



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE ALTAMIRA
FACULDADE DE MEDICINA

VANESSA YASMIN SANTOS DA COSTA ALVES

**ANÁLISE DO MANEJO CLÍNICO DA SÍFILIS GESTACIONAL E
CONGÊNITA NO MUNICÍPIO DE ALTAMIRA - PA NO PERÍODO DE
2007 A 2019**

ALTAMIRA-PA

2024

VANESSA YASMIN SANTOS DA COSTA ALVES

**ANÁLISE DO MANEJO CLÍNICO DA SÍFILIS GESTACIONAL E
CONGÊNITA NO MUNICÍPIO DE ALTAMIRA - PA NO PERÍODO DE
2007 A 2019**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado como requisito parcial para
obtenção do grau de Bacharel em
Medicina pela Universidade Federal do
Pará

Orientador: Me. Ciro Francisco Moura de
Assis Neto

ALTAMIRA-PA

2024

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) de acordo com ISBD
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Pará
Gerada automaticamente pelo módulo Ficat, mediante os dados fornecidos pelo(a)
autor(a)**

A474a Alves, Vanessa Yasmin Santos da Costa.
Análise do manejo clínico da sífilis gestacional e
congenita no município de Altamira - PA no Período de 2007
A 2019 / Vanessa Yasmin Santos da Costa Alves. — 2024.
55 f. : il.

Orientador(a): Prof. Me. Ciro Francisco Moura de Assis
Neto
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) -
Universidade Federal do Pará, Campus Universitário de
Altamira, Faculdade de Medicina, Altamira, 2024.

1. Sífilis. 2. Gestação. 3. Sífilis Congênita. 4.
Epidemiologia. 5. Pré-natal. I. Título.

CDD 610

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente a Deus pelo dom da vida, coragem, paz, saúde e sua infinita bondade, que permitiu que todas as conquistas em minha vida se concretizassem, por ter guiado - me até aqui.

Ao meu orientador, por todos os ensinamentos repassados com dedicação e paciência.

À minha mãe, Gisele Costa, que por todas as etapas da minha vida esteve presente me dando apoio, amor, carinho e realizando os meus sonhos.

Ao meu marido, Jeffeson Uchôa, que em todos os momentos apoiou meu sonho de me tornar médica e foi meu companheiro nessa jornada.

Ao meu filho, Miguel Gilmar da Costa Uchôa, que foi e sempre será o melhor presente que Deus me concedeu e meu combustível para enfrentar todos os meus obstáculos, em busca de lhe oferecer o melhor, sempre.

As minhas amigas Ândria, Glenda e Luciana pelo suporte na revisão deste trabalho e pelo companheirismo.

“Seja como você é. De maneira que possa ver quem é. Quem é e como é. Deixe por um momento o que deve fazer e descubra o que realmente faz. Arrisque um pouco, se puder. Sinta seus próprios sentimentos. Diga suas próprias palavras. Pense seus próprios pensamentos. Seja seu próprio ser. Descubra. Deixe o plano para você surja de dentro de você”.

Fritz Perls

RESUMO

Introdução: A sífilis é uma doença infectocontagiosa, causada pela bactéria espiroqueta *Treponema pallidum*, que acomete o ser humano, e pode ser transmitida por via sexual ou vertical. Sua ocorrência é especialmente preocupante quando se dá no período gravídico, podendo ser transmitida da gestante para o feto, podendo ocasionar a sífilis congênita. A permanência de sua alta prevalência é um importante marcador da qualidade da assistência pré-natal no contexto da saúde pública no Brasil, visto que o diagnóstico e o tratamento são realizados na atenção primária em saúde. **Objetivo:** O presente estudo busca analisar a qualidade do tratamento realizado pelo profissional médico para a sífilis gestacional e congênita no município de Altamira-PA, através das fichas de notificação do SINAN, no período de 2007 a 2019. **Metodologia:** Consiste em um estudo transversal, retrospectivo, quantitativo, observacional e de caráter descritivo, que analisa a qualidade do tratamento realizado pelo profissional médico nos casos de sífilis gestacional e congênita no município de Altamira-PA, no período de 2007 a 2019. Realizado por meio de dados obtidos no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). **Resultados:** Constatou-se que o município de Altamira-PA contou com um total de 472 casos de sífilis gestacional e 203 casos de sífilis congênita. Com a unidade de maior incidência de SG sendo a USF Independente II (11,98%). Já os casos de SC, obtiveram maior incidência na área de abrangência da unidade Brasília (9,60%). **Discussão:** O estudo revelou um aumento significativo na incidência de sífilis, que em sua maioria ocorriam em uma população de risco: mães jovens e com baixo nível de escolaridade. Além disso, houve uma grande inadequação da assistência pré-natal, representado pelo aumento da taxa de transmissão vertical, a não realização do tratamento adequado das mães durante o pré-natal e dos respectivos parceiros sexuais, diagnóstico tardio de SG (3º trimestre) e discordante ao esquema de tratamento. Sendo que, tais fatores ainda foram agravados em virtude da subnotificação das fichas. **Conclusão:** Observou-se que houveram diversas falhas na assistência pré-natal no município. Indicando a necessidade de ações de capacitação e orientação quanto a realização do diagnóstico, tratamento, acompanhamento e notificação da infecção.

Palavras-chave: Sífilis. Gestação. Sífilis Congênita. Epidemiologia. Pré-Natal.

ABSTRACT

Introduction: Syphilis is an infectious-contagious disease, caused by the spirochete bacterium *Treponema pallidum*, which affects humans, and can be transmitted sexually or vertically. Its occurrence is especially worrisome when it occurs in the pregnancy period, and can be transmitted from the pregnant woman to the fetus, and may cause congenital syphilis. The permanence of its high prevalence is an important marker of the quality of prenatal care in the context of public health in Brazil, since diagnosis and treatment are performed in primary health care. **Objective:** The present study seeks to analyze the quality of treatment performed by medical professionals for gestational and congenital syphilis in the municipality of Altamira-PA, through the SINAN notification forms, in the period from 2007 to 2019. **Methodology:** It consists of a cross-sectional, retrospective, quantitative, observational and descriptive study, which analyzes the quality of treatment carried out by the medical professional in cases of gestational and congenital syphilis in the municipality of Altamira-PA, from 2007 to 2019. Performed through data obtained from the Information System of Notifiable Diseases (SINAN). **Results:** It was found that the city of Altamira-PA had a total of 472 cases of gestational syphilis and 203 cases of congenital syphilis. The unit with the highest incidence of GS was the Independent USF II (11.98%). The cases of CS had a higher incidence in the area covered by the Brasília unit (9.60%). **Discussion:** The study revealed a significant increase in the incidence of syphilis, which mostly occurs in a population at risk: young mothers with low levels of education. In addition, there was a great inadequacy of prenatal care, represented by the increase in the rate of vertical transmission, failure to provide adequate treatment to mothers during prenatal care and their respective sexual partners, late diagnosis of GS (3° trimester) and discordant treatment regimen. These factors were further aggravated by underreporting of the forms. **Conclusion:** It was observed that there were several failures in prenatal care in the municipality, indicating the need for training and guidance actions regarding diagnosis, treatment, monitoring and reporting of the infection.

Keywords: Syphilis. Gestation. Syphilis, Congenital. Epidemiology. Prenatal.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Manifestações Clínicas Adquirida de Acordo com Tempo de Infecção, Evolução e Estágio da Doença.....	16
Figura 2 - Métodos Diagnóstico para Sífilis Gestacional: Testes Imunológicos.....	17
Figura 3 - Mapa de Localização de Altamira - PA.	24
Figura 4 - Mapa indicando as áreas de incidência bruta de sífilis congênita em Altamira – PA.....	39

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Dados de casos notificados das gestantes com sífilis atendidas no município de Altamira no período de 2007 a 2019.....	27
Tabela 2 - Dados sociodemográficos das gestantes com sífilis no município de Altamira	27
Tabela 3 - Dados clínicos das gestantes com sífilis no município de Altamira no período de 2007 a 2019.....	29
Tabela 4 - Dados de casos notificados de sífilis congênita no município de Altamira no período de 2007 a 2019.....	30
Tabela 5 - Dados clínicos e sociodemográficos das crianças com sífilis congênita no município de Altamira no período de 2007 a 2019.....	31
Tabela 6 - Dados assistência pré-natal das pacientes com sífilis gestacional no município de Altamira no período de 2007 a 2019.....	33
Tabela 7 - Dados dos testes diagnósticos nos pacientes com sífilis congênita no município de Altamira no período de 2007 a 2019.....	34
Tabela 8 - Dados clínicos dos pacientes com sífilis congênita no município de Altamira no período de 2007 a 2019.....	35
Tabela 9 - Unidades com casos de sífilis gestacional notificados no município de Altamira no período de 2007 a 2019.....	36
Tabela 10 - Unidades em que foram realizados os diagnósticos de sífilis na gestação no município de Altamira no período de 2007 a 2019.....	36
Tabela 11 - Unidades com casos de sífilis congênita notificados no município de Altamira no período de 2007 a 2019.....	37

DE ABREVIATURAS, SÍMBOLOS E UNIDADES

DATASUS Departamento de Informação do SUS

ESF Estratégia de Saúde da Família

ELISA Enzyme Linked Immuno Sorbent Assay

FTA-ABS Fluorescent Treponemal Antibody Absorption

MS Ministério da Saúde

OMS Organização Mundial de Saúde

RN Recém-Nascido

SINAN Sistema de Informação de Agravos de Notificação

UI Unidades Internacionais

VDRL Venereal Disease Research Laboratory

SG SÍfilis Gestacional

SC SÍfilis Congênita

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	JUSTIFICATIVA	12
3	OBJETIVOS	13
3.1	Objetivo Geral	13
3.2	Objetivos Específicos	13
4	REFERENCIAL TEÓRICO	13
4.1	Sífilis Gestacional	13
4.1.1	Aspectos Clínicos.....	14
4.1.2	Diagnóstico Clínico	14
4.1.3	Diagnóstico Laboratorial.....	16
4.1.4	Tratamento.....	17
4.2	Sífilis Congênita	19
4.2.1	Manifestações Clínicas	19
4.2.2	Diagnóstico	19
4.2.3	Tratamento.....	21
5	METODOLOGIA	22
5.1	Caracterização da Pesquisa	22
5.2	Local de Estudo e População	23
5.3	Critérios de Inclusão	24
5.4	Critérios de Exclusão	24
5.5	Procedimentos de Coleta dos Dados	24
5.6	Processamento e Análise dos Dados	25
5.7	Aspectos Éticos	26
6	RESULTADOS	26
7	DISCUSSÃO	39
8	CONCLUSÃO	45
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	48
	ANEXOS	54

1 INTRODUÇÃO

A Sífilis é uma doença infectocontagiosa de caráter sistêmico, exclusiva do ser humano. Considerada um relevante problema de saúde pública, no contexto mundial e nacional de saúde, pois além de causar prejuízos severos ao organismo, quando não tratada, as lesões sífilíticas são porta de entrada para outras doenças, como o vírus da imunodeficiência humana (HIV) (Brasil, 2020). Causada pelo *Treponema pallidum*, uma bactéria espiroqueta patogênica exclusiva do ser humano descoberta em 1905, a sífilis é transmitida sexual e verticalmente (Brasil, 2022).

A sífilis gestacional atingiu cerca de 1 milhão de casos no mundo (Korenromp, 2019), intensificando a problemática da doença, acometendo mulheres no período gravídico e se não tratada pode repercutir em danos ao feto na forma de sífilis congênita, a considerada segunda maior causa de morte fetal evitável no mundo, responsável por mais de 200 mil natimortos e mortes neonatais (Who, 2019). Estas e outras complicações resultaram na obrigatoriedade do rastreamento em todo pré-natal, onde devem ser solicitadas ao menos duas testagens não treponêmicas (VDRL).

No Brasil somente em 2020 foram diagnosticados mais de 60 mil casos de sífilis gestacional (Brasil, 2021). No período de 2011 a 2021 houve uma taxa de 20,6 casos de sífilis para cada 1000 gestantes, com um total de 385.412 registros (Brasil, 2023). Durante o mesmo período na região do Xingu (Pará) pôde-se observar um vertiginoso aumento de casos desde o início da mesma década, ocorrido a partir da construção da Usina Hidrelétrica de Belo Monte (Loureiro *et al.*, 2022).

Segundo dados do Ministério da Saúde, extraídos do SINAN referente ao período de 2011 a 2021, constatou-se a quantia total de 378 diagnósticos confirmados em gestantes de Altamira, evidenciando um pico de casos diagnosticados, que se mantiveram com apresentando poucas variações. De acordo com o estudo realizado por Loureiro *et al.* (2022), que analisa os casos de sífilis gestacional na região do Xingu, retrata um aumento na incidência dos casos na região em questão a partir do ano de 2010.

A atenção primária de saúde, no Brasil, conta com estratégias para o controle dos casos de Sífilis Gestacional, como a triagem, efetuada através do VDRL e do Teste Rápido, realizados na primeira consulta de pré-natal, no terceiro trimestre de gestação e no momento da internação hospitalar para o parto, e o tratamento em casos de sorologia reagente na gestante de acordo com a forma de Sífilis identificada,

com penicilina G benzatina (Brasil, 2019).

Assim, demonstra-se a efetividade da detecção e do tratamento, das gestantes com sorologias positivas, gerando um impacto positivo e eficaz no controle da sífilis congênita e, concomitantemente, na saúde qualidade de saúde infantil, além de apresentar viabilidade e baixo custo (OMS, 2008). Dessa forma, a detecção precoce e o tratamento adequado impactam diretamente de forma assertiva nos indicadores de saúde nas gestantes e recém-nascidos.

O manejo adequado da sífilis gestacional no contexto da atenção básica, é de suma importância para a prevenção das possíveis complicações da doença, como a mortalidade fetal e neonatal, e o risco de morte prematura (Rocha *et al.*, 2021). Ademais, outras possíveis complicações podem surgir de acordo com o curso da doença, como prematuridade e baixo peso ao nascer (Reis *et al.*, 2020).

Nesse sentido, baseado em estudos prévios que demonstram a importância da realização adequada do tratamento da sífilis gestacional e congênita, espera-se que os profissionais médicos do município de Altamira realizem adequadamente o manejo clínico da sífilis gestacional e congênita ou que não realizem adequadamente o tratamento dessas patologias.

Embora haja estudos que comprovem a persistência dos índices de sífilis gestacional e congênita a nível nacional e no município de Altamira, além de diversas propostas para amenizar sua ocorrência, os resultados dessas intervenções mostraram-se inconsistentes (Loureiro *et al.*, 2022). Portanto, o presente estudo tem por objetivo avaliar a qualidade da assistência médica durante a atenção voltada ao tratamento adequado no município de Altamira-PA.

2 JUSTIFICATIVA

No município de Altamira, como discutido, entre os anos de 2011 a 2022 houve um crescimento da prevalência da Sífilis Congênita Gestacional (Loureiro *et al.*, 2022). Fundamentando, portanto, a produção científica a fim de ampliar o conhecimento dos profissionais de saúde do município e região sobre a referida temática, acerca da importância do diagnóstico precoce e do manejo clínico adequado, visando a redução da incidência das complicações da sífilis gestacional e congênita e o manejo adequado no município de Altamira.

Outrossim, apesar da comprovação literária das implicações da sífilis na saúde das gestantes e dos recém-nascidos, ainda são escassos os estudos abrangentes que relacionam variáveis desde o diagnóstico até o tratamento no cenário nacional

(Soares *et al.*, 2017). Sabe-se, ainda, que os serviços de saúde de todos os municípios da região Xingu são muito deficientes e de baixa resolubilidade (Eletrobrás, 2009).

Portanto, tendo em vista o impacto dessa problemática nos âmbitos de saúde pública, faz-se necessário a realização de uma pesquisa abrangente sobre o manejo clínico adequado e a efetividade do tratamento da SG e SC no município de Altamira, com o intuito de ampliar o arcabouço científico referente a essa temática.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Analisar a qualidade do manejo clínico da Sífilis Gestacional e Sífilis Congênita por meio da ficha de notificação do SINAN, no contexto da atenção primária, no período de 2007 a 2022.

3.2 Objetivos Específicos

- Comparar a incidência de Sífilis Gestacional e Sífilis Congênita no município de Altamira – PA
- Avaliar o perfil sociodemográfico de gestantes com Sífilis Gestacional no município de Altamira – PA
- Definir o perfil Clínico da Sífilis Gestacional no município de Altamira – PA
- Identificar a realização ou não de pré-natal das mães, cujos neonatos foram diagnosticados com Sífilis Congênita
- Definir o perfil Clínico da Sífilis Congênita no município de Altamira – PA
- Identificar as unidades mais suscetíveis aos fatores de risco, com maior taxa de erros no preenchimento da ficha de notificação do SINAN
- Avaliar a qualidade do manejo da Sífilis Gestacional e congênita no município de Altamira-PA
- Identificar a realização ou não de pré-natal das mães, cujos neonatos foram diagnosticados com sífilis congênita.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 Sífilis Gestacional

A sífilis gestacional é uma doença que deve ser tratada corretamente a fim de evitar complicações como a transmissão vertical, prevenindo, assim, a ocorrência de

sífilis congênita (Rocha *et al.*, 2021). As falhas durante a assistência pré-natal podem explicar a alta incidência de sífilis congênita (Galatoire; Rosso; Sakae, 2012).

4.1.1 Aspectos Clínicos

As manifestações clínicas da sífilis são determinadas a partir do estágio no qual a doença é identificada, sendo eles primário, secundário, latente e terciário (Ribeiro, 2021).

A sífilis conhecida como primária ocorre por meio do aparecimento localizado de úlcera única, altamente infecciosa, indolor, de fundo limpo e de bordas endurecidas (Campos e Campos, 2020; Zugaib, 2020). Ela surge no trato genital inferior e desaparece em cerca de duas a seis semanas. A linfadenomegalia generalizada também pode ocorrer em cerca de metade das pacientes (Campos, Campos, 2020).

A sífilis caracterizada como secundária é considerada sistêmica e disseminada e se manifesta em cerca de 30 a 60 dias após a infecção por meio de exantemas maculopapulares róseos de limites imprecisos. Essas lesões costumam afetar tronco e raízes de membros incluindo as regiões palmar e plantar e desaparecem em cerca de 2 a 6 semanas. Outros sintomas incluem adenopatia, faringite, cefaleia, fadiga, perda de peso, artralgia além de febre (Zugaib, 2020).

Como doença sistêmica a sífilis adquirida pode ser classificada em recente, latente e tardia. A conhecida como adquirida recente apresenta lesões infectantes com menos de um ano de evolução após o contágio, o tipo latente apresenta ausência de manifestações clínicas mesmo mantendo as sorologias reatoras (precozes lesões destrutivas com poucos ou sem treponemas após o primeiro ano de infecção até um ano de evolução e tardia após um ano), já o tipo tardio apresenta (Campos e Campos, 2020).

4.1.2 Diagnóstico Clínico

Conforme o Ministério da Saúde em seu Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (2015 e 2022), sífilis adquirida: recente, lesões infectantes transitórias ricas em bactérias com menos de um ano de evolução após o contágio; latente, ausência de manifestações clínicas, mantendo-se as sorologias reatoras, ainda havendo a divisão entre precoce se até um ano de evolução e tardia após um ano do

contágio; tardia, lesões destrutivas com poucos ou sem treponemas após o primeiro ano de infecção.

O MS, 2022, define as manifestações clínicas da sífilis primária como o a presença de úlcera única e indolor de fundo limpo, base endurecida com bordas regulares e definidas, presentes no local de entrada da bactéria, denominada “cancro duro”. Ainda de acordo com o MS, em seu Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais (2022), a duração dos sintomas pode variar de três a oito semanas e desaparecer independentemente da realização ou não do tratamento.

Na sífilis secundária as lesões se apresentam como erupção maculopapular eritematosa pouco visível (roséola), principalmente no tronco e raiz dos membros, sendo comuns também as placas mucosas e lesões acinzentadas, pouco visíveis nas mucosas (Brasil, 2022). Pode haver, ainda, evolução para lesões evidentes, papulosas, eritemato-acastanhadas palmo-plantares, frequentes nos genitais (Brasil, 2022). A presença de condiloma plano ou condilomas lata, febre e alopecia podem estar presentes na sífilis secundária, desaparecendo em poucas semanas de forma espontânea (Milanez; Lajos; Amaral, 2020).

As manifestações terciárias podem surgir após um a 40 anos após o início da infecção, acometendo o sistema nervoso e cardiovascular, podendo ser verificada, também, a presença de gomas sífilíticas (Brasil, 2022). A Figura 1 representa as manifestações clínicas da sífilis em seus respectivos estágios.

Figura 1 - Manifestações Clínicas Adquirida de Acordo com Tempo de Infecção, Evolução e Estágio da Doença.

ESTÁGIOS DE SÍFILIS ADQUIRIDA	MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS
Primária	Cancro duro (úlceras genitais) Linfonodos regionais
Secundária	Lesões cutâneo-mucosas (roséola, placas mucosas, sífilides papulosas, sífilides palmoplantares, condiloma plano, alopecia em clareira, madarose, rouquidão) Micropoliadenopatia Linfadenopatia generalizada Sinais constitucionais Quadros neurológicos, oculares, hepáticos
Latente recente (até um ano de duração)	Assintomática
Latente tardia (mais de um ano de duração)	Assintomática
Terciária	Cutâneas: lesões gomosas e nodulares, de caráter destrutivo Ósseas: periostite, osteíte gomosa ou esclerosante, artrites, sinovites e nódulos justa-articulares Cardiovasculares: estenose de coronárias, aortite e aneurisma da aorta, especialmente da porção torácica Neurológicas: meningite, gomas do cérebro ou da medula, atrofia do nervo óptico, lesão do sétimo par craniano, manifestações psiquiátricas, <i>tabes dorsalis</i> e quadros demenciais como o da paralisia geral

Fonte: DCCI/SVS/MS, 2022.

4.1.3 Diagnóstico Laboratorial

O diagnóstico laboratorial é realizado através da testagem da gestante na primeira consulta de pré-natal, no início do terceiro trimestre e no momento do parto ou aborto, independentemente de exames anteriores. Além disso, recomenda-se realizar o rastreio iniciando por um teste treponêmico, preferencialmente o teste rápido (Brasil, 2022).

Testes não-treponêmicos: detectam anticorpos não específicos para o *T. pallidum* e podem ser qualitativos ou quantitativos - desta forma, sendo úteis para o monitoramento da resposta ao tratamento. Tornam-se reagentes a partir de 3 semanas após o surgimento da lesão cancro duro. Os resultados quantitativos são expressos em títulos, como 1:2, 1:4, 1:8 e afins. À medida em que esse quociente diminui, é possível constatar a efetividade do tratamento. O exemplo de teste deste tipo mais utilizado é o VDRL (do inglês Venereal Disease Research Laboratory). Durante o pré-natal, o teste de VDRL é utilizado para rastreamento da doença. Suas coletas devem ser realizadas na primeira consulta, entre 28 e 32 semanas e no momento da admissão na maternidade (Brasil, 2020; Freitas, 2020; Zugaib, 2020).

Testes treponêmicos: Detectam anticorpos específicos produzidos contra os antígenos do *T. pallidum*. São exemplos destes testes o FTA-Abs e ELISA. São testes rápidos de fácil aplicação e com resultados disponíveis em, no máximo, 30 minutos. São os primeiros a ficarem reagentes e, na maioria das vezes, permanecem positivos mesmo após o tratamento pelo resto da vida do paciente. Dessa forma, não são efetivos para o monitoramento da resposta ao tratamento (Brasil, 2020; Freitas, 2020; Zugaib, 2020).

Para a confirmação diagnóstica, devem ser utilizados um teste treponêmico e um não treponêmico, não obstante, a ordem de realização destes fica a critério de cada serviço e depende da infraestrutura laboratorial local, bem como da disponibilidade e capacitação de profissionais. Nesse sentido, devido às vantagens de otimização, é comum se iniciar a investigação por um teste treponêmico, de preferência o teste rápido, devido à sua maior sensibilidade (Brasil, 2020; Freitas, 2020; Zugaib, 2020). A Figura 2 representa a utilização dos testes imunológicos para diagnóstico da sífilis na gestação.

Figura 2 - Métodos Diagnóstico para Sífilis Gestacional: Testes Imunológicos.

TESTES IMUNOLÓGICOS	Não treponêmicos	VDRL RPR TRUST USR	Quantificáveis (ex.: 1:2, 1:4, 1:8). Importantes para o diagnóstico e monitoramento da resposta ao tratamento.
	Treponêmicos	FTA-Abs ELISA/EQL/CMIA TPHA/TPPA/MHA-TP Teste Rápido (TR)	São os primeiros a se tornarem reagentes. Na maioria das vezes, permanecem reagentes por toda a vida, mesmo após o tratamento. São importantes para o diagnóstico, mas não estão indicados para o monitoramento da resposta ao tratamento.

Fonte: DCCI/SVS/MS, 2022.

Os dados laboratoriais devem ser correlacionados com a clínica da paciente. O histórico de infecções passadas e investigação de exposição recente devem ser avaliados a fim de um melhor entendimento do quadro clínico da paciente e, conseqüentemente, um tratamento mais adequado (Brasil, 2022).

4.1.4 Tratamento

O tratamento da Sífilis é norteado pelo estágio clínico da doença, sendo a Penicilina Benzatina o fármaco recomendado, dada a sua eficácia documentada e a ausência de evidências que comprovem a resistência do agente etiológico da sífilis, o

T. pallidum, no Brasil (Brasil, 2022). A benzilpenicilina benzatina é capaz de atravessar a barreira placentária e manter uma concentração superior à do *T. pallidum*, sendo assim eficaz tanto na gestante quanto no feto, prevenido a transmissão vertical (Monteiro, 2015; Filho *et al.*, 2020).

Nas gestantes o tratamento deve ser realizado imediatamente após a detecção da sífilis por teste treponêmico ou não treponêmico reagente, não excluindo a necessidade de um segundo teste para confirmação diagnóstica (Brasil, 2022). É de suma importância que haja o tratamento da parceria sexual, visando evitar a reinfecção da gestante (Brasil, 2022).

Para sífilis primária, secundária e latente recente, até um ano de evolução, utiliza-se a dose única de penicilina benzatina 2,4 milhões de Unidades Internacionais (UI), intramuscular, 1,2 milhões em cada glúteo. Em seguida, deve-se realizar testes não-treponêmicos mensais, por 12 meses (Brasil, 2020; Zugaib, 2020).

O esquema para sífilis latente tardia, com mais de um ano de evolução, latente com duração não-aférível e sífilis terciária, utiliza-se a penicilina benzatina 2,4 milhões, 1,2 milhões UI em cada glúteo, uma vez por semana, por 3 semanas. É pertinente ressaltar que, em não havendo comparecimento da paciente em um intervalo maior que 14 dias entre as doses, o esquema deve ser reiniciado. O Seguimento ocorre por meio de teste não-treponêmico mensal, por 12 meses (Brasil, 2020; Zugaib, 2020).

Após a primeira dose de penicilina o paciente pode apresentar uma reação adversa importante, chamada reação de Jarisch-Herxheimer, caracterizada pela exacerbação das lesões cutâneas com eritema, dor e prurido, ocasionalmente pode apresentar febre e artralgia. Trata-se de um quadro autolimitado, não devendo ser interrompido o tratamento (Brasil, 2015).

Vale ressaltar, ainda, que a sífilis gestacional e a sífilis congênita são doenças de notificação compulsória, registradas nas fichas de notificação (ANEXO A e ANEXO B), e lançadas no SINAN.

As complicações da sífilis nas gestantes quando não tratada, ou inadequadamente tratada, pode ocasionar abortamentos, prematuridade e natimortalidade (Campos *et al.*, 2010).

4.2 Sífilis Congênita

A Sífilis Congênita é uma doença infectocontagiosa transmitida por via hematogênica ou por contato direto com as lesões no momento do parto, da gestante portadora de sífilis para o feto (Brasil, 2021). A ocorrência de SC, no Brasil, reflete um pré-natal fragilizado, onde evidencia-se um descaso dos gestores, dos profissionais e da própria população visto que esta é uma doença que conta com um tratamento e diagnóstico eficazes (Rezende, 2017).

4.2.1 Manifestações Clínicas

A SC pode ser classificada em precoce, surge nos primeiros dois anos de vida da criança, ou tardia, surge após o segundo ano de vida da criança. Ambas têm o diagnóstico estabelecido através de uma complexa investigação que envolve critérios epidemiológicos, clínicos, laboratoriais e de imagem (Brasil, 2015). As manifestações clínicas incluem distúrbios ósseos, dermatológicos, auditivos, neurológicos e alterações laboratoriais (Who, 2016).

Segundo o MS, 2019, 70% dos casos de SC precoce são assintomáticos. A SC pode manifestar achados gestacionais e perinatais, como: natimorto, prematuridade, aborto espontâneo, baixo peso ao nascer, hidropsia fetal não imune, placenta com tamanho desproporcional, grande, grossa, pálida e alterações no cordão umbilical, presença de edema e inflamação (Ribeiro *et al.*, 2021).

A SC tardia, costuma ser uma condição rara, associada a inflamação ou reação de hipersensibilidade e a presença de gomas sífilíticas nos diversos tecidos. Manifestações clínicas como a ceratite intersticial, articulações de Clutton e surdez neurosensorial podem estar presentes (Brasil, 2022).

4.2.2 Diagnóstico

O diagnóstico baseia-se na análise do histórico materno de sífilis, na anamnese, exame físico, exames laboratoriais, sorológicos e de imagem (Brasil, 2019). Os recém-nascidos de mães diagnosticadas com sífilis durante a gestação, devem ser submetidos ao teste não treponêmico, realizado com sangue periférico, independentemente dos antecedentes maternos de tratamento. Ambos os testes devem ser comparados, ressalta-se a importância de utilizar o mesmo teste não treponêmico tanto para a criança quanto para a mãe, afim de eliminar possíveis variações da titulação (Brasil, 2021).

Titulações do recém-nascido com valores superiores ao materno em pelo menos duas diluições são sugestivos de infecção congênita, porém a ausência desse dado não exclui a possibilidade de infecção. A realização do teste treponêmico não possui caráter obrigatório, podendo ser realizado após os 18 meses (Brasil, 2022).

Ao exame físico, são sinais sugestivos de SC precoce, que ocorre até o segundo ano de vida da criança: hepatomegalia, esplenomegalia, icterícia, corrimento nasal, exantema maculopapular, linfadenopatia generalizada e anormalidades esqueléticas (Brasil, 2022). Quanto aos sinais presentes na SC tardia, ocorre a partir do segundo ano de vida da criança, fronte olímpica, mandíbula curva, arco palatino elevado, tríade de Hutchinson (dentes de Hutchinson, ceratite intersticial, lesão do VIII par craniano), nariz em sela; tibia em lâmina de sabre, surdez, retardo mental e hidrocefalia (Costa, 2010).

No que tange aos exames laboratoriais, podemos citar como padrão-ouro para o diagnóstico de sífilis congênita recente a microscopia em campo escuro, considerando a possibilidade de falsos negativos nos testes sorológicos neste estágio (Damasceno, 2014).

Porém, não se exclui a utilização de testes sorológicos nos recém-natos, para o diagnóstico de SC, preferencialmente deve ser utilizado o teste não treponêmico, realizado a partir da coleta de sangue periférico, e comparado ao teste não treponêmico da mãe, sendo diagnóstico favorável a SC titulações do RN com valores superiores ao da mãe em duas titulações ou mais. Os testes treponêmico têm pouco valor diagnóstico nesse estágio pois pode haver persistência dos anticorpos maternos até o 18º mês de vida (Who, 2016).

No hemograma completo é comum a presença de alterações como anemia, leucocitose, leucopenia e plaquetopenia em situações onde há infecção por SC (SES-SP, 2016).

A coleta do líquido cefalorraquidiano (LCR) se faz obrigatória para a pesquisa de neurosífilis, devendo ser realizado o tratamento preconizado em caso de impossibilidade da coleta, não excluindo a sua necessidade, devendo ser realizada assim que o impedimento descontinuar, em caso de VDRL reagente, independente do VDRL sérico e/ou alterações celulares e bioquímicas do LCR a neurosífilis é confirmada (Guinsburg e Santos, 2010; SES-SP, 2016).

Quanto aos exames de imagem podemos elencar a radiografia de ossos longos, tendo como principais achados a osteocondrite, a periostite e a metafisite

(Guinsburg e Santos, 2010). Esses achados podem ser encontrados em 90% dos casos de SC sintomática (SES-SP, 2016).

4.2.3 Tratamento

O tratamento para sífilis congênita no RN está destinado a todos os casos em que haja confirmação ou suspeita de SC, neonatos com teste não treponêmico positivo e sinais clínicos, acompanhados ou não de achados laboratoriais e/ou radiológicos típicos da doença, ou em casos de assintomáticos em que o tratamento materno não foi realizado ou não foi documentado, ou ainda não foi realizado de forma adequada (Guinsbrug e Santos, 2010).

O tratamento de escolha para a SC têm sido a benzilpenicilina potássica, cristalina, procaína ou benzatina, para os casos de neurosífilis recomenda-se a benzilpenicilina cristalina por via intravenosa (IV), nesses casos a internação hospitalar é obrigatória (Brasil, 2022; SES-SP, 2016). Em caso de ausência confirmada de neurosífilis o tratamento pode seguir com benzilpenicilina procaína, por via intramuscular (IM) fora da unidade hospitalar (Brasil, 2022).

Para as crianças assintomáticas e sem alterações em exames laboratoriais e de imagem, com teste não treponêmico não reagente, filhos de mães não tratadas ou tratadas incorretamente, pode-se utilizar a benzilpenicilina benzatina 50.000 UI/Kg em dose única, por via intramuscular (IM) para a prevenção das manifestações clínicas da SC (Brasil, 2022). Se o RN for assintomático, a mãe foi tratada de forma adequada, porém o VDRL for reagente, com titulação igual ou inferior ao da mãe, a penicilina G benzatina em dose única de 50.000 UI/Kg, por via intramuscular (IM), é o tratamento indicado (SES-SP, 2016).

Em casos onde não foi realizado o tratamento materno durante a gestação, ou foi realizado de forma não satisfatória, e houverem alterações clínicas, sorológicas, líquóricas e/ou laboratoriais, está indicado o tratamento com penicilina G cristalina com dose de 50.000 UI/Kg, via intravenosa (IV), a cada 12 horas nos primeiros 7 dias, após os 7 primeiros dias realizar a administração a cada 8 horas, por 10 dias. O mesmo tratamento deverá ser seguido em casos de impossibilidade da coleta do líquido (SES-SP, 2016).

Recém-natos, cujas mães realizaram o tratamento de forma satisfatória, mas apresentam teste não-treponêmico reagente com titulação superior a materna ou sinais clínicos da doença, pode-se utilizar benzilpenicilina G cristalina 50.000 UI/Kg,

via intravenosa (IV), a cada 12 horas nos primeiros 7 dias, após os 7 primeiros dias realizar a administração a cada 8 horas, por 10 dias; ou benzilpenicilina G procaína, com 50.000 UI/Kg, com intervalo de 24 horas, dose única diária, por via intramuscular (IM), por 10 dias, em caso de intervalo entre as doses superior a 24 horas o esquema de tratamento deve ser reiniciado (Brasil, 2022).

Se a gestante recebeu adequadamente o tratamento, o neonato apresentou sinais clínicos, laboratoriais e de imagem típicos de SC e o teste não treponêmico em amostra de sangue periférico estiver reagente, com titulação superior ao materno, associados a alterações liquóricas o tratamento segue com penicilina G cristalina, dose de 50.000 UI/Kg, via intravenosa (IV), com intervalos de 12 horas a cada aplicação nos primeiros 7 dias do nascimento, e a cada 8 horas após os primeiros 7 dias de vida, durante 10 dias (SES-SP, 2016).

Seguimento das Crianças com Sífilis Congênita

Os recém-nascidos cujas mães tiveram sorologia positiva para sífilis devem receber acompanhamento por no mínimo dois anos, com a realização de testagem com sorologias não treponêmicas com um, três, seis, doze e dezoito meses (Rocha *et al.*, 2021). Em casos de dois exames sorológicos negativos, consecutivos ou queda do título em duas titulações, o seguimento com os testes sorológicos pode ser interrompido (Brasil, 2019).

O referenciamento das crianças expostas à sífilis pode ser realizado pela maternidade ou casa de parto deve levar em consideração a rede de serviço de saúde no estabelecida no território e a localidade de moradia da família (Brasil, 2022).

5 METODOLOGIA

5.1 Caracterização da Pesquisa

O presente estudo caracteriza-se como um estudo analítico transversal, quantitativo, retrospectivo, observacional e de caráter descritivo, que analisa os casos de sífilis gestacional e congênita notificados no município de Altamira-PA no período de 2007 a 2019, por meio de dados obtidos no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

Como estudo observacional a pesquisa realizará uma observação e coleta de informações dos casos devidamente notificados de SC e SG no município de Altamira-PA. Os estudos observacionais descrevem apenas a distribuição da doença sem

preocupar-se com as relações causais ou que o investigador realize intervenções (Porta; Greenland; Last, 2008).

O estudo transversal, está incluso nos tipos de estudo analíticos, utiliza-se da análise de dados coletados em um determinado momento, permitindo conhecer a prevalência das doenças e fatores associados, e assim avaliar a evolução do problema (Fronteira, 2013). Assim, o estudo avaliará os determinantes no manejo clínico da Sífilis Congênita e Sífilis Gestacional no período de 2007 a 2019.

A pesquisa contará como método o estudo quantitativo por se tratar de uma análise que emprega a quantificação de dados numéricos, ou informações conversíveis em números, apoiados em utilização de estatísticas (Dalfov; Lana; Silveira, 2008). Assim, a análise apresentará a tabulação dos números absolutos, resultado das informações obtidas através da ficha de notificação do SINAN, posteriormente apresentada em gráficos.

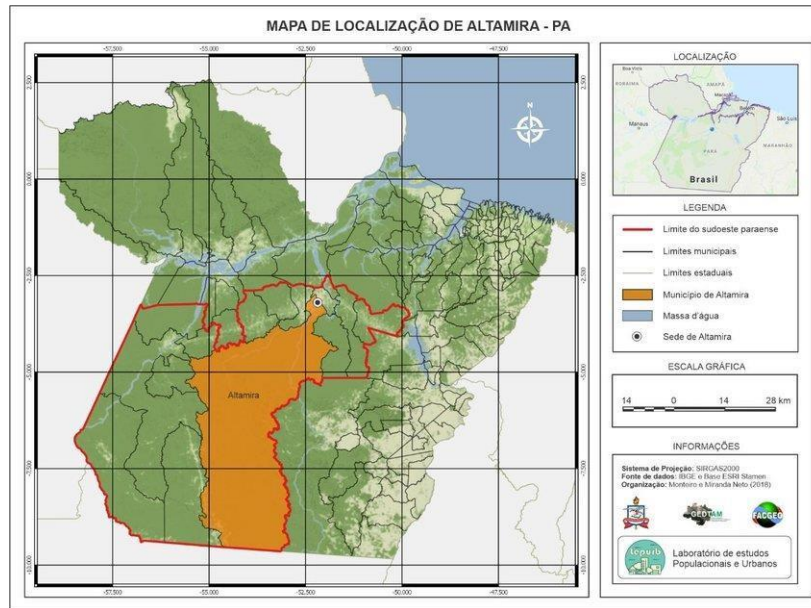
O emprego do estudo retrospectivo dar-se-á por meio da análise das informações e dados já coletados previamente, dispostos no DATASUS a partir da ficha de notificação, a fim de investigar a relação do perfil clínico e da realização do manejo adequado dos indivíduos com SG ou SC devidamente notificados. Os estudos retrospectivos baseiam-se em elementos do passado, seguido de determinado momento até o presente, neste caso, até 2019 (Fletcher; Fletcher; Wagner, 2003).

A utilização do estudo descritivo será estabelecida através da descrição e análise dos achados da pesquisa, centrado na observação e relato das características encontradas, após a análise dos dados. Segundo Trevinos (2008 apud Augusto *et al*, 2013, p. 749), os estudos descritivos, consistem na descrição criteriosa dos fatos e fenômenos de uma realidade, para a obtenção de informações a respeito daquilo que já se definiu como problema a ser investigado.

5.2 Local de Estudo e População

A população da pesquisa compreende todos os casos notificados de sífilis gestacional e de sífilis congênita no município de Altamira-PA no período de 2007 a 2019. A Figura 3 apresenta a localização do município de Altamira, localizada no estado do Pará, mais especificamente na região Xingu.

Figura 3 - Mapa de Localização de Altamira - PA.



Fonte: Laboratório de Estudos Populacionais e Urbanos (LEPURB), 2018.

5.3 Critérios de Inclusão

Todas as gestantes, devidamente notificadas com Sífilis Gestacional e neonatos com diagnóstico de Sífilis Congênita devidamente notificados, no SINAN, no município de Altamira no período de 2007 a 2019.

5.4 Critérios de Exclusão

Ficha de notificação não preenchida adequadamente com os dados de perfil clínico ignorado.

Gestantes, diagnosticadas com sífilis gestacional, atendidas no município de Altamira, mas residentes em outros municípios.

Neonatos nascidos em Altamira, diagnosticados com Sífilis congênita, mas residentes em outros municípios.

5.5 Procedimentos de Coleta dos Dados

Para estudos epidemiológicos serão utilizados resultados obtidos a partir de dados secundários, extraídos do Departamento de Informação do SUS (DATASUS), de domínio público, constituído pela fonte de dados de Doenças e Agravos de Notificação - 2007 a 2019 (SINAN).

5.6 Processamento e Análise dos Dados

As variáveis que serão estudadas, a partir da amostra de casos de sífilis gestacional no município de Altamira entre 2007 a 2019: faixa-etária e teste treponêmico. As informações serão extraídas do DATASUS, de acesso público, no ano de 2023 e exportadas ao programa Microsoft Office Excel®, no qual serão tabulados e os dados apresentados em gráficos, para melhor estudo dos resultados, com análise de distribuição das frequências dos números absolutos.

As variáveis sociodemográficas avaliadas constituirão: faixa etária, etnia, escolaridade e zona de moradia. Serão avaliadas também as seguintes características clínicas: trimestre de gestação, classificação clínica da sífilis, esquema de tratamento da gestante e tratamento concomitante do parceiro.

A análise da assistência da atenção básica de acordo com o perfil clínico da sífilis gestacional com as recomendações do caderno da gestante do Ministério da Saúde (MS) envolve a avaliação do alinhamento entre as práticas clínicas adotadas na atenção básica e as diretrizes estabelecidas pelo MS para o cuidado pré-natal.

Nessa análise, é possível verificar se os profissionais de saúde estão seguindo adequadamente as recomendações para o diagnóstico precoce, o tratamento correto e a prevenção da transmissão vertical da SG. Além disso, é importante observar se os serviços de atenção básica estão oferecendo os exames e acompanhamentos necessários, conforme preconizado pelo MS. A comparação entre o perfil clínico da SG e as recomendações do caderno da gestante do MS permite identificar lacunas ou áreas de melhoria na atenção básica, visando garantir um cuidado efetivo e adequado para as gestantes com sífilis.

Para a análise da sífilis gestacional, será calculado o número total de casos notificados no período analisado. A taxa de incidência será calculada dividindo o número total de casos novos de sífilis gestacional, devidamente notificados, em cada ano no município de Altamira pelo número de nascidos vivos, disponível no Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), no mesmo local e período, e multiplicado por 1000.

Com relação a sífilis congênita, será calculado o número total de casos notificados no período analisado. A taxa de incidência será calculada dividindo o número total de casos novos de sífilis congênita, devidamente notificados, em cada

ano para o município de Altamira, pelo número de nascidos vivos, disponível no SINASC, no mesmo local e período, e multiplicado por 1000.

A avaliação será realizada nas crianças com Sífilis Congênita, cujas mães tiveram testes sorológicos reagentes para sífilis durante a gestação nas quais o tratamento não foi realizado de forma adequada ou o tratamento foi inexistente, que apresentem sinais ou sintomas ou tenham alterações sorológicas, laboratoriais ou de exames de imagem sugestivos de SC.

Serão avaliados, ainda, os antecedentes clínico-epidemiológicos das mães cujos recém-nascidos foram diagnosticados com sífilis congênita: realização do pré-natal, faixa etária, etnia, escolaridade, momento do diagnóstico, adequação do tratamento e tratamento concomitante do parceiro.

Além disso, serão identificadas, no processo de georreferenciamento, as unidades de saúde nas quais as gestantes com sífilis gestacional realizaram o pré-natal e representá-las em um mapa, sinalizando as unidades com maior taxa de falhas no preenchimento da ficha de notificação do SINAN. Identificar se a mãe realizou o pré-natal. As informações serão retiradas da ficha de notificação do SINAN.

5.7 Aspectos Éticos

Não houve a necessidade da utilização Do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, pois ao longo da pesquisa, a identidade dos envolvidos foi mantida em sigilo. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará, com parecer de número: 42343121.9.0000.0018.

Os pesquisadores responsáveis pelo projeto assinaram o Termo de Confidencialidade e Sigilo.

Os dados serão obtidos através do Sistema de Informação de Agravos e Notificações (SINAN) do município de Altamira, e coletado na Secretaria de Estado de Saúde Pública do Pará (SESPA).

6 RESULTADOS

O município de Altamira-PA contou com um total de 442 casos de Sífilis Gestacional notificados no período de 2007 a 2019, sendo 87,33% dos casos de gestantes residentes em Altamira e 12,67% de gestantes residentes em outro município, mas notificadas em Altamira.

Tabela 1 - Dados de casos notificados das gestantes com sífilis atendidas no município de Altamira no período de 2007 a 2019.

CASOS NOTIFICADOS	Números absolutos	%
MUNICÍPIO DE ALTAMIRA / RESIDENTES EM ALTAMIRA	386	87,33
MUNICÍPIO DE ALTAMIRA / RESIDENTES EM OUTRO MUNICÍPIO	56	12,67
TOTAL	442	100

Fonte: elaborado pela autora com base em dados do DATASUS.

Quanto a taxa de incidência da Sífilis gestacional no município de Altamira-PA esta foi de 12,49% no referido período, levando em consideração dados do SINASC sobre o número de nascidos vivos.

No que se refere ao perfil sociodemográfico das gestantes com sífilis, a faixa etária mais acometida foi a de 16 a 20 anos, com 33,98% dos casos registrados. Quanto à etnia, 81,90% das gestantes eram pardas. Com relação à escolaridade, 19,31% possuíam ensino médio incompleto, porém, é importante atentar-se ao fato de que em 16,13% das fichas de notificação esse dado estava registrado como ignorado. Quanto à zona de moradia, a maioria das gestantes residiam na zona urbana, correspondendo a 88,01% dos casos.

Tabela 2 - Dados sociodemográficos das gestantes com sífilis no município de Altamira. (continua)

Dados Sociodemográficos	Números absolutos	(%)
Faixa etária		
15 ou menos	13	3,17
16 a 20	139	33,98
21 a 25	127	31,05
26 a 30	63	15,40
31 a 35	27	6,60
35 ou mais	18	4,40
Não Preenchidas	22	5,37
TOTAL	409	100
Etnia		
Branco	40	9,77
Preta	13	3,17
Amarela	4	0,97
Parda	335	81,90
Indígena	2	0,48
Ignorado	4	0,97

Tabela 3 - Dados sociodemográficos das gestantes com sífilis no município de Altamira. (conclusão)

Dados Sociodemográficos	Números absolutos	(%)
Etnia		
Não Preenchidas	11	2,68
TOTAL	409	100
Escolaridade		
Analfabeto (0)	3	0,73
1° a 4° serie incompleto (1)	50	12,22
4° serie completa (2)	10	2,44
5° a 8° serie incompleto (3)	74	18,09
Fundamental completo (4)	35	8,55
Médio incompleto (5)	79	19,31
Médio completo (6)	59	14,42
Superior incompleto (7)	1	0,24
Superior completo (8)	2	0,48
Ignorado (9)	66	16,13
Não se aplica (10)	1	0,24
Não Preenchidas	29	7,09
TOTAL	409	100
Zona de moradia		
Urbana	360	88,01
Rural	34	8,31
Periurbana	0	0
Ignorado	2	0,48
Não Preenchidas	13	3,17
TOTAL	409	100

Fonte: elaborado pela autora com base em dados do DATASUS.

No que tange ao perfil clínico da sífilis gestacional no município de Altamira-PA, do total dos 442 casos notificados, o momento do diagnóstico de sífilis gestacional ocorreu 61,84% das vezes no 3º trimestre de gestação. Quanto ao diagnóstico, 89,33% das gestantes apresentaram teste não-treponêmico reagente durante o pré-natal, e 30,31% apresentaram teste treponêmico reagente. Observa-se que o teste treponêmico não foi realizado em 60,63% dos casos. Quanto a classificação clínica da doença no momento do diagnóstico, 77,01% dos casos foram notificados como sífilis primária, sendo que 10,75% tiveram classificação clínica ignorada.

Em relação ao esquema de tratamento destaca-se a Penicilina G benzatina como droga de escolha. Nas gestantes diagnosticadas com sífilis gestacional, o esquema prevalente foi a Penicilina G benzatina na dose de 7.200.000 UI via

intramuscular, aplicado em 3 doses de 2.400.000 UI, com intervalo de 7 dias entre elas, representando 46,69%. A respeito do tratamento do parceiro, esse foi realizado em apenas 28,11%, e em 63,56% dos casos, o tratamento não ocorreu. Para os parceiros o esquema de tratamento mais utilizado foi a Penicilina G benzatina na dose de 2.400.000 de UI, via intramuscular em dose única vale ressaltar que em 57,70% dos casos não foi realizado (dado correspondente a variante 5 do item 43 da ficha de notificação).

Tabela 3 - Dados clínicos das gestantes com sífilis no município de Altamira no período de 2007 a 2019. (continua)

Dados Clínicos		
Trimestre de gestação	Números absolutos	(%)
1° trimestre	57	14,21
2° trimestre	86	21,45
3° trimestre	248	61,84
Ignorado	10	2,44
Não Preenchido	8	1,95
TOTAL	409	100
VDRL NO PRÉ-NATAL		
Reagente	360	89,33
Não reagente	8	1,95
Não realizado	17	4,15
Ignorado	18	4,40
Não Preenchido	6	1,46
TOTAL	409	100
Teste rápido no pré-natal		
Reagente	124	30,31
Não reagente	21	5,13
Não realizado	248	60,63
Ignorado	9	2,20
Não Preenchido	7	1,71
TOTAL	409	100
Classificação clínica		
Primária	315	77,01
Secundária	16	3,91
Terciária	13	3,17
Latente	9	2,20
Ignorado	44	10,75
Não Preenchido	12	2,93
TOTAL	409	100

Tabela 3 - Dados clínicos das gestantes com sífilis no município de Altamira no período de 2007 a 2019. (conclusão)

Dados Clínicos		
Esquema de tratamento	Números absolutos	(%)
2.400.000	104	25,42
4.800.000	41	10,02
7.200.000	191	46,69
Outro	20	4,88
Não realizado	41	10,02
Ignorado	4	0,97
Não Preenchido	12	2,93
TOTAL	409	100
Tratamento do parceiro		
Sim	115	28,11
Não	260	63,56
Ignorado	12	2,93
Não Preenchido	22	5,37
TOTAL	409	100
Esquema do parceiro		
	73	17,84
2.400.000	24	5,86
4.800.000	37	9,04
7.200.000	4	0,97
Outro	236	57,70
Não realizado	14	3,42
Ignorado	21	5,13
Não Preenchido		
TOTAL	409	100

Fonte: elaborado pela autora com base em dados do DATASUS.

No período de 2007 a 2019 foram notificados 265 casos de sífilis congênita no município de Altamira, destes, 180 são casos notificados de crianças residentes em Altamira. A incidência correspondeu a 5,82% levando em consideração a taxa de nascidos-vivos disponibilizada pelo SINASC.

Tabela 4 - Dados de casos notificados de sífilis congênita no município de Altamira no período de 2007 a 2019.

CASOS NOTIFICADOS	Números absolutos	%
MUNICÍPIO DE ALTAMIRA / RESIDENTES EM ALTAMIRA	180	77,33
MUNICÍPIO DE ALTAMIRA / RESIDENTES EM OUTRO MUNICÍPIO	85	22,66
TOTAL	265	100

Fonte: elaborado pela autora com base em dados do DATASUS.

Analisando o total de casos notificados de SC no município de Altamira, 90,50% das crianças foram declaradas pardas, a distribuição dos sexos ocorreu de forma similar, sendo 49,72% do sexo feminino e 49,72% do sexo masculino. 0,56% não foi informado. A zona de moradia mais prevalente nos casos de SC foi a urbana, totalizando 87,7% das notificações.

Quanto ao perfil clínico-epidemiológico das mães com sífilis cujos filhos foram diagnosticados com sífilis congênita, as gestantes mais acometidas estavam na faixa etária de 16-20 anos (40,80%), eram pardas (91,06%) e possuíam ensino médio incompleto (20,11%). Analisando a amostra nota-se que o preenchimento do nível de escolaridade materno foi ignorado em 17,87% dos casos.

Tabela 5 - Dados clínicos e sociodemográficos das crianças com sífilis congênita no município de Altamira no período de 2007 a 2019. (continua)

Dados Clínicos e Sociodemográficos	Números absolutos	(%)
Raça		
Branco	11	6,15
Preto	4	2,23
Amarela	0	0
Parda	162	90,50
Indígena	0	0
Ignorado	2	1,12
TOTAL	179	100
Sexo		
Feminino	89	49,72
Masculino	89	49,72
Ignorado	0	0
Não informado	1	0,56
TOTAL	179	100
Zona de moradia		
Urbana	157	87,71
Rural	20	11,17
Periurbana	1	0,56
Ignorado	1	0,56
TOTAL	179	100

Tabela 5 - Dados clínicos e sociodemográficos das crianças com sífilis congênita no município de Altamira no período de 2007 a 2019. (conclusão)

Dados Clínicos e Sociodemográficos	Números absolutos	(%)
Faixa etária da mãe		
15 ou menos	6	3,45
16 a 20	71	40,80
21 a 25	51	29,31
26 a 30	25	14,37
31 a 35	9	5,17
35 ou mais	12	6,90
TOTAL	174	100
Raça da mãe		
Branco	11	6,15
Preto	1	0,56
Amarela	1	0,56
Parda	163	91,06
Indígena	1	0,56
Ignorado	2	1,12
TOTAL	179	100
Escolaridade da mãe		
Analfabeto	3	1,68
1° a 4° serie incompleto	29	16,20
4° serie completa	5	2,79
5° a 8° serie incompleto	27	15,08
Fundamental completo	18	10,06
Médio incompleto	36	20,11
Médio completo	26	14,53
Superior incompleto	1	0,56
Superior completo	2	1,12
Ignorado	32	17,88
Não se aplica	0	0
TOTAL	179	100

Fonte: elaborado pela autora com base em dados do DATASUS.

No que diz respeito à assistência pré-natal, 87,71% das gestantes tiveram acesso ao serviço de pré-natal. O momento de diagnóstico da sífilis materna ocorreu em 55,30% das vezes durante o acompanhamento pré-natal. A taxa de transmissão vertical foi avaliada em 46,63%. Ademais, 7,26% dos casos foram descobertos no momento do parto, e 33,52% após o parto. Sendo que é obrigatória a realização de

testes sorológicos durante o parto para realização tratamento, principalmente para as mães que não dispuseram de uma assistência pré-natal satisfatória.

Verificou-se que a maioria das gestantes cujos filhos foram diagnosticados com sífilis congênita receberam tratamento inadequado (70,95%). Quanto ao tratamento da sífilis pelo parceiro da gestante, notou-se que 69,27% dos parceiros sexuais das gestantes não foram tratados concomitantemente.

Tabela 6 - Dados assistência pré-natal das pacientes com sífilis gestacional no município de Altamira no período de 2007 a 2019.

Dados de testes realizados em RN	Números absolutos	(%)
Realizou Pré-Natal		
Realizado	157	87,71
Não realizado	19	10,61
Ignorado	3	1,68
TOTAL	179	100
Diagnóstico da sífilis materna		
Pré-natal	99	55,31
Parto/ curetagem	13	7,26
Após o parto	60	33,52
Não realizado	7	3,91
TOTAL	179	100
Tratamento da mãe		
Adequado	16	8,94
Inadequado	127	70,95
Não realizado	29	16,20
Ignorado	7	3,91
Não informado	0	0
TOTAL	179	100
Trata parceiro		
Realizado	40	22,35
Não realizado	124	69,27
Ignorado	15	8,38
Não Informado	0	0
TOTAL	179	100

Fonte: elaborado pela autora com base em dados do DATASUS.

Quanto aos testes realizados em RN, observou-se que o teste não treponêmico no sangue periférico foi reagente em 76,54 % dos casos, o teste rápido após 18 meses não foi realizado em 65,36% das vezes e o teste não treponêmico no líquido não foi realizado em 87,71% dos casos.

Tabela 7 - Dados dos testes diagnósticos nos pacientes com sífilis congênita no município de Altamira no período de 2007 a 2019.

Dados de testes realizados em RN	Números absolutos	(%)
VDRL sangue periférico		
Reagente	137	76,54
Não reagente	11	6,15
Não realizado	29	16,20
Ignorado	2	1,12
TOTAL	179	100
Teste TREP após 18 meses		
Reagente	3	1,68
Não reagente	3	1,68
Não realizado	117	65,36
Não se aplica	52	29,05
Ignorado	4	2,23
TOTAL	179	100
VDRL líquido		
Reagente	1	0,56
Não reagente	15	8,38
Não realizado	157	87,71
Ignorado	4	2,23
Não informado	2	1,12
TOTAL	179	100

Fonte: elaborado pela autora com base em dados do DATASUS.

O esquema de tratamento mais empregado nos neonatos diagnosticados com sífilis congênita foi a Penicilina Cristalina na dose de 100.000 a 150.000 UI/KG/dia, via intravenosa (IV), durante 10 dias (35,75%). No que se refere a evolução dos casos de sífilis congênita, 95,53% das fichas de notificação mostravam que as crianças estavam vivas, e 1,67% evoluíram com óbito por sífilis congênita.

Quantos aos diagnósticos clínicos de sífilis congênita, evidenciou-se que 82,12% dos casos eram assintomáticos, indicando o diagnóstico clínico de SC Precoce. Além disso, apenas 4,46% dos neonatos apresentavam algum sintoma.

Tabela 8 - Dados clínicos dos pacientes com sífilis congênita no município de Altamira no período de 2007 a 2019.

Dados Clínicos	Números absolutos	(%)
Esquema de tratamento		
Cristalina 100.000 a 150.000 UI kg/dia 10 dias	64	35,75
Procaína 50.000 UI/kg/dia 10 dias	20	11,17
Benzatina 50.000 UI kg/dia	6	3,35
Outro esquema	56	31,28
Não realizado	12	6,70
Ignorado	3	1,67
Não informado	2	1,12
TOTAL	179	100
Evolução do caso		
Vivo	171	95,53
Óbito por sífilis congênita	3	1,67
Óbito por outras causas	1	0,59
Aborto	0	0
Natimorto	0	0
Ignorado	4	2,23
TOTAL	179	100
Diagnóstico clínico		
Assintomático	147	82,12
Sintomático	8	4,47
Não se aplica	15	8,38
Ignorado	3	1,67
Não Informado	6	3,35
TOTAL	179	100

Fonte: elaborado pela autora com base em dados do DATASUS.

As unidades de pré-natal são responsáveis tanto pelo preenchimento das fichas de notificação quanto pelo acompanhamento da gestante com sífilis. Dessa maneira, analisando as amostras, observou-se que 23,47% das fichas de notificação não possuíam a identificação da unidade de pré-natal.

Ainda através da análise dos dados, nota-se que a unidade de pré-natal que possuiu o maior número de casos notificados, tanto na própria unidade quanto em outros serviços, foi a USF Independente II, com 11,98% dos casos, seguida pela USF Premem com 10,51% dos casos.

Tabela 9 - Unidades com casos de sífilis gestacional notificados no município de Altamira no período de 2007 a 2019.

UNIDADES DE PRÉ NATAL	Números absolutos	%
ALBERTO SOARES	2	0,49
BELA VISTA	13	3,18
BOA ESPERANÇA	13	3,18
BRASILIA	35	8,56
COLINA	9	2,20
CRUZEIRO	8	1,96
HGA	34	8,31
HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE ALTAMIRA	1	0,24
HRPT	2	0,49
ILVANIR	11	2,69
INDEPENDENTE 2	49	11,98
JATOBÁ	3	0,73
LARANJEIRA	2	0,49
MUTIRÃO	24	5,87
NOVA ALTAMIRA	14	3,42
PREMEM	43	10,51
RESEX RIO XINGU	2	0,49
SANTA ANA	7	1,71
SÃO JOAQUIM	4	0,98
SUDAM 1	14	3,42
SUDAM 2	11	2,69
TAVAQUARA	8	1,96
UPA	2	0,49
USF BRASIL NOVO	1	0,24
USF BUTITIZAL	1	0,24
NÃO INFORMADA	96	23,47
TOTAL	409	100

Fonte: elaborado pela autora com base em dados do DATASUS.

Foi evidenciado também que a maior parte dos diagnósticos de sífilis na gestação foram realizados no Hospital Geral de Altamira (59,08%). Em relação as unidades da atenção primária em que foram realizados os diagnósticos de sífilis, destacou-se a USF Premem que apresentou cerca de 8,75% dos casos confirmados no período estudado. Seguido pelas unidades: Brasília (4,60%), Independente II (4,16%) e Mutirão (3,94%).

Tabela 10 - Unidades em que foram realizados os diagnósticos de sífilis na gestação no município de Altamira no período de 2007 a 2019. (continua)

UNIDADE DE DIAGNÓSTICO	Números absolutos	%
BELA VISTA	13	2,84
BOA ESPERANÇA	5	1,09
BRASILIA	21	4,60
COLINA	8	1,75
CRUZEIRO	8	1,75

Tabela 10 - Unidades em que foram realizados os diagnósticos de sífilis na gestação no município de Altamira no período de 2007 a 2019. (conclusão)

UNIDADE DE DIAGNÓSTICO	Números absolutos	%
DIVISÃO DE SEG E EPIDEMIOLOGIA	1	0,22
HGA	270	59,08
HOSPITAL	1	0,22
HRPT	1	0,22
JATOBÁ	3	0,66
ILVANIR	5	1,09
INDEPENDENTE 2	19	4,16
LARANJEIRA	1	0,22
MUTIRÃO	18	3,94
NOVA ALTAMIRA	13	2,84
PREMEM	40	8,75
SAE	1	0,22
SANTA ANA	6	1,31
SANTA LUZIA	2	0,44
SÃO JOAQUIM	4	0,88
SUDAM 1	9	1,97
SUDAM 2	3	0,66
TAVAQUARA	5	1,09
DESCONHECIDA	1	0,22
TOTAL	457	100

Fonte: elaborado pela autora com base em dados do DATASUS.

Dentro da análise das unidades em que foram realizados os serviços de assistência pré-natal, foram notificados um total de 177 casos de SC. Desse modo, as unidades que possuem o maior número de casos notificados, são a USF Brasília e a USF Tavaquara com 9,60% e 6,78% do total casos, respectivamente. Ademais, ao analisar as amostras, constatou-se que a maior parte das fichas de notificação não possuíam a identificação da unidade de pré-natal (62,71%).

Tabela 11 - Unidades com casos de sífilis congênita notificados no município de Altamira no período de 2007 a 2019. (continua)

UNIDADES DE PRÉ NATAL	Números absolutos	%
ALBERTO SOARES	0	0
BELA VISTA	2	1,13
BOA ESPERANÇA	8	4,52
BRASILIA	17	9,60
COLINA	4	2,26
CRUZEIRO	3	1,69

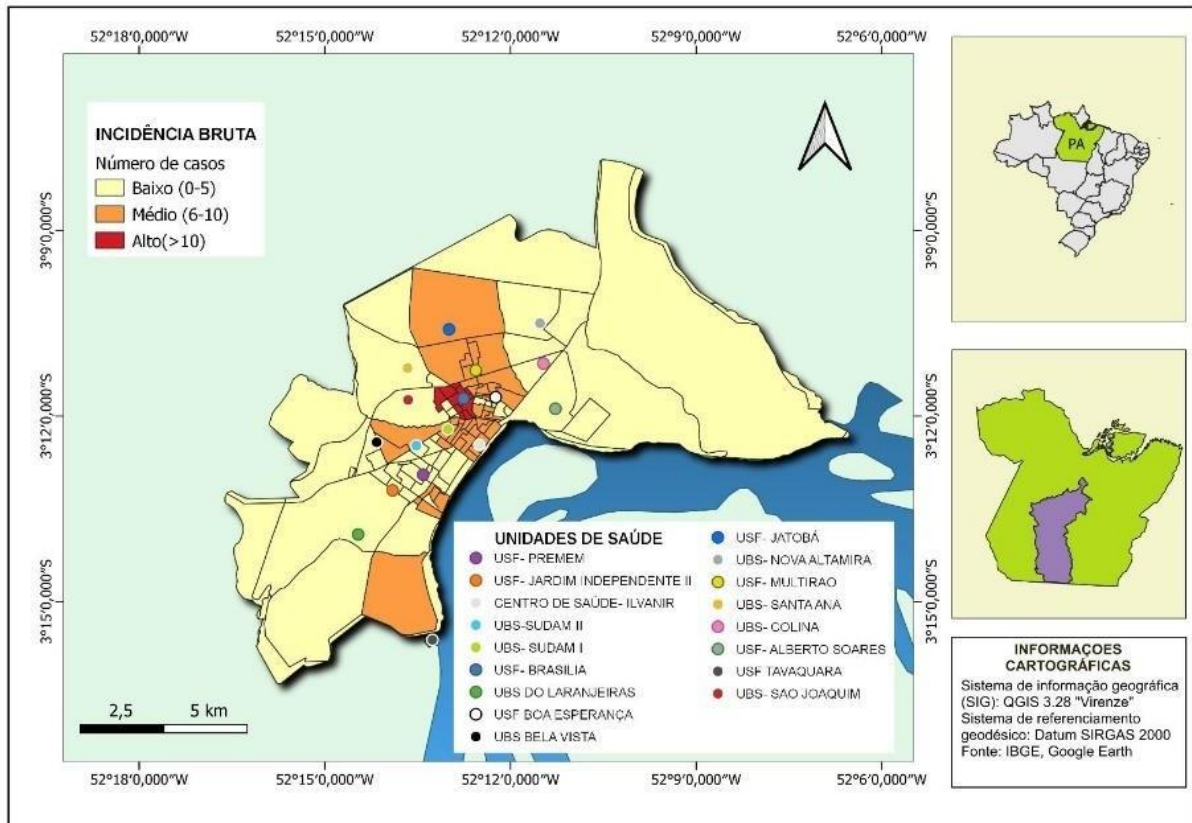
Tabela 11 - Unidades com casos de sífilis congênita notificados no município de Altamira no período de 2007 a 2019. (conclusão)

UNIDADES DE PRÉ NATAL	Números absolutos	%
ILVANIR	8	4,52
INDEPENDENTE 2	6	3,39
JATOBÁ	0	0
LARANJEIRA	0	0
MUTIRÃO	7	3,95
NOVA ALTAMIRA	1	0,56
PREMEM	3	1,69
SANTA ANA	3	1,69
SANTA LUZIA	0	0
SÃO JOAQUIM	4	2,26
SUDAM 1	0	0
SUDAM 2	6	3,39
TAVAQUARA	12	6,78
NÃO INFORMADA	111	62,71
TOTAL	177	100

Fonte: elaborado pela autora com base em dados do DATASUS.

Logo, a partir da avaliação dessas notificações, foi possível identificar a incidência de SC no município de acordo com as áreas de influência das unidades de assistência pré-natal. Sendo essa incidência bruta classificada em: Alto (número de casos maior que 10), Médio (número de casos entre 6-10) e Baixo (Número de casos menor que 6). Onde se destacou a área de abrangência da USF Brasília, como alto número de casos na incidência bruta. Ademais, outro ponto a se destacar foi que áreas que se localizavam a maior distância do centro urbano da cidade, representavam um número médio de incidência bruta, como a USF Tavaquara.

Figura 4 - Mapa indicando as áreas de incidência bruta de sífilis congênita em Altamira – PA.



Fonte: elaborado pela autora.

7 DISCUSSÃO

O estudo revelou um aumento significativo da taxa de incidência de sífilis em gestantes no município de Altamira ao longo do período analisado, por volta de 12,49%. O crescente aumento do número de casos de sífilis reflete, além da melhoria no registro dos casos de infecção, dos comportamentos de risco ao qual os pacientes têm se exposto (Guerra *et al.*, 2017). Quanto a incidência de sífilis congênita, correspondeu a 5,82%, indicando que no período houve um aumento da cobertura pré-natal para a redução da infecção materno-fetal, e da qualidade do serviço, que mostra essencial para a redução do número de casos (Santos; Araújo; Guimarães, 2022).

Além disso, o crescente número de casos de sífilis gestacional a partir do ano de 2010, pode estar relacionado, principalmente, a dois fatores: o aumento nacional do número de casos de sífilis gestacional e o avanço significativo na população de Altamira devido à implementação da Usina Hidrelétrica de Belo Monte (entre os anos de 2010 a 2013) (Ramos *et al.*, 2022; Loureiro, 2022; Neto e Herrera, 2016).

Em relação a construção da Usina Hidrelétrica Belo Monte, o empreendimento impôs de forma indireta que houvesse um grande fluxo migratório para o município de Altamira no período supracitado. Assim, permitindo com que não só aumentasse o número de pacientes portadoras da infecção, como também os fatores de risco para ambos os quadros de sífilis gestacional e congênita, se agravassem, como o aumento do número de casas noturnas e de prostituição no município, que contribuíram com a disseminação da sífilis e de outras ISTs (Loureiro, 2022).

Levando em consideração o perfil sociodemográfico das gestantes com sífilis, a faixa etária mais acometida foi a de 16 a 20 anos, com 33,98% dos casos registrados. Isso reflete um alto índice de adolescentes infectadas com sífilis resultante do início precoce e desprotegido da vida sexual no município em questão, o que resulta em elevada taxa de gravidez na adolescência (Damasceno e Carvalho, 2021).

Quanto à etnia, 81,90% das gestantes notificadas com sífilis eram pardas. Isso se dá ao fato de a maioria da população nortista se autodeclarar parda. Segundo dados do IBGE em 2022, em 2012 72,1% da população nortista se autodeclarava parda, em 2022, esse número manteve-se semelhante, sendo 70,1% da população declarando-se parda (IBGE, 2022).

. Analisando a escolaridade, 19,31% possuíam ensino médio incompleto, porém é importante ressaltar que 16,13% das fichas de notificação continham esse dado como ignorado. Dessa forma, nota-se que as mulheres portadoras de sífilis na gestação, possuem baixo nível de escolaridade, fato que chama atenção para a falta de conhecimento e carência de informação, o que aponta para a necessidade de maior inclusão da educação sexual nas escolas, tendo em vista que o início da vida sexual ativa tem se tornado cada vez mais precoce entre os brasileiros, segundo dados apontados pelo Observatório Nacional da Família, em que a média de idades mostrou-se entre 12,7 para homens e 13,8 para mulheres (Bessas, 2022). Desse modo, a implementação de políticas que visem a educação sexual se faz necessária para que haja maior conhecimento a respeito dos meios de prevenção contra as ISTs, além de todo o conjunto de informações relacionadas a elas, tais como as opções de tratamento frente a resultados positivos, suas complicações e agravos, e a compreensão das infecções em si (Silva *et al*, 2021).

Quanto à zona de residência das gestantes infectadas por sífilis, 88,01% dos casos foram notificados na zona urbana. Isso se dá devido à evolução populacional

urbana e rural do município de Altamira, com elevada migração e frequente expropriação da terra, ligada a um processo de urbanização segregador (Becker, 2005). Assim, intensificou-se o processo de mobilidade do homem do campo para a cidade, dentro e fora da região, consolidando o êxodo rural (Souza *et al.*, 2017).

No que se refere ao momento do diagnóstico da sífilis gestacional, a maioria das gestantes (61,84%) foi diagnosticada no terceiro trimestre de gestação, o que sugere o início tardio do pré-natal ou mesmo falha na assistência ao pré-natal. Segundo o Ministério da Saúde, 2022a, a realização dos testes para sífilis deve ser realizada na primeira consulta do pré-natal, ao início do terceiro trimestre de gestação e no momento do parto ou aborto. A testagem deve ser realizada através de um teste treponêmico, como o teste rápido, seguido de um teste não treponêmico, a exemplo o VDRL. Vale ressaltar que o atraso no diagnóstico da sífilis gestacional implica no sucesso do tratamento e no desfecho tanto para gestante quanto para o feto (Brasil, 2022a; SES-SP, 2016).

No que diz respeito aos testes realizados durante o pré-natal, 89,33% das gestantes tiveram o VDRL reagente e tiveram teste rápido reagente 30,31%. Vale ressaltar que em 60,63% dos casos o teste rápido não foi realizado durante o pré-natal. Esse dado chama atenção para o fato de não terem sido realizados os dois testes preconizados pelo Ministério da Saúde, aspecto fundamental ao diagnóstico, e importante indicador para a análise da qualidade do acompanhamento pré-natal no município (Brasil, 2022a).

A respeito da classificação clínica da sífilis encontrada nas gestantes, 77,01% foram diagnosticadas como sífilis primária, sendo que 10,75% tiveram classificação clínica ignorada. Esse dado mostra que o município de Altamira segue uma tendência nacional, onde predominam as notificações de sífilis primária nas gestantes, fato que pode apontar um equívoco quanto ao preenchimento da ficha de notificação, demonstrado por estudos realizados em alguns estados brasileiros (Cavalcante, 2017; Souza, 2018). Além do mais, o diagnóstico de sífilis dificilmente é realizado na fase primária devido à dificuldade da identificação da lesão primária na mulher (Cardoso *et al.*, 2018; Lafeté *et al.*, 2016; Marques *et al.*, 2018).

Quanto ao esquema de tratamento, o mais empregado foi a Penicilina G Benzatina na dose de 7.200.000 UI, representando 46,69% do número de notificações, recomendado para o tratamento de sífilis latente tardia, sífilis terciária e sífilis de duração indeterminada. Sendo assim, embora o diagnóstico de sífilis primária

tenha sido o mais frequente, o esquema terapêutico mais utilizado não corresponde ao de sífilis primária, esse resultado corrobora com os estudos de Cavalcante *et al.* (2017) que aponta erro na classificação clínica da sífilis nas gestantes.

O tratamento concomitante do parceiro foi realizado em apenas 28,11%. Em 63,56% dos casos, o parceiro não realizou tratamento. A realização do tratamento da parceria sexual da gestante é fundamental para a interrupção da cadeia de transmissão, prevenindo, assim a reinfecção da gestante e a transmissão vertical (Brasil, 2022a).

Quanto aos dados sociodemográficos das gestantes cujos filhos apresentaram sífilis congênita, a análise de dados demonstrou que a apresentação dos dados sociodemográficos das gestantes com sífilis e das gestantes com sífilis cujos filhos nasceram com sífilis congênita são semelhantes. Assim, 40,80% estavam na faixa etária entre 16-20 anos, 91,06 % eram pardas e 20,11% possuíam ensino médio incompleto.

No que se refere ao momento do diagnóstico da gestante, 55,30% foram diagnosticadas durante o pré-natal. Entretanto, a taxa de transmissão da SG, foi de 46,63%. Indicando que houveram falhas nas oportunidades de prevenção da transmissão vertical, resultante das inadequações do tratamento oportuno e adequado da mãe e do respectivo parceiro sexual (Santos; Santos; Lopes, 2024).

Ademais, 7,26% descobriram a doença no momento do parto, e 33,52% após a ocorrência do parto. O que reflete a inaptidão dos serviços de saúde do município com o manejo da doença, visto que cerca de 40% do total de casos é diagnosticado somente quando a paciente chega ao serviço de saúde especializado. Tal cenário deve ser amenizado pela Atenção Primária, tendo em vista que quanto mais precocemente é realizado o diagnóstico da SC, mais eficazmente são realizadas as medidas de prevenção da transmissão vertical, assim como o tratamento da infecção (Moraes; Correa; Machado, 2022).

Em relação ao tratamento das gestantes cujos filhos foram diagnosticados com SC, 70,95% receberam tratamento inadequado, enquanto apenas 8,93% receberam o tratamento adequando. Já os parceiros sexuais dessas gestantes, 69,27% não realizaram o tratamento para sífilis. O que reflete uma dificuldade da rede de atenção primária em captar os parceiros no pré-natal. Dado que, como discutido anteriormente, o tratamento do parceiro sexual é determinante para o manejo da infecção, uma vez

que tal ação estratégica impede a reexposição da gestante ao *Treponema pallidum*, ao passo que se evita a transmissão materno-fetal (Holztrattner *et al.*, 2019).

Sobre os testes diagnósticos realizados nos RN, foi verificado que o teste não treponêmico no sangue periférico foi reagente em 76,54 % dos casos. Enquanto que o teste rápido após 18 meses não foi realizado em 65,36% das vezes, o que pode indicar uma inadequação no seguimento dos diagnósticos de SC, dado que tal avaliação laboratorial após 18 meses auxilia na confirmação do diagnóstico de sífilis congênita e exclui a possibilidade de resultados falso-positivos do teste não-treponêmico (Arruda e Ramos, 2020). Além disso, em relação ao teste não treponêmico no líquido não foi realizado em 87,71% dos casos. Avaliação laboratorial de extrema importância para o diagnóstico de neurosífilis. Assim, indicando que não houve um acompanhamento integral de grande parte dos pacientes que foram diagnosticados com a infecção logo após o parto (Minicucci *et al.*, 2024).

Em relação aos diagnósticos clínicos de sífilis congênita, evidenciou-se que 82,12% dos casos eram assintomáticos, indicando que a maior parte dos quadros se tratava de SC Precoce. Entretanto, apenas 35,75% dos pacientes diagnosticados com SC receberam o esquema de tratamento de Penicilina Cristalina na dose de 100.000 a 150.000 UI/KG/dia, via intravenosa (IV), durante 10 dias, indicado para o tratamento de neonatos que tiveram alterações clínicas, sorológicas, líquóricas e/ou laboratoriais e cuja a mãe realizou ou não o tratamento (adequado ou inadequado) de sífilis durante a gestação. Indicando que mesmo quando diagnosticados os quadros, a maior parte não recebia o devido tratamento. Impactando de forma significativa o quadro epidemiológico da doença, tendo em vista que a oferta de serviços diagnósticos e tratamento contribui com a diminuição da incidência da sífilis (Figueiredo *et al.*, 2020).

Ao ser analisado a evolução dos casos de sífilis congênita, constatou-se que 95,53% das fichas de notificação mostravam que as crianças estavam vivas, enquanto que 2,23% indicavam que a evolução do caso foi ignorada, 1,67% evoluíram para óbito por sífilis congênita e 0,59% indicavam morte por outras causas. Demonstrando que apesar das falhas e fragilidades enfrentadas pelos serviços de saúde municipais sobre o controle e manejo da doença, a assistência pré-natal ainda se mostra satisfatória tendo em vista seu impacto na diminuição da mortalidade da SC (Maciel *et al.*, 2023).

Sobre as unidades de pré-natal em que foram realizadas as notificações de sífilis gestacional, evidenciou-se que a USF Independente II, USF Premem e USF Brasília destacaram-se ao corresponderem 11,98%, 10,51% e 8,56% do percentual

de casos, respectivamente. O que demonstra não só a alta incidência do quadro dessas áreas, como também a fragilidade do serviço de saúde dessas unidades em realizar a prevenção e controle da sífilis em suas respectivas áreas de influência. Sendo que tal desigualdade do serviço pode ser resultante da má qualidade da assistência pré-natal, representadas pelo número e qualidade das consultas, realização de exames e tratamentos, e o início do pré-natal (Goudard *et al.*, 2016; Leal *et al.*, 2020).

Quanto as notificações de sífilis congênita, foi apurado que as unidades com os maiores números de casos foram a USF Brasília (9,60%) e a USF Tavaquara (6,78%). Ao serem estudados suas áreas de abrangência, descobriu-se que nas áreas também apresentavam a maior incidência de SC do município. Dessa forma, representando as principais áreas que necessitam de intervenção, como melhorias estruturais e capacitações da equipe multiprofissional. Uma vez que, o grande quantitativo de casos indica uma má assistência pré-natal dessas unidades, que é refletido pela realização de estratégias comunitárias em saúde ineficientes, má cobertura pré-natal, controle inadequado do quadro, oferta ineficaz de auxílio e orientações as gestantes aliadas a não identificação das variáveis sociodemográficas das áreas assistidas pelas unidades (Araújo *et al.*, 2012; Soares e Aquino, 2021).

Sendo que algumas dessas unidades cuja incidência bruta se mostrou significativa, ainda estão localizadas em bairros e regiões distantes do centro da cidade, que representam locais com pouca estrutura e urbanização, como a USF Tavaquara, em que se concentrava a 2º maior número de notificações. Tal unidade enfrenta esta barreira geográfica que se configura como um fator de dificuldade da assistência à população local pela unidade (Lima *et al.*, 2022).

Ademais, outro fator preocupante sobre essas notificações é o percentual de fichas de notificação que não possuíam a identificação da unidade de pré-natal. No caso da sífilis gestacional, chegavam a 23,47% do total de notificações. Já ao serem analisados os dados das unidades que realizaram as notificações de sífilis Congênita, constatou-se que 62,71% das fichas não possuíam identificação das unidades que realizaram a assistência pré-natal. Essas subnotificações, por sua vez, impactam de forma negativa no mapeamento do quadro nessas áreas. O que acaba contribuindo para que o rastreio e manejo da doença seja dificultado, dado que a não notificação impede a investigação dos casos suspeitos e conseqüentemente atrase ou até inviabilize o adequado tratamento da Sífilis na região (Mitsugui *et al.*, 2021).

Sobre as unidades em que foram realizados os diagnósticos de sífilis gestacional, o Hospital Geral de Altamira lidera o quantitativo com 59,08% dos casos. Refletindo que grande parte das gestantes obtiveram um diagnóstico tardio e na atenção especializada, tendo em vista que das unidades da atenção primária que mais realizaram o diagnóstico de sífilis na gestação (USF Brasília, USF Independente II e USF Mutirão), juntas corresponderam apenas cerca de 12,70% dos diagnósticos. Indicando a necessidade de melhora dos serviços de pré-natal nestas unidades, uma vez que o diagnóstico precoce da sífilis na gestação permite a realização de medidas de tratamento da SG e prevenção da sífilis congênita (Bomfim *et al.*, 2021).

Neste sentido, no que tange a assistência ao pré-natal 87,71% das gestantes diagnosticadas com sífilis cujos filhos nasceram com sífilis congênita receberam assistência ao pré-natal. Tal dado demonstra a falha da assistência pré-natal no município, visto que as gestantes do município estão tendo acesso ao serviço, porém a identificação e/ou o tratamento estão ocorrendo de forma inadequada. A exemplo disso, discutido anteriormente, ressalta-se o grande quantitativo de gestantes classificadas com sífilis primária, porém sendo tratadas com o esquema previsto para sífilis latente tardia, sífilis terciária e sífilis de origem indeterminada.

Por fim, a respeito das dificuldades enfrentadas para a produção do estudo, destaca-se a falha no preenchimento das fichas de notificação, que impactaram de forma negativa nos processos de coleta e análise de dados das doenças e que impossibilitaram um delineamento mais fidedigno da realidade do quadro de saúde do município quanto ao manejo de SG e SC. Neste sentido, sugere-se que ações voltadas para a capacitação quanto ao correto preenchimento de notificação seja realizado não apenas com os profissionais de saúde do município, priorizando as unidades de assistência pré-natal e puerperal e o HGA, como também com estudantes de ensino superior da área da saúde do município, como acadêmicos de medicina e enfermagem. Para que desta forma, tal problemática seja não apenas mitigada, como também estruturalmente sanada a longo prazo.

8 CONCLUSÃO

A partir da análise das fichas de notificação, pode-se perceber que existem falhas nos serviços de saúde do município quanto ao manejo e prevenção dos quadros de SG e SC, que impactam na taxa de transmissão vertical da sífilis, a qual deveria ser de 2% para o tratamento de SG. Sendo estas falhas dimensionadas pela inadequação da busca ativa de casos nas microáreas de influências das unidades de

saúde; a realização de medidas de tratamentos discordantes do quadro diagnosticado; o não acompanhamento longitudinal e integral da mãe, da respectiva parceria sexual e do seu filho; e a não adequação dos planos de controle de infecção a realidade do público alvo.

Levando-se em consideração que o perfil sociodemográfico da maioria das gestantes diagnosticadas era de mulheres com baixa escolaridade e com idade menor que 25 anos, sendo que tal perfil também abrangia aquelas cujos filhos apresentavam SC. Refletindo não só que as populações mais vulneráveis a infecção são as que possuem menor nível e acesso ao conhecimento. Além de demonstrar que um dos muitos fatores que contribuem com a incidência dos quadros ser a falta de medidas educativas contra início precoce e desprotegido da vida sexual e reprodutiva das mulheres do município.

Ademais, tais fatores ainda tendem a ser agravados em virtude da subnotificação das fichas, que dificultam o mapeamento do quadro na região e contribuem para que medidas estratégicas de vigilância em saúde, e consequentemente de tratamento, fossem agilmente tomadas. E dessa forma fossem constituídas áreas de grande urgência de intervenção, como os territórios das unidades Brasília e Independente II, quanto aos quadros de Sífilis Gestacional e Congênita.

Fora isso, outro fator constituinte para o agravamento da infecção pelo *Treponema Pallidum*, foi a inadequação dos pré-natais realizados no período estudado, que são representados pelo diagnóstico tardio de SG realizado em sua maioria no 3º trimestre já na atenção especializada, representada pelo Hospital Geral de Altamira. Entretanto, é importante destacar que em certas áreas do município, houveram respostas adequadas quanto ao controle das infecções como nas USFs Independente II e Premem, em que houveram os maiores números de notificação de sífilis gestacional, mas cujos os valores referentes a sífilis congênita eram significativamente menores. Tais unidades acabam podendo servir como modelo para a construção de estratégias eficazes para o manejo de ambos os quadros.

Neste sentido, compreende-se que é necessária a realização de ações de intervenção que visem a melhorar a qualidade da assistência pré-natal no município. Como a realização de palestras educativas quanto ao acompanhamento integral das pacientes e de seus parceiros sexuais quanto aos diferentes diagnósticos de sífilis. Assim como qual esquema deve ser administrado a depender do quadro. Além da

realização de capacitações com as equipes das unidades quanto ao correto preenchimento de fichas de notificação. Para que dessa forma, a incidência dos quadros seja diminuída e o serviço de saúde dessas unidades possam ofertar assistência de qualidade para a população.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAUJO, C. L. et al. Incidência da sífilis congênita no Brasil e sua relação com a Estratégia Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, p. 479-486, 2012. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rsp/a/SzWDZTVcgztjhcxcgYVb75Ky/?format=html#>. Acesso em: 30 jun. 2024.

ARRUDA, L. R.; RAMOS, A. R. S. Importância do diagnóstico laboratorial para a sífilis congênita no pré-natal. **JMPHC| Journal of Management & Primary Health Care| ISSN 2179-6750**, v. 12, p. 1-18, 2020. Disponível em:

<https://jmphc.emnuvens.com.br/jmphc/article/view/511/884>. Acesso em: 30 jan. 2024.

AUGUSTO, C. A. et al. Pesquisa Qualitativa: rigor metodológico no tratamento da teoria dos custos de transação em artigos apresentados nos congressos da Sober (2007-2011). **Revista de Economia e Sociologia Rural**, v. 51, p. 745-764, 2013.

BESSAS, A. **Jovens iniciam vida sexual cada vez mais cedo no Brasil.2022.**

[Acesso em: 02 jun. 2023]; Disponível em:

<https://www.otempo.com.br/interessa/jovens-iniciam-vida-sexual-cada-vez-mais-cedo-no-brasil-1.2726290>.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças De Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis.

Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis (IST). Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

BOMFIM, V. V. B. S. et al. A importância do pré-natal no diagnóstico e tratamento da sífilis congênita. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 7, p. e7969-e7969, 2021. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/7969>. Acesso em: 30 jan. 2024.

BRASIL et al. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis**. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ministério da Saúde Lança Campanha Nacional de Combate às Sífilis Adquirida e Congênita em 2021**. Disponível em:

<https://aps.saude.gov.br/noticia/14217>. Acesso em: 22/03/2023.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis.

Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis– IST [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis.

Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão

vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais – 2º Edição Revisada. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condição Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Manual Técnico para o Diagnóstico da Sífilis.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde/SVS - **Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN Net.** Acesso em 13 de janeiro de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **SÍFILIS: Estratégias para Diagnóstico no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, Coordenação de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico Sífilis 2022.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022.

CAMPOS, C. O.; CAMPOS, C. O. Abordagem diagnóstica e terapêutica da sífilis gestacional e congênita: revisão narrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 53, p. e3786-e3786, 2020.

CAMPOS, A. L. A. et al. “**Epidemiologia da sífilis gestacional em Fortaleza, Ceará, Brasil: um agravado sem controle**”. Cadernos de Saúde Pública, vol. 26, nº 9, setembro de 2010, p. 1747–55. DOI.org (Crossref), <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2010000900008>.

COSTA MC, DEMARCH EB, AZULAY DR, PÉRISSÉ ARS, DIAS MFRG, NERY JAC. Doenças sexualmente transmissíveis na gestação: uma síntese de particularidades. **An Bras Dermatol.** 2010;85(6):767-85. [http:// dx.doi.org/10.1590/S0365-05962010000600002](http://dx.doi.org/10.1590/S0365-05962010000600002).

DALFOVO, M. S.; LANA, R. A.; SILVEIRA, A. Métodos quantitativos e qualitativos: um resgate teórico. **Revista interdisciplinar científica aplicada**, v. 2, n. 3, p. 1-13, 2008.

DAMASCENO, A. B. A.; MONTEIRO, D. L. M.; RODRIGUES, L. B.; BARMPPAS, D. B. S.; CERQUEIRA, L. R. P.; TRAJANO, A J. B. Sífilis na gravidez. **Revista HUPE**, Rio de Janeiro, v.13, n. 3, p. 88-94, 2014. Disponível em: <https://www.epublicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/article/view/12133/9986>. Acesso em: 29 de maio 2023. DOI:<https://doi.org/10.12957/rhupe.2014.12133>.

ELETROBRÁS. **Aproveitamento Hidrelétrico Belo Monte: Estudo de Impacto Ambiental.** Leme Engenharia Ltda, Brasília, 2009.

FIGUEIREDO, D. C. M. M. et al. Relação entre oferta de diagnóstico e tratamento da sífilis na atenção básica sobre a incidência de sífilis gestacional e congênita. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 3, p. e00074519, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/8syf4sN3Q5vZSw8mwk6zkDy/#>. Acesso em: 30 jan. 2024.

FLETCHER, G. S. **Epidemiologia Clínica:- Elementos Essenciais**. Artmed Editora, 2021.

FREITAS, F. L. S. et al. **Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: sífilis adquirida**. **Epidemiologia e Serviços de Saúde** [online]. v. 30, n. spe1. Acessado 22 Janeiro 2023], e2020616. Disponível em: ISSN 2237-9622. <https://doi.org/10.1590/S1679-4974202100004.esp1>.

FRONTEIRA, I. Estudos observacionais na era da medicina baseada na evidência: breve revisão sobre a sua relevância, taxonomia e desenhos. **Acta Médica Portuguesa**, v. 26, n. 2, p. 161-170, 2013.

GALATOIRE, P. S. A.; ROSSO, J. A.; SAKAE, T. M. Incidência de sífilis congênita nos estados do Brasil no período de 2007 a 2009. **Arq. Catarin. Med**, v. 41, n. 2, p. 26-32, 2012.

GOUDARD, M. J. F. et al. Inadequação do conteúdo da assistência pré-natal e fatores associados em uma coorte no nordeste brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 4, p. 1227-1238, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/NyZgXRT8LZbvFm47gXRQp7c/?lang=pt#>. Acesso em: 29 jun. 2023.

GUERRA, H. S. et al. Sífilis congênita: repercussões e desafios. **Arquivos catarinenses de medicina**, v. 46, n. 3, p. 194-202, 2017.

GUINSBURG, R. **Medidas para Erradicação da Sífilis Congênita**. Departamento de Neonatologia. Sociedade Brasileira de Pediatria. São Paulo, 2010.

GUINSBURG, R. et al. Critérios diagnósticos e tratamento da sífilis congênita. **São Paulo: Departamento de Neonatologia, Sociedade Brasileira de Pediatria**, 2010.

HOLZTRATTNER, J. S. et al. Sífilis congênita: realização do pré-natal e tratamento da gestante e de seu parceiro. **Cogitare enfermagem**, v. 24, p. 59316-59316, 2019. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/59316/pdf>. Acesso em: 29 jun. 2023.

KORENROMP, E. L. et al. Correction: Global burden of maternal and congenital syphilis and associated adverse birth outcomes—Estimates for 2016 and progress since 2012. **PLoS One**, v. 14, n. 7, p. e0219613, 2019.

LEAL, M. C. et al. Assistência pré-natal na rede pública do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 54, p. 08, 2020. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rsp/2020.v54/08/pt/>. Acesso em: 29 jun. 2023.

LIMA, J. G. et al. Barreiras de acesso à Atenção Primária à Saúde em municípios rurais remotos do Oeste do Pará. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 20, p. e00616190, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/Dx3YmKdqfdJzMSJYBZp7KQg/?lang=pt>. Acesso em: 30 jun. 2023.

LOUREIRO, E. V. S. *et al.* Influência da usina hidrelétrica de belo monte nos casos de sífilis gestacional na região xingu. **International Journal Of Development Research**, [s. l.], v. 12, p. 54123-54127, fev. 2022.

MACIEL, D. P. A. *et al.* Mortalidade por sífilis congênita: revisão sistemática. **Revista multidisciplinar em Saúde**, p. 106-116, 2023. Disponível em: <https://editoraintegrar.com.br/publish/index.php/rem/article/view/3655>. Acesso em: 30 jan. 2024.

MINICUCCI, A. L. S. *et al.* Aderência ao seguimento laboratorial da sífilis congênita em Taubaté. **Research, Society and Development**, v. 13, n. 4, p. e4613445484-e4613445484, 2024. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/45484>. Acesso em: 30 jan. 2024.

MITSUGUI, N. M. *et al.* Sífilis materna e congênita: um retrato do cenário brasileiro. **Saúde Coletiva (Barueri)**, v. 11, n. 70, p. 8869-8880, 2021. Disponível em: <https://revistasaudecoletiva.com.br/index.php/saudecoletiva/article/view/2044>. Acesso em: 29 jun. 2023.

MONTEIRO, P. S. **Dificuldades relacionadas à adesão ao tratamento de sífilis gestacional, no Brasil: uma revisão de literatura**. Brasília –DF: Centro Universitário de Brasília, 2015.

MONTENEGRO, Carlos Antônio Barbosa; REZENDE-FILHO, Jorge de. **Rezende obstetrícia**. 13. ed. Rio de Janeiro: Grupo Gen - Guanabara Koogan, 2017.

MORAES, B. Q. S.; CORREIA, D. M.; MACHADO, M. F. Desafios da sífilis congênita na atenção primária à saúde em Alagoas, Brasil, 2009-2018. **Revista de la Universidad Industrial de Santander**. Salud, v. 54, 2022. Disponível em: <https://revistas.uis.edu.co/index.php/revistasaluduis/article/view/12032/12403>. Acesso em: 29 jun. 2023. doi: <https://doi.org/10.18273/saluduis.54.e:22031>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Eliminação mundial da sífilis congênita: fundamento lógico e estratégia para ação**. 2008. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789248595851_por.pdf. Acesso em: 22 jan. 2023.

RAMOS, A. M. *et al.* Perfil epidemiológico da sífilis em gestantes no Brasil. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 15, n. 1, p. e9541-e9541, 2022.

REIS, M. P. L. *et al.* Sífilis na gestação e sua influência nas complicações materno-fetais. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 6, p. 19748-19758, 2020.

ROCHA, A. F. B. *et al.* Complications, clinical manifestations of congenital syphilis, and aspects related to its prevention: an integrative review. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, 2021. DOI.org (Crossref), <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0318>.

RAMOS, A. M. et al. Perfil epidemiológico da sífilis em gestantes no Brasil. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 15, n. 1, p. e9541, 21 jan. 2022.

RIBEIRO, G. F. C. et al. Sífilis na gravidez: uma revisão literária acerca do perfil epidemiológico, diagnóstico, tratamento e prevenção da doença. **Braz J Health Rev**, v. 4, n. 5, p. 23198-23209, 2021. DOI.org (Crossref), <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n5-394>. Acesso em: 23 jun. 2024.

SANTANA, M. V. S.; BARBOSA, P. N. G.; SANTOS, J. F. L. Sífilis gestacional na atenção básica. **Diversitas Journal**, v. 4, n. 2, p. 403-419, 2019.

SANTOS, A. A. A.; ARAÚJO, F. A. G.; GUIMARÃES, T. M. M. Qualidade da assistência pré-natal associada à incidência de sífilis congênita: revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 14, p. e541111436854-e541111436854, 2022. Disponível: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/36854>. Acesso em: 28 jun. 2024.

SANTOS, T. F.; SANTOS, M. C. N. B.; LOPES, I. M. D. Oportunidades perdidas para a redução da transmissão vertical da sífilis congênita. **Research, Society and Development**, v. 13, n. 5, p. e5713545778-e5713545778, 2024. Disponível: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/45778>. Acesso em: 29 jun. 2024.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO (SES-SP). Centro de Controle de Doenças. Programa Estadual de DST/AIDS. Centro de Referência e Treinamento DST/AIDS. **Guia de bolso para o manejo da sífilis em gestantes e sífilis congênita**. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde, 2016, 112p.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE (SÃO PAULO). Coordenadoria de Controle de Doenças. Centro de Referência e Treinamento DST/AIDS-Sp. Programa Estadual DST/AIDS de São Paulo. **Guia de bolso para manejo da sífilis em gestantes e sífilis congênita**. 2016.

SILVA, N. C. P.; CARVALHO, K. B. S.; CHAVES, K. Z. C. Sífilis gestacional em uma maternidade pública no interior do Nordeste brasileiro. **Revista Feminina**. 2021;49(1):58-64.

SOARES, L. G. et al. Sífilis gestacional e congênita: características maternas, neonatais e desfecho dos casos. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, vol. 17, nº 4, dezembro de 2017, p. 781–89. DOI.org (Crossref), <https://doi.org/10.1590/1806-93042017000400010>.

SOARES, M. A. S.; AQUINO, R. Associação entre as taxas de incidência de sífilis gestacional e sífilis congênita e a cobertura de pré-natal no Estado da Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, p. e00209520, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csp/2021.v37n7/e00209520/>. Acesso em: 30 jun. 2023.

Tratado de Obstetrícia Febrasgo / editores Cesar Eduardo Fernandes; Marcos Felipe Silva de Sá; coordenação Corintio Mariani Neto. 1 ed. -Rio de Janeiro: Elsevier, 2019.

VIANA FILHO, L. P.; SILVA, A. F.; ROSA, A. C. R. G.; BATISTA, A. L. F.; CHAVES, B. C.; CHAVES, G. O.; CELIVI, R. L. Dificuldades na abordagem e manejo da sífilis na gestação. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 4, p. 11163-11179, 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Guidelines for the treatment of Treponema pallidum (syphilis)**. WHO Press. Geneva, Switzerland, 2016.

WHO. **Nuevas generaciones sin la infección por el VIH, la sífilis, la hepatitis B y la enfermedad de Chagas en las Américas 2018**. Washington, D.C. 2019.
Disponível em: <https://doi.org/10.37774/9789275120675>. Acesso em: 18.jan.2022.

ZUGAIB. **Obstetrícia**. Zugaib M.; Pulcinelli R. V. F. 4 ed. Barueri- SP. Manole, 2020.

ANEXOS

ANEXO A - FICHA DE NOTIFICAÇÃO DA SÍFILIS GESTACIONAL DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO (SINAN).

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 ² 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.						
* 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/podt .						
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		SÍFILIS EM GESTANTE		
	3	Código (CID10)	Data da Notificação			
Dados Gerais	4	UF	5	Município de Notificação		
	6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código		
	7	Data do Diagnóstico		Código (IBGE)		
Notificação Individual	8	Nome do Paciente		9	Data de Nascimento	
	10	(ou) idade	1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11	Sexo - Feminino <input checked="" type="checkbox"/>	
	12	Gestante		1-1ºTrimestre 2-2ºTrimestre 3-3ºTrimestre 4- Idade gestacional Ignorada 9-Ignorado		
	13	Raça/Cor		1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Pará 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 gradato ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo gradato ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica		
15	Número do Cartão SUS		16		Nome da mãe	
Dados de Residência	17	UF	18	Município de Residência	Código (IBGE)	
	19	Distrito		Código		
	20	Bairro		21		Logradouro (rua, avenida,...)
	22	Número		23		Complemento (apto., casa, ...)
	24	Geo campo 1		25		Geo campo 2
	26	Ponto de Referência		27		CEP
	28	(DDD) Telefone		29	Zona	1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado
Dados Complementares do Caso						
Ant. epid. gestante	31	Ocupação				
	32	UF	33	Município de realização do Pré-Natal		
	34	Código (IBGE)	Unidade de realização do pré-natal: Código			
Dados Laboratoriais	35	Nº da Gestante no SISPRENATAL		36	Classificação Clínica	
	37	Resultado dos Exames		1 - Primária 2 - Secundária 3 - Terciária 4 - Latente 9 - Ignorado		
	38	Teste não treponêmico no pré-natal		39	Título	
Tratamento / parceiro sexual	40	Teste treponêmico no pré-natal		1-Reagente 2-Não reagente 3-Não realizado 9-Ignorado		
	41	Esquema de tratamento prescrito à gestante			42	Parceiro tratado concomitantemente à gestante
	43	Esquema de tratamento prescrito ao parceiro			1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
44	1 - Penicilina G benzantina 2.400.000 UI 2 - Penicilina G benzantina 4.800.000 UI 3 - Penicilina G benzantina 7.200.000 UI 4 - Outro esquema 5 - Não realizado 9 - Ignorado			45		1 - Penicilina G benzantina 2.400.000 UI 2 - Penicilina G benzantina 4.800.000 UI 3 - Penicilina G benzantina 7.200.000 UI 4 - Outro esquema 5 - Não realizado 9 - Ignorado

Sífilis em gestante

Sinan NET

SVS 29/09/2008

Fonte: SVS/MS

ANEXO B - FICHA DE NOTIFICAÇÃO DA SÍFILIS CONGÊNITA DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO (SINAN).

SINAN		Nº	
República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO FICHA DE NOTIFICAÇÃO / INVESTIGAÇÃO SÍFILIS CONGÊNITA	
Definição de caso:			
<p>Situação 1: Todo recém-nascido, natimorto ou aborto de mulher com sífilis^a não tratada ou tratada de forma não adequada^{b,c}.</p> <p>^a Ver definição de sífilis em gestante (situações 1, 2 ou 3).</p> <p>^b Tratamento adequado: tratamento completo para estágio clínico da sífilis com penicilina benzatina, INICIADO até 30 dias antes do parto. Gestantes que não se enquadrarem nesses critérios serão consideradas como tratadas de forma não adequada.</p> <p>^c Para fins de notificação de caso de sífilis congênita, não se considera o tratamento da parceria sexual da mãe.</p> <p>Situação 2^d: Toda criança com menos de 13 anos de idade com pelo menos uma das seguintes situações:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Manifestação clínica, líquórica ou radiológica de sífilis congênita E teste não treponêmico reagente; - Títulos de teste não treponêmicos do lactente maiores do que os da mãe, em pelo menos duas diluições de amostras de sangue periférico, coletadas simultaneamente no momento do parto; - Títulos de testes não treponêmicos ascendentes em pelo menos duas diluições no seguimento da criança exposta^e; - Títulos de testes não treponêmicos ainda reagentes após seis meses de idade, em criança adequadamente tratada no período neonatal; - Testes treponêmicos reagentes após 18 meses de idade, sem diagnóstico prévio de sífilis congênita. <p>^d Nessa situação, deve ser sempre aferida a possibilidade de sífilis adquirida.</p> <p>^e Seguimento da criança exposta: 1, 3, 6, 12 e 18 meses de idade.</p> <p>Situação 3: Evidência microbiológica^f de infecção pelo <i>Treponema pallidum</i> em amostra de secreção nasal ou lesão cutânea, biópsia ou necropsia de criança, aborto ou natimorto.</p> <p>^f Detecção do <i>Treponema pallidum</i> por meio de exames diretos por microscopia (de campo escuro ou com material corado).</p>			
Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	2 - Individual	
	2 Agravado/enferma	SÍFILIS CONGÊNITA	3 Código (CID10) A 5 0.9
	4 UF	5 Município de Notificação	6 Código (IBGE)
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	7 Código	7 Data do Diagnóstico
Notificação Individual	8 Nome do Paciente		9 Data de Nascimento
	10 (ou) Idade	11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante
	14 Escolaridade	10 - Não se aplica	
	15 Número do Cartão SUS	16 Nome da mãe	
	17 UF	18 Município de Residência	19 Código (IBGE)
Dados de Residência	20 Bairro		21 Logradouro (rua, avenida,...)
	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)	
	24 Geo campo 1	25 Geo campo 2	
	26 Ponto de Referência		27 CEP
	28 (DDD) Telefone		29 Zona
	1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		30 País (se residente fora do Brasil)
	Dados Complementares		
Antecedente Espil. da gestante / mãe	31 Idade da mãe	32 Raça/cor da mãe	33 Ocupação da mãe
	34 Escolaridade	10 - Não se aplica	
	35 Realizou Pré-Natal nesta gestação	36 UF	37 Município de Realização do Pré-Natal
	38 Unidade de Saúde de realização do pré-natal	39 Código (IBGE)	
Dados do Lab. de gestante / mãe	39 Diagnóstico de sífilis materna		40
	1 - Durante o pré-natal 2 - No momento do parto/curetagem 3 - Após o parto 4 - Não realizado 9 - Ignorado		
	40 Teste não treponêmico no parto/curetagem	41 Título	42 Data
Trat. da gestante / mãe	43 Teste treponêmico no parto/curetagem		
	1 - Reagente 2 - Não reagente 3 - Não realizado 9 - Ignorado		
44 Esquema de tratamento		45 Data do início do Tratamento	46 Parceiro(s) tratado(s) concomitantemente a gestante
1 - Adequado 2 - Inadequado 3 - Não realizado 9 - Ignorado			1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

Sífilis Congênita

Sinan NET

SVS

04/08/2008

Fonte: SVS/MS