos dados em prontuários das Unidades de Saúde, prontuários dos hospitais em que ocorreu o atendimento ao parto e carteiras de pré-natal, tendo em vista buscar as razões do agravo não desejado (sífilis congênita), ter ocorrido.

Quanto ao número total de consultas de pré-natal realizadas pelas mães que tiveram filhos com sífilis congênita destacam-se que todas tiveram um número baixo de consultas, sendo que 6 gestantes (66,7%) realizaram 6 ou menos consultas de pré-natal. Apenas 2 casos (22,3%) iniciaram as suas consultas no 1º trimestre e 2 casos (22,3%) iniciaram seu pré-natal no último trimestre da gestação, 2 casos (22,3%), não fizeram nenhuma consulta pré-natal tendo seu diagnóstico da sífilis gestacional e congênita no pós-parto, observa-se ainda que a maior parte das consultas (69,8%) foram realizadas no terceiro trimestre gestacional como observado na Tabela 5.

Tabela 5 – Número e trimestre de consultas realizadas por gestantes acometidas pela sífilis, com transmissão vertical, em Guarapuava – PR no período de janeiro de 2011 a dezembro de 2016.

CASOS	NÚMERO DE CONSULTAS			
	1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre	Total
Caso 1 (CRG)	0	1	2	3
Caso 2 (MCDK)	0	0	4	4
Caso 3 (SAOL)	0	0	11	11
Caso 4 (MGN)	1	3	4	8
Caso 5 (PM)	1	3	4	8
Caso 6 (ACSM)	0	0	0	0
Caso 7 (GAF)	0	3	3	6
Caso 8 (TAVN)	0	1	2	3
Caso 9 (LPJ)	0	0	0	0

FONTE: SINAN-NET E PRONTUÁRIOS DOS PACIENTES.

Com todas as variáveis obtidas nos prontuários e pela plataforma SINAN- NET, a distribuição de faixa etária da mãe se consolidam entre 13 à 26 anos com idade média de 19,7 anos, havendo predominância, mais alarmante, na faixa etária das adolescentes quando consideramos a faixa etária entre 10 a 19 anos temos 05 casos (55,6%) e entre 15-19 anos, 4 casos (44,4%), maioria com escolaridade apenas de ensino fundamental incompleta, tendo uma concentração de 7 casos (77,8%) com menos de 08 anos de estudo, maioria com ocupação não regulamentada 08 casos (88,9%), todas solteiras e algumas usuárias de drogas lícitas e ilícitas que contribuem para maiores agravos gestacionais, tanto para mãe quanto para o feto, conforme visto em tabela 6.

Tabela 6 – Situação sócio demográfica das mães, das crianças acometidas pela sífilis em Guarapuava – PR no período de janeiro de 2011 a dezembro de 2016

Variáveis sociodemográficas	Frequência	Porcentagem
<i>Faixa etária</i>		
10-14 anos	1	11,2
15-19 anos	4	44,4
20-34 anos	4	44,4
≥ 35 anos	0	0
<i>Escolaridade</i>		
1ª - 4ª série incompleta do EF	2	22,2
4ª série completa do EF	2	22,2
5ª - 8ª série incompleta do EF	3	33,4
Ensino médio incompleto	1	11,1
Ensino médio completo	1	11,1
<i>Estado Civil</i>		
Solteira	9	100
<i>Ocupação</i>		
Estudante	1	11,1
Dona de Casa	7	77,8
Desempregada	1	11,1
<i>Uso de Drogas</i>		
Nenhum	4	44,4
Tabaco	3	33,4
Tabaco + Crack	1	11,1
Crack	1	11,1

FONTE: SINAN-NET E PRONTUÁRIOS DOS PACIENTES

Sabidamente as infecções, o uso de drogas, as doenças hipertensivas, entre outras, influenciam no desenvolvimento intrauterino e nas condições de nascimento. Na Tabela 7, temos a distribuição dos casos segundo características dos neonatos como Sexo, Peso, Índice de APGAR (que avalia as condições como cor de pele, frequência cardíaca, irritabilidade reflexa, tônus-muscular e respiração no momento do nascimento), e tipo de parto. Dentre os 9 casos, destacamos que 4 neonatos

(44,4%) tiveram seu peso abaixo de 2600 gramas, quanto ao tipo de parto tivemos 6 partos cesariana (66,5%) e apenas 3 partos normais (33,5%).

Tabela 7 – Características dos neonatos acometidos por sífilis em Guarapuava – PR, no período de janeiro de 2011 a dezembro de 2016.

Neonato	Sexo	Peso ao nascer (gramas)	Índice APGAR	Tipo de parto
Caso 1	Masculino	2800	9 e 10	PN*
Caso 2	Masculino	2500	6 e 8	CST**
Caso 3	Feminino	3390	8 e 10	CST**
Caso 4	Feminino	2580	8 e 9	CST**
Caso 5	Feminino	3535	9 e 10	CST**
Caso 6	Feminino	2545	9 e 10	PN*
Caso 7	Masculino	3240	9 e 10	CST**
Caso 8	Masculino	2850	9 e 10	PN*
Caso 9	Masculino	1595	9 e 10	CST**
TOTAL	4 Fem./ 5 Masc.	4 < 2600	-	3 PN / 6 CST

FONTE: SINAN-NET E PRONTUÁRIOS DOS PACIENTES.

* PN = parto normal;

** CST= cesariana.

Conforme demonstra a Tabela 8, tivemos a totalidade das mães sem tratamento adequado para sífilis, sendo 07 casos tratados inadequadamente e 02 casos não tratados, justificando a presença da sífilis congênita em seus conceptos.

Tabela 8 – Casos de sífilis congênita segundo esquema de tratamento da mãe, por ano de diagnóstico. Brasil 2008 – 2018.

Esquema de tratamento materno	Adequado	Inadequado	Não Realizado	Ignorado
2011	0	0	0	0
2012	0	0	0	0
2013	0	4	0	0
2014	0	3	1	0
2015	0	0	0	0
2016	0	0	1	0

Conforme demonstra a Tabela 9, o tratamento do parceiro só ocorreu em 01 caso do total de 09 casos, sendo que os demais, não fizeram tratamento algum, o que justifica as recidivas da sífilis na gestante, mesmo que ela tenha feito o tratamento corretamente com penicilina e conseqüentemente gerando mais casos de sífilis congênita por reinfeção da gestante, por ocasião de nova atividade sexual com este parceiro e caracterizando a negligência dos parceiros no tratamento.

Tabela 9 - Casos de sífilis congênita segundo informações sobre tratamento do parceiro da mãe por ano de diagnóstico. Brasil 2008 – 2018.

Parceiro tratado	SIM	NÃO	Ignorado
2011	0	0	0
2012	0	0	0
2013	0	4	0
2014	0	4	0
2015	0	0	0
2016	1	0	0

O tratamento adequado desta enfermidade deveria ocorrer tanto na gestante acometida pela sífilis, quanto de seu parceiro, entretanto encontramos baixíssimos

índices de tratamentos em ambos, que contribui em muito para a persistência da Sífilis Congênita em níveis elevados, conforme demonstram as tabelas 8 e 9.

4. DISCUSSÃO

Dado que a sífilis em gestantes e conseqüentemente a sífilis congênita têm mostrado, prevalência e incidência crescente na última década, mas não apenas no Brasil, em todas suas regiões (Norte, Sul, Centro Oeste, Sudeste e Nordeste), como também mundialmente.

A cidade de Guarapuava está localizada na região Centro Sul do estado do Paraná, município de maior extensão geográfica deste estado, polo de referência em saúde para mais de 20 municípios. Com os resultados obtidos neste estudo, pretendemos contribuir para uma diminuição da prevalência da sífilis na gestação e conseqüente diminuição da incidência da sífilis congênita neste município.

A Taxa de detecção de sífilis na gestação em Guarapuava, variou entre 2,0 em 2015 a 7,0 casos, no ano de 2011 de sífilis em gestantes/1.000 nascidos vivos, sendo ainda de 2,2 casos em 2012; de 5,4 casos em 2013; de 2,7 casos em 2014 e de 4,5 casos em 2016 de sífilis em gestantes/1.000 nascidos vivos. As taxas de detecção da sífilis na gestação em Guarapuava são bastante inferiores, quando comparadas as médias nacionais e as médias do Estado do Paraná ao longo destes anos, exceto no ano de 2011, conforme mostra o Gráfico 2. A Taxa de detecção de sífilis na gestação em Guarapuava, também foram inferiores aos registrados na região Sul (15,1), Sudeste do Brasil (12,6) e da taxa média nacional de (11,2), em 2015, (MS/SVS/DCCI – 2016), (Padovani e cols. 2018). Evidenciou-se ainda uma predominância nos grupos de: 1) Raça / Cor: Branca, 2) Classificação Clínica (divisão entre primária, secundária e terciária): Os dados da distribuição da sífilis na gestante segundo a classificação clínica, teve a prevalência maior na classificação primária (63/68 casos – 92,6%), que consiste em uma forma menos evoluída da doença, entretanto, com maiores chances de transmissão interpessoal e transplacentária e que se não tratada, pode evoluir para os quadros de maior gravidade, 3) Escolaridade, Os dados da distribuição da sífilis na gestante segundo a, escolaridade mostrou maior predominância no grupo do ensino fundamental incompleto com 32 casos (47%), sendo 21 casos com escolaridade de 5ª - 8ª série incompleta (30,8%) e 11 casos com escolaridade de 1ª - 4ª série incompleta (16,1%), quadro semelhante também visto no ensino médio demonstrando

que a baixa escolaridade com menos de 8 anos de estudos, 37 casos (54.4%), predomina. 4) Estado civil maioria declararam solteiras, 5) O Trimestre em que foi feito o diagnóstico da sífilis gestacional durante o pré-natal (primeiro no segundo ou terceiro), dentre os 68 casos registrados tivemos uma predominância da distribuição do diagnóstico no terceiro trimestre (28 casos – 41,2%), na maioria dos anos entretanto, havendo inversão ao longo dos anos 2015 e 2016, com maior número de casos diagnosticados no primeiro trimestre, o que demonstra uma melhora na captação dos casos no início do pré-natal, conforme demonstrado no GRÁFICO 3, podendo justificar o menor número de casos de sífilis congênita nos anos de 2015 e 2016, conforme GRÁFICO 4. 6) Faixa Etária: Os dados da distribuição da sífilis na gestante segundo a faixa etária, teve predominância da faixa etária de 15 a 24 anos, com 44 casos (64,7%), composta principalmente por adolescentes, sujeitos a maior risco explicado por maior imaturidade emocional, cognitiva, sofrendo grande influência de grupos sociais, mais exposta a infecções sexualmente transmissíveis, menor informação e menor disponibilidade para uso de contraceptivos com conseqüente gravidez indesejada e completada ainda por adultos jovens, como evidenciamos na TABELA 1.

7) Ocupação, com relação à distribuição ocupacional dos casos de sífilis gestacional, a de dona de casa (profissão não regulamentada e não remunerada) se destaca com a maior prevalência chegando a 53 (77,9%) de um total de 68 casos que aliada a utilização dos serviços de saúde pública, depreende baixa renda familiar, ao menos na maioria dos casos.

Características como: raça/cor branca, baixo nível de escolaridade, ausência de ocupação remunerada são características que se mostraram estatisticamente associadas à sífilis gestacional assim como em outros estudos realizados, (Nonato SM, e cols. 2015; García PJ, e cols. 2015; Domingues RMSM, Leal MC. 2016; Dou L, et al. 2013).

Quanto a Incidência da Sífilis Congênita no município oscilou durante o período de estudo tendo sido em 2011, 2012 e 2015 de 0 (zero) casos, em 2013 foram 03 casos com taxa de incidência de 1,0 caso / mil nascidos vivos, a maior incidência foi em 2014 com 05 casos e taxa de incidência de 1,7 caso / mil NV e finalmente em 2016, 01 caso com e taxa de incidência de 0,35 caso / mil NV, dentro da meta nacional, desejada pelo Ministério da Saúde de 0,5 casos/mil nascidos vivos, todos índices considerados baixos quando comparados as taxas médias de incidência no estado do Paraná de 04

casos/mil nascidos vivos e a taxa média nacional que foi de 6,5 casos/mil nascidos vivos no ano de 2015 e ao longo de todo o período analisado neste estudo.

Estes números alentadores não devem indicar uma trégua na detecção da sífilis em Guarapuava, uma vez que estes números podem estar subestimados por subnotificação que segundo Campos ALA e cols. 2010, relatam que as notificações atingem somente 32% dos casos de sífilis no período gestacional e 17,4% de sífilis congênita, pois em não havendo a notificação haverá prejuízo do rastreamento e tratamento dos casos de sífilis gestacional e sífilis congênita.

A faixa etária das gestantes adolescentes de 10 a 19 anos foi a que apresentou maior número de casos de infecção na gestação como também nos casos de sífilis congênita, podendo ser explicado pela vulnerabilidade da população adolescente neste grupo e está mais exposta a infecções sexualmente transmissíveis por ser uma população de maior imaturidade emocional, cognitiva e sofrendo grande influência de grupos sociais e ainda por adultos jovens. Também outros estudos demonstram que a relação sexual entre adolescentes está cada vez mais precoce e seguida da negligência no uso de contraceptivos tanto para evitar a gravidez não planejada quanto na prevenção das doenças sexualmente transmissíveis (BRASIL MS, 2015.k), (Freitas EP, e cols. 2014).

A dominância da raça branca, como mais infectada neste estudo, está concordante com demais estudos brasileiros realizados no sul do Brasil, e se justifica, pela maior prevalência desta raça no sul deste país, segundo IBGE no último censo realizado no ano de 2010 com quase 70% da população Guarapuavana, constituída pela raça branca.

Na maior parte das vezes este é o perfil de indivíduos com uma condição sócio econômica menos favorecida e com menos acesso à saúde de qualidade, tornando estas populações mais vulneráveis, embora não sendo uma doença exclusiva das populações mais carentes.

A ausência de pré-natal, baixo número de consultas pré-natais e início de pré-natal tardio (3º trimestre) são frequentes e estão associados tanto a sífilis na gestação como na sífilis congênita.

No Brasil a cobertura pré-natal é superior a 95% (Calle M, et al. 2013, Viellas EF, et al. 2014) o que não significa qualidade no atendimento sendo que nos 5% restantes provavelmente teremos uma proporção maior de casos de sífilis gestacional (Cesar JA, 2011) por tratar-se de uma população sem nenhuma consulta pré-natal e

provavelmente de maior vulnerabilidade social.

A maioria dos casos de sífilis gestacional foram diagnosticados durante o pré-natal, entretanto a predominância do diagnóstico se deu no 3º trimestre sendo que algumas pesquisas mostram que os desfechos da não identificação e tratamento precoce da infecção durante a gestação são graves para o bebê e estes desfechos dependem da fase da infecção materna e da idade gestacional da exposição fetal podendo levar a prematuridade, aborto, natimortalidade e óbito neonatal (Domingues RMSM, et al. 2014; Newman L, et al. 2013, Botelho CAO, et al. 2016).

A totalidade das gestantes notificadas teve seu diagnóstico feito pelo VDRL e nenhuma pelo exame clínico, isto normalmente ocorre pela ausência ou escassez de sintomatologia. Identificado no início da pesquisa, e que seguramente contribui para a não erradicação da sífilis, foi quando ao tentar fazer a rastreabilidade do diagnóstico de idade gestacional, de tratamento: se adequado ou não, de tratamento do parceiro, de controle de cura da gestante e de dados do recém-nascido através dos prontuários eletrônicos e das carteiras de pré-natal de uma amostra de pacientes notificadas me deparei com uma quase total falta de registros (evidências) destas características apontadas, constatando ainda que havia grande dificuldade para aquele plantonista da maternidade que recebe a gestante em trabalho de parto com feto vivo ou não, em processo de abortamento ou ameaça em não conseguir saber, se aquela paciente foi adequadamente tratada tal como seu parceiro, se fez o teste treponêmico ou o não treponêmico por falta de

registros em sua carteira do pré-natal e por falta de acesso ao prontuário eletrônico destas pacientes.

Outro fator relevante para não erradicação da sífilis é sobre o atendimento, pois, o médico plantonista, que dá o primeiro atendimento a gestante em trabalho de parto e solicita o teste não treponêmico, geralmente não fica sabendo do resultado deste teste, pois outro médico que o substitui no plantão e as vezes um terceiro médico que da alta à paciente sem saber se o tratamento foi realizado ou se o parceiro foi tratado ou acompanhado, sendo todos fatores que contribuem para manutenção de altos índices de sífilis na gestação e congênita levando a um alto índice de reinfecção (Lago EG. 2016, Sing AE, et al. 2015; Clement ME, et al. 2014).

Também senti grande dificuldade em rastrear os recém-nascidos destas mães que tinham o nome de RN de “Fulana de Tal” e posteriormente eram feitos o registro do RN com nome definitivo no qual este pesquisador não conseguia rastrear após a

alta hospitalar, o que fez com que este estudo tivesse de abandonar esta linha de pesquisa e basear-se apenas nos dados contidos nas fichas de notificação, principalmente das pacientes com sífilis gestacional.

Creio que uma maior sincronia entre os serviços públicos de atenção básica a saúde e os serviços hospitalares de atendimento ao parto para melhor rastreabilidade dos casos de sífilis em gestantes e congênitas levaria a um melhor controle de cura destas pacientes e seus parceiros com melhores registros nos prontuários eletrônicos e da carteira de pré-natal.

Quanto aos casos notificados de sífilis congênita identificamos 09 casos, tendo a maior incidência, no ano de 2014 (05 casos), e que por tratar-se de um pequeno número de casos e por tratar-se dos desfechos que procurávamos evitar de transmissão vertical e para melhor ilustrar as características sócio demográficas deste grupo, buscamos estes dados, não apenas nas fichas de notificação como também em seus prontuários eletrônicos, carteiras de pré-natal e prontuários do hospital, pensando em trazer maior contribuição para esta pesquisa.

Avaliando as características sócio demográficas das mães com filhos notificados por sífilis congênita notamos: maior prevalência na faixa etária de 10 a 19 anos (adolescentes), menor nível de escolaridade, quando comparadas com as de sífilis gestacional sem a transmissão vertical, todas as gestantes se declaram como solteiras e todas com ocupação não remunerada exceto uma que se declarou “garota de programa” e ainda, 45,5% usavam tabaco, CRACK ou associação dos dois, não pesquisamos álcool, 54% (06 casos) tiveram fetos com baixo peso; 72,7% (08 casos) tiveram parto cesariana, não houveram óbitos fetais, mas tiveram maior frequência de partos prematuros e fetos com baixo peso, quando comparadas com as gestantes com sífilis gestacional sem a transmissão vertical aos seus conceptos.

Com relação ao Tratamento da sífilis, deveriam ocorrer tanto na gestante acometida, quanto em seu parceiro, entretanto encontramos que dentre os 09 casos, as mães não foram tratadas em 22,2% dos casos (02) e receberam tratamento inadequado em 77,7% dos casos (07) quanto aos parceiros, apenas 01 recebeu tratamento, os demais, não foram tratados em 89% dos casos (08) o que contribui significativamente para a não erradicação da sífilis congênita.

Chama a atenção, não ter encontrado nenhum caso de notificação proveniente de clínicas particulares, sabendo que eles certamente existem.

4.1 Limitações

Prontuários eletrônicos e físicos incompletos, causando grande dificuldade na coleta dos dados desta pesquisa.

Falta de rastreabilidade dos casos diagnosticados como sífilis em gestantes para saber se seu tratamento foi adequado ou não e do tratamento do seu parceiro, por falta de anotações, tanto no prontuário eletrônico da UBS, quanto na carteira de pré-natal causando dificuldade ao médico plantonista no momento do atendimento ao parto e puerpério.

Dificuldade na rastreabilidade posteriormente a alta hospitalar sem saber destino e controle do tratamento desta puérpera, do seu parceiro sexual e do recém nato que ainda não tem nome registrado, sendo apenas “Recém-Nascido de Fulana de Tal”, e recebendo um nome definitivo posteriormente.

4.2 Perspectivas e novidades

Com a identificação dos grupos com maior risco para sífilis congênita nos permite traçar linhas de ação e designar metas, para diminuição ou erradicação da sífilis congênita, nos grupos mais vulneráveis.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A situação epidemiológica da sífilis congênita no Brasil mantém o desafio de seu controle, apesar de sua história natural ser totalmente conhecida, da disponibilidade de um critério de alta sensibilidade em atingir as populações de alto risco já conhecidas e descritas em vários estudos de prevalência sócio demográficas.

Neste estudo encontramos uma taxa de detecção de Sífilis na Gestação que variou entre 2,0 em 2015 a 7,0 em 2011/mil nascidos vivos, sendo ainda 2.2 em 2012; 5,4 em 2013; 2,7 em 2014 e 4.5 em 2016, taxas inferiores às registradas no estado do Paraná e as taxas do Brasil neste mesmo período, exceto em 2011, (MS/SVS/DCCI – 2018).

Aspectos sociais encontrados como fatores relevantes foram:

1) A faixa etária das gestantes com a maior taxa de infecção foi de 15 a 24

anos;

- 2) Raça/cor: branca;
- 3) Baixo nível de escolaridade;
- 4) Baixa taxa de ocupação remunerada;
- 5) Sífilis gestacional diagnosticadas tardiamente no pré-natal;
- 6) Ausência de Pré-natal ou de baixa qualidade;
- 7) Tratamento ausente ou inadequado da mãe e parceiro.

Neste estudo encontramos que a taxa de incidência da Sífilis Congênita em Guarapuava, oscilou durante o período, sendo de 0 (zero) casos/mil nascidos vivos em 2011, 2012 e 2015, de 1,0 caso/mil nascidos vivos em 2013, de 1,7 casos/mil nascidos vivos em 2014 ano com maior incidência e finalmente em 2016, a taxa de incidência foi de 0,35 casos/mil nascidos vivos, dentro da meta nacional desejada para erradicação da sífilis congênita, pelo Ministério da Saúde e pela OPAS de 0,5 casos/mil nascidos vivos taxas consideradas baixas, quando comparadas às registradas no estado do Paraná e as taxas registradas no Brasil neste mesmo período, (MS/SVS/DCCI – 2018).

Taxa de incidência da sífilis congênita, baixa (0,35 em 2016 a 1,7 em 2014/mil NV);

Taxa de incidência da sífilis congênita de 0 (zero) nos anos de 2011, 2012, 2015;

Não houveram óbitos fetais no período analisado;

Aspectos sociais encontrados como fatores relevantes:

- 1) Maior prevalência na faixa etária de 10 a 19 anos;
- 2) 45,5% das mães utilizaram algum tipo de droga na gravidez;
- 3) Baixo nível de escolaridade;
- 4) Tratamento ausente ou inadequado da mãe e do parceiro;
- 5) Predomínio de ocupação não remunerada, portanto baixa renda;
- 6) Todas se declararam solteiras;
- 7) Maior frequência de partos prematuros e fetos com baixo peso;
- 8) Subnotificação destas enfermidades.
- 9) Subnotificação de ocupação como prostituição.

Estas taxas alentadoras de prevalência e incidência, não devam levar-nos a baixar a guarda na detecção da sífilis uma vez que estes números podem estar

subestimados por subnotificação segundo Campos, ALA e cols. 2010.

Evidenciou-se ainda a predominância da raça / cor branca, baixa escolaridade, todas se declararam solteiras e ainda expressivo número de prematuridade e baixo peso ao nascer entre os casos de sífilis gestacional e ainda uso de drogas por mães que transmitiram a sífilis aos seus conceitos, baixa escolaridade, expressivo, tratamento inexistente ou inadequado da gestante e de seu parceiro, na maioria dos casos.

Certamente maiores e mais profundos estudos devam ser realizados para obtermos sucesso e controle mais efetivo da sífilis congênita, oferecendo a todas gestantes, as mulheres em idade fértil e principalmente aqueles grupos de riscos.

Após identificarmos estes grupos de risco, nos torna possível trazer algumas, recomendações aos Gestores em saúde deste Município que possam contribuir para o declínio da incidência da sífilis congênita;

5.1 Recomendações

a) Orientação contraceptiva e para doenças sexuais nas escolas e para mulheres vulneráveis da comunidade; através de parcerias com educadores e órgãos comunitários (igrejas, ONGs), para atenção aos usuários de drogas, moradores de rua, prostitutas, presidiários e outros;

b) Oferta ou Acesso fácil a contraceptivos de barreiras e de emergência;

c) Busca ativa na comunidade, de gestantes vulneráveis sem acompanhamento pré-natal;

d) Captação precoce da gestante para o início do pré-natal;

e) Realização de, no mínimo, seis consultas com atenção integral e qualificada;

f) Realização do VDRL no primeiro trimestre da gestação, idealmente n1º consulta, e de um 2º teste em torno da 28.ª semana e 3º teste 3º trimestre e no parto, por tratar-se de doença na grande maioria das vezes, assintomática;

g) Na maternidade, realizar VDRL em toda mulher admitida para parto (nascido vivo ou natimorto) ou curetagem (após aborto);

h) Instituir tratamento e seguimento adequados da gestante e seu (s) parceiro (s), abordando os casos de forma clínico-epidemiológica;

i) Documentar/Registrar resultados das sorologias e tratamento da sífilis no cartão da gestante, para melhor rastreabilidade e evidências do tratamento da

gestante e parceiro;

j) Notificar todos casos de sífilis na gestação e congênita imediatamente;

k) Facilitar para médicos de clínicas privadas a oferta e encaminhamento das fichas de notificação;

l) Nos casos de mães com VDRL reagente na gestação ou no parto, deverá ser coletado sangue periférico do recém-nascido para realização do VDRL e proceder à avaliação geral da criança com a solicitação dos exames do liquor radiografias de ossos longos e hemograma;

m) Identificar mulheres de alto risco: com histórico de infecção por sífilis, encarceradas, usuárias de drogas, com múltiplos parceiros, moradores de rua e aquelas que vivem em áreas com altas taxas de sífilis;

n) Mulheres grávidas diagnosticadas com sífilis devem ser tratadas imediatamente com penicilina;

o) Aconselhar a paciente a informar seu parceiro sexual ou parceiros sobre a infecção e encorajá-los a fazerem o teste e tratarem para evitar reinfecção.

6. REFERÊNCIAS

BOTELHO CAO, ROCHA BAM, BOTELHO CAO Junior, ALVARO GR, Saab F, BOTELHO LO, et al. **Syphilis and miscarriage**: A study of 879,831 pregnant women in Brazil. Transl Med. (Sunnyvale). [Internet] 2016 [cited Nov 14, 2017]; 6(4).

BOWEN V, Su J, TORRONE E, KIDD S, WEINSTOCK H. **Aumento da incidência de sífilis congênita - Estados Unidos, 2012-2014**. MMWR Morb. Mortal Wkly Rep. 2015; 64: 1241-1245. Disponível em: <<https://www.cdc.gov/std/stats16/Syphilis.htm>> e <<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6444a3.htm>> Acesso em: Out/2019.

BRASIL. Ministério da Saúde - Secretaria de Vigilância em Saúde

_____. Ministério da Saúde - Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico – Sífilis, Ano IV- nº 1, 2017**. ISSN: 1517-1159. Brasília, 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico Sífilis**. Brasília 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Portaria nº 33, de 14 de julho de 2005. **Notificação compulsória de doenças**. Diário Oficial da União, Brasília, p.111, 15 Jul. 2005. Seção 1.

_____. Ministério da Saúde - Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico – Sífilis, Ano IV- nº 1, 2015**. ISSN: 1517-1159. Brasília, 2015.

_____. Ministério da Saúde - Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. - **Boletim Epidemiológico – Sífilis, Volume 47, Nº 35 – 2016**. ISSN: 2358-9450.

_____. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico de Sífilis**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Volume 49. Nº 45. Out\2018

_____. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006**: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília (DF); 2009.

_____. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS. **Protocolo para a prevenção da transmissão vertical de HIV e sífilis**: manual de bolso. Brasília (DF); 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais**. Brasília, 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Diagnóstico de Sífilis**. Brasília, 2014b. (Série TELELAB). Disponível em: <<http://www.telelab.aids.gov.br/index.php/component/k2/item/95diagnostico-de-sifilis>> Acesso em : Jan/2019.

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

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de vigilância em saúde**. Brasília, 2014a. 812 p. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/guia_vigilancia_saude_unificado.pdf>.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Manual de controle de doenças sexualmente transmissíveis**. 4. ed. Brasília, 2006. 43 p. (Série Manuais, n. 68).

CALLE M, CRUCEYRa M, HARO M, MAGDALENO F, MONTERo MD, ARACIL J. et al. **Sífilis y embarazo**: studio de 94 casos. Med Clin. (Barc) [Internet] 2013 [cited Jun 18, 2016]; 149(12).

CAMPOS, A. L. A.; ARAÚJO MAL, Melo SP, GONÇALVES, M. L C. Epidemiologia da sífilis gestacional em Fortaleza, Ceará, Brasil: um agravo sem controle. **Cad. Saúde Pública**. 2010;26(9):1747-55. DOI:10.1590/S0102-311X2010000900008.

_____. Epidemiology of gestacional syphilis In. Fortaleza, Ceará State, **Brazil**: na uncontrolled disease. Cad Saúde Pública. [Internet] 2010 [cited Oct 26, 2016]; 26(9):1747-1755.

CDC. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Sexually Transmitted Diseases, Treatment Guidelines, 2015. Atlanta: CDC, 2015. Disponível em: <http://www.cdc.gov/std/tg2015/>

CDC. Vigilância de doenças sexualmente transmissíveis, 2016. Atlanta, **GA**: Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos EUA, CDC; 2017. Disponível em: <<https://www.cdc.gov/std/stats16/Syphilis.htm>> Acesso em: Set/2019

CERDA, R; et al. Prenatal syphilis and HIV transmission in Latin American and the Caribbean: achieving Pan-American Health Organization elimination goals. In: **4th International Workshop on HIV Pediatrics, Washington (DC)**, July 2012. Hepatites.

CESAR, J. A.; MANO, P. S.; CARLOTTO, K.; GONZALEZ-CHICA DA; MENDOZA-SASSI, R. A. **Public versus private**: assessing maternity care in the far South of Brazil. *Rev Bras Saude Mater Infant*. [Internet] 2011 [cited Nov 9, 2016]; 11(3):257-63.

CLEMENT, M. E.; OKEKE, N. L.; HICKS CB. **Treatment of syphilis**: a systematic review. *JAMA*. [Internet] 2014 [cited Oct 26, 2016];312(18):1905-17.

DE LORENZI, D. R. S.; MADI, J. M. Sífilis congênita como indicador de assistência pré-natal. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2001;23(10): 647-52.

DOMINGUES, R. M. S.; HARTZ, Z. M. A, DIAS, M. A. B.; LEAL, M. C.; **Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil**. *Cad. Saúde Pública*. 2012;28(3):425-37. DOI:10.1590/S0102-311X2012000300003.

DOMINGUES, R. M. S. M.; LEAL, M. C. **Incidence of congenital syphilis and factors associates with vertical transmission**: data from the Birth in Brasil study. *Cad Saúde Pública*. [Internet] 2016 [cited Jun 12, 2016]; 32(6): e00082415.

DOMINGUES, R. M. S. M; SZWARCOWALD, C. L.; SOUZA, P. R. B.; JUNIOR, Leal M. C. **Prevalence of Syphilis in pregnancy and prenatal syphilis testing in Brazil**: Birth in Brazil study. *Rev Saúde Pública*. [Internet] 2014 [cited Jun 18, 2016]; 48(5):766-74.

DOMINGUES, R. M. S.; SARACENI, V.; HARTZ, Z. M. A.; LEAL, M. C. **Sífilis congênita**: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal. *Rev. Saúde Pública*. 2013;47(1):147-57. DOI:10.1590/S0034-89102013000100019.

DOU, L., et al. **Epidemic Profile of Maternal Syphilis in China in 2013**. *BioMed Res Int*. [Internet] 2016 [cited Nov 10, 2016].

FREITAS, E. P., DELL AGNOLO, C. M.; GIAROLA, L. B.; PELLOSO, S. M.; BERCINI, L. O.; HIGARASHI I. H. Perception of tens on sexual practice in adolescence. *Rev Psicol Criança Adolesc*. [Internet] 2014 [cited Jun 12, 2016]; 5(2):139-47.

GARCÍA, P. J. et al. **Partner Notification Among Peruvian Pregnant Women With Syphilis**. *Sex Transm Dis*. [Internet] 2015 [cited Oct 26, 2016]; 48(8):457-62.

GENÇ, M.; LEDGER, W. J. **Syphilis in pregnancy**. *Sex Transm Infect*. 2000;76(2):73-9.

GOMEZ, G. B.; KAMB, M. L.; NEWMAN, L. M.; MARK, J.; BROUTET, N.; HAWKES, S. .J. **Untreated maternal syphilis and adverse outcomes of pregnancy**: a systematic review and metaanalysis. *Bull World Health Organ*. 2013;91(3):217-26. DOI:/10.2471/BLT.12.107623

GUIA PRÁTICO ESTADUAL PARA MULTIPLICADORES - Prevenção, Controle e Redução da Sífilis, 2017.

HORVATH, A. Biology and natural history of syphilis. In: GROSS, G.; TYRING, S. K. (Ed.). **Sexually transmitted infections and sexually transmitted diseases**. [S.l.]: Springer, 2011. p. 129-141.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2017.

JANIER, M. et al. European guideline on the management of syphilis. **Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology**, [S.l.], v. 28, p. 1581-1593, Dec. 2014. "Increase in Incidence of Congenital Syphilis—United States, 2012-2014," que foi publicado no *Morbidity and Mortality Weekly Report* em novembro de 2015.

KLAUSNER, J. D. **The sound of silence**: missing the opportunity to save lives at birth. *Bull World Health Organ*. 2013;91(3):158. DOI:10.2471/BLT.13.118604

KUPEK, E.; OLIVEIRA, J. F. Transmissão vertical do HIV, da sífilis e da hepatite B no município de maior incidência de AIDS no Brasil: um estudo populacional no período de 2002 a 2007. **Rev. Bras. Epidemiol**. 2012;15(3):478-87. DOI:10.1590/S1415-790X2012000300004.

LAGO, E. G. **Current perspectives on prevention of mother-to-child transmission of syphilis**. *Cureus*. [Internet] 2016 [cited Nov 14, 2017]; 8(3): e525.

MS/SVS/DCCI - **Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis**. NOTAS: (1). Dados até 30/06/2018; (2) Dados preliminares para os últimos 5 anos.

NEWMAN, L.. et al. **Global Estimates of Syphilis in Pregnancy and Associated Adverse Outcomes**: Analysis of Multinational Antenatal Surveillance Data. *PLoS Med*. [Internet] 2013 [cited Nov 9, 2016]; 10(2):1001396.

NONATO, S. M.; MELLO, A. P. S; GUIMARÃES, M. D. C. **Syphilis in pregnancy and factors associated with congenital syphilis** in Belo Horizonte - MG, Brazil, 2010-2013. *Epidemiol. Serv. Saúde*. [Internet] 2015 [cited Oct 26, 2016]; 24(4).

OMS. (Organización Mundial de la Salud). **Orientaciones mundiales sobre los criterios y procesos para la validación de la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y la sífilis**. Ginebra: OMS, 2015.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Diagnóstico laboratorial de doenças sexualmente transmissíveis, incluindo o vírus da imunodeficiência humana**. Tradução de Nazle Mendonca Collaco Veras. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

PADOVANI, C.; OLIVEIRA, R. R. de; PELLOSO, S. M. Sífilis na gestação: associação das características maternas e perinatais em região do sul do Brasil. **Rev.Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 26, e 3019, 2018

PAHO (Pan American Health Organization). **Elimination of mother-to-child transmission of HIV and syphilis in the Americas**. Update 2016. Washington, D.C.: PAHO, 2017.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **Regional Initiative for the Elimination of Mother-to-Child Transmission of HIV and Congenital Syphilis in Latin America and the Caribbean: Regional Monitoring Strategy**. 2. ed. Washington (DC); 2012.

PARANÁ. Secretaria Estadual de Saúde. Divisão DST/Aids/HIV. **Guia Prático Estadual para Multiplicadores- Prevenção, Controle e Redução da Sífilis**, 2017.

PARANÁ. Secretaria Estadual de Saúde. Divisão DST/Aids/HIV. **Boletim Epidemiológico do Estado do Paraná - Sífilis 2018**, 2018.

QIN, J.; YANG T.; XIAO S; TAN, H.; FENG, T.; FU, H., Reported estimates of adverse pregnancy outcomes among women with and without syphilis: a systematic review and meta-analysis.- **PLoS One**. 2014; 9(7):e102203 (ISSN: 1932-6203).

SANCHEZ, P. J.; WENDEL, G. D. Syphilis in pregnancy. **Clin Perinatol**. 1997;24(1):71-90.

SARAH, K. **A sífilis congênita está em ascensão?** Revisando etapas de prevenção - **Medscape** - 18 de agosto de 2016.

SING, A. E. et al. **Canadian Public Health Laboratory Network Laboratory guidelines for congenital syphilis and syphilis screening in pregnant women in Canada**. *Can J Infect Dis Med Microbiol*. [Internet] 2015 [cited Oct 26, 2016]; 26(Suppl A):23A-8A.

SOARES, Larissa Gramazio et al. Sífilis gestacional e congênita: características maternas, neonatais e desfecho dos casos. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife v.17, n.4, p.781-789, Dec. 2017. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292017000400781&lng=en&nrm=iso>.accesson 16 Nov. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042017000400010>.

SZWARCWALD, C. L.; BARBOSA JR, A.; MIRANDA, A. E.; PAZ, L. C. **Resultados do Estudo Sentinela-Parturiente, 2006: desafios para o controle da sífilis congênita no Brasil**. **DST – J Bras. Doenças Sex Transm**. 2007;19(3-4):128-33.

VIELLAS, E. F.. et al. **Prenatal care in Brazil**. *Cad. Saúde Pública* [Internet] 2014 [cited Jun 12, 2016]; 30(Sup: S1-S15).

WORKOWSKI, K. A.; BOLAN, G. A.. CENTROS DE CONTROLE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS. Diretrizes de tratamento de doenças sexualmente transmissíveis, 2015. *MMWR Recom Rep*. 2015; 64: 1-137.

World Health Organization. Investment case for eliminating mother-to-child transmission of syphilis: promoting better maternal and child health and stronger health systems. Geneva; 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. The Global elimination of congenital syphilis: rationale and strategy for action. Geneva; 2007.

8. ANEXOS

ANEXO 1 – O PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA NÃO FOI SOLICITADO CONSIDERANDO A RESOLUÇÃO Nº 510, DE 07 DE ABRIL DE 2016, QUE ALEGA NÃO HAVER NECESSIDADE DE SUBMISSÃO DAS PEQUISAS AO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA QUANDO OS DADOS UTILIZADOS PARA A PESQUISA, SÃO DE DOMÍNIO PÚBLICO, CONFORME ESTA CONTIDO EM SEU ARTIGO 1º, PARAGRAFO ÚNICO, ITENS II e III. DADOS DESTA PESQUISA DISPONÍVEIS EM:
<http://indicadoressifilis.aids.gov.br/>

RESOLUÇÃO Nº 510, DE 07 DE ABRIL DE 2016

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde em sua Quinquagésima Nona Reunião Extraordinária, realizada nos dias 06 e 07 de abril de 2016, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006, e

Considerando que a ética é uma construção humana, portanto histórica, social e cultural.

Art. 1º Esta Resolução dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana, na forma definida nesta Resolução.

Parágrafo único. Não serão registradas nem avaliadas pelo sistema CEP/CONEP:

II – pesquisa que utilize informações de acesso público, nos termos da Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011;

III – pesquisa que utilize informações de domínio público;

<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>

ANEXO 2 - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS**QUESTIONÁRIO DE COLETA DOS DADOS PARA SÍFILIS NA GESTAÇÃO**

1 - SÍFILIS EM GESTANTES – CASOS NOTIFICADOS POR ANO DE 2013 A 2017.

(Iniciais do nome e sobrenome do indivíduo notificado)

2 – SITUAÇÃO SOCIOECONÔMICA DAS MÃES DAS CRIANÇAS QUE NASCERAM COM SÍFILIS CONGÊNITA:

A – Idade/ faixa etária: 13 a 19 anos () 20 a 34 anos () > 34 anos ()

B – Escolaridade: Ignorado (), 1° a 4° série incompleta do Ensino Fundamental (), 5° a 8° série incompleta do Ensino Fundamental () Ensino médio incompleto ou completo ()

C - Estado Civil: Solteira () Casada () União Estável () Separada ()

D – Ocupação: Dona de Casa () Empregada Doméstica ()

Profissional do Sexo () Autônoma () Outra ()

E – Uso de drogas: Tabaco () Álcool + Tabaco ()

Álcool+Tabaco+outras drogas () Nenhuma ()

3 – NÚMERO DE CONSULTAS DE PRÉ NATAL EM CADA TRIMESTRE

1° TRIMESTRE () 2° TRIMESTRE () 3° TRIMESTRE ()

4 – IDADE GESTAÇÃO DE REALIZAÇÃO DO TESTE NÃO TREPONÊMICO ()

5 – IDADE GESTACIONAL EM QUE FOI REALIZADO O TRATAMENTO DA SÍFILIS MATERNA

1° DOSE () 2° DOSE ()

6 – CLASSIFIC. CLÍNICA DA SÍFILIS: 1° () SECUNDÁRIA () TERCIÁRIA ()

7 – TRATAMENTO DA GESTANTE: ADEQUADO () INADEQUADO ()

NÃO REALIZADO ()

8 – TRATAMENTO DO PARCEIRO: REALIZADO () NÃO REALIZADO ()

9 – TIPO DE PARTO: VAGINAL () CESÁREA ()

10 – PESO DO FETO AO NASCER: 2.500 A 3.550 GRAMAS () > 3.550 GRAMAS ()

11 – APGAR: 7-9 () 8-9 () 9-10 ()

12 – EVOLUÇÃO DO RECÉM NASCIDO: VIVO () ÓBITO ()

QUESTIONÁRIO DE COLETA DOS DADOS PARA SÍFILIS CONGÊNITA

1 - SÍFILIS CONGÊNITA – CASOS NOTIFICADOS POR ANO DE 2013 A 2016.

(Iniciais do nome e sobrenome do indivíduo notificado)

2 – SITUAÇÃO SOCIOECONÔMICA DAS MÃES DAS CRIANÇAS QUE NASCERAM COM SÍFILIS CONGÊNITA

A – Idade/ faixa etária: 13 a 19 anos () 20 a 34 anos () > 34 anos ()

B – Escolaridade: Ignorado (), 1° a 4° série incompleta do Ensino Fundamental (), 5° a 8° série incompleta do Ensino Fundamental () Ensino médio incompleto ou completo ()

C- Estado Civil: Solteira () Casada () União Estável () Separada ()

D – Ocupação: Dona de Casa () Empregada Doméstica ()

Profissional do Sexo () Autônoma () Outra ()

E – Uso de drogas: Tabaco () Álcool + Tabaco ()

Álcool + Tabaco + outras drogas () Nenhuma ()

3 – NÚMERO DE CONSULTAS DE PRÉ NATAL EM CADA TRIMESTRE

1° TRIMESTRE () 2° TRIMESTRE () 3° TRIMESTRE ()

4 – IDADE GESTAÇÃO DE REALIZAÇÃO DO TESTE NÃO TREPONÊMICO ()

5 – IDADE GESTACIONAL EM QUE FOI REALIZADO O TRATAMENTO DA SÍFILIS MATERNA

1° DOSE () 2° DOSE ()

6 – CLASSIFIC. CLÍNICA DA SÍFILIS: 1° () SECUNDÁRIA () TERCIÁRIA ()

7 – TRATAMENTO DA GESTANTE: ADEQUADO () INADEQUADO () NÃO REALIZADO ()

8 – TRATAMENTO DO PARCEIRO: REALIZADO () NÃO REALIZADO ()

9 – SEXO DO RECÉM NASCIDO: MASC. () FEM. ()

10 – TIPO DE PARTO: VAGINAL () CESÁREA ()

11 – PESO AO NASCER: 2.500 A 3.550 GRAMAS () > 3.550 GRAMAS ()

12 – APGAR: 7-9 () 8-9 () 9-10 ()

13 – EVOLUÇÃO: VIVO () ÓBITO ()

ANEXO 3 - SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

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.					
^a Para mais informações sobre a sintomatologia da sífilis, consultar o Guia de Vigilância em Saúde e/ou Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), disponível respectivamente em www.saude.gov.br/svs e www.aids.gov.br/pcdt .					
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.					
* Casos confirmados de cicatriz sorológica não devem ser notificados.					
Dados Gerais	1 Tipo de Notificação		2 - Individual		
	2 Agravado/doença		Código (CID10)	3 Data da Notificação	
	SÍFILIS EM GESTANTE		O98.1		
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)		
6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7 Data do Diagnóstico		
Notificação Individual	8 Nome do Paciente			9 Data de Nascimento	
	10 (ou) Idade	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 ignorada 9 - Ignorado	1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 9 - Ignorado	
	14 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 colégio ou 2º grau) 6 - Ensino médio completo (antigo colégio ou 2º grau) 7 - Educação superior incompleta 8 - Educação superior completa 9 - Ignorado 10 - Não se aplica				
15 Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe			
Dados de Residência	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito	
	20 Bairro		21 Logradouro (rua, avenida,...)		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		30 País (se residente fora do Brasil)
			1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		

ANEXO 4 – LEGISLAÇÃO PERTINENTE
PORTARIA Nº 204, DE 17 DE FEVEREIRO DE 2016

Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro

Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, INTERINO, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e Considerando a Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975, que dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências;

Considerando o art. 10, incisos VI a IX, da Lei nº 6.437, de 20 de agosto de 1977, que configura infrações à legislação sanitária federal, estabelece as sanções respectivas, e dá outras providências;

Considerando a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente;

Considerando a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;

Considerando a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso, alterada pela Lei nº 12.461, de 26 de julho de 2011, que determina a notificação compulsória dos atos de violência praticados contra o idoso atendido em estabelecimentos de saúde públicos ou privados;

Considerando a Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003, que estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde, públicos ou privados;

Considerando a Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011, que regula o acesso às informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal; altera a Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990; revoga a Lei nº 11.111, de 5 de maio de 2005, e dispositivos da Lei nº 8.159, de 8 de janeiro de 1991; e dá outras providências;

Considerando o Decreto Legislativo nº 395, publicado no Diário do Senado Federal em 13 de março de 2009, que aprova o texto revisado do Regulamento Sanitário Internacional, acordado na 58ª Assembleia Geral da Organização Mundial de Saúde, em 23 de maio de 2005;

Considerando o Decreto nº 7.616, de 17 de novembro de 2011, que dispõe sobre a declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) e institui a Força Nacional do Sistema Único de Saúde (FN-SUS); e

Considerando a necessidade de padronizar os procedimentos normativos relacionados à notificação compulsória no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), resolve:

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES INICIAIS

Art. 1º Esta Portaria define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo.

Art. 2º Para fins de notificação compulsória de importância nacional, serão considerados os seguintes conceitos:

I - agravo: qualquer dano à integridade física ou mental do indivíduo, provocado por circunstâncias nocivas, tais como acidentes, intoxicações por substâncias químicas, abuso de drogas ou lesões decorrentes de violências interpessoais, como agressões e maus tratos, e lesão autoprovocada;

II - autoridades de saúde: o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde dos Estados, Distrito Federal e Municípios, responsáveis pela vigilância em saúde em cada esfera de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS);

III - doença: enfermidade ou estado clínico, independente de origem ou fonte, que represente ou possa representar um dano significativo para os seres humanos;

IV - epizootia: doença ou morte de animal ou de grupo de animais que possa apresentar riscos à saúde pública;

V - evento de saúde pública (ESP): situação que pode constituir potencial ameaça à saúde pública, como a ocorrência de surto ou epidemia, doença ou agravo de causa desconhecida, alteração no padrão clínico epidemiológico das doenças conhecidas, considerando o potencial de disseminação, a magnitude, a gravidade, a severidade, a transcendência e a vulnerabilidade, bem como epizootias ou agravos decorrentes de desastres ou acidentes;

VI - notificação compulsória: comunicação obrigatória à autoridade de saúde, realizada pelos médicos, profissionais de saúde ou responsáveis pelos

estabelecimentos de saúde, públicos ou privados, sobre a ocorrência de suspeita ou confirmação de doença, agravo ou evento de saúde pública, descritos no anexo, podendo ser imediata ou semanal;

VII - notificação compulsória imediata (NCI): notificação compulsória realizada em até 24 (vinte e quatro) horas, a partir do conhecimento da ocorrência de doença, agravo ou evento de saúde pública, pelo meio de comunicação mais rápido disponível;

VIII - notificação compulsória semanal (NCS): notificação compulsória realizada em até 7 (sete) dias, a partir do conhecimento da ocorrência de doença ou agravo;

IX - notificação compulsória negativa: comunicação semanal realizada pelo responsável pelo estabelecimento de saúde à autoridade de saúde, informando que na semana epidemiológica não foi identificado nenhuma doença, agravo ou evento de saúde pública constante da Lista de Notificação Compulsória; e

X - vigilância sentinela: modelo de vigilância realizada a partir de estabelecimento de saúde estratégico para a vigilância de morbidade, mortalidade ou agentes etiológicos de interesse para a saúde pública, com participação facultativa, segundo norma técnica específica estabelecida pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS).

CAPÍTULO II

DA NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA

Art. 3º A notificação compulsória é obrigatória para os médicos, outros profissionais de saúde ou responsáveis pelos serviços públicos e privados de saúde, que prestam assistência ao paciente, em conformidade com o art. 8º da Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975. § 1º A notificação compulsória será realizada diante da suspeita ou confirmação de doença ou agravo, de acordo com o estabelecido no anexo, observando-se, também, as normas técnicas estabelecidas pela SVS/MS.

§ 2º A comunicação de doença, agravo ou evento de saúde pública de notificação compulsória à autoridade de saúde competente também será realizada pelos responsáveis por estabelecimentos públicos ou privados educacionais, de cuidado coletivo, além de serviços de hemoterapia, unidades laboratoriais e instituições de pesquisa. § 3º A comunicação de doença, agravo ou evento de saúde pública de notificação compulsória pode ser realizada à autoridade de saúde por qualquer cidadão que deles tenha conhecimento.

Art. 4º A notificação compulsória imediata deve ser realizada pelo profissional de saúde ou responsável pelo serviço assistencial que prestar o primeiro atendimento ao paciente, em até 24 (vinte e quatro) horas desse atendimento, pelo meio mais rápido disponível. Parágrafo único. A autoridade de saúde que receber a notificação compulsória imediata deverá informá-la, em até 24 (vinte e quatro) horas desse recebimento, às demais esferas de gestão do SUS, o conhecimento de qualquer uma das doenças ou agravos constantes no anexo.

Art. 5º A notificação compulsória semanal será feita à Secretaria de Saúde do Município do local de atendimento do paciente com suspeita ou confirmação de doença ou agravo de notificação compulsória. Parágrafo único. No Distrito Federal, a notificação será feita à Secretaria de Saúde do Distrito Federal.

Art. 6º A notificação compulsória, independente da forma como realizada, também será registrada em sistema de informação em saúde e seguirá o fluxo de compartilhamento entre as esferas de gestão do SUS estabelecido pela SVS/MS.

CAPÍTULO III DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 7º As autoridades de saúde garantirão o sigilo das informações pessoais integrantes da notificação compulsória que estejam sob sua responsabilidade.

Art. 8º As autoridades de saúde garantirão a divulgação atualizada dos dados públicos da notificação compulsória para profissionais de saúde, órgãos de controle social e população em geral.

Art. 9º A SVS/MS e as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios divulgarão, em endereço eletrônico oficial, o número de telefone, fax, endereço de e-mail institucional ou formulário para notificação compulsória.

Art. 10. A SVS/MS publicará normas técnicas complementares relativas aos fluxos, prazos, instrumentos, definições de casos suspeitos e confirmados, funcionamento dos sistemas de informação em saúde e demais diretrizes técnicas para o cumprimento e operacionalização desta Portaria, no prazo de até 90 (noventa) dias, contados a partir da sua publicação.

Art. 11. A relação das doenças e agravos monitorados por meio da estratégia de vigilância em unidades sentinelas e suas diretrizes constarão em ato específico do Ministro de Estado da Saúde.

Art. 12. A relação das epizootias e suas diretrizes de notificação constarão em ato específico do Ministro de Estado da Saúde.

Art. 13. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 14. Fica revogada a Portaria nº 1.271/GM/MS, de 06 de junho de 2014, publicada no Diário Oficial da União, nº 108, Seção 1, do dia 09 de junho de 2014, p. 37.

JOSÉ AGENOR ÁLVARES DA SILVA

ANEXO 5 – NOTA INFORMATIVA Nº 2, DE 19 DE SETEMBRO DE 2017

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

SRTVN Quadra 701, Lote D,

Edifício PO700 – 5º andar

CEP: 70719-040 –

Brasília/DF

TEL: (61) 3315-7737 – 7738 - 7739

NOTA INFORMATIVA nº 2-SEI/2017-DIAHV/SVS/MS

Altera os Critérios de Definição de Casos para notificação de Sífilis Adquirida,
Sífilis em Gestantes e Sífilis Congênita.

INTRODUÇÃO

A Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos em saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional inclui a notificação semanal de sífilis adquirida, sífilis em gestante e sífilis congênita, conforme Portaria vigente do Ministério da Saúde.

A notificação compulsória é obrigatória para os médicos, outros profissionais de saúde ou responsáveis pelos serviços públicos e privados de saúde, que prestam assistência ao paciente, em conformidade com o art. 8º da Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975.

Diante da necessidade de diminuir a subnotificação dos casos de sífilis em gestantes, define-se que todos os casos de mulheres diagnosticadas com sífilis durante o **pré-natal, parto e/ou puerpério** devem ser notificados como **sífilis em gestantes** e não como sífilis adquirida.

Para adequar a sensibilidade da vigilância e **atualizar a definição dos casos de sífilis congênita** em consonância com a Organização Pan-Americana da Saúde e

da Organização Mundial da Saúde, deve ser avaliada a história clínico-epidemiológica da mãe e/ou os critérios clínicos e laboratoriais da criança exposta, deixando de ser considerado, para fins de notificação desses casos, o tratamento da parceria sexual da mãe.

Além disso, considera-se a necessidade de divulgar a definição de caso de sífilis adquirida e reforçar a importância da notificação dos casos. Destaca-se que o Sistema Único de Saúde (SUS) possui testes não treponêmicos (VDRL, RPR, TRUST e USR) e testes treponêmicos para sífilis (teste rápido, FTA-ABS, ELISA, EQL, TPHA, TPPA, MHA-TP) incorporados na sua lista de procedimentos, e que o Ministério da Saúde adquire e fornece testes rápidos para sífilis aos serviços de saúde.

RECOMENDAÇÕES

Das definições de casos

Diante do exposto, o Departamento de Vigilância Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis do HIV/Aids e das Hepatites Virais, da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde atualiza os critérios de definição de casos de Sífilis Adquirida, Sífilis em Gestantes e Sífilis Congênita:

SÍFILIS ADQUIRIDA

Situação 1

Indivíduo assintomático, com teste não treponêmico reagente com qualquer titulação e teste treponêmico reagente.

Situação 2

Indivíduo sintomático^a para sífilis, com pelo menos um teste reagente - treponêmico ou não treponêmico com qualquer titulação.

^a Para mais informações sobre a sintomatologia da sífilis, consultar o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis, disponível em www.aids.gov.br/pcdt.

SÍFILIS EM GESTANTES

Situação 1

Mulher assintomática para sífilis, que durante o pré-natal, o parto e/ou o puerpério apresente pelo menos um teste reagente - treponêmico ou não treponêmico com qualquer titulação – e sem registro de tratamento prévio.

Situação 2

Mulher sintomática^b para sífilis, que durante o pré-natal, o parto e/ou o puerpério e apresente pelo menos um teste reagente - treponêmico OU não treponêmico com qualquer titulação.

^b Para mais informações sobre a sintomatologia da sífilis, consultar o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis, disponível em www.aids.gov.br/pcdt.

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, **independente de sintomatologia da sífilis e de tratamento prévio.**

SÍFILIS CONGÊNITA

Situação 1

Todo recém-nascido, natimorto ou aborto de mulher com sífilis c não tratada ou tratada de forma não adequada^{d,e}.

^c Ver definição de sífilis em gestante (situações 1, 2 ou 3)

^d Tratamento adequado: Tratamento completo para estágio clínico da sífilis com penicilina benzatina, ^e INICIADO até 30 dias antes do parto. Gestantes que não se enquadrarem nesses critérios serão consideradas como tratadas de forma não adequada.

^e Para fins de notificação de caso de sífilis congênita, não se considera o tratamento da parceria sexual da mãe.

Situação 2

Toda criança com menos de 13 anos de idade com pelo menos uma das seguintes situações:

- Alteração 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;
- Títulos de testes não treponêmicos ascendentes em pelo menos duas diluições;
- Títulos de testes não treponêmicos ainda reagentes após 6 meses de idade, exceto em situação de seguimento terapêutico;
- Testes treponêmicos reagentes após 18 meses de idade sem diagnóstico prévio de sífilis congênita.

^f Nesta situação, deve ser sempre afastada a possibilidade de sífilis adquirida.

Situação 3

Evidência microbiológica de infecção pelo *Treponema pallidum* em amostra de secreção nasal ou lesão cutânea, biópsia ou necrópsia de criança, aborto ou natimorto.

9 Detecção do *Treponema pallidum* por meio de exames diretos por microscopia (de campo escuro ou com material corado).

DO PREENCHIMENTO DAS FICHAS DE NOTIFICAÇÃO

Para **notificação dos casos de sífilis adquirida**, deve ser utilizada a ficha de notificação individual do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), que contém atributos comuns a todos os agravos.

As fichas de notificação/investigação dos casos de sífilis em gestantes e sífilis congênita continuarão sendo as mesmas vigentes do Sinan até a atualização das novas fichas no sistema.

Ressalta-se que, **na ficha de notificação/investigação de sífilis em gestante**, para o preenchimento dos campos 37 a 40, referentes aos resultados dos exames, devem ser consideradas as informações do pré-natal, parto e/ ou puerpério. Todos os casos de mulheres diagnosticadas com sífilis durante o pré-natal, parto e/ou puerpério devem ser notificados como sífilis em gestantes e não notificadas como sífilis adquirida.

Quanto à ficha de **notificação/investigação de sífilis congênita**, a nova definição de caso considera como tratamento adequado - o tratamento completo para estágio clínico da sífilis, com penicilina benzatina, e iniciado até 30 dias antes do parto, desconsiderando a informação do tratamento concomitante da parceria sexual das gestantes. Portanto, para não gerar inconsistência no Sinan, torna-se provisória a inserção da informação “**1-SIM**” no **campo 46** (parceiro tratado concomitantemente com a gestante), independente da informação coletada.

Brasília, 19 de setembro de 2017.

Gerson Fernando Mendes Pereira
Coordenação de Informação Estratégica

Aprovo a Nota Técnica Em 19/09/2017

Adele Schwartz Benzaken
Diretora do Departamento de Vigilância, Prevenção e
Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis do
HIV/Aids e Hepatites Virais