

**UNIVERSIDADE TIRADENTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E AMBIENTE**

**PERFIL DA SÍFILIS GESTACIONAL E CONGÊNITA E ATUAÇÃO DAS
EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM UM MUNICÍPIO DO NORDESTE
BRASILEIRO**

ANA FÁTIMA SOUZA DE MELO

Aracaju
Fevereiro – 2018

UNIVERSIDADE TIRADENTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E AMBIENTE

**PERFIL DA SÍFILIS GESTACIONAL E CONGÊNITA E ATUAÇÃO DAS
EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM UM MUNICÍPIO DO NORDESTE
BRASILEIRO**

Dissertação de Mestrado submetida à banca
examinadora para a obtenção do título de
Mestre em Saúde e Ambiente, linha de
pesquisa em Enfermidades e Agravos de
Impacto Regional.

ANA FÁTIMA SOUZA DE MELO

Orientadora
Verônica de Lourdes Sierpe Jeraldo, D.Sc.

Aracaju
Fevereiro – 2018

M528p	Melo, Ana Fátima Souza de Perfil da sífilis gestacional e congênita e atuação das equipes de saúde da família em um município do Nordeste Brasileiro / Ana Fátima Souza de Melo ; orientação [de] Prof.^a Dr.^a Verônica de Lourdes Sierpe Jeraldo – Aracaju: UNIT, 2018. 103 f. il.: 30cm Dissertação (Mestrado em Saúde e Ambiente) - Universidade Tiradentes, 2018 Inclui bibliografia. 1. Sífilis congênita. 2. Sífilis gestacional. 3.Epidemiologia. I. Melo, Ana Fátima Souza de. II. Jeraldo, Verônica de Lourdes Sierpe (orient.). III. Universidade Tiradentes. IV. Título. CDU: 618.3-002.6
-------	--

PERFIL DA SÍFILIS GESTACIONAL E CONGÊNITA E ATUAÇÃO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM UM MUNICÍPIO DO NORDESTE BRASILEIRO

Ana Fátima Souza de Melo

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO SUBMETIDA À BANCA EXAMINADORA PARA A OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRE EM SAÚDE E AMBIENTE, LINHA DE PESQUISA EM ENFERMIDADES E AGRAVOS DE IMPACTO REGIONAL.

Aprovada por:

Verónica de Lourdes Sierpe Jeraldo, D.Sc.
Orientadora

Cristiane Costa da Cunha, D.Sc.
Universidade Tiradentes
(examinadora interna)

Adriana Barbosa de Lima Fonseca, D.Sc.
Universidade Federal de Sergipe
(examinadora externa)

ARACAJU
Fevereiro – 2018

SUMÁRIO

RESUMO.....	VI
ABSTRACT.....	VII
1 INTRODUÇÃO.....	08
2 OBJETIVOS.....	10
2.1 Objetivo Geral.....	10
2.2 Objetivos Específicos.....	10
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	11
4 MATERIAL E MÉTODOS.....	31
4.1 Desenho, população e local de estudo.....	31
4.2 Dados Primários.....	31
4.3 Dados Secundários.....	32
4.4 Análise de Dados.....	33
4.5 Aspectos Éticos.....	35
5 REFERÊNCIAS.....	36
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	44
Artigo 01: Atuação dos profissionais das equipes de saúde da família frente à sífilis gestacional em um município do Nordeste Brasileiro.....	45
Artigo 02: Perfil da sífilis gestacional e congênita em Nossa Senhora do Socorro, Sergipe.....	62
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	90
APÊNDICES E ANEXOS.....	92
Apêndice 01: Declaração de autorização para uso de arquivos, registros e similares.....	93
Anexo 01: Questionário para profissionais de saúde das unidades de saúde da família..	94
Anexo 02: Formulário de coleta de dados das fichas de notificação e investigação de sífilis gestacional e sífilis congênita de 2011 a 2015.....	100
Anexo 03: Parecer consubstanciado do CEP de aprovação.....	103
Anexo 04: Comprovante de submissão do artigo 1 para Cadernos de Saúde Pública.....	104

RESUMO

A sífilis é uma doença infecciosa crônica que tem como agente etiológico o *Treponema pallidum*, que pode provocar comprometimento sistêmico progressivo quando não tratada. Objetivou-se analisar o perfil da sífilis gestacional e congênita, bem como a atuação dos profissionais das equipes de saúde da família na prevenção e controle desse agravo no município de Nossa Senhora do Socorro - Sergipe. Trata-se de uma pesquisa com delineamento misto, descritiva e quantitativa. No estudo com dados primários a população foi constituída por 116 profissionais de saúde do Programa de Saúde da Família, que prestam o atendimento às gestantes. A etapa com dados secundários foi realizada com todos os casos notificados no SINAN de sífilis gestacional e congênita no ano de 2011 a 2015. Os dados primários foram coletados por meio de um questionário estruturado abordando a atuação desses profissionais. Os dados secundários foram coletados a partir das fichas de notificação de sífilis gestacional e congênita. A análise estatística foi realizada utilizando estatística descritiva simples e o teste qui-quadrado de tendência pelo software R Core Team 2017. A incidência anual da sífilis gestacional apresentou uma tendência crescente, de 5,8 para 10 casos para cada mil gestantes de 2011 a 2015, e tratadas de forma inadequada na maioria dos casos (92,5%). A sífilis congênita apresentou incidência média anual de 18,5 casos/ mil nascidos vivos. As mães tinham idade entre 20 e 34 anos (61,7%), 67,7% realizaram o pré-natal e apenas 37,2% foram diagnosticadas sífilíticas no período gravídico. 84 profissionais foram entrevistados, 86,9% desses atuam de acordo com o protocolo e manual de prevenção da sífilis congênita. E 81% realizam a busca de gestantes faltosas às consultas do pré-natal, entretanto apenas 52,4% realizaram a captação dos parceiros. Apesar de 66,7% realizarem atividades de saúde educativas para gestantes, há uma grande dificuldade no agendamento dos exames de pré-natal (35,7%). A implementação do tratamento é exercida em sua maioria pelos médicos (64,3%). Contudo o tratamento não é imediato, pela indisponibilidade da medicação nos estabelecimentos de saúde. Dos entrevistados, 72,4% relataram que o serviço de referência e contra referência é quase inexistente. Conclui-se que os agravos estudados persistem como problema de saúde pública, pois as taxas de incidência no período analisado foram ascendentes, estando associadas à maior vulnerabilidade social. Por outro lado, a transmissão vertical esteve relacionada a perdas de oportunidades diagnósticas e terapêuticas evidenciando falhas na assistência ao pré-natal. Ressalta-se a necessidade de qualificação do profissional e implementação de novas ações para controle e eliminação desse agravo.

PALAVRAS CHAVE: Sífilis congênita; sífilis gestacional; epidemiologia; Sergipe.

ABSTRACT

Syphilis deserves special attention because it is a chronic infectious disease, which has the etiological agent *Treponema pallidum*, with capacity for progressive systemic compromise when not treated. The objective of this study was to analyze the profile of gestational and congenital syphilis, as well as the performance of the professionals of the family health teams in the prevention and control of this disease in the municipality of Nossa Senhora do Socorro - Sergipe. It is a research with a mixed, descriptive and quantitative design. In the study with primary data, the population was constituted by 116 health professionals of the Family Health Program, who provide care to pregnant women. The stage with secondary data were with all cases reported in SINAN of gestational and congenital syphilis in the year from 2011 to 2015. The primary data were collected by through a structured questionnaire addressing the work of these professionals. Secondary data were collected from the gestational and congenital syphilis notification sheets. Statistical analysis was performed using simple descriptive and chi-square tests of the R Core Team 2017 software. The annual incidence of gestational syphilis presented an increasing trend from 5.8 to 10 cases per thousand pregnant women from 2011 to 2015, and treated inappropriately in most cases (92.5%). Congenital syphilis had an average annual incidence of 18.5 cases / thousand live births. Mothers were aged between 20 and 34 years (61.7%), of which 67.7% were prenatal and only 37.2% were diagnosed as syphilitic during the pregnancy period. 84 professionals were interviewed, 86.9% of them act according to protocol and manual of prevention of congenital syphilis. Eighty-one percent carried out the search for pregnant women who were absent from prenatal consultations, but only 52.4% had the partners. Although 66.7% performed educational health activities for pregnant women, there was a great difficulty in scheduling prenatal examinations (35.7%). The implementation of treatment is practiced mostly by physicians (64.3%). However, treatment is not immediate because medication is not available in health facilities. 72.4% of the interviewees report that the referral and referral service is almost non-existent. It is concluded that the diseases studied persist as a public health problem, since the incidence rates in the analyzed period were ascending, being associated with greater social vulnerability. On the other hand, vertical transmission was related to loss of diagnostic and therapeutic opportunities, evidencing failures in prenatal care. Emphasis is placed on the need for professional qualification and implementation of new actions to control and eliminate this aggravation.

KEY WORDS: Congenital syphilis; gestational syphilis; epidemiology; Sergipe.

1 INTRODUÇÃO

As infecções sexualmente transmissíveis (IST'S) são consideradas mundialmente, como um sério problema de saúde pública, estimando-se que 357 milhões de novas infecções ocorram a cada ano (WHO, 2016). Nos países em desenvolvimento, as IST'S estão entre as principais causas de procura por serviços de saúde e são as que mais acarretam danos sociais, econômicos e sanitários de grande repercussão às populações adultas, especialmente entre mulheres (MESQUITA *et al.*, 2012).

Entre as IST'S, a sífilis merece destaque por se tratar de doença infecciosa crônica, que tem como agente etiológico *Treponema pallidum*, com capacidade de comprometimento sistêmico progressivo quando não tratada. Os efeitos devastadores e a gravidade dessa doença sobre a população são superados apenas pelo vírus da Imunodeficiência Humana (HIV/SIDA), podendo ser transmitida por vias sexual e vertical (CAVALCANTE *et al.*, 2017).

Caracteriza-se como uma doença reemergente, pois com o advento da penicilina houve uma redução significativa das notificações nos anos 80 e 90, porém atualmente observa-se um aumento significativo dos registros a nível mundial, em especial da sífilis congênita, um agravo prevenível, sendo considerado um problema para os serviços de saúde do ponto de vista do rastreamento e contenção de novos casos. Esta enfermidade é influenciada por fluxos migratórios, vulnerabilidade social e mudanças comportamentais e subinvestimento nos serviços de saúde pública (MATTEI *et al.*, 2012; TRIDAPALI *et al.*, 2012).

Segundo a Organização Mundial de Saúde são registradas em média 5,6 milhões de novos casos de sífilis anualmente (WHO, 2016). Desses registros, cerca de 2 milhões são de gestantes, produto da falta de diagnóstico e tratamento adequado (WHO, 2011). A distribuição dos atendimentos no pré-natal de pacientes positivos para esta enfermidade demonstra que ela ocorre principalmente na África, América Latina, alguns países da Ásia e da Europa, sendo que em alguns países a taxa de tratamento das gestantes positivas pode ser inferior a 50% (WHO, 2015a; WHO, 2015b).

A Organização Pan Americana da Saúde (OPAS) estimou que na América Latina e Caribe, 330.000 gestantes soropositivas para sífilis não recebam o tratamento para a doença durante as consultas de pré-natal a cada ano, e que dois terços dos casos de sífilis em gestantes resultem em sífilis congênita. No ano de 2010, a cobertura do diagnóstico de gestantes sífilíticas que realizaram o pré-natal, nos países da região foi de apenas 61%, foram observadas coberturas de diagnóstico mais elevadas nos países do Caribe (82%) e do Cone Sul (76%), incluindo o Brasil (37%) (OPAS, 2010).

Nos países em desenvolvimento, a Organização Mundial de Saúde (OMS) estimou que cerca de 10% a 15% das grávidas tenham sífilis. No Brasil, verificou-se entre 2005 e 2012, um aumento do número de casos sífilíticos gestacionais, sendo notificados 57.700 casos, dos quais 38% ocorreram na região Sudeste e 25,7% no Nordeste (BRASIL, 2012).

A incidência de sífilis congênita, em 2013, no Brasil foi de 4,7 casos por 1.000 nascidos vivos, o que reflete o aumento crescente de casos novos, quando comparado com a taxa de infecção de 1,7 casos para 1.000 nascidos vivos, no ano de 2004. Por distribuição regional, o Nordeste apresentou a maior incidência de casos (5,3), seguida da região Sudeste (5,1), Sul (4,1), Norte (3,5) e Centro-Oeste (3,3). O estado de Sergipe está entre as unidades federativas que apresentaram em 2013 incidências superiores à média nacional, com índice de 11,2 por 1.000 nascidos vivos, destacando-se o município de Nossa Senhora do Socorro classificado em primeiro lugar do Estado com o índice de 2,4 por 1.000 nascidos vivos, em 2014 (BRASIL, 2014).

A elevada incidência da sífilis congênita a nível mundial tem sido associada ao baixo nível socioeconômico, coinfeção por HIV, uso de drogas lícitas e/ou ilícitas, gravidez na adolescência, história de natimortalidade, comportamento sexual de risco, migração para grandes centros urbanos, acesso limitado aos cuidados de saúde, assistência do pré-natal inadequada e o não tratamento do parceiro infectado (FERNANDES *et al.*, 2007). Além disso, sua ocorrência é considerada um evento sentinela da qualidade da assistência à saúde, sinalizando uma falha na assistência pré-natal e dos programas de controle das IST/AIDS (SILVA *et al.*, 2010). Para Amaral (2012), elementos fundamentais no enfrentamento da transmissão vertical da sífilis baseiam-se no acesso precoce ao diagnóstico e o tratamento preventivo adequado.

Desta forma, se faz necessário compreender a dinâmica das práticas de atendimento dos profissionais de saúde no pré-natal, principalmente no que tange as condutas executadas na prevenção e controle desta enfermidade, para identificar possíveis falhas e/ou dificuldades para posteriormente delinear políticas que proporcionem maior qualidade da assistência à saúde. Outro fator é devido ao alto índice de sífilis gestacional e congênita reportado no estado de Sergipe, faz-se necessário interpretar e refletir sobre o perfil atual da doença no município de Nossa Senhora do Socorro, suas implicações para a saúde da mulher e as possíveis condições de vulnerabilidade social que contribuem para a ocorrência desta enfermidade. À vista disto, espera-se analisar o perfil da sífilis gestacional e congênita, bem como avaliar as práticas dos profissionais das equipes de saúde da família na prevenção e controle desse agravo no município de Nossa Senhora do Socorro/Sergipe.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar o perfil da sífilis gestacional e congênita e as práticas dos profissionais das equipes de saúde da família na prevenção e controle desse agravo no município de Nossa Senhora do Socorro/Sergipe.

2.2 Objetivos Específicos

Identificar a incidência anual e acumulada da sífilis gestacional e congênita do ano de 2011 a 2015, em Nossa Senhora do Socorro.

Caracterizar o perfil sócio demográfico e obstétrico das gestantes e puérperas sífilíticas do ano de 2011 a 2015, em Nossa Senhora do Socorro.

Determinar os fatores de risco associados à ocorrência de sífilis congênita do ano de 2011 a 2015, em Nossa Senhora do Socorro.

Conhecer o perfil profissiográfico dos componentes das equipes de saúde atuantes no programa de pré-natal no período de março a junho de 2017, em Nossa Senhora do Socorro.

Avaliar o atendimento em relação à sífilis, proporcionado pelos profissionais das equipes de saúde da família durante as consultas de pré-natal no período de março a junho de 2017, em Nossa Senhora do Socorro.

Verificar as atividades executadas pelos profissionais das equipes de saúde da família quanto às condutas para a prevenção e controle da sífilis gestacional e congênita no período de março a junho de 2017, em Nossa Senhora do Socorro.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 A Sífilis e seu agente etiológico

O termo sífilis teve a sua primeira referência, em um poema publicado em 1530, escrito pelo médico italiano Francastorius – *Syphilis sive morbus gallicus* (REZENDE, 2011). Contudo, o termo sífilis compreendido como um quadro patológico teve início somente no final do século XVIII (MAGALHÃES *et al.*, 2011).

A sífilis é uma doença infectocontagiosa de caráter sistêmico, curável e exclusiva do ser humano. É causada pelo *Treponema pallidum*, uma bactéria Gram-negativa, do grupo das espiroquetas, descoberta em 1905 (BRASIL, 2016a). Quando o indivíduo é infectado a bactéria atinge o sistema linfático regional, migrando para outras partes do corpo por disseminação hematogênica. Como resposta de defesa localmente tem-se uma erosão e ulceração no ponto de inoculação e sistemicamente há a produção de complexos imunes circulantes os quais podem se depositar em qualquer órgão (CDC, 2015; QUEIROZ; LIMA, 2017). Ao longo dos séculos, a sífilis afetou indivíduos de várias origens, desde monarcas, pintores e filósofos até pessoas de baixa renda, estando relacionado à promiscuidade (TAMPA *et al.*, 2014).

Existem controvérsias em torno da origem de *Treponema pallidum* subespécie *pallidum*, se esta bactéria foi introduzida na Europa do Renascimento, ou se a sífilis tem uma história muito mais antiga no Velho Mundo, e a partir de mutações em seu agente etiológico, desenvolveu maior virulência e capacidade filogenética de dispersão por via sexual, desencadeando epidemias (HARPER *et al.*, 2008).

O processo evolutivo do patógeno demonstrou que todas as cepas de *T. pallidum* estavam em um mesmo clado, sugerindo que surgiu no Antigo Mundo, sob a forma de infecção não venérea; posteriormente, uma cepa de *T. pallidum* das Américas foi introduzida no Velho Mundo, tornando-se ancestral comum das cepas modernas causadoras de sífilis atualmente, considerando-se ainda que estas possuem características genéticas e epidemiológicas de uma pandemia emergente (ARORA *et al.*, 2016).

3.2 Transmissão e patologia da Sífilis

A infecção pode ser adquirida através de contato sexual, transfusão sanguínea, transplantes (sífilis adquirida) ou por transmissão vertical, sendo esta última classificada

como sífilis congênita (AVELLEIRA *et al.*, 2006; LIMA *et al.*, 2013; GIACANI; LUKEHART, 2014). Na sífilis adquirida e gestacional, a transmissão é sexual, sendo o contágio extragenital raro, sendo responsável pelos altos índices de morbimortalidade intrauterina e deformações congênitas (MAGALHÃES *et al.*, 2013).

Na maioria dos casos (60%) a transmissão é por via sexual, havendo poucos registros atribuídos a transfusão de sangue ou por inoculação acidental (BRASIL, 2010b). É uma doença de evolução crônica, e quando não tratada progride ao longo de muitos anos, sendo classificada em sífilis primária, secundária, latente recente, latente tardia e terciária (AVELLEIRA *et al.*, 2006; GIACANI; LUKEHART, 2014; WHO, 2016).

A infecção sifilítica que se inicia 10 a 90 dias após o contato sexual infectante é denominada de fase primária que se caracteriza pela presença de lesão ulcerada, indolor, com fundo limpo, denominado cancro duro (BERMAN, 2004). Porém, a identificação do cancro primário da sífilis em mulheres grávidas não é frequente, uma vez que a maioria dessas lesões ocorre na vagina ou no colo do útero e geralmente não são observadas pela paciente. Deve-se sempre considerar a possibilidade da presença de sífilis em qualquer mulher grávida quando houver uma úlcera genital anterior ou recente (BRASIL, 2015a; MILANEZ, 2016).

Quando esta não é tratada, evolui para a fase secundária que se manifesta em até dois meses após o desaparecimento da úlcera. Nessa fase, os treponemas se difundem pela corrente sanguínea e atingem a via sistêmica, desencadeando lesões cutâneo mucosas poliméricas, altamente infectantes e, quase sempre acompanhadas de outras sintomatologias (BRASIL, 2005a; GIACANI; LUKEHART, 2014). A ocorrência de uma erupção cutânea encontrada nas palmas das mãos e na região plantar dos pés deve sempre levar à possibilidade de estágio secundário da sífilis. Outro sintoma característico deste estágio secundário da doença é a presença de condiloma plano com múltiplas lesões papilares superficiais, que muitas vezes podem ser mal interpretadas como lesões induzidas por HPV (OPAS, 2015; MILANEZ, 2016).

A maioria das mulheres com sífilis durante o pré-natal encontra-se na fase latente da doença, o diagnóstico é dado mediante sorologias reativas, período este que também ocorre transmissão, porém as pessoas não possuem conhecimento acerca da sua infecção, devido à ausência ou escassez de sintomatologia ou história prévia de infecção ou tratamento. Portanto, é de extrema importância que o rastreamento da doença seja feito logo na primeira consulta do pré-natal. Nessa situação, o diagnóstico é indeterminado, e a paciente deve ser imediatamente tratada, assim como seus parceiros sexuais, com 7.200.000 UI de Penicilina Benzatina, dividido em três injeções semanais de 2.400.000 UI de Penicilina

Benzatina. Em 25% dos casos pode ocorrer o recrudescimento das manifestações clínicas da forma secundária, com tempo de duração variável (BRASIL, 2006b; BRASIL, 2012; NONATO *et al.*, 2015; MILANEZ, 2016; ALCÂNTARA *et al.*, 2017).

Na fase terciária as manifestações clínicas aparecem anos após a contaminação, em média de 2 a 40 anos. Caracterizam-se por tumorações amolecidas em regiões cutaneomucosas, podendo ocasionar comprometimento neurológico, cardiovascular e osteoarticular, também pode ser evidenciada a formação de gomas sífilíticas na pele, mucosa, ossos ou qualquer outro tecido (BERMAN, 2004; BRASIL, 2015a).

3.2.1 Sífilis Congênita

A sífilis congênita é resultante da disseminação hematogênica do *T. pallidum* da grávida infectada não tratada ou inadequadamente tratada para o conceito por via transplacentária. Há também a possibilidade de contaminação direta do agente etiológico para o conceito, durante a passagem pelo canal de parto, uma vez que sejam presentes lesões genitais na gestante. Quanto ao aleitamento, a transmissão também é viável, desde que existam lesões mamárias (BRASIL, 2010a; QUEIROZ; LIMA, 2017).

Esse agravo à saúde divide-se em dois estágios: precoce e tardio. O primeiro surge até os dois anos de vida, comumente nas cinco primeiras semanas e deve ser diagnosticada por meio de uma associação de critérios epidemiológicos, clínicos e laboratoriais. Visto que, a criança pode ser assintomática ao nascimento e, ter sinais clínicos discretos ou pouco específicos, com surgimento dos primeiros sintomas apenas após os primeiros três meses de vida (BRASIL, 2016c). Já a síndrome clínica tardia surge depois dos dois anos, com manifestações clínicas específicas. Deste modo, é de suma importância que a criança seja submetida a avaliações criteriosas logo após o nascimento, mesmo que não apresente sinais da doença, visando evitar a detecção tardia da doença (BRASIL, 2006b; BRASIL, 2007; MENEGHETTE *et al.*, 2016).

Todavia a identificação da sífilis no período pré-natal é de extrema importância, uma vez que a sífilis congênita é maior causa de morbimortalidade na vida intrauterina, levando a desfechos perinatais adversos, tais como aborto, nati e neomortalidade, além de complicações precoces e tardias nos nascidos vivos, em mais de 50% dos casos, como prematuridade, baixo peso ao nascer, incapacidades perinatais, sequelas físicas, sensoriais ou do desenvolvimento (SARACENI *et al.*, 2005b; MAGALHÃES *et al.*, 2011; DOMINGUES *et al.*, 2013a).

Entre os sinais e sintomas da sífilis congênita, ainda no pré-natal, pode-se citar crescimento fetal lento, hepatoesplenomegalia, hidropsia fetal, obstrução intestinal e morte fetal. Nos recém-nascidos, observa-se prematuridade, baixo peso ao nascer, pequeno para idade gestacional, anemia, febre, septicemia. Em lactentes e crianças com menos de dois anos, tem-se atraso no desenvolvimento, lesões mucocutâneas, alopecia, petéquias, problemas oculares (uveíte e glaucoma), síndrome renal, problemas neurológicos (hidrocefalia progressiva, rigidez nuchal), acometimento esquelético (osteomielite) e miocardite. Já nas crianças com mais de dois anos, os sintomas dependem do órgão comprometido e da sua gravidade, pode-se observar fissuras pronunciadas em torno da boca, nariz e ânus, surdez nervosa, nistagmo e distúrbios do equilíbrio, alterações dentárias, neurosífilis, encefalite, ataxia, convulsões (RODRÍGUEZ-CERDEIRA; SILAMI-LOPES, 2012; MENEGETTE *et al.*, 2016).

Dentre as características maternas nas quais se registra casos de sífilis congênita, pode-se destacar mães na faixa etária de 20 a 29 anos, com menos de 8 anos de escolaridade, baixa classe social e de cor parda ou preta a maioria realizou apenas uma consulta pré-natal, com início tardio da assistência pré-natal, tiveram o diagnóstico de sífilis durante a gestação, tratamento inadequado, com posologia incorreta ou menos de 30 dias para o parto, e o parceiro não recebeu tratamento para a doença (FIGUEIRÓ-FILHO *et al.*, 2007; DOMINGUES *et al.*, 2013a). Um estudo em Belo Horizonte, MG pontuou como fatores de risco associados à ocorrência de sífilis congênita, mães com os seguintes antecedentes obstétricos, 77,8% multigestas, 72,2% com um ou mais filhos vivos e 31,7% com resultados adversos (aborto ou natimorto) em gestações anteriores (NONATO *et al.*, 2015).

Pode-se destacar que as características citadas acima são consideradas fatores de risco associados à ocorrência de um desfecho grave além de apontarem as desigualdades sociais como determinante da doença (FIGUEIRÓ-FILHO *et al.*, 2007; DOMINGUES *et al.*, 2013a). Uma vez que há um número maior de casos notificados em pacientes negras e pardas, grupo social este em vulnerabilidade social, por se tratar de uma população historicamente desamparada (SANTOS, 2016). Sendo assim, a sífilis congênita só será controlada efetivamente se houverem ações conjuntas a fim de reduzir as iniquidades sociais e melhorar a qualidade e a cobertura da assistência pré-natal (FIGUEIRÓ-FILHO *et al.*, 2007; DOMINGUES *et al.*, 2013a; LIMA *et al.*, 2013; SOEIRO *et al.*, 2014).

3.3 Diagnóstico da Sífilis

O diagnóstico da sífilis pode ser clínico, epidemiológico e laboratorial. O diagnóstico clínico e epidemiológico são baseados na anamnese e nas manifestações clínicas apresentadas. O diagnóstico laboratorial pode ser realizado empregando técnicas para pesquisa direta da espiroqueta ou de seus componentes e pelos testes sorológicos, que irão detectar anticorpos produzidos em resposta a presença da infecção (BRASIL, 2006c). De acordo com Miranda *et al.* (2012) a sífilis deve ser rastreada na primeira consulta de pré-natal para todas as gestantes, sendo repetido exames para rastreamento com 28 semanas de gestação e novamente antes da internação para realização do parto.

O método para diagnóstico laboratorial a ser utilizado dependerá do estágio da doença, sendo os testes mais utilizados na prática são os imunológicos, que são divididos didaticamente em treponêmicos e não treponêmicos. Segundo o Centro de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos, o diagnóstico da sífilis requer dois testes sorológicos um não treponêmico (VDRL ou RPR), e se reativo, seguir para um treponêmico (FTA-ABS e TPHA) uma vez que apenas um teste pode resultar em diagnósticos falsos positivos em pacientes sadios e falsos negativos em pacientes com sífilis primária. Após 06 a 12 meses depois do tratamento deve-se fazer uma nova sorologia (SANTOS *et al.*, 2007; CDC, 2015).

O teste *Veneral Disease Research Laboratory* (VDRL) quantitativo é preferível no diagnóstico inicial da sífilis, monitoramento da resposta terapêutica e frente à possibilidade de recidivas ou reinfecções, detectam apenas anticorpos não específicos para os antígenos do *T. pallidum*, e costumam tornar-se reagentes de uma a três semanas após o aparecimento do cancro duro, e quando os títulos diminuem, é indicativo de que houve resposta efetiva ao tratamento utilizado, sendo utilizado mensalmente para monitoramento do tratamento da gestante positiva. O teste de ELISA é o método mais utilizado na sorologia treponêmica por ser específico para anticorpos antitreponêmicos, e reativo após a segunda semana da infecção, tornando-os apropriados para a evidência da sífilis e eliminação dos falsos-positivos na sorologia, utilizado como teste confirmatório (BRASIL, 2005b; MILANEZ, 2016).

Todavia, em casos de gestação, devido ao alto risco de sífilis congênita, com apenas um teste reagente, treponêmico ou não treponêmico, deve-se imediatamente dar início ao esquema de tratamento, sem ser necessário aguardar o resultado do segundo teste, tendo em vista que, nestes casos, o tratamento precisa ser realizado o quanto antes, na tentativa de evitar a infecção do feto por transmissão vertical. (BRASIL, 2015a).

Os exames diretos são mais indicados no início da infecção, tanto pelo fato de que ainda não houve tempo suficiente para a produção de anticorpos anti-*T. pallidum*, quanto

pela presença de um grande quantitativo de microrganismos presentes nas lesões, durante esta fase. Neste tipo de teste, pesquisa-se diretamente a presença do treponema da sífilis na lesão primária ou secundária, que pode ser feito através da microscopia de campo escuro, pesquisa do treponema por imunofluorescência direta, exame de material corado, ou mesmo por biópsias (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006; CDC, 2015).

O diagnóstico também pode ser evidenciado por meio dos testes rápidos para sífilis ou testes treponêmicos, que oferecem resultados em 15 minutos após coleta sanguínea digital ou venosa. Estes devem ser executados nos locais onde não se dispõe de sorologias não treponêmicas para as testagens usuais durante a gravidez ou por ocasião do parto. O uso é restrito, pois envolve a detecção de anticorpos antitreponêmicos específicos, sendo reagente ou positiva, uma única vez, permanecerá pelo resto da vida. Em algumas situações, são indicados: quando a gestante não possuir exames treponêmicos com resultado reagente no histórico gestacional; gestante com sintomatologia de IST; no período préparto, quando não se tem o resultado do VDRL solicitado durante o período gravídico; em parceiros de gestantes com sorologia positiva; no último trimestre gestacional, se VDRL do primeiro trimestre for negativo (BRASIL, 2006a; WHO, 2015c).

Considera-se caso de sífilis gestacional, toda e qualquer gestante que seja diagnosticada durante a gravidez, quando a mulher adquire sífilis gestacional, poderá haver infecção assintomática ou sintomática no bebê. Mais de 50% dos recém-nascidos infectados são assintomáticos ao nascimento, com surgimento dos primeiros sintomas, geralmente, nos primeiros três meses de nascido. Por isso, é muito importante a triagem sorológica da mãe na maternidade. Acreditava-se que o contágio do feto transmitido pela mãe sífilítica não ocorresse antes da décima sexta semana gestacional, entretanto, já se constatou a presença de *Treponema pallidum* em fetos de nove semanas de gestação (BRASIL, 2006b; BRASIL, 2015b).

O Ministério da Saúde preconiza, também, uma série de rotinas diagnósticas e protocolos de atendimento a serem observados no seguimento de crianças nascidas de mães que tiveram diagnóstico de sífilis na gestação, parto ou puerpério. Baseando-se em quatro aspectos: diagnóstico e adequação do tratamento para sífilis, evidência clínica, laboratorial e radiográfica da sífilis no recém nascido e comparação da titulação do VDRL materno com o teste do conceito na ocasião do parto (BRASIL, 2005c; BRASIL, 2016b).

O significado de testes positivos, treponêmicos ou não, no soro dos recém nascidos, é limitado em razão da transferência passiva de anticorpos IgG maternos que, no entanto, tendem progressivamente a declinar até a sua negativação, ao fim de alguns meses. Na ocorrência de sífilis congênita, ao contrário, os títulos se mantêm ou ascendem,

caracterizando uma infecção ativa. Na avaliação clínica dos exames laboratoriais se houver alterações clínicas e/ou sorológicas e/ou radiológicas e/ou hematológicas, o tratamento deverá ser feito com penicilina G cristalina na dose de 50.000UI/Kg/dose, por via endovenosa, a cada 12 horas (nos primeiros 7 dias de vida) e a cada 8 horas (após 7 dias devida), durante 10 dias; ou penicilina G procaína 50.000UI/Kg, dose única diária, IM, durante 10 dias (BRASIL, 2006b; WHO, 2017).

Todos os recém-nascidos com diagnóstico materno de sífilis devem ser submetidos aos procedimentos de rastreamento na maternidade, com exceção dos RNs assintomáticos, com VDRL não reagente e nascidos de mães adequadamente tratadas (MAGALHÃES *et al.*, 2013).

Lorenzi *et al.* (2005) afirmaram que é através da treponemia materna que se identifica o grau de comprometimento fetal, sendo variável a depender da fase da doença. Enquanto 70 a 100% dos fetos são comprometidos nas formas primária e secundária, nas fases latente e terciária, o risco de dano fetal minimiza para 30%, decorrente da resposta imunológica materna à presença do treponema, com a produção de anticorpos específicos.

Em alguns países, programas eficazes de detecção e tratamento da sífilis e de outras infecções sexualmente transmissíveis possuem um impacto importante no número de natimortos, porém é crucial identificar qual o agente responsável pela natimortalidade, através de autópsias com estudos sorológicos apropriados, estudos histológicos de placenta, membranas e cordão umbilical, culturas, análises genéticas, a fim de definir estratégias eficazes para reduzir sua ocorrência possam ser iniciadas de forma oportuna. Em países em desenvolvimento, a maioria dos natimortos, parece ser fruto da infecção causada por *T. pallidum* e *Plasmodium* (malária) (GOLDENBERG; THOMPSON, 2003).

3.4 Epidemiologia

No mundo, observa-se que a sífilis é uma doença disseminada, encontrando-se presente tanto em países desenvolvidos, como a Itália e os Estados Unidos da América, quanto em países da América Latina e Caribe (BRASIL, 2014). Nos países desenvolvidos, após a Segunda Guerra Mundial, diante da disponibilidade de terapia efetiva, combinada com programas de triagem, a incidência de sífilis teve uma redução substancial. Porém, atualmente a sífilis é considerada uma doença reemergente, especialmente em comunidades com existência de relações entre indivíduos do sexo masculino, que tem relações homoafetivas e populações heterossexuais de alto risco. Esse aumento da incidência pode estar relacionado ao abuso de substâncias psicoativas, lícitas e ilícitas,

viagens, migrações globais e subinvestimento nos serviços de saúde pública (FENTON *et al.*, 2008; MATTEI *et al.*, 2012).

A sífilis possui um número expressivo de notificações, em média 5,6 milhões de novas infecções a cada ano (WHO, 2016). Estima-se que pelo menos 2 milhões destes casos acometam mulheres em período gestacional, ocasionando transmissão vertical em 25% dos casos (WHO, 2015b). De acordo com a Organização Mundial de Saúde, o atendimento no pré-natal de pacientes positivos para esta enfermidade ocorre principalmente na África, América Latina, alguns países da Ásia e da Europa, porém a taxa de tratamento pode ser inferior a 50% (WHO, 2015a; WHO, 2015b).

A sífilis na Europa Ocidental e nos EUA é caracterizada como endemia de que se concentra entre subgrupos de população com altas taxas de mudança de parceiro, acesso deficiente aos serviços de saúde, marginalização social ou baixo nível socioeconômico (FENTON *et al.*, 2008)

A sífilis materna e congênita já foi descrita em diversos países como Turquia, Inglaterra, África do Sul e Estados Unidos. Os autores consideraram a necessidade de se manter a vigilância ativa da doença, uma vez que se trata de um agravo com graves consequências na primeira infância e mortalidade neonatal e perinatal, porém possui baixo custo tanto para o diagnóstico, a partir da triagem sorológica, quanto para o tratamento realizado com o uso da penicilina. Além disso, pode-se detectar a presença do agente no local, constituindo assim uma estratégia eficiente para o tratamento adequado e oportuno da sífilis materna, reduzindo a incidência de sífilis congênita (ENSARI *et al.*, 2015; WALLACE *et al.*, 2015a; MULLICK *et al.*, 2005; GUST *et al.*, 2002).

Na Turquia, Ensari *et al.* (2015) encontraram uma prevalência baixa da doença em gestantes, apenas 41 amostras positivas de 63 mil avaliadas, no período de 2007 a 2014, utilizando um teste não treponêmico para triagem (RPR), seguido de um treponêmico como confirmatório (THTP), todas as mulheres positivas foram tratadas com penicilina benzatina, não apresentando sintomas de sífilis nos bebês.

Um estudo realizado na Inglaterra com 57 mulheres grávidas e positivas para sífilis, no período de 2005 a 2012, mostrou que dentre os desfechos graves descritos pode-se destacar a natimortalidade, nascimento pré-termo, aborto espontâneo no segundo trimestre, estes desfechos foram menores quando o tratamento foi realizado adequadamente (WALLACE *et al.*, 2015a).

Mullick *et al.* (2005) realizaram uma revisão retrospectiva de um ano de registros pré-natais disponíveis em um hospital da África do Sul, entre Fevereiro de 2001 e Janeiro de 2002, os resultados revelaram que de 18.128 registros avaliados, 188 apresentavam

mulheres com positividade para sífilis, uma taxa de prevalência de 1%. Destas, apenas 17% realizaram a primeira consulta de pré-natal após a 30^a semana de gestação, 64,8% das mulheres positivas para sífilis receberam as três doses preconizadas para o tratamento, e 15,9% das mulheres não receberam tratamento.

Gust *et al.* (2002) ao avaliarem os dados de sífilis congênita (SC) notificados ao Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) de todos os 50 estados dos Estados Unidos, observaram que em um período de sete anos foram notificados mais 14 mil casos de sífilis congênita, destes 760 foram natimortos, 182 foram bebês nascidos vivos que morreram mais tarde, alguns com apenas 28 dias de vida, demonstrando a gravidade da infecção sifilítica.

Em Dallas nos EUA, Sheffield *et al.* (2002) realizaram um estudo para caracterizar gestações complicadas pela sífilis materna com recém nascidos (RN) com sífilis congênita, durante o período de 16 anos, e revelaram que 43 casos de sífilis congênita foram oriundos de mães tratadas durante o primeiro trimestre de gestação, 35% das mulheres foram tratadas com mais de 30 dias antes do parto, com idade gestacional média de 30,3 semanas, 56% dos lactentes nasceram pré-termo (≤ 36 semanas de gestação), a idade gestacional média no parto foi de 34,4 semanas, 26% dos bebês nasceram mortos. Esta caracterização demonstra que os fatores citados estão associados com o parto de RN com sífilis congênita, após tratamento adequado da sífilis materna, como nascimento pré-termo e intervalo entre tratamento e parto.

Na América Latina, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), com o objetivo de eliminar a transmissão de sífilis e HIV de mãe para filho, elaborou um plano de eliminação dessas enfermidades em 2010, com todos os países da região envolvidos, que estabelece metas para a redução da incidência de sífilis congênita para menos de 0,5 casos por 1.000 nascidos vivos. Desde então, a porcentagem de mulheres grávidas com sífilis que recebem tratamento permanece estável, variando de 50 a 100%, atingindo em 2014, a média de 85%. Para a cobertura de triagem para sífilis em mulheres grávidas no pré-natal, manteve-se estável no período de 2011 a 2014. Estima-se que na América Latina e no Caribe, existem 2,7 milhões de mulheres grávidas que não foram testadas para sífilis durante a gravidez (OPAS, 2015).

Em 2014, 18 países registraram a eliminação da sífilis. Na Região das Américas 17.400 casos de sífilis congênita foram relatados, com uma taxa de 1,3 casos por 1.000 nascidos vivos. Em 2015, Cuba tornou-se o primeiro país do mundo a receber a validação da Organização Mundial de Saúde (OMS) da eliminação do HIV e sífilis de mãe para filho. Os dados sugerem que os serviços para HIV e sífilis estão incluídos nos serviços de saúde

pré-natal. Os objetivos de eliminar a transmissão vertical do HIV e da sífilis são cada vez mais percebidos como marcadores de qualidade dos serviços de maternidade e de assistência à infância (OPAS, 2015).

No Brasil, desde 1986, a sífilis é uma enfermidade de notificação compulsória, tendo sido incluída no SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação), ou seja, a suspeita ou confirmação de sífilis adquirida, sífilis congênita e sífilis em gestante devem ser comunicadas obrigatoriamente à autoridade de saúde semanalmente, em até sete dias do conhecimento da ocorrência, por qualquer profissional de saúde que prestou a assistência ao paciente (BRASIL, 2016b). Ao mesmo tempo em que todo caso de sífilis no período gestacional deve ser investigado e notificado quer de feto vivo ou morto, filho de mãe com sífilis (PAZ *et al.*, 2005).

Apesar de ser uma doença de notificação compulsória e do Ministério da Saúde objetivar eliminar a doença, recomendando a realização do exame VDRL, qualitativo e quantitativo, no primeiro atendimento de pré-natal, no início do terceiro trimestre e na admissão para parto ou curetagem, os dados disponíveis sugerem que o diagnóstico precoce da sífilis apresenta falhas e desencadeia a subnotificação (SARACENI *et al.*, 2005a). A subnotificação é considerada um grande obstáculo a ser superado, visto que o não registro dos casos subestima a real gravidade do problema (ALCÂNTARA *et al.*, 2017).

Lafetá *et al.* (2016) ao avaliarem as notificações realizadas em um município do sudeste do país, encontraram apenas seis casos de sífilis materna e treze de congênita notificadas. Ao executarem uma busca ativa nos prontuários, observaram que havia 93 casos de sífilis materna e 54 casos em neonatos, ou seja, apenas 6% da sífilis em gestantes e 24% da sífilis congênita foram devidamente notificadas, havendo também uma disparidade entre o número de gestantes e o de RN. Estes resultados refletem uma subnotificação importante e falha nos registros de saúde, denotando uma fragilidade do sistema de saúde.

Campos *et al.* (2010) afirmaram que no Brasil, a notificação atinge somente 32% das ocorrências de gestantes sífilíticas e apenas 17,4% de sífilis congênita. Esses resultados reforçam a falta de qualidade nos serviços de assistência pré-natal e do parto. Como a maioria das grávidas encontram-se na fase latente da doença, torna-se necessária a adoção de testes sorológicos para o diagnóstico. Para os autores a notificação do agravo representaria um excelente indicador de atenção pré-natal e puerperal de qualidade tanto da saúde materna quanto neonatal (LEITÃO *et al.*, 2009).

Determinados fatores de risco estão associados à sífilis gestacional, como: gravidez na adolescência, usuárias de drogas lícitas e/ ou ilícitas pela mãe ou pelo parceiro, a ausência de parceiro sexual fixo e/ou a existência de múltiplos parceiros, baixa escolaridade

e nível socioeconômico, multiparidade, acesso limitado aos serviços de saúde e presença de outras IST'S na mulher ou no parceiro (RODRIGUES *et al.*, 2008). O estado civil é classificado de forma diferente por diversos autores, uns acreditam que estar solteira pode ser considerado um fator de risco, alegando a instabilidade nos relacionamentos e a constante mudança das parcerias sexuais como fatores determinantes da infecção (SILVA *et al.*, 2017), outros encontraram uma maior prevalência em casadas, justificando esta ocorrência por esta população não utilizar preservativo nas relações sexuais, por acreditarem que possuem relacionamento mais estáveis, e maior confiança nos parceiros (MACÊDO *et al.*, 2017).

Alguns destes fatores também estão associados a ocorrência de morte infantil de pacientes diagnosticados com sífilis congênita como mulheres solteiras com idade inferior a 24 anos, sem consultas de pré-natal para rastreamento, ou com primeira consulta realizada após o segundo ou terceiro trimestre de gestação, idade gestacional inferior a trinta semanas, peso ao nascer com menos de 1,500 Kg, tratamento inadequado ou não tratamento. Além de características de alto risco para outros problemas sociais como pobreza, abuso de substâncias psicoativas, lícitas e ilícitas, violência, falta de acesso aos serviços de saúde ou de métodos de contracepção, aconselhando-se a iniciar as consultas de pré-natal ainda no primeiro trimestre (GUST *et al.*, 2002).

No Brasil, o número de casos notificados de sífilis na gestação tem crescido a cada ano. Em 2013, foram notificados 21.382 desses casos no país, com uma taxa de detecção de 7,4 por mil nascidos vivos (BRASIL, 2014). Destes, 24,8% dos casos foram notificados no primeiro trimestre e 36,3% no terceiro, refletindo que apesar da ampliação do diagnóstico, a maioria dos casos continua sendo detectado tardiamente (BRASIL, 2015a).

Estudos estimam uma prevalência de sífilis gestacional de aproximadamente 1%, o que corresponderia a cerca de 30 mil casos por ano (DOMINGUES *et al.*, 2014). Semelhante ao descrito por Guinsburg *et al.* (2010) ao relatar que as taxas de soropositividade desse agravo em mulheres na idade fértil variam entre 1,5 e 5,0%, com números mais elevados em grupos que não realizaram o pré-natal.

De acordo com os dados disponíveis no SINAN, durante o período de 2005 à junho de 2016, houve um total de 169.546 casos de sífilis em gestantes, onde 42,9% dos casos foram registrados na região Sudeste, 21,7% no Nordeste, 13,7% no Sul, 11,9% no Norte e 9,8% no Centro-Oeste. Em 2015, o número total de casos foi de 33.365, dos quais 14.959 (44,8%) eram residentes da região Sudeste, 6.240 (18,7%) na região Nordeste, 6.005 (18,0%) na região Sul, 3.518 (10,5%) na região Norte e 2.643 (7,9%) na região Centro-Oeste (BRASIL, 2016d). Já para sífilis congênita, no mesmo período, 42,6% dos casos

ocorreram na região Sudeste, seguidos pela região Nordeste com 30%, 14,3% no Sul, 7,4% no Norte e 5,8% no Centro-Oeste. Nota-se que, nos últimos 11 anos a taxa de mortalidade infantil por sífilis no país passou de 2,4/100 mil nascidos vivos em 2005 para 7,4 /100 mil nascidos vivos em 2015 (BRASIL, 2016d).

A notificação de casos de sífilis congênita tem sido ascendente em todas as regiões do país, tendo alcançado a incidência de 4,7 casos por mil nascidos vivos em 2013 (BRASIL, 2014). O acompanhamento destes índices reflete que a taxa de mortalidade infantil por sífilis também aumentou nos últimos dez anos, no Brasil, passando de 2,2 mortes por 100.000 nascidos vivos em 2004, para 5,5 em 2013 (BRASIL, 2015a). Diante disso, a vigilância epidemiológica tem como objetivo controlar a transmissão vertical, acompanhar adequadamente o comportamento da infecção nas gestantes para planejamento e avaliação das medidas de tratamento, prevenção e controle (CAMPOS *et al.*, 2010). Também sendo possível calcular a taxa de ataque desse agravo, que corresponde à probabilidade do indivíduo desenvolver a doença num período específico de tempo (WAGNER, 1998).

No Brasil, dos casos notificados em 2005, 78% das mães realizaram pré-natal. Destas, 56% foram diagnosticadas com sífilis gestacional e apenas 13,3% trataram os seus parceiros (BRASIL, 2007). Pode-se assim dizer que esses indicadores são preocupantes e reforçam a necessidade tanto da melhoria da qualidade da assistência no período gestacional quanto de novas pesquisas voltadas para prevenção desta doença.

A região Nordeste do país é a região que possui o segundo maior número de casos notificados de sífilis em gestante e recém-nascidos (RN). Estes estão distribuídos, de forma decrescente, na Bahia, Ceará, Pernambuco, Paraíba, Maranhão e Sergipe, principais Estados notificantes da região para sífilis em gestantes. Já para sífilis congênita, a distribuição é a seguinte, Ceará, Pernambuco, Bahia, Alagoas, Rio Grande do Norte e Sergipe (SINAN, 2014). No Estado de Sergipe, entre os municípios com maior número de notificações em Sífilis em gestantes e RN estão Aracaju, Estância, Itabaiana, Lagarto e Nossa Senhora do Socorro. Já para Sífilis Congênita Aracaju, Nossa Senhora do Socorro, Estância, São Cristóvão e Itabaianinha (SINAN, 2014).

Nota-se, que o município de Nossa Senhora do Socorro, é considerado um dos que apresenta maior registro de notificações da doença, tanto para sífilis gestacional quanto congênita, classificando-se como o segundo município mais acometido do Estado. Dados do SINAN revelam ainda que, somente no ano de 2015, foram detectados na cidade 35 casos de gestantes sífilíticas e 71 casos de neonatos portadores da doença (SINAN, 2014).

Nessa perspectiva, programas e medidas para reduzir a transmissão da sífilis e suas consequências, devem ser implementadas pelo Ministério da Saúde (FIGUEIREDO,

2015). Esses têm se intensificado com o intuito de garantir a atenção às mulheres e crianças, o direito de nascimento, crescimento e desenvolvimento saudável e seguro. Para isto, o acesso aos testes rápidos de sífilis e *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) na atenção primária em saúde tem sido ampliado para a população (BRASIL, 2012).

3.5 Práticas preventivas e de intervenção no controle da sífilis

Na década de 70, foi registrado o primeiro caso de AIDS no mundo, sendo na década de 80, registrado o primeiro caso no Brasil, e começam a surgir no país e no mundo políticas públicas direcionadas às doenças sexualmente transmissíveis, HIV e AIDS (BRASIL, 2017). Somente no final na década de 80 início da década de 90, as políticas públicas de saúde começaram a avançar no Brasil, iniciando com a Constituição Federal que determina que a saúde é um direito e todos e dever do Estado e define diretrizes para organização e execução dos serviços de saúde, sendo que estes devem dar prioridade para as ações preventivas (BRASIL, 1988).

Em 1990, foi criado o Sistema Único de Saúde, o qual regulamenta todas as ações e serviços de saúde executados no país, que vem sofrendo modificações ao longo dos anos, no que tange as ações de vigilância, prevenção e controle das IST, em 2013, o ministério da Saúde, publicou uma portaria que tem como objetivo aprimorar a rede de atenção integral as pessoas com IST (BRASIL, 1990; BRASIL, 2013).

Dentre as ações elencadas pela portaria, pode-se destacar a implantação do Centro de Testagem e Aconselhamento, o qual oferece serviços de diagnóstico, tratamento e prevenção das IST, dentre elas a sífilis, além do acompanhamento de grupos vulneráveis (BRASIL, 2013).

As ações de prevenção da sífilis baseiam-se, principalmente, em orientações gerais sobre os métodos de prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, antes e durante a gravidez, com enfoque para as consequências que o sexo desprotegido pode acarretar, tanto para a mulher quanto para o conceito, associado sempre que possível à distribuição livre de preservativos pela rede pública, além do fornecimento de exames para o diagnóstico precoce da sífilis durante o pré-natal, ou mesmo em mulheres não gestantes em idade reprodutiva, e seus parceiros sexuais. Além da realização de tratamento imediato e adequado dos casos diagnosticados em mulheres e seus parceiros e a notificação dos casos suspeitos no SINAN (BRASIL, 2006a).

É importante salientar que no momento das orientações sobre a doença para a gestante, durante as consultas de pré-natal, os enfermeiros ou médicos devem levar em

consideração a escolaridade da paciente, para garantir a efetividade e qualidade da ação, e que esta possa refletir diretamente no cuidado à criança e ao auto cuidado, uma vez que o aconselhamento das mulheres reduz a falta de informação sobre a doença, sendo esta atividade relatada como uma barreira ao controle da sífilis (MORORÓ *et al.*, 2015; SANTOS *et al.*, 2017b).

Estudos têm salientado, portanto, que em todas as consultas realizadas em gestantes ou mulheres com idade reprodutiva, todos os fatores de risco, bem como os demais dados, devem ser investigados por meio da abordagem clínica e laboratorial, tanto pelo profissional médico quanto pelo enfermeiro (COSTENARO *et al.*, 2016), pois são estes profissionais da Estratégia Saúde da Família que possuem a função primordial de implantar medidas eficientes para o controle e prevenção da transmissão vertical da sífilis, visto que os mesmos possuem total compromisso com as gestantes, parceiros e neonatos da sua área adscrita (NONATO *et al.*, 2015).

O Ministério da Saúde tem recomendado que, durante a assistência pré-natal, todas as gestantes sejam submetidas à pelo menos dois exames de VDRL, sendo um preferencialmente realizado na primeira consulta e o outro no terceiro trimestre, por volta da 30ª semana gestacional (QUEIROZ; LIMA, 2017). Além disso, os seus parceiros sexuais também devem ser testados e, se necessário, tratados (BRASIL, 2016a).

Tratamento adequado é entendido quando a gestante é tratada com penicilina benzatina, que atravessa a barreira transplacentária, e este concluído 30 dias antes do parto, na dose da medicação conforme estágio da doença, além disso, o parceiro sexual deve ser medicado concomitantemente (BRASIL, 2005c; BRASIL, 2016c). O não tratamento do parceiro implica em provável reinfecção da gestante, aumentando consequentemente a probabilidade de transmissão vertical da doença (LIMA *et al.*, 2013).

O tratamento da sífilis gestacional é igual ao realizado na sífilis adquirida em conformidade com o estágio da doença, na fase primária deve ser administrado 2.400.000 UI via intramuscular (IM); na secundária a dose de 4.800.000 UI com mesma via de administração; já a fase terciária e latente, deve ter como dose total a administração de 7.200.000 UI via IM. Para as gestantes com alergia a penicilina, evento muito raro, a recomendação é dessensibilizar e utilizar penicilina, por ser a única droga que trata efetivamente o feto (AMARAL, 2012; MILANEZ, 2016). Porém, este pode ser um fator dificultador, principalmente naquelas unidades que não possuem condições de atender a casos de anafilaxia, portanto algumas unidades se limitam a entregar a medicação e encaminhar as gestantes para os hospitais (ARAUJO *et al.*, 2014).

Segundo Brasil (2015a) é orientado tratar toda gestante portadora de sífilis como na fase lactente tardia da doença, preconizando o esquema de Penicilina G. benzatina 2.400.000 UI, intramuscular (1.200.000 UI em cada glúteo), semanalmente, por três semanas, dose total de 7.200.000 UI. Uma vez que a maioria das gestantes com diagnóstico de sífilis durante a gestação não apresentam manifestações clínicas da doença, sendo classificadas como portadoras de sífilis latente com duração indeterminada e recebendo, portanto, a dose equivalente para a referida fase (MILANEZ, 2016).

O Ministério da Saúde recomenda que todo parceiro sexual que tenha entrado em contato com a gestante positiva nos últimos 90 dias, devem ser tratados, mesmo que este apresente teste rápido ou outro teste sorológico não reagente para sífilis, visto que, ele pode estar dentro do período de janela imunológica, justificando a negatividade do exame. Neste caso, ele poderá ser tratado com o esquema de dose única da sífilis recente (BRASIL, 2016c).

Estudos epidemiológicos na literatura destacaram ser necessário intensificar mecanismos que busquem integrar o parceiro ao período gravídico e puerperal das gestantes, visto que, se a sua participação for efetiva desde o início, consequentemente torna-se mais fácil a sua adesão ao tratamento proposto para os casos diagnosticados como positivo, tanto para sífilis, como para outras doenças sexualmente transmissíveis (CARVALHO; BRITO, 2014). No entanto, é importante considerar que a abordagem aos parceiros das gestantes com sífilis, deverá ser proporcional ao tipo de relacionamento que o casal mantém, quanto a se tratar de uma união estável ou não, levando a definir um tipo de orientação peculiar a cada situação (FIGUEIREDO *et al.*, 2015). Atualmente, existe uma baixa adesão do parceiro sexual ao tratamento, o que o torna um entrave para o controle da doença (MORORÓ *et al.*, 2015).

Um estudo em Sobral (CE) reportou a percepção das enfermeiras, que observaram certa resistência das mães ao seguimento do tratamento, evoluindo para sífilis congênita, pois muitas vezes esta se encontra assintomática, dificultando a adesão ao tratamento, por pouco entendimento das reais consequências da doença (MORORÓ *et al.*, 2015).

Apesar da eficácia da penicilina, falhas no tratamento da sífilis durante a gravidez ainda são relatadas. Os fatores que contribuem para o fracasso do tratamento incluem o estágio materno da sífilis, o avanço da idade gestacional no tratamento, títulos mais elevados de VDRL no tratamento e no parto e um curto intervalo entre o tratamento e o parto, definido como ≤ 30 dias. Esses fatores podem ser usados para direcionar os neonatos com alto risco de sífilis congênita (SHEFFIELD *et al.*, 2002; MILANEZ, 2016).

Mesmo a sífilis possuindo um tratamento eficaz e de baixo custo, Gust *et al.*, (2002) afirmaram em seu estudo realizado com 50 estados da Colômbia que 96% das mortes neonatais ou perinatais relatadas estavam relacionadas a gestantes diagnosticadas com sífilis que foram inadequadamente tratadas, não tratadas ou que não se possuía o histórico de tratamento durante a gestação, revelando a necessidade de identificação de pacientes de risco para realização do tratamento adequado e oportuno, reduzindo assim a ocorrência de mortalidade infantil ou natimorto, associados a sífilis.

Resultados semelhantes foram revelados por Lafetá *et al.* (2016) no Brasil, em Montes Claros (MG) ao observarem que apesar das mulheres realizarem o número mínimo de consultas no pré-natal, iniciado ainda no primeiro trimestre de gestação, o diagnóstico da sífilis de 62% dos casos foi feito no momento do parto ou curetagem, considerado um diagnóstico tardio. Além disso, de todos os casos avaliados positivos para sífilis nenhum foi adequadamente tratado, sendo que 33% das gestantes não receberam nenhum tratamento, e 98% dos parceiros das gestantes positivas também não receberam nenhum tratamento, sendo considerado assim, como inadequadamente tratado, o que levou ao aumento dos casos tanto em gestante como em recém-nascidos no período avaliado. Uma elevação regular de notificações de sífilis congênita, relacionadas à transmissão sexual, seguida pela transmissão vertical no período gestacional também foi observada por Lenz e Flores (2011) em Porto Alegre (RS).

Outra falha do sistema de saúde observado por Lafetá *et al.* (2016), em Montes Claros (MG) foi a falta de investigação dos recém nascidos de gestantes positivas, sendo que 25,8% não foram testados e 6,5% não havia registro sobre a realização do exame. Quase metade dos RNs não realizaram nenhum exame complementar (hemograma e/ou radiografia). Além disso, dos RNs positivos apenas 51,8% foram medicados conforme orientação, e 79,6% não foram encaminhados para o serviço de referência pediátrico, pois este deve ser realizado mensalmente até o sexto mês de vida e, em seguida, a cada dois meses até o primeiro ano.

Entretanto Lima *et al.*, (2013) relata que a sífilis congênita é uma condição evitável desde que seja corretamente diagnosticada e tratada, e por esse motivo é considerada um evento sentinela, indicador da qualidade da assistência, de forma consolidada, como falhas do serviço. Podendo-se apontar como indicadores da qualidade da assistência durante o pré-natal, o número de consultas realizadas inferior ao preconizado, a não realização dos exames no primeiro e terceiro trimestre de gestação, o fluxo irregular de entrega de exames, a infrequência das gestantes no serviço de saúde e a falha do serviço em realizar busca ativa de faltosos, tanto da gestante quanto dos parceiros, para acompanhamento do pré-

natal e/ou implementação do tratamento, fichas utilizadas nos sistemas de informação que não apresentam todas as informações, e/ou qualidade de preenchimento variável e muitas vezes incompleto, como também a manutenção de recursos humanos e de infraestrutura em qualidade e quantidade suficientes para prestar um serviço efetivo para o controle da doença (LIMA *et al.*, 2013; SOEIRO *et al.*, 2014). Um problema enfrentado pelo país foi o desabastecimento de penicilinas, pela falta de matéria-prima específica para a sua produção. Desta forma, teve-se que utilizar os antibióticos de segunda escolha, porém a duração do tratamento é de 8 a 15 dias, diminuindo ainda mais a adesão (LAZARINI; BARBOSA, 2017).

3.6 Profissionais de Saúde e o Controle da Sífilis

Autores afirmam que se faz necessário que os profissionais responsáveis por realizar o acompanhamento pré-natal na atenção primária estejam devidamente capacitados quanto ao correto manejo da doença, em consonância com as recomendações previstas nos protocolos nacionais e comprometidos com assistência de qualidade, visando à eliminação e controle da sífilis gestacional e prevenção da sífilis congênita (LIMA *et al.*, 2013; QUEIROZ; LIMA, 2017; SANTOS *et al.*, 2017b). E esta deve ser feita em intervalos regulares e com supervisão continuada nos serviços, pois o processo de trabalho pode dificultar a implementação das ações (ARAUJO *et al.*, 2014).

Porém, Lazarini e Barbosa (2017), ao avaliarem o conhecimento de profissionais de saúde sobre as medidas recomendadas pelo MS para a prevenção e controle da sífilis, observaram que os profissionais não apresentaram qualificação técnica suficiente para enfrentar o problema da sífilis no pré-natal. Dentre as informações desconhecidas pelos profissionais era a necessidade de iniciar tratamento imediato da gestante, convocar os parceiros sexuais para tratamento concomitante, a necessidade de notificação da doença. Suto *et al.* (2016), em Jacobina na Bahia, também demonstraram uma subalimentação do Sispre natal com menos de 50% dos nascidos vivos sendo incluídos no sistema e com registro da primeira consulta de pré-natal, além de menos de 1% realizaram os dois exames VDRL. Concluíram que todos esses achados favorecem a subnotificação, preenchimento incorreto e/ou incompleto das fichas, dificuldade no estadiamento da doença e manejo clínico adequado. Essas falhas sinalizadas no processo de trabalho diminuem as oportunidades de tratamento e intervenção, e consequentemente do controle da transmissão vertical (LAZARINI; BARBOSA, 2017; QUEIROZ; LIMA, 2017).

Silva *et al.* (2014) verificaram que, apesar da maioria dos profissionais compreenderem que a sífilis na gestação e a sífilis congênita são consideradas doenças de notificação compulsória, uma grande parcela afirmam certa hesitação quanto à forma correta do preenchimento dos registros, afirmando que, muitas vezes, realiza o preenchimento dos dados com certa incerteza quanto ao que está sendo escrito, corroborando com o descrito por Lazarini e Barbosa (2017) e Queiroz e Lima (2017).

Como também o relatado por Santos *et al.* (2017a) que revelaram que pediatras de maternidades públicas, perdiam oportunidade para identificar e tratar adequadamente os casos de sífilis congênita. Dentre as dificuldades apresentadas pode-se destacar conhecimento dos testes sorológicos para sífilis, critérios de definição de caso e falta de integração do atendimento pré-natal e do parto. Rodrigues e Domingues (2017) também observaram lacunas no conhecimento dos médicos e enfermeiros das equipes, juntamente com barreiras organizacionais.

Alguns estudos relatam a necessidade de uma urgente revisão dos procedimentos adotados e maior responsabilização dos profissionais perante um problema evitável, e também estabelecer estratégias inovadoras a fim de captar as gestantes ainda no primeiro trimestre gestacional, garantir diagnóstico no menor prazo possível, para permitir a oportunidade de tratamento e aconselhamento sobre a doença e formas de prevenção, para gestantes e parceiros. Como também realizar busca sistemática de casos de sífilis congênita em todos os sistemas de informação e a melhoria do preenchimento das fichas de notificação e investigação são fundamentais para o melhor controle da doença (FIGUEIRÓ-FILHO *et al.*, 2007; DOMINGUES *et al.*, 2013a).

Segundo Wallace *et al.*, (2015b), a triagem pré-natal e o tratamento adequado são os mais eficazes, impactando na redução da morbidade e taxas de mortalidade entre crianças. Devem-se estimular as boas relações entre saúde sexual, serviços obstétricos e serviços pediátricos, a fim de definir caminhos claros para encaminhamento das gestantes e RN, e a realização de reuniões entre equipe multidisciplinares com o objetivo de priorizar a eliminação da transmissão vertical assim como é para o HIV (WALLACE *et al.*, 2015a).

Para isso, torna-se nítida a necessidade de sensibilizar os profissionais de saúde para rotineiramente detectar a sífilis durante a gravidez, interpretar corretamente os testes, já descrito por Junior *et al.* (2007) a dificuldade dos médicos em interpretar o VDRL, além de tratar estes doentes e os seus parceiros em conformidade, cumprindo o plano de ação do Ministério da Saúde, e conscientes do seu papel na prevenção da sífilis, o que pode diminuir as falhas na prevenção e assistência aos casos de sífilis (BRASIL, 2015a). Estas atividades devem estar disponíveis em todas as unidades de saúde do país, a fim de prevenir a

propagação da infecção, monitoramento constante dos casos de sífilis em gestantes e de sífilis congênita e a capacitação permanente dos profissionais de saúde em clínicas pré-natais para estar ciente do problema da sífilis e agir sobre ele, como também garantir a realização dos exames em quantidade suficiente e de forma oportuna, para se instituir o tratamento adequado. Desta forma, o Brasil se aproximará dos objetivos de eliminação da sífilis congênita estabelecidos pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e pela OMS (NEWMAN *et al.*, 2013; MILANEZ, 2016; SUTO *et al.*, 2016; SARACENI *et al.*, 2017).

Estas atividades de sensibilização devem ser contínuas e programadas, pois ações pontuais informam e atualizam, porém não garantem mudança de conduta, para isso, deve-se realizar vigilância ativa das práticas e correções de erros, para o efetivo aprendizado (LAZARINI; BARBOSA, 2017; QUEIROZ; LIMA, 2017). Domingues *et al.* (2013b) relataram que treinamentos curtos, realizados no próprio serviço, além do envio rotineiro de informações epidemiológicas contribuem para a adequação das medidas de prevenção e controle (DOMINGUES *et al.*, 2013b).

Simoura *et al.* (2010) alegaram que o profissional de saúde deve fazer com que suas pacientes entendam que a sífilis não deve ser uma precaução apenas quando a mulher está grávida. O ideal é que, durante as consultas ginecológicas, a prevenção e o rastreamento desses casos se tornem uma rotina, despertando assim, uma reflexão e reestruturação da assistência pré-natal, pois casos têm ocorrido, mesmo com a mãe sendo acompanhada e com o número de atendimentos preconizado pelo Ministério da Saúde. Dessa forma, estaria executando a educação em saúde e promovendo a mudança de comportamento da população assistida.

Assim, Nascimento *et al.* (2012) afirmaram que é um contrassenso uma doença de fácil diagnóstico e terapêutica medicamentosa de tão baixo custo apresentar incidência tão elevada na população. Nesse contexto, nota-se a complexidade do problema, as intervenções susceptíveis para resolvê-lo e acredita-se que as ações não são implementadas com a intensidade necessária para reversão da situação atual (DUARTE, 2012). Desta forma, é indispensável o apoio de uma equipe multiprofissional para fortalecer o trabalho executado, além de favorecer a assistência integral à família (MORORÓ *et al.*, 2015).

Estudos asseguram que o papel da vigilância epidemiológica é indispensável para identificar novos surtos de sífilis, permitindo assim uma resposta para o tratamento de indivíduos infectados e seus contatos, e principalmente determinar as estratégias de intervenção mais eficientes. Na atual situação epidemiológica da sífilis sua erradicação não é possível, mas o controle local é alcançável, desde que se utilizem as ferramentas

disponíveis, como campanhas de educação em saúde sexual, informando sobre a doença e consequências para o feto; diagnóstico precoce através de teste de triagem na primeira visita de pré-natal seguido de um teste confirmatório, no início do terceiro trimestre e no parto; tratamento do paciente e do parceiro sexual; incentivo a utilização de preservativo masculino ou feminino e abstinência de relações sexuais ou redução de parceiros sexuais (CDC, 2015; STAMM, 2016).

Para uma vigilância renovada e treinamento de profissionais de saúde, devem ser enviados esforços para incorporar e avaliar novas ferramentas de diagnóstico, abordagens de redes sociais, intervenções preventivas inovadoras baseadas em evidências, vigilância robusta da doença e monitorização e avaliação sistemáticas das atividades de prevenção, tratamento e cuidados com esse agravo (FENTON *et al.*, 2008).

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 Desenho, população e local do estudo

Trata-se de uma pesquisa de delineamento misto, do tipo descritivo e transversal com abordagem quantitativa com dados primários e secundários, com ênfase na sífilis gestacional e congênita no município de Nossa Senhora do Socorro/SE. A busca dos dados secundários foi realizada com base nos registros de casos notificados e confirmados no período de 2011 a 2015.

Os casos de sífilis gestacional e congênita foram identificados através dos registros no Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN), por meio da base de dados cedida pela Secretaria de Vigilância Epidemiológica e Informação da Secretaria Municipal de Saúde de Nossa Senhora do Socorro. As informações de saúde foram disponibilizadas pelo programa de tabulação e tratamento dos dados: *TabWin* - DATASUS, implementado no município supra citado.

Segundo dados da Coordenação da Atenção Básica, o município conta com um total de 62 equipes de estratégia de saúde da família. Uma população de 116 profissionais de saúde, distribuídos nas Unidades Básicas de saúde (UBS) em zonas urbanas e rurais.

4.2 Dados Primários

Para a seleção dos sujeitos da pesquisa foram levados em consideração os seguintes critérios: profissionais de saúde que prestassem o atendimento a gestante no pré-natal, sendo eles: médicos e enfermeiros, pois estes foram capacitados para realizar o teste rápido; profissionais de saúde atuantes e em exercício com vínculo de pelo menos um ano.

4.2.1 Coleta de Dados

Para caracterizar o perfil dos profissionais entrevistados, verificar as atividades e qualificar o atendimento de pré-natal, e para verificar o conhecimento dos profissionais de saúde das equipes de saúde da família (médico e enfermeiro), foi aplicado um questionário estruturado nas Unidades Básicas de Saúde de março a junho de 2017, com os horários previamente agendados com os participantes, sendo uma mostra de conveniência. Estes responderam verbalmente e o pesquisador marcou as respostas correspondentes no instrumento (Anexo 1), após assinatura do termo de consentimento livre esclarecido. O

instrumento utilizado para coleta de dados, anteriormente já havia sido validado e usado em outros estudos conforme Lopes (2010).

4.2.2 Variáveis

Foram consideradas variáveis dependentes do estudo: o domínio de conhecimento desses agravos pelos profissionais de saúde e o cumprimento do protocolo para evidenciar o diagnóstico de sífilis gestacional e congênita, tais como: testes não treponêmicos solicitados durante o pré-natal; diferenciação das lesões como sífilis primária, secundária e terciária; interpretação dos resultados de titulações dos testes de VDRL; referência e contra referência; implementação do tratamento na gestante e no parceiro.

4.3 Dados Secundários

Foram incluídas no estudo as fichas de notificação de sífilis gestacional e congênita de casos confirmados no período de 2011 a 2015. Os critérios utilizados para definir um caso de sífilis gestacional foram: gestante que durante o pré-natal apresente evidência clínica e/ou sorologia não treponêmica (VDRL) reagente, com teste treponêmico (teste rápido ou ELISA) positivo ou não realizado (BRASIL, 2005a). Para definir o caso de sífilis congênita foram considerados os seguintes critérios:

- 1) toda criança, aborto ou natimorto de mãe com evidência clínica ou sorológica para sífilis que não tenha sido tratada ou tenha recebido tratamento inadequado;
- 2) menores de 13 anos com evidências sorológicas para sífilis, desde que afastadas as possibilidades de manutenção de anticorpos maternos e de sífilis adquirida;
- 3) menores de 13 anos com sorologia não treponêmica reagente para sífilis e evidência clínica, radiológica ou líquórica para sífilis congênita; ou
- 4) evidência microbiológica da presença de *T. pallidum* na placenta, cordão umbilical ou tecido da criança, produto de aborto ou natimorto (BRASIL, 2005a).

4.3.1 Coleta de Dados

Para o levantamento dos registros de notificações de casos confirmados de sífilis gestacional e sífilis congênita foi utilizado um formulário específico no qual constam dados que permitiram determinar o perfil sócio demográfico e obstétrico das mulheres sífilíticas em estudo, determinar a incidência anual e acumulada da sífilis gestacional e congênita; e

determinar os fatores de risco associados à ocorrência de sífilis congênita no período proposto (Anexo 2). Os dados foram fornecidos pelo programa de tabulação e tratamento dos dados: *TabWin* - DATASUS, implementado no município do estudo conforme Apêndice 1.

4.3.2 Variáveis

Os casos de sífilis gestacional considerados variável dependente foram caracterizados de acordo com as seguintes variáveis independentes constantes na base de dados: raça, faixa etária, escolaridade da gestante, município de realização do pré-natal, resultado do teste treponêmico e não treponêmico, confirmação clínica da doença e tipo de esquema de tratamento para a gestante; tratamento, tipo de esquema de tratamento e motivo para o não tratamento do parceiro.

Já os casos de sífilis congênita, considerados como variável dependente, foram caracterizados pelas seguintes variáveis independentes presentes na base de dados: faixa etária, realização do pré-natal, momento do diagnóstico da sífilis materna, realização do teste treponêmico e do teste confirmatório do parto, e realização de tratamento adequado da gestante e de seu parceiro. As características foram apresentadas como frequências relativas. Casos não confirmados e registros repetidos foram excluídos das análises de dados. A identificação de registros repetidos foi realizada manualmente considerando a variável número de registro da notificação, de forma a evitar a inclusão na análise de dados de casos digitados no banco do SINAN mais de uma vez.

4.4 Análise de dados

Para análise estatística, os dados secundários foram descritos por meio de frequências simples e percentuais e, para avaliar tendências nas proporções observadas ao longo dos anos, foi utilizado o teste qui-quadrado de tendência (associação linear por linear). O nível de significância adotado foi de 5% e o software utilizado foi o R Core Team 2017.

Foram estabelecidas as frequências absolutas e relativas de todos os casos de notificações compulsórias de sífilis gestacional e congênita do período de 2011 a 2015 no município de Nossa Senhora do Socorro do estado de Sergipe.

A incidência de sífilis gestacional e congênita em Nossa Senhora do Socorro foi calculada para cada ano do período de estudo utilizando dados populacionais do IBGE. As incidências foram expressas por 1.000 gestantes e 1.000 nascidos vivos respectivamente. A

incidência acumulada gestacional foi calculada pelo número de casos de sífilis gestacional incidente no período de 2011 a 2015 sobre população de gestantes acumulada anualmente. Já na incidência cumulativa de sífilis congênita, o numerador foi representado pela incidência de casos de sífilis congênita no período de 2011 a 2015 sobre população de nascidos vivos acumulados anualmente.

A fonte de dados utilizada sobre a população de gestantes foi fornecida pelo Sistema de Informações de Pré-Natal (SISPRENATAL), já a população de nascidos vivos foi fornecida pelo Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) do município do estudo. O teste do qui-quadrado de tendência foi utilizado para avaliar se houve uma tendência de crescimento da incidência da doença no período estudado. Um nível de significância de 5% foi utilizado para definir um aumento estatisticamente significativo.

Para investigar a presença de fatores de risco associados à ocorrência de sífilis congênita, foram comparados os casos de sífilis congênita com a população de nascidos vivos em Nossa Senhora do Socorro no mesmo período de estudo, utilizando as variáveis sobre características maternas e do pré-natal comuns aos bancos de dados do SINAN e SINASC, respectivamente.

Os dados foram descritos por meio de frequências simples e percentual quando categórica além de média e desvio padrão quando contínua. As características maternas foram comparadas por meio de frequências relativas e diferenças serão consideradas estatisticamente significantes quando o valor de p obtido pelo teste do qui-quadrado bicaudal for $< 0,05$. Foi utilizado o teste Qui-Quadrado de Pearson para verificar associação entre as variáveis categóricas e o teste T para verificar diferenças de proporções.

Foram calculados riscos relativos (univariado) e riscos relativos ajustados (multivariado) com seus respectivos intervalos com 95% de confiança por meio da Regressão de Poisson para identificar características maternas e do pré-natal independentemente associadas à ocorrência de sífilis congênita. O nível de significância adotado foi de 5%; os dados foram armazenados em planilhas utilizando os programas Excel e Tabwin, e o Software utilizado para análise estatística foi o R Core Team 2017.

Após a coleta em campo com os 84 profissionais de saúde entrevistados, os dados primários foram tabulados no programa Excel, realizaram-se estatísticas descritivas simples, utilizando-se tabelas de distribuição de frequência absoluta e relativa.

4.5 Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Tiradentes (UNIT), com número do parecer de aprovação nº 1.905.765 (Anexo 3).

5 REFERÊNCIAS

- ALCÂNTARA, T.T.; ALCÂNTARA, I.T.; GUERREIRO, J.V.; NETO, G.M.N. Perfil epidemiológico da sífilis congênita no estado da Paraíba, 2007 a 2016. *Brazil J Surg Clinical Res.* 2017; 18 (3): 21-26.
- AMARAL, E. Sífilis na gravidez e óbito fetal: de volta ao futuro. *Rev Brasil Ginecol Obstet*, 2012; 34(2): 52-55.
- ARAUJO, M.A.L.; BARROS, V.L.; MOURA, H.J.; ROCHA, A.F.B.; GUANABARA, M.A.O. Prevenção da sífilis congênita em Fortaleza, Ceará: uma avaliação de estrutura e processo. *Cad. Saúde Coletiva*. 2014; 22 (3): 300-6.
- ARORA, N.; SCHUENEMANN, V.J.; JÄGER, G.; PELTZER, A.; SEITZ, A.; HERBIG, A.; STROUHAL, M.; GRILLOVÁ, L.; SÁNCHEZ-BUSÓ, L.; KÜHNERT, D.; BOS, K.I.; DAVIS, L. R.; MIKALOVÁ, L.; BRUISTEN, S.; KOMERICKI, P.; FRENCH, P.; GRANT, P.R; PANDO, M.A.; VAULET, L.G.; FERMEPIN, M.R.; MARTINEZ, A.; CENTURION, L.A.; GIACANI, L.; NORRIS, S.J.; ŠMAJS, D.; BOSSHARD, P.P.; GONZÁLEZ-CANDELAS, F.; NIESELT, K.; KRAUSE, J.; BAGHERI, H.C. Origin of modern syphilis and emergence of a pandemic *Treponema pallidum* cluster. *Nature Microbiology* 2016; 2:16245.
- AVELLEIRA, J.C.R; BOTTINO, G. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. *Rev Brasil Dermatol*, 2006; 8 (2):111-126.
- BERMAN, S.M. Maternal syphilis: pathophysiology and treatment. *Bull World Health Organ.* 2004; 84(6): 433-438.
- BRASIL, Presidência da República, Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. **Diário Oficial da União**, 05 de outubro de 1988.
- BRASIL, Presidência da República, Lei 8080 de 19 de setembro de 1990. **Diário Oficial da União**, 20 de setembro de 1990.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para o Controle da Sífilis Congênita**. Brasília: Edição 2; 2010a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso**. Brasília: Edição 8; 2010b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. Brasília: Edição 1; 2005a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico**. Brasília: Ministério da Saúde; 2005b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. **Diretrizes para o controle da sífilis congênita**. Brasília: Ministério da Saúde; 2005c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. **Diretrizes para controle da sífilis congênita: manual de bolso**. Brasília: Edição 2; 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. **Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. **Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST)**. 4ª edição. Brasília: Ministério da Saúde; 2006c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Epidemiológica. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico – Sífilis**. nº 1. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Epidemiológica. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim epidemiológico AIDS e DST**. nº 01. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Conjunta n 1, de 16 de Janeiro de 2013. **Diário Oficial da União**, 17 de janeiro de 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis**. Brasília: Ministério da Saúde; 2015a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico Sífilis 2015 ano IV nº01**. Brasília: Ministério da Saúde; 2015b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Transmissão vertical do HIV e sífilis: estratégias para redução e eliminação**. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Coordenadoria de Controle de Doenças. **Guia de Bolso para o Manejo da Sífilis em Gestantes e Sífilis Congênita**. São Paulo: Ministério da Saúde; 2016a.

BRASIL, Ministério da Saúde, Portaria nº 204 de 17 de fevereiro de 2016. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Seção 01, nº 32, pág. 23,18 de fevereiro de 2016b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, AIDS e Hepatites Virais. **Manual Técnico Para Diagnóstico da Sífilis**. Brasília: Ministério da Saúde; 2016c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico Sífilis 2016**. Brasília: Ministério da Saúde; 2016d.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle de IST, HIV/AIDS e Hepatites Virais. 2017.** [acesso em: 06 de fev de 2018]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/noticias/saude-regulamenta-os-servicos-de-atendimento-e-atencao-dst-hiv-e-aids>.

CAMPOS, A.L.; ARAÚJO, M.A.; MELO, S.P.; GONÇALVES, M.L. Epidemiologia da sífilis gestacional em Fortaleza, Ceará, Brasil: um agravamento sem controle. *Cad Saúde Pú.* 2010; 26(9): 1747-1755.

CAVALCANTE, P.A.M.; PEREIRA, R.B.L.; CASTRO, J.G.D. Syphilis in pregnancy and congenital syphilis in Palmas, Tocantins State, Brazil, 2007-2014. *Epidemiol. Serv. Saude.* 2017; 26(2): 255-264.

CARVALHO, I.S.; BRITO, R.S. Sífilis congênita no Rio Grande do Norte: estudo descritivo do período 2007-2010. *Epidemiol Serv Saúde.* 2014; 23 (2):287-294.

CDC, Centers for Disease Control and Prevention. **Recommendations and Reports – Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines.** 2015, 64 (RR3): 1-137.

COSTENARO, T. Z. et al. Perfil das gestantes atendidas na atenção primária à saúde no município polo do oeste Catarinense. *Brazil J Surg Clin Res.* 2016; 15 (4): 74-75.

DOMINGUES, R.M.S.M.; SARACENI, V.; HARTZ, Z.M.A.; LEAL, M.C. Sífilis congênita: evento sentinela da quantidade de assistência pré-natal. *Rev Saúde Pú.* 2013a; 47 (7):147-157.

DOMINGUES, R.M.; SZWARCOWALD, C.L.; SOUZA JUNIOR, P.R.; LEAL, M.C. Prevalence of syphilis in pregnancy and prenatal syphilis testing in Brazil: birth in Brazil study. *Rev Saúde Pú.* 2014; 48(5):766-774.

DOMINGUES, R.M.S.M.; LAURIA, L.M.; SARACENI, V.; LEAL, M.C. Manejo da sífilis na gestação: conhecimentos, práticas e atitudes dos profissionais pré-natalistas da rede SUS do município do Rio de Janeiro. *Ciênc Saúde Colet.* 2013b; 18(5):1341-1351.

DUARTE, G. Sífilis e a gravidez... e a história continua! *Rev Brasil Ginecol Obst.* 2012; 34(2): 49-51.

ENSARI, T.; KIRBAS, A.; OZGU-ERDINC, A.S.; SAYGAN, S.G.; ERKAYA, S.; UYGUR, D.; DANISMAN, N. An eight-year retrospective analysis of antenatal screening results for syphilis: is it still cost effective? *J Infect Dev Ctries.* 2015; 9(9):1011-1015.

FENTON, K.A., BREBAN, R., VARDAVAS, R., OKANO, J.T., MARTIN, T., ARAL, S., BLOWER, S. Infectious syphilis in high-income settings in the 21st century. *Lancet Infect Dis.* 2008; 8: 244–253.

FERNANDES, R.C.S.C.; FERNANDES, P.G.C.C.; NAKATA, T.Y. Análise dos casos de sífilis congênita na maternidade do hospital da sociedade portuguesa de beneficência de Campos, RJ. *J Brasil Doen Sexual Transm.* 2007; 19 (1):157-161.

FIGUEIREDO, M.S.N. Percepção de enfermeiros sobre a adesão ao tratamento dos parceiros de gestantes com sífilis. *Rev Rene.* 2015; 16(3): 345-354.

- FIGUEIRÓ-FILHO E.A; GARDENAL R.V.C; ASSUNÇÃO L.A; COSTA G.R; PERIOTTO C.R.L; VEDOVATTE C.A.; POZZOBON, L. R. Sífilis congênita como fator de assistência pré-natal no município de Campo Grande – MS. *DST J. Brasil Doen Sexual Transm.* 2007; 19 (3-4): 139-143.
- GIACANI, L.; LUKEHART, S.A. The endemic treponematoses. *Clin Microbiol Rev.* 2014; 27 (1): 89 - 115.
- GOLDENBERG, R.L.; THOMPSON, C. The infectious origins of stillbirth. *Am J Obstet Gynecol.* 2003; 189 (3): 861-873.
- GUINSBURG, R; SANTOS, A.M.N. Critérios diagnósticos e tratamento da sífilis congênita. Documento Científico - Departamento de Neonatologia Sociedade Brasileira de Pediatria. São Paulo, dezembro de 2010.
- GUST, D.A.; LEVINE, W.C.; LOUIS, M.E.S.; BRAXTON, J.; BERMAN, S.M. Mortality Associated With Congenital Syphilis in the United States, 1992-1998. *Pediatrics*, 2002;109 (5):79-86.
- HARPER, K.N.; OCAMPO, P.S.; STEINER, B.M.; GEORGE, R.W.; SILVERMAN, M.S.; BOLOTIN, S.; PILLAY, A.; SAUNDERS, N.J.; ARMELAGOS, G.J. On the Origin of the Treponematoses: A Phylogenetic Approach. *PLoS Negl Trop Dis*, 2008; 2(1): 141 -148.
- JÚNIOR, A.S.; ANDRADE, M.G.G.; MAGALHÃES, R.F.; MORAES, A.M.; VELHO, P.E.N.F. Sorologia para sífilis: os médicos estão capacitados a interpretá-la? *An Bras Dermatol.* 2007; 82(2):183-5.
- LAFETÁ, K.R.G.; JÚNIOR, H.M.; SILVEIRA, M.F.; PARANAÍBA, L.M.R. Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle. *Rev Bras Epidemiol.* 2016; 19(1): 63-74.
- LAZARINI, F.M.; BARBOSA, D.A. Educational intervention in Primary Care for the prevention of congenital syphilis. *Rev. Latino-Am. Enferm*, 2017; 25:e2845.
- LEITÃO, E.J.L; CANEDO, M.C.M; FURIATTI, M.F; OLIVEIRA, L.R.S; DIENER, L.S; LOBO, M.P; CASTRO, M.F.L.M.; BARBOSA, D.F.S.; SILVEIRA, J.B.; MACHADO, F.R.M.; MACEDO, J.L.S. Sífilis gestacional como indicador da qualidade do pré-natal no Centro de Saúde de Samambaia - DF. *Com Ciênc Saúde.* 2009; 4 (20): 306-314.
- LENZ, M.L.M.; FLORES, R. Atenção à saúde da gestante em Atenção Primária à Saúde. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição; 2011.
- LIMA, M.G.; SANTOS, R.F.R.; BARBOSA, G.J.A.; RIBEIRO, G.S. Incidência e fatores de risco para sífilis congênita em Belo Horizonte, Minas Gerais, 2001-2008. *Ciênc Saúde Colet.* 2013; 18(2):499-506.
- LOPES, M.H. Avaliação da implementação das ações de prevenção da transmissão vertical de sífilis no pré-natal em Unidades de Saúde da Família de Cuiabá. Dissertação (Mestrado). FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP. Rio de Janeiro: s.n., 2010.
- LORENZI, D.R.S.; ARAÚJO, B.F.; GRAZZIOTIM, L.; BASSO, E. Prevalência de sífilis congênita no Hospital Geral de Caxias do Sul – RS no período de 1998-2002. *J Brasil Doen Sexual Transm.* 2005; 17(1): 5-9.

MACÊDO, V.C.; LIRA, P.I.C.; FRIAS, P.G.; ROMAGUERA, L.M.D.; CAIRES, S.F.F.; XIMENES, R.A.A. Fatores de risco para sífilis em mulheres: estudo caso-controle. *Rev Saúde Públ.* 2017; 51:1-12.

MAGALHÃES, D.M.S; DIAS, A; CALDERON, I.M.P. A sífilis na gestação e sua influência na morbimortalidade materno-infantil. *Com Ciênc Saúde.* 2011; 1 (22): 43-54.

MAGALHÃES, D.M.S.; KAWAGUCHI, I.A.L.; DIAS, A.; CALDERON, I.M.P. Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. *Cad Saúde Públ.* 2013; 29(6):1109-1120.

MATTEI, P.L., BEACHKOFKY, T.M., GILSON, R.T., WISCO, O.J. Syphilis: A Reemerging Infection. *Ame Fam Phys.* 2012; 86 (5): 434-440.

MENEGHETTE, A.R.; SANTOS, B.M.C.; LEMOS, E.F.S.; REGO, R.L.; KASHIWABARA, T.B.; ROCHA, L.L.V. Sífilis Congênita: Uma revisão integrativa. *Brazil J Surg Clinical Res.* 2016; 13(4): 101-110.

MESQUITA, K.O.; LIMA, G.K.; FLÔR, S.M.C.; FREITAS, C.A.S.L.; LINHARES, M.S.C. Perfil epidemiológico dos casos de sífilis em gestantes no município de Sobral, Ceará, de 2006 a 2010. *SANARE.* 2012; 11 (1): 13-17.

MILANEZ, H. Syphilis in Pregnancy and Congenital Syphilis: Why Can We not yet Face This Problem?. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2016; 38 (9): 425–427.

MIRANDA, M.M.S; SOUZA, L.M.G.; AGUIAR, R.A.L.P.; CORRÊA M. D. J.; MAIA M. M.M.; BORGES R. S.; MELO, V.H. Rastreamento das infecções perinatais na gravidez: realizar ou não?. *Femina.* 2012; 40 (1):13-22.

MORORÓ, R.M.; LIMA, V.C.; FROTA, M.V.V.; LINHARES, M.S.C.; RIBEIRO, S.M.; MARTINS, M.A. A percepção dos enfermeiros da estratégia de saúde da família acerca do seguimento da sífilis congênita. *Rev Saúde Com.* 2015; 11(3): 291-302.

MULLICK, S.; BEKSINKSA, M.; MSOMI, S. Treatment for syphilis in antenatal care: compliance with the three dose standard treatment regimen. *Sex Transm Infect.* 2005; 81:220–222.

NASCIMENTO, M.I.; CUNHA, A.A.; GUIMARÃES, E.V.; ALVAREZ, F.S.; Gestações complicadas por sífilis materna e óbito fetal. *Rev Brasil Ginecol Obstet.* 2012; 34(2): 56-62.

NEWMAN, L.; KAMB, M.; HAWKES, S.; GOMEZ, G.; SAY, L.; SEUC, A.; BROUTET, N. Global estimates of syphilis in pregnancy and associated adverse outcomes: analysis of multinational antenatal surveillance data. *PLOS Medicine.* 2013; 10 (2): e1001396.

NONATO, S. M; MELO, A. P. S; GUIMARÃES, M. D. C. Sífilis na gestação e fatores associados à sífilis congênita em Belo Horizonte-MG, 2010-2013. *Epidemiol. Serv. Saúde.* 2015; 24(4): 681-694.

OPAS, Organização Pan Americana de Saúde. Elimination of Mother-to-Child Transmission of HIV and Syphilis in the Americas.Update 2015. Washington, DC.

OPAS, Organização Pan Americana de Saúde. Análisis de la situación al año 2010: eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y de la sífilis congénita en la Región de las Américas [Internet]. Acesso em: 20 de maio de 2016.

PAZ, L.C.; PEREIRA, G.F.; PINTO, V.M.; MEDEIROS, F.M.G.P.; MATIDA, L.H.; SARACENI, V.; JUNIOR, A.N.R. Nova definição de casos de sífilis congênita para fins de vigilância epidemiológica no Brasil. *Ver Soc Brasil Méd.* 2005; 38 (5): 446-447.

QUEIROZ, D.N.; LIMA, J.H.S. Atuação do enfermeiro no rastreamento da sífilis na gestação: orientações, promoção e adesão ao tratamento. *Brazil J Surg Clinical Res.* 2017; 18(2): 98-105.

REZENDE, J. Tratado de Obstetrícia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 12ª edição; 2011.

RODRIGUES, C.S.; GUIMARÃES, M.D.C., CESAR, C.C. Oportunidades perdidas de prevenção da sífilis congênita e HIV: transmissão perinatal. *Rev Saúde Púb.* 2008; 42(5): 851-858.

RODRÍGUEZ-CERDEIRA, C.; SILAMI-LOPES, V.G. Sífilis congenital en el siglo XXI. *Actas Dermosifiliogr.* 2012;103: 679-693.

RODRIGUES, D.C.; DOMINGUES, R.M.S.M. Management of syphilis in pregnancy: Knowledge and practices of health care providers and barriers to the control of disease in Teresina, Brazil. *Int J Health Plann Mgmt.* 2017;1–16.

SANTOS, J.A.; ANDRADE, M.G.G.; MAGALHÃES, R.F.; MORAES, A.M. et al. Sorologia para sífilis: os médicos estão capacitados a interpretá-la. *Assoc Brasil Dermatol.* 2007; 82(2): 183-185.

SANTOS, N.J.S. Mulher e negra: dupla vulnerabilidade as DST/HIV/Aids. *Saúde Soc. São Paulo.* 2016; 25 (3): 602-618.

SANTOS, R.R.; NIQUINI, R.P.; BASTOS, F.I.; DOMINGUES, R.M.S.M. Diagnostic and Therapeutic Knowledge and Practices in the Management of Congenital Syphilis by Pediatricians in Public Maternity Hospitals in Brazil. *Internat J Health Serv.* 2017a; 0(0): 1–21.

SANTOS, R.R.; NIQUINI, R.P.; DOMINGUES, R.M.S.M.; BASTOS, F.I. Knowledge and Compliance in Practices in Diagnosis and Treatment of Syphilis in Maternity Hospitals in Teresina - PI, Brazil. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2017b; 39:453–463.

SARACENI, V; GUIMARÃES, M.H.F.S; THEME, M.M; LEAL, M.C. Mortalidade perinatal por sífilis congênita: indicador da qualidade da atenção à mulher e à criança. *Cad Saúde Púb.* 2005b; 21(4): 1244-1250.

SARACENI V.; LEAL, M.C.; HARTZ, Z.M.A. Avaliação de campanhas de saúde com ênfase na sífilis congênita: uma revisão sistemática. *Rev Saúde Mat Inf.* 2005a; 5(3): 263-273.

SARACENI, V.; PEREIRA, G.F.M.; SILVEIRA, M.F.; ARAUJO, M.A.L.; MIRANDA, A.E. Vigilância epidemiológica da transmissão vertical da sífilis: dados de seis unidades federativas no Brasil. *Rev Panam Salud Publica.* 2017; 41:e44.

SHEFFIELD, J.S.; SÁNCHEZ, P.J.; MORRIS, G.; MABERRY, M.; ZERAY, F.; MCINTIRE, D.D.; WENDEL, G.D. Congenital syphilis after maternal treatment for syphilis during pregnancy. *Am J Obstet Gynecol.* 2002; 186 (3): 568-573.

SILVA, M.R.F.; BRITO, E.S.V.; FREIRE, L.C.G.; PEDROSA, M.M.; SALES V. M.B; LAGES, I. Percepção de mulheres com relação à ocorrência de sífilis congênita em seus conceitos. *Revista APS.* 2010; 13(3): 301-309.

SILVA, D.M.A.; ARAÚJO, M.A.L.; SILVA, R.M.; ANDRADE, R.F.V.; MOURA, H.J.; ESTEVES, A.B.B. Knowledge of healthcare professionals regarding the vertical transmission of syphilis in Fortaleza. *Text Context Nurs J.* 2014; 23(2):279-285.

SILVA, Z.F.; TEIXEIRA, K.S.S.; NASCIMENTO, D.S. Pacientes portadores de sífilis atendidos em uma unidade terciária em Fortaleza: perfil sociodemográfico. *RBAC.* 2017; 49(1): 105-9.

SIMOURA, A.A.; COELHO, M.M.; COELHO, S.M.; HERNANDEZ, D.P.; ALBUQUERQUE, V.S. A enfermagem e o saber das gestantes em assistência pré-natal acerca da sífilis e sífilis congênita. In: Congresso Brasileiro dos conselhos de enfermagem. Natal. 2010, 13.

SINAN, Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Casos confirmados de sífilis. 2014. [acesso em 15 mai 2017]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinannet/cnv.def>

SOEIRO, C.M.O.; MIRANDA, A.E.; SARACENI, V.; SANTOS, M.C.; TALHARI, S.; FERREIRA, L.C.L. Syphilis in pregnancy and congenital syphilis in Amazonas State, Brazil: an evaluation using database linkage. *Cad. Saúde Públ.* 2014; 30 (4):715-73.

STAMM, L.V. Syphilis: Re-emergence of an old foe. *Microbial Cell.* 2016; 3(9):363-370.

SUTO, C.S.S.; SILVA, D.L.; ALMEIDA, E.S.; COSTA, L.E.L.; EVANGELISTA, T.J. Assistência pré-natal a gestante com diagnóstico de sífilis. *Rev Enferm Atenção Saúde.* 2016; 5(2):18-33.

TAMPA, M.; SARBU, I.; MATEI, C.; BENEA, V.; GEORGESCU, S.R. Brief History of Syphilis. *J Med Life.* 2014; 7(1): 4 - 10.

TRIDAPALLI, E; CAPRETTI, M.G.; REGGIANI, M.L.; STRNATI, M.; FALDELLA, G. Italian Neonatal Task Force of Congenital Syphilis for The Italian Society of Neonatology-Collaborative Group. Congenital syphilis in Italy: a multicentre study. *Arch Dis Child Fetal Neonatal.* 2012; 97(3): 211-213.

WAGNER, M.B. Medindo a ocorrência da doença: prevalência ou incidência? *Jornal de Pediatria,* 1998; 74: 157-162. [acesso em: 17 de maio de 2017]. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/54350/000164480.pdf?sequence=1>

WALLACE, H.E.; BROOMHALL, H.M.; ISITT, C.I.; MIAL, L.S.; WILSON, J.D. Serological follow-up of infants born to mothers with positive syphilis serology – real-world experiences. *Intern J STD & AIDS,* 2015b; 15:1-5.

WALLACE, H.E.; ISITT, C.I.; BROOMHALL, H.M.; MIAL, L.S.; PERRY, A.E.; WILSON, J.D. Adverse pregnancy outcomes following syphilis treatment in pregnancy in the UK. *Intern J STD & AIDS,* 2015a; 15:1-6.

WHO, World Health Organization. Global Health Observatory Map Gallery, World: Percentage of antenatal care attendees positive for syphilis (latest reported data since 2005). 2015a. [acesso em 11 abr 2017]. Disponível em: http://gamapserver.who.int/mapLibrary/Files/Maps/gho_sti_anc_syphilis_positive.png

WHO, World Health Organization. Global Health Observatory Map Gallery, World : Percentage of antenatal care attendees positive for syphilis who received treatment (latest reported by countries in 2014). 2015b. [acesso em 11 abr 2017]. Disponível em: http://gamapserver.who.int/mapLibrary/Files/Maps/gho_sti_anc_syphilis_treatment.png

WHO, World Health Organization. Diagnóstico laboratorial de doenças sexualmente transmissíveis, incluindo o vírus da imunodeficiência humana. Tradução de Nazle Mendonca Collaco Veras. Brasília: Ministério da Saúde, 2015c.

WHO, World Health Organization. Sexually transmitted infections (STIs). 2016. [acesso em: 11 de abril de 2017]. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/en/>

WHO, World Health Organization. WHO guideline on syphilis screening and treatment for pregnant women. 2017. [acesso em: 06 de fev de 2018]. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/259003/1/9789241550093-eng.pdf>.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Apresentados na forma de artigos.

ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA FRENTE À SÍFILIS GESTACIONAL EM UM MUNICÍPIO DO NORDESTE BRASILEIRO

Ana Fátima Souza de Melo^{1*}

Verônica de Lourdes Sierpe Jeraldo¹

RESUMO

A sífilis é uma doença sexualmente transmissível, o seu agente etiológico atravessa a barreira placentária, trazendo graves consequências ao feto. Desta forma, este trabalho teve como objetivo avaliar o atendimento em relação à sífilis proporcionado pelos profissionais das equipes de saúde da família durante as consultas de pré-natal. Para tanto, aplicou-se um questionário estruturado aos médicos e enfermeiros atuantes nas unidades de saúde localizadas na zona urbana e rural do município de Nossa Senhora do Socorro, em Sergipe, e os resultados apresentados utilizando estatística descritiva simples. Constatou-se que 76,2% dos entrevistados utilizaram o Manual da Gestante durante as consultas de pré-natal, reconhecendo adequadamente cada estágio da doença e à terapêutica medicamentosa a ser instituída, porém o tratamento não é iniciado de imediato por falta de medicamento na unidade. Os entrevistados (81%) realizaram busca ativa das gestantes faltosas às consultas do pré-natal, no entanto 52,4% apresentaram estratégia para captação dos parceiros. Conclui-se que os profissionais de saúde frente à sífilis, têm o conhecimento, porém não conseguem atuar de maneira efetiva, tornando-se necessário discutir o conhecimento e atuação desses profissionais, garantindo o acesso a capacitações. Ressalta-se também a necessidade de melhorias por parte da gestão de saúde, a fim de tornar a abordagem do município à sífilis mais específica e qualificada, aumentando as chances de erradicação da doença.

PALAVRAS CHAVE: Atenção Primária, Cuidado pré-natal, Sífilis Congênita, Sífilis Gestacional.

1 Programa de Pós Graduação em Saúde e Ambiente – UNIT, Aracaju, Sergipe, Brasil.

*Correspondência: anafatimamelo@hotmail.com

**PROFESSIONALS OF FAMILY HEALTH TEAM PROFESSIONALS
AGAINST GESTACIONAL SYPHILIS IN A MUNICIPALITY OF NORTHEAST
BRAZIL**

Ana Fátima Souza de Melo^{1*}

Verônica de Lourdes Sierpe Jeraldo¹

ABSTRACT

Syphilis is a sexually transmitted disease, its etiologic agent crosses the placental barrier, bringing serious consequences to the fetus. Thus, this study had as objective to evaluate the care regarding syphilis provided by the professionals of the family health teams during prenatal consultations. For this purpose, a structured questionnaire was applied to physicians and nurses working in the health units located in the urban and rural areas of the municipality of Nossa Senhora do Socorro, in Sergipe, and the results presented using simple descriptive statistics. It was found that 76.2% of the interviewees use the Pregnant Women's Manual during prenatal consultations, adequately recognizing each stage of the disease and the drug therapy to be instituted, but treatment is not started immediately due to a lack of medication in the unity. The interviewees (81%) carried out an active search of pregnant women who were absent from prenatal consultations, but 52.4% presented a strategy to attract their partners. It is concluded that the health professionals against syphilis have the knowledge, but they can not act in an effective way, making it necessary to discuss the knowledge and performance of these professionals, guaranteeing access to training. The need for improvements by health management is also emphasized in order to make the municipality's approach to syphilis more specific and qualified, increasing the chances of eradicating the disease.

KEYWORDS: Primary Care, Prenatal Care, Congenital Syphilis, Gestational Syphilis.

1 Pos graduatade Program in Health and Environment – UNIT, Aracaju, Sergipe, Brazil.

*Correspondence: anafatimamelo@hotmail.com

1 INTRODUÇÃO

A sífilis é uma doença infectocontagiosa causada pela bactéria *Treponema pallidum*, que pode ser adquirida através de contato sexual, transfusão sanguínea, transplante de órgãos, ou por transmissão vertical, através da via transplacentária¹. Possui evolução crônica, e quando não tratada progride ao longo de muitos anos, sendo classificada em sífilis primária, secundária, latente recente, latente tardia e terciária².

No mundo, é vista como uma doença reemergente com taxas crescentes e expressivas, sendo registrados anualmente cerca de 5,6 milhões de novos casos na população adulta mundial². Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), estima-se que pelo menos 2 milhões destes casos acometam mulheres em período gestacional³, ocasionando transmissão vertical em 25% dos casos⁴.

A sífilis também é considerada como uma doença disseminada, estando presente tanto em países desenvolvidos, como a Itália e os Estados Unidos da América⁵, quanto nos países da América Latina e Caribe, chamando a atenção para a necessidade de rastreamento das gestantes durante o momento de atendimento do pré-natal, além do tratamento eficaz e em tempo hábil, com o objetivo de conter a infecção congênita⁶.

No Brasil, em média 50 mil parturientes ao ano têm o diagnóstico de sífilis gestacional⁷. Quanto à sífilis congênita, verifica-se que a sua incidência em 2013 no Brasil foi de 4,7 casos por 1.000 nascidos vivos, o que reflete o aumento crescente de casos novos, quando comparado com a taxa de infecção de 1,7 casos para 1.000 nascidos vivos, no ano de 2004. Por distribuição regional, o Nordeste apresentou a maior incidência de casos (5,3), seguida da região Sudeste (5,1), Sul (4,1), Norte (3,5) e Centro-Oeste (3,3). O estado de Sergipe está entre as unidades federativas que apresentaram em 2013 incidências superiores à média nacional, com índice de 11,2 por 1.000 nascidos vivos, destacando-se o município de Nossa Senhora do Socorro classificado em primeiro lugar do Estado com o índice de 2,4 por 1.000 nascidos vivos, em 2014⁵.

A atuação dos profissionais da atenção básica é essencial no combate à transmissão materno-fetal da sífilis, pois se sabe que eles são o elo entre o acesso aos serviços de saúde e a comunidade, sendo sua colaboração de total importância para mudança dos quadros epidemiológicos da sífilis gestacional e congênita⁸. Assim, percebe-se a importância da criação de estratégias inovadoras que contribuam para a capacitação destes profissionais, visando prepará-lo para a atuação frente à gestante e/ou neonato com diagnóstico de sífilis⁹.

O Sistema Único de Saúde (SUS) contém políticas públicas específicas voltadas para as gestantes portadoras de sífilis, as quais fornecem diagnósticos e tratamento gratuitos para ela e seus parceiros sexuais, visando evitar os casos de sífilis congênita, óbitos fetais, abortos ou outras consequências irreversíveis que acometem os recém-nascidos, decorrentes dessa infecção evitável⁹. Portanto, é necessário que todos os profissionais de saúde estejam aptos a reconhecer os sinais e sintomas clínicos da sífilis, assim como a interpretar os resultados dos exames laboratoriais, que desempenham papel fundamental no controle da infecção e permitem a confirmação do diagnóstico e o monitoramento da resposta ao tratamento¹⁰.

O efetivo controle da sífilis gestacional tem como premissa fundamental a triagem sorológica e o tratamento adequado de gestantes e parceiros sexuais, além da orientação da gestante e distribuição de preservativos durante a consulta, visto que a qualidade da assistência pré-natal é um importante determinante na redução da transmissão vertical⁸.

Apesar de existirem políticas de saúde definidas, a dificuldade de tratamento e controle da sífilis no período gestacional ainda é considerada um grave e prevalente problema de saúde pública¹¹. Dessa forma o estudo revela-se de suma importância para a construção de estratégias que assegurem uma melhor abordagem e manejo da sífilis gestacional, tendo como objetivo avaliar as práticas dos profissionais das equipes de saúde da família na prevenção e controle da sífilis gestacional no município de Nossa Senhora do Socorro/Sergipe.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa do tipo descritiva com abordagem quantitativa com ênfase na atuação dos profissionais de saúde das equipes de saúde da família frente à sífilis gestacional e congênita no município de Nossa Senhora do Socorro/SE, que ocorreu no período de março a junho de 2017.

Segundo dados da Coordenação da Atenção Básica, o município conta com um total de 62 equipes de estratégia de saúde da família. Uma população de 116 profissionais de saúde, distribuídos nas Unidades Básicas de saúde (UBS) em zonas urbanas e rurais.

Para a seleção dos sujeitos da pesquisa foram levados em consideração os seguintes critérios: profissionais de saúde que prestam o atendimento a gestante no pré-natal, sendo eles: médicos e enfermeiros, pois estes foram capacitados para realizar o teste rápido; profissionais de saúde atuantes e em exercício com vínculo de pelo menos um ano, foram excluídos 32 profissionais de saúde, pois estes apresentaram vínculo de trabalho inferior a um

ano no município, ou estavam de licença/ férias no período da coleta e/ou recusou participar da pesquisa, sendo selecionados e entrevistados 84 profissionais de saúde.

Para caracterizar o perfil dos profissionais entrevistados, verificar as atividades e qualificar o atendimento de pré-natal, e para verificar o conhecimento dos profissionais de saúde das equipes de saúde da família (médico e enfermeiro), foi aplicado um questionário estruturado com questões fechadas nas Unidades Básicas de Saúde com os horários previamente agendados com os participantes, estes responderam verbalmente e o pesquisador marcou as respostas correspondentes no instrumento (Anexo 1), após assinatura do termo de consentimento livre esclarecido. O instrumento utilizado para coleta de dados, anteriormente já foi validado e usado em outros estudos¹².

Como variáveis dependentes teve-se o domínio de conhecimento desses agravos pelos profissionais de saúde e o cumprimento do protocolo para evidenciar o diagnóstico de sífilis gestacional e congênita, tais como: testes não treponêmicos solicitados durante o pré-natal; diferenciação das lesões como sífilis primária, secundária e terciária; interpretação dos resultados de titulações dos testes de VDRL; referência e contra referência; implementação do tratamento na gestante e no parceiro.

Após a execução da coleta em campo, com os 84 profissionais de saúde entrevistados, os dados primários foram tabulados no programa Excel. Realizaram-se estatísticas descritivas simples, utilizando-se tabelas de distribuição de frequência absoluta e relativa.

Foram observados os aspectos éticos que regem pesquisas com seres humanos, conforme Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Tiradentes (UNIT), com número do parecer de aprovação nº 1.905.765 (Anexo 3).

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram desta pesquisa descritiva uma amostra de 84 profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) que se encaixaram nos critérios de inclusão e que trabalham nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Programa de Saúde da Família (PSF) (20 da zona urbana e 7 da zona rural).

Entre os profissionais participantes da pesquisa, 53 eram enfermeiros e 31 médicos, destes 78,6% do sexo feminino e 21,44% do sexo masculino, com faixa etária variando entre 25 a 61 anos, 53,6% com idade entre 25 a 45 anos e 46,4% com idade entre 46 a 61 anos. Em

sua maioria com mais de 10 anos de formado (65,5%), possui alguma pós graduação (58,3%), e atuam a mais de anos em PSF (52,4%). Quase todos os profissionais relataram ter recebido alguma capacitação referente a sífilis nos últimos 5 anos e apenas 4,5% não realizaram, de acordo com os dados apresentados na tabela 1. Evidencia-se que a sua população é majoritariamente jovem e com grande tempo de formação profissional, semelhante à população estudada em outros trabalhos¹¹.

Em Jacobina na Bahia, também foi encontrado, em sua maioria, profissionais jovens, e do sexo feminino, mas com o tempo de formação inferior ao encontrado no presente estudo, sendo que apenas uma relatou ter recebido capacitação¹³. Em Sobral-BA, também se encontrou um perfil semelhante ao descrito, diferindo apenas no recebimento de capacitação que em sua maioria recebeu treinamento pela Secretaria Municipal de Saúde¹⁴. Diferente do que foi descrito na UBS do Rio de Janeiro, no qual 70% eram médicos e 30% enfermeiros, destes, 72,6% apresentavam especialização em saúde da mulher/obstetrícia. Quase 80% tinham mais de 10 anos de formado, e mais de 70% participaram de treinamento nos últimos cinco anos¹⁵.

Em Teresina, os questionários foram respondidos por médicos (59) e enfermeiros (100), 67% eram mulheres, com menos de 40 anos de idade (65%), destes 39% declararam ter participado de algum treinamento nos últimos 5 anos¹⁶.

A predominância do sexo feminino foi descrita anteriormente, reforçando que há uma crescente feminização da força de trabalho em diversas profissões na área da saúde, do mesmo modo, estas mulheres também se encontram em maioria nas Unidades Básicas de Saúde do país^{17, 18}.

É possível observar também que, apesar do longo tempo de vida profissional, a grande maioria destes profissionais continua aderindo, com boa aceitação, aos recursos de atualização e educação permanente, tendo em vista que, mais de 95% afirmou já ter participado de treinamentos e/ou capacitações sobre manejo da sífilis gestacional e congênita, nos últimos cinco anos, isso demonstrou que os profissionais apoiam a proposta feita pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 2015), que incentiva a introdução de programas de treinamento e capacitação aos profissionais da atenção básica, com o objetivo de melhorar a qualidade da assistência e garantir maior segurança aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS)^{6,9}.

Tabela 1: Caracterização profissiográfica dos profissionais de Saúde das ESF do município de Nossa Senhora do Socorro/SE- 2017

	n	%
Sexo		
Masculino	18	21,4
Feminino	66	78,6
Faixa Etária		
25 a 45 anos	45	53,6
46 a 61 anos	39	46,4
Formação		
Médico clínico geral	31	36,9
Enfermeiro	53	63,1
Tempo de graduação		
1 a 10 anos	29	34,5
+ de 10 anos de formado	55	65,5
Pós graduação		
Não possui	10	11,9
Especialização Saúde da Família	20	23,8
Outra especialização	54	64,3
Tempo de atuação no PSF (anos)		
01 a 10anos	40	47,6
11 a 25 anos	44	52,4
Participação na última capacitação referente sífilis na gestação, sífilis congênita e execução do teste rápido no pré-natal (ano)		
2011	13	19,4
2012	5	7,5
2013	5	7,5
2014	16	23,9
2015	25	37,3
Nunca Participou	3	4,5

Com relação aos conhecimentos dos profissionais de saúde para ações preventivas sobre a sífilis gestacional (Tabela 2), 51,2% dos entrevistados não utilizaram estratégias para captação precoce das gestantes e 76,2% relataram utilizar o manual do MS nas consultas de pré-natal e 86,9% disseram conhecer o mesmo. O acesso aos manuais técnicos também foi descrito¹⁵ próximo a 80% dos profissionais, sendo que a leitura completa desses materiais foi feita por apenas 57,7%.

A realização da primeira consulta de pré-natal é feita pelo enfermeiro em 78,6% dos casos, 66,7% relataram realizar atividades de educação de saúde com gestantes, tendo como estratégia mais utilizada as palestras (53,6%) e grupo de gestantes (32,1%) (Tabela 2).

Quanto aos conhecimentos específicos sobre a doença, 73,3% afirmaram que a infecção do feto pelo *Treponema pallidum*, pode ocorrer em qualquer período da gestação, 85,7% afirmaram que o VDRL é um teste não treponêmico solicitado no pré-natal e este deve ser solicitado no 1º e 3º semestres de gestação (66,7%). Por outro lado, autores observaram que 95% dos profissionais geralmente solicitam dois exames de triagem, porém erram a época do segundo exame (35%)¹⁵. Em Teresina, mais de 80% dos profissionais da Atenção Básica

relataram uma prática correta para o pré-natal para a sífilis, condizente com o que é preconizado pelo Ministério da Saúde¹⁹.

Ao verificar o conhecimento específico sobre testes de diagnóstico para sífilis em diversos estudos, constatou-se que 90% dos profissionais declararam corretamente que o VDRL é um teste não treponêmico²⁰, 79% dos obstetras e enfermeiros responderam corretamente sobre suas características¹⁶. Sendo o principal erro relatado o não saber que o teste pode tornar-se não-reagente após um tratamento adequado¹⁹.

Notou-se que os entrevistados demonstraram conhecimento insatisfatório acerca das ações de prevenção e controle da sífilis gestacional e congênita, o que reflete diretamente nas suas condutas, visto que, a maioria condutas divergentes quando comparadas às medidas recomendadas pelos protocolos nacionais do Ministério da Saúde. Entretanto, apesar da criticidade, este episódio vem ocorrendo com grande frequência, na Estratégia de Saúde da Família de vários municípios brasileiros^{1,7,9,11}.

Tabela 2: Conhecimento dos profissionais de saúde para ações preventivas à sífilis na gestação – Nossa Senhora do Socorro/SE- 2017

	N	%
Rotina/estratégia para captação precoce das gestantes		
Não	43	51,2
Sim	41	48,8
Utilização do manual do Ministério da Saúde nas consultas de Pré-Natal		
Não	20	23,8
Sim	64	76,2
Realização da primeira consulta de Pré-Natal		
Enfermeiro	66	78,6
Médico	3	3,6
Misto	15	17,9
Realização de atividades de educação em saúde com gestantes		
Não	28	33,3
Sim	56	66,7
Se sim, qual?		
Grupo de gestante	18	32,1
Palestras/ oficinas	30	53,6
Distribuição de folders e outros impressos	8	14,3
Conhecimento do manual do Ministério da Saúde para a prevenção da sífilis gestacional e congênita		
Não	11	13,1
Sim	73	86,9
A partir de qual mês o <i>Treponema pallidum</i> pode infectar o feto durante a gestação		
Pode ocorrer em qualquer período da gestação	55	73,3
Após o 4º mês da gestação	5	6,7
A partir da 9ª semana de gestação	13	17,3
Após o 2º trimestre	2	2,7
Testes não treponêmicos solicitados no pré-natal		
VDRL	72	85,7
TPHA e ELISA	3	3,6
ELISA e VDRL	9	10,7
Mês que deve ser solicitado o exame de VDRL a gestante		
1º/ 2º/ 3º trimestres	20	23,8
1º/2º trimestres	4	4,8
1º/ 3º trimestres	56	66,7

Continuação Tabela 2

1º trimestre	4	4,8
Realiza o teste rápido nas gestantes		
Não	33	39,3
Sim	51	60,7
Se sim, em quais momentos?		
1º consulta	25	49,0
1º/ 2º/ 3º trimestre	4	7,8
1º/ 3º trimestre	20	39,2
2º trimestre	1	2,0

Quanto ao conhecimento dos profissionais de saúde no tratamento da sífilis gestacional (Tabela 3), em uma titulação 1:32 no VDRL, houve três condutas mais referidas: solicitaria o teste FTA-abs para confirmação (21,4%); iniciaria o tratamento (44%) e solicitaria a repetição do VDRL, para descartar um falso positivo (29,8%). 60,7% afirmaram realizar o teste rápido nas gestantes, na 1ª consulta (49%) e no 1º e 3º trimestre (39,2%) (Tabela 2). Segundo o manual do Ministério da Saúde (2014)⁵, VDRL reagente, com título baixo, sem antecedentes de tratamento para sífilis preconiza-se o início do tratamento, sem necessidade de confirmação diagnóstica com teste treponêmico, demonstrando que apesar de relatarem conhecer o manual, apenas 44% adotariam a conduta adequada. Um percentual de 50% foi relatado¹⁵, seguido também de uma nova avaliação diagnóstica. 68,7% conheciam os testes rápidos e 28,3% desconheciam sua implantação. A interpretação inadequada do teste sorológico, por médicos, também foi observado²¹.

Quando comparado a outros estudos, os resultados dessa pesquisa também revelaram que os profissionais do município estudado possuem um nível de conhecimento sobre o diagnóstico laboratorial da sífilis muito abaixo da média²⁰. Portanto, pode-se possivelmente concluir que o despreparo teórico e prático sobre a doença, seja atualmente, um dos potenciais motivos para a prevalência dos altos índices de sífilis congênita na região, tornando o município com o maior índice de sífilis congênita do Estado de Sergipe²².

Na sífilis primária, 66,6% reconheceram o cancro duro com lesão e o tratamento indicado com Penicilina benzatina (2.400.000 UI) em dose única (57,1%); na sífilis secundária, lesões cutâneo-mucosas poliméricas, altamente infectantes (55,9%) e o tratamento prescrito Penicilina benzatina (4.800.000 UI) em duas doses, com sete dias de intervalo (42,8%) e Penicilina benzatina (7.200.000 UI) em três doses, com sete dias de intervalo (32,1%); e na terciária, lesões tegumentares como nódulos ou tuberocircinadas e gomas (63,1%), e o tratamento com Penicilina benzatina (7.200.000 UI) em três doses, com intervalo

de sete dias (79,7%), resultados apresentados na tabela 3. Já foi relatado que os profissionais de saúde possuem dificuldade de manejo do tratamento, principalmente referente à posologia da penicilina¹³. Em um estudo realizado com médicos obstetras observou que o tratamento correto da sífilis primária, era implementado em 66% dos casos, da secundária (52%) e com duração desconhecida (95%)¹⁶, o tratamento adequado também foi observado em Teresina¹⁹.

Tabela 3: Conhecimento dos profissionais de saúde no tratamento da sífilis na gestação – Nossa Senhora do Socorro /SE-2017

	N	%
Conduta frente à titulação 1:32 de VDRL em gestantes		
Encaminharia a paciente para um hospital de referência	4	4,8
Solicitaria o teste FTA- abs para confirmação	18	21,4
Iniciaria o tratamento	37	44,0
Solicitaria a repetição do VDRL, para descartar um falso positivo	25	29,8
Quais lesões você reconhece como sífilis primária		
Cancro duro ou protossifiloma	56	66,6
Lesões papulosas eritemato-acobreadas	14	16,6
Lesões papulo-pustulosas	7	8,3
Não sabe informar	7	8,3
Quais lesões você reconhece como sífilis secundária		
Lesão ulcerada, conhecida por cancro duro ou protossifiloma	18	21,4
Lesões cutâneo-mucosas poliméricas, altamente infectantes	47	55,9
Granulomas destrutivos	2	2,4
Tumorações amolecidas em regiões cutâneo-mucosas	8	9,5
Não sabe informar	9	10,7
Quais lesões você reconhece como sífilis terciária		
Lesões tegumentares como nódulos, tubérculos, placas nódulo-ulceradas ou tubercircinadas e gomas	53	63,1
Pápulas ricas em treponemas e altamente contagiosas	8	9,5
Lesões pápulo-pustulosas	2	2,4
Cancro misto de Rollet	5	5,9
Não sabe informar	16	19,0
Qual o tratamento realizado para sífilis primária (medicação/ dose/intervalo de tempo)		
Trata com Penicilina benzatina (2.400.000 UI) (dose única)	48	57,1
Trata com Penicilina benzatina (4.800.000 UI) (duas doses) em dias consecutivos	1	1,2
Trata com Penicilina benzatina (4.800.000 UI) (duas doses) com intervalo de três dias	1	1,2
Trata com Penicilina benzatina (4.800.000 UI) (duas doses) com intervalo de sete dias	5	5,9
Trata com Penicilina benzatina (7.200.000 UI) (três doses) com intervalo de sete dias	27	32,1
Não sabe informar	2	2,4
Qual o tratamento realizado para sífilis secundária (medicação/ dose/intervalo de tempo)		
Trata com Penicilina benzatina (2.400.000 UI) (dose única)	7	8,3
Trata com Penicilina benzatina (4.800.000 UI) (duas doses) em dias consecutivos	1	1,2
Trata com Penicilina benzatina (4.800.000 UI) (duas doses) com intervalo de três dias	1	1,2
Trata com Penicilina benzatina (4.800.000 UI) (duas doses) com intervalo de sete dias	36	42,8
Trata com Penicilina benzatina (7.200.000 UI) (três doses) com intervalo de sete dias	27	32,1
Não sabe informar	12	14,2
Qual o tratamento realizado para sífilis terciária (medicação/ dose/intervalo de tempo)		
Trata com Penicilina benzatina (2.400.000 UI) (dose única)	2	2,4
Trata com Penicilina benzatina (4.800.000 UI) (duas doses) com intervalo de sete dias	2	2,4
Trata com Penicilina benzatina (7.200.000 UI) (três doses) com intervalo de sete dias	67	79,7
Não sabe informar	13	15,5

Em relação ao atendimento prestado à gestante pelo profissional de saúde (Tabela 4), 96,4% dos profissionais relataram informar a gestante sobre os exames solicitados; 73,8% prescrevem a medicação para tratamento; 64,3% realizam a consulta em conjunto com o médico e ele prescreve e 25% prescrevem a medicação e inicia o tratamento, este fato

acontece, pois a maioria dos enfermeiros não possui permissão para receitar medicamentos para as gestantes, na maternidade, independentemente do estágio da doença. 96,4% do tratamento são realizados na própria unidade de saúde; 54,7% a própria gestante informa a unidade de saúde quando é referenciada e 11,9% não tem informação; 51,1% afirmaram ter possibilidade de aplicação de Penicilina Benzatina na UBS.

Em Fortaleza (CE) apenas 16,9% das Unidades de Saúde da Família administravam a penicilina G Benzatina, diante da possibilidade de eventos adversos, neste caso, as unidades entregavam a medicação e encaminham as gestantes para os hospitais²³. Em Teresina, a penicilina não é utilizada no serviço, e as gestantes são encaminhadas para tratamento em outros serviços¹⁹. Outros autores não relataram dificuldades na aplicação do medicamento nas unidades de saúde¹⁵.

A maioria dos profissionais na presente pesquisa (81%) relatou realizar busca ativa de gestantes sifilíticas faltosas; 52,4% possuem estratégia para busca de parceiro (Tabela 4). Em Teresina, um percentual maior de profissionais (72%) relata possuir mecanismos para se aproximar do parceiro¹⁹. Nesse estudo, em 50% dos casos a conduta para captação do parceiro é realizado por meio da gestante, e 40,9% busca ativa pelos ACS, embora alguns autores não considere a busca ativa por meio das gestantes a conduta mais adequada^{15,19}.

Grande parte dos profissionais de saúde afirmou que solicitam o VDRL e tratam o parceiro de acordo com o resultado (53,6%), sendo esta considerada uma conduta inadequada, na qual o tratamento só é prescrito quando o parceiro apresenta sorologia reativa¹⁹. Considerando a complexidade e importância do tratamento correto no parceiro, é totalmente inadequado que os profissionais de saúde transfiram para a gestante a responsabilidade de convocá-lo, pois se perde a oportunidade de avaliar diretamente o estado de saúde dos conjugues e de fornecer as devidas orientações¹⁵.

A notificação dos casos é executada pelo enfermeiro (80,8%) (Tabela 4), sendo que 90% dos profissionais relataram que a unidade realizava notificação da sífilis gestacional^{15,20}.

Tabela 4: Características relacionadas ao atendimento dos profissionais de saúde das ESF prestado às gestantes do município de Nossa Senhora do Socorro/SE - 2017

	n	%
A gestante é informada sobre os tipos de exames que lhe estão sendo solicitados		
Não	3	3,6
Sim	81	96,4
Realiza a prescrição da medicação para o tratamento da sífilis gestacional		
Não	22	26,2
Sim	62	73,8
Condutas tomadas diante de uma gestante com sífilis		
Protocolo proíbe. Encaminhado ao médico da equipe.	2	2,4
Não realizou pré-natal.	1	1,2

Continuação Tabela 4		
Realizo a consulta em conjunto com o médico e ele prescreve.	54	64,3
Encaminho ao médico por se tratar de medicação injetável.	6	7,1
Prescrevo a medicação e início tratamento.	21	25,0
Local que a gestante recebe o tratamento para sífilis		
Na própria unidade de saúde em que faz o pré-natal.	81	96,4
Na unidade de referência.	3	3,6
No caso de a gestante ser referenciada a outra unidade; como se tem a informação do seguimento do tratamento?		
Pela própria gestante	46	54,7
Por documentos enviados pela unidade de saúde de referência	20	24,0
Por profissionais que acompanham a gestante até a unidade de referência	3	3,6
Não se tem esta informação	10	11,9
Não sabe informar	5	5,8
Há disponibilidade para aplicação da Penicilina Benzatina na UBS aos usuários que estão em tratamento de sífilis?		
Não	31	37,0
Sim	43	51,1
Não sabe informar	10	11,9
Realiza o controle e a busca de gestantes sifilíticas faltosas as consultas de pré-natal		
Não	16	19,0
Sim	68	81,0
Tem alguma estratégia para busca de parceiros de gestantes com sífilis		
Não	40	47,6
Sim	44	52,4
Se sim. Qual estratégia é utilizada?		
Busca ativa pelos agentes comunitários de saúde.	18	40,9
Captação dos parceiros por meio das gestantes.	22	50,0
Realização de visita domiciliar.	4	9,1
Conduta em relação ao parceiro diante de uma gestante com VDRL reagente		
Solicita o VDRL e trata de acordo com o resultado	45	53,6
Repete o tratamento feito na gestante	39	46,4
Realização da notificação dos casos de sífilis na gestação e/ou do parceiro		
Enfermeiro	68	80,8
Médico	2	2,4
Misto	10	12,0
Agente comunitário de saúde	4	4,8

A maior parte dos participantes (73,8%) afirmou que o município não tem um protocolo próprio; o resultado do VDRL, só está disponível com mais de 30 dias (55,9%) (Tabela 5). Essa demora na devolutiva também foi relatada por outros autores, ao observarem que em nenhuma unidade o retorno do exame ocorria no período de até sete dias, e 68,5% realizavam a coleta do sangue para o exame de VDRL, porém apenas 2,2% a solicitação e a coleta ocorriam no mesmo dia²³.

Outra dificuldade relatada, é que em algumas unidades a coleta de sangue para a realização VDRL não ocorre diariamente ou ocorre por agendamento, as amostras são encaminhadas para os laboratórios de referência para posterior resultado e implementação de tratamento. Desta forma, as gestantes precisam ir diversas vezes à unidade, reduzindo a oportunidade diagnóstica e de tratamento adequado imediato²³.

Alguns profissionais (33,3%) afirmaram não ter faltado material para o teste rápido para sífilis na UBS; 97,6% relataram acompanhar o seguimento da gestante sifilítica; não

existe estratégia para priorizar os exames da gestante (76,2%); 87% afirmaram não ter o medicamento na UBS, neste caso 75% solicitam a SMS e o paciente aguarda chegar; 100% orientam e disponibilizam preservativos para os usuários. Estudos relatam que 40% dos profissionais possuem dificuldade para conversar sobre sífilis com o parceiro e 15,4% para orientar sobre questões relacionadas às IST (forma de contágio, consequências para a saúde, tratamento, uso do preservativo)¹⁵.

Tabela 5: Características da gestão de saúde do município de Nossa Senhora do Socorro/SE quanto à sífilis - 2017

	N	%
O município tem protocolo próprio de atenção a gestante no pré-natal e parto?		
Não	62	73,8
Sim	22	26,2
Tempo em dias entre a coleta da amostra e a disponibilidade do resultado do VDRL		
1 semana	5	5,9
Até 15 dias	10	11,9
De 15 a 30 dias	22	26,3
+ de 30 dias	47	55,9
Quantas vezes neste ano faltou material de teste rápido para sífilis na sua UBS?		
1 a 2 vezes	21	25,0
2 a 4 vezes	3	3,6
5 ou + vezes	8	9,5
Nenhuma vez	28	33,3
Não sabe informar	24	28,6
A unidade de saúde acompanha o seguimento de tratamento da gestante com sífilis?		
Não	2	2,4
Sim	82	97,6
A unidade de saúde tem estratégia para priorizar exames de gestantes?		
Não	64	76,2
Sim	20	23,8
Existe a Penicilina Benzatina na farmácia da UBS?		
Não	73	87,0
Sim	11	13,0
Se não, qual a orientação é fornecida para o usuário?		
Solicito a SMS e o paciente aguarda chegar	63	75,0
Solicito que o paciente compre	19	22,6
Administro outro antibiótico	1	1,2
A unidade de saúde orienta e disponibiliza preservativos para gestante e/ou para o parceiro com sífilis?		
Sim	84	100,0
Não	0	0,0

Dentre as dificuldades relatadas pelos profissionais, podem-se destacar problemas na gestão de saúde, dificuldades para agendar e ter os resultados dos exames de pré-natal em tempo hábil; falta de medicação e de teste rápido na UBS; falha na contra referência (35,7%). A segunda dificuldade mais referida pelos profissionais foi a baixa adesão das gestantes ao pré-natal (9,5%) seguida de dificuldade para realizar o tratamento do parceiro (7,1%).

Para os profissionais de saúde do PSF do Rio de Janeiro, as principais barreiras para a abordagem da sífilis relacionaram-se ao início tardio do pré-natal (75,2%); não comparecimento dos parceiros ao serviço (53,0%); dificuldades na testagem para sífilis

(34,7%), por demora no resultado do exame ou por falta de acesso ao teste treponêmico confirmatório; não adesão das gestantes à realização dos exames e/ ou do tratamento (34,3%), e falta de referência para encaminhamento do parceiro (17,3%)¹⁵. Os achados apontados quanto às condições estruturais e de processo de trabalho podem dificultar o bom desempenho dos profissionais nos cuidados prestados à clientela, além de dificultar o diagnóstico e tratamento adequado^{19,23}.

Diante do que foi apresentado, nota-se que apesar dos profissionais relatarem conhecer os protocolos, ainda existe falhas na sua execução, como também na gestão em saúde, sendo indispensável a implantação de atividades de Educação em Saúde, de forma regular, e com supervisão continuada nos serviços, abordando lacunas de conhecimento específicas. Essas devem definir as responsabilidades e atribuições de cada profissional, desde a gestão até a atenção^{16,19,23}.

Os profissionais citaram como melhoria necessária para qualidade da atenção, mudanças nos serviços de gestão de saúde do município como facilidade no acesso à medicação; efetividade do tratamento; rapidez na realização e resultados dos exames; funcionalidade da referência e da contra referência (32,1%) e executarem com maior efetividade os grupos de gestantes com palestras educativas em saúde sexual e efetivação dos testes rápidos para a grávida e para o parceiro (26,2%).

As principais estratégias sugeridas em estudos^{15, 20} foram a realização de trabalhos educativos para a população geral (81,5%), facilitação do diagnóstico e tratamento dos parceiros (80,4%), garantia de exames de qualidade (60%), e treinamentos em aconselhamento (62,7%) e manejo clínico (65,3%) sugestões semelhantes às descritas pelos profissionais de Nossa Senhora do Socorro (SE).

Afirma-se que para superar as dificuldades destacam-se ações como administração adequada, disponibilidade de testes e medicamentos, maior integração do atendimento pré-natal e do parto, e destes com a vigilância epidemiológica^{19,20}.

4 CONCLUSÃO

Identificou-se que a maioria dos profissionais participantes é do sexo feminino, encontram-se na faixa etária de 25 a 45 anos, são enfermeiros, com tempo de graduação superior a 10 anos, atuam na ESF entre onze a vinte e cinco anos, possuem pós-graduação e já realizaram capacitações sobre sífilis e teste rápido, em 2015.

Notou-se ainda, que na maioria dos casos o VDRL está sendo solicitado conforme com o que é preconizado pelo MS. Referente à interpretação da titulação do VDRL e do seguimento frente a uma titulação reagente, a maioria dos profissionais mencionaram conduta adequada, porém uma boa parte também referiu conduta inadequada, divergindo do que é preconizado nos protocolos do Ministério da Saúde. Entretanto os entrevistados quase na sua totalidade referiram ter o conhecimento e fazer uso dos manuais e protocolos durante os atendimentos e consultas de pré-natal, podendo-se afirmar que estes têm o conhecimento, porém não conseguem atuar de maneira efetiva. Estes fatos culminam consequentemente em falhas durante o pré-natal, contribuindo diretamente para a continuidade da disseminação e aumento do número de casos de sífilis congênita.

O enfermeiro foi o profissional mais citado quanto ao preenchimento da ficha de notificação e quanto à realização do primeiro atendimento de pré-natal. O estudo ainda identificou que na maioria das UBS que fizeram parte do cenário da pesquisa não há penicilina benzatina na farmácia, sendo necessária a solicitação a Secretaria Municipal de Saúde, em outro momento inicia-se o tratamento. A sua aplicação é realizada, na maioria das vezes, na própria UBS. Além disso, constatou-se a realização da busca das gestantes faltosas às consultas do pré-natal pela maior parte dos profissionais.

Apesar das UBS disponibilizarem preservativos e os profissionais de saúde realizarem atividade de saúde educativas para as gestantes, há uma grande dificuldade no agendamento dos exames de pré-natal, bem como na realização dos mesmos, demorando mais de 30 dias para se ter acesso ao resultado. Também foi evidenciado que no município o serviço de referência e contra referência de saúde é falho, considerando-se quase que inexistente.

Diante desses fatores, torna-se estritamente necessário, o maior acesso destes profissionais a programas de capacitações e ao conteúdo dos protocolos, bem como um melhor fornecimento de dados quanto à situação epidemiológica da sífilis na sua área de atuação, tornando-os a par das maiores carências das gestantes na sua área de adscrição, como também a necessidade de melhorias por parte da gestão de saúde, podendo garantir a assistência às gestantes e parceiros, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde, tornando a abordagem do município mais específica e qualificada, aumentando as chances de erradicação da doença.

REFERÊNCIAS

1. Lima MG, Santos RFR, Barbosa GJA, Ribeiro GS. Incidência e fatores de risco para sífilis congênita em Belo Horizonte, Minas Gerais, 2001-2008. *Ciênc Saúde Colet*. 2013; 18(2):499-506.
2. WHO, World Health Organization. Sexually transmitted infections (STIs). 2016. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/en/> (acesso em 11 abril/2017).
3. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Coordenadoria de Controle de Doenças. Guia de Bolso para o Manejo da Sífilis em Gestantes e Sífilis Congênita. São Paulo: Ministério da Saúde; 2016.
4. WHO, World Health Organization. Global Health Observatory Map Gallery, World : Percentage of antenatal care attendees positive for syphilis who received treatment, as reported by countries in 2014. 2015. Disponível em: http://gamapserver.who.int/mapLibrary/Files/Maps/gho_sti_anc_syphilis_treatment.png (acesso em 11 abr/ 2017).
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Transmissão vertical do HIV e sífilis: estratégias para redução e eliminação. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
6. OPAS, Organização Pan Americana de Saúde. Elimination of Mother-to-Child Transmission of HIV and Syphilis in the Americas. Update 2015. Washington, DC.
7. Domingues RMSM, Saraceni V, Hartz ZMA, Leal MC. Sífilis congênita: evento sentinela da quantidade de assistência pré-natal. *Rev Saúde Pú*. 2013; 47 (7):147-157.
8. Cavalcante PAM, Pereira RBL, Castro JGD. Syphilis in pregnancy and congenital syphilis in Palmas, Tocantins State, Brazil, 2007-2014. *Epidemiol Serv Saude*. 2017; 26(2): 255-264.
9. Lazarini FM, Barbosa DA. Educational intervention in Primary Care for the prevention of congenital syphilis. *Rev. Latino-Am. Enferm*. 2017; 25:e2845.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico Sífilis 2015 ano IV nº01. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
11. Silva DMA, Araújo MAL, Silva RM, Andrade RFV, Moura HJ, Esteves ABB. Knowledge of healthcare professionals regarding the vertical transmission of syphilis in Fortaleza. *Text Context Nurs J*. 2014; 23(2):279-285.
12. Lopes MH. Avaliação da implementação das ações de prevenção da transmissão vertical de sífilis no pré-natal em Unidades de Saúde da Família de Cuiabá [dissertação]. FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP. Rio de Janeiro: s.n., 2010.
13. Suto CSS, Silva DL, Almeida ES, Costa LEL, Evangelista TJ. Assistência pré-natal a gestante com diagnóstico de sífilis. *Rev Enferm Atenção Saúde*. 2016; 5(2):18-33

14. Mororó RM, Lima VC, Frota MVV, Linhares MSC, Ribeiro SM, Martins MA. A percepção dos enfermeiros da estratégia de saúde da família acerca do seguimento da sífilis congênita. *Rev Saúde Com.* 2015; 11(3): 291-302.
15. Domingues RMSM, Lauria LM, Saraceni V, Leal MC. Manejo da sífilis na gestação: conhecimentos, práticas e atitudes dos profissionais pré-natalistas da rede SUS do município do Rio de Janeiro. *Ciênc Saúde Colet.* 2013; 18(5):1341-1351.
16. Santos RR, Niquini RP, Domingues RMSM, Bastos FI. Knowledge and Compliance in Practices in Diagnosis and Treatment of Syphilis in Maternity Hospitals in Teresina - PI, Brazil. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2017; 39:453–463.
17. Galavote HS. et al. Desvendando os processos de trabalho do agente comunitário de saúde nos cenários revelados na Estratégia Saúde da Família no município de Vitória. *Rev Ciênc Saúde Colet.* 2011; 16 (1): 231-240.
18. Gomes SF. Conhecimentos, atitudes e práticas dos médicos e enfermeiros das Unidades de Saúde da Família sobre sífilis em gestantes na cidade de Recife [dissertação] Mestrado em Saúde Coletiva – Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), 2013.
19. Rodrigues DC, Domingues RMSM. Management of syphilis in pregnancy: Knowledge and practices of health care providers and barriers to the control of disease in Teresina, Brazil. *Int J Health Plann Mgmt.* 2017;1–16.
20. Santos RR, Niquini RP, Bastos FI, Domingues RMSM. Diagnostic and Therapeutic Knowledge and Practices in the Management of Congenital Syphilis by Pediatricians in Public Maternity Hospitals in Brazil. *Internat J Health Serv.* 2017; 0(0): 1–21.
21. Júnior AS, Andrade MGG, Magalhães RF, Moraes AM, Velho PENF. Sorologia para sífilis: os médicos estão capacitados a interpretá-la? *An Bras Dermatol.* 2007; 82(2):183-5.
22. SINAN, Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Casos confirmados de sífilis. 2014. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinannet/cnv.def> (acesso em 15 mai/2017).
23. Araujo MAL, Barros VL, Moura HJ, Rocha AFB, Guanabara MAO. Prevenção da sífilis congênita em Fortaleza, Ceará: uma avaliação de estrutura e processo. *Cad Saúde Colet.* 2014; 22 (3): 300-6.

PERFIL DA SÍFILIS GESTACIONAL E CONGÊNITA EM NOSSA SENHORA DO SOCORRO, SERGIPE

Ana Fátima Souza de Melo^{1*}

Verônica de Lourdes Sierpe Jeraldo¹

RESUMO

Introdução: A sífilis é uma doença infecciosa crônica, com capacidade de comprometimento sistêmico progressivo quando não tratada. Caracteriza-se como reemergente e se mantém como um desafio para os serviços de saúde tanto para o rastreamento quanto para a contenção de novos casos. **Objetivo:** Identificar a incidência anual e acumulada da sífilis gestacional e congênita. **Métodos:** Trata-se de um estudo de corte transversal com abordagem quantitativa numa perspectiva crítica e reflexiva, com dados obtidos a partir do Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN) e do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), no período de 2011 a 2015. **Resultados:** A incidência anual média de sífilis gestacional e sífilis congênita no período foi de 6,82 casos para cada 1.000 gestantes e 18,52 casos por 1.000 nascidos vivos, respectivamente. A caracterização das gestantes sífilíticas demonstra que a maior parte delas está na faixa etária de 14 a 30 anos (78,5%), a maioria se auto declarou pardas (69,9%), com nível de escolaridade baixo, no qual cerca de 21,5% tinham cursado ensino fundamental incompleto, 19,4% o ensino médio incompleto e, grande parte residente na zona urbana (92,4%). Dentre as portadoras de sífilis gestacional cerca de 65,6% fizeram o teste treponêmico com resultado reativo e 35,4% do total de gestantes descobriram a doença durante o terceiro trimestre gestacional. Também foi possível observar que 51,6% dos parceiros realizaram o tratamento e que 67,7% das gestantes realizaram o pré-natal, mas apenas 37,2% tomaram conhecimento da sífilis congênita. Os fatores de riscos associados à ocorrência de sífilis congênita, quando comparados com a população de

nascidos vivos no mesmo período foram: raça parda, estado civil união estável e faixa etária de 20 a 34 anos. **Conclusão:** Foi possível concluir que a transmissão vertical esteve relacionada a perdas de oportunidades diagnósticas e terapêuticas e mostram que ainda há um longo caminho a ser percorrido para que as taxas de sífilis congênita atinjam as preconizadas pela OPAS e Ministério da Saúde. Portanto, esses agravos devem continuar sendo alvo de estudos a fim de gerarem novas estratégias de prevenção para reduzir a transmissão vertical da doença.

PALAVRAS CHAVE: Sífilis gestacional. Sífilis congênita. Saúde Pública. Serviços de Saúde.

1 Programa de Pós Graduação em Saúde e Ambiente – UNIT, Aracaju, Sergipe, Brasil.

*Correspondência: anafatimamelo@hotmail.com

PROFILE OF MANAGEMENT AND CONGENITAL SYPHILIS IN OUR NOSSA SENHORA DO SOCORRO, SERGIPE

Ana Fátima Souza de Melo^{1*}

Verônica de Lourdes Sierpe Jeraldo¹

ABSTRACT

Introduction: Syphilis is a chronic infectious disease with progressive systemic impairment when left untreated. It is characterized as reemerging and remains as a challenge for health services both for tracking and for containing new cases. **Objective:** To identify the annual and accumulated incidence of gestational and congenital syphilis. **Methods:** This is a cross-sectional study with a quantitative approach in a critical and reflexive perspective, with data obtained from the SINAN and the Information System on Live Births (SINASC) in the period from 2011 to 2015. **Results:** The mean annual incidence of gestational syphilis and congenital syphilis in the period was 6.82 cases per 1,000 pregnant women and 18.52 cases per 1,000 live births, respectively. The characterization of syphilitic pregnant women shows that most of them are in the age range of 14 to 30 years (78.5%), most of them declared themselves to be brown (69.9%), with a lower level of education, such as 21, 5% had incomplete elementary education, 19.4% had incomplete secondary education, and a large part were urban residents (92.4%). Among the women with gestational syphilis, 65.6% did the treponemal test with a reactive result, and 35.4% of the pregnant women found the disease during the third gestational trimester. It was also possible to observe that 51.6% of the partners underwent treatment and 67.7% of the pregnant women underwent prenatal care, but only 37.2% became aware of congenital syphilis. The risk factors associated with the occurrence of congenital syphilis when compared to the live births population in the same period were: brown breed, stable marital status and age group of 20 to 34 years.

Conclusion: It was possible to conclude that the vertical transmission was related to losses of diagnostic and therapeutic opportunities and show. that there is still a long way to go so that congenital syphilis rates reach those recommended by PAHO and the Ministry of Health. Therefore, these diseases should continue to be studied in order to generate new prevention strategies to reduce the vertical transmission of syphilis disease.

KEYWORDS:Gestational syphilis. Congenital syphilis. Public health. Health services.

1 Pos graduatade Program in Health and Environment – UNIT, Aracaju, Sergipe, Brazil.

*Correspondence: anafatimamelo@hotmail.com

1 INTRODUÇÃO

A sífilis é uma infecção sexualmente transmissível (IST) de caráter sistêmico causada pelo *Treponema pallidum*. A infecção é transmitida somente para humanos pelas vias sexual, vertical e transmissão por transfusão sanguínea, sendo importante o diagnóstico precoce, já que quando não diagnosticada precocemente pode gerar sequelas irreversíveis [1]. Os maiores índices de infecção detectados no país ocorrem predominantemente através do contato sexual [1,2].

O diagnóstico tardio da sífilis gestacional (SG) predispõe o risco para sífilis congênita (SC), sendo a assistência do pré-natal inadequada, o principal responsável pelo aumento das altas taxas de sífilis congênita, o que deve alertar sobre a atuação do sistema de saúde vigente [3,4].

A sífilis congênita é uma doença que pode ser prevenida, a depender de fatores como o período em que a gestante foi diagnosticada, a fase da patologia e o início do tratamento, sendo de extrema importância o tratamento concomitante do parceiro sexual [4].

A Organização Pan Americana da Saúde (OPAS, 2010) estimou que na América Latina e Caribe, 330.000 gestantes soropositivas para sífilis não receberam o tratamento para a doença durante as consultas de pré-natal a cada ano, e que dois terços dos casos de sífilis em gestantes resultem em sífilis congênita. No ano de 2010, a cobertura do diagnóstico de gestantes sífilíticas que fizeram o pré-natal, nos países da região foi de apenas 61%, sendo observadas coberturas de diagnóstico mais alto nos países do Caribe (82%) e do Cone Sul (76%), incluindo o Brasil (37%) [5].

Para gestantes com sífilis, em todo o território nacional, foi instituída a notificação compulsória, por meio da Portaria nº 33 de 14 de julho de 2005. Observou-se no Brasil, na última década, um aumento de notificação de ocorrências de sífilis gestacional que pode ser reflexo, em parte, ao aprimoramento do sistema de vigilância epidemiológica e ao aumento da distribuição de testes rápidos. Nesta situação, a política de saúde denominada Rede

Cegonha, instituída em 2011, contribuiu para a ampliação do acesso ao diagnóstico de sífilis em gestante no país [6].

Os índices epidemiológicos para sífilis ainda permanecem elevados, tanto gestacionais como congênita, mundialmente [7]. A reemergência da sífilis e o aumento do número de casos diagnosticados internacionalmente evidenciam a relevância do estudo, também sendo perceptível a existência de lacunas sobre pesquisas abordando o controle da alta incidência desse agravo de notificação compulsória, motivando assim a reflexão sobre o perfil atual da doença e suas implicações para a saúde da mulher [7].

Desta forma, o objetivo desse estudo foi identificar a incidência anual e acumulada da sífilis gestacional e congênita, caracterizar o perfil sociodemográfico e obstétrico das gestantes e puérperas sífilíticas e determinar os fatores de risco associados à ocorrência de sífilis congênita no período entre 2011 a 2015 no município de Nossa Senhora do Socorro situado no Estado de Sergipe - Brasil.

2 MÉTODOS

Trata-se de um estudo de corte transversal, seccional com abordagem descritiva e quantitativa em uma perspectiva crítica e reflexiva. O estudo foi realizado no município de Nossa Senhora do Socorro, no estado de Sergipe.

Os registros de casos de sífilis gestacional e congênita foram identificados através do Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN), por meio da base de dados cedida pela Secretaria de Vigilância Epidemiológica e Informação da Secretaria Municipal de Saúde de Nossa Senhora do Socorro. As informações de saúde foram disponibilizadas pelo programa de tabulação e tratamento dos dados: *TabWin* - DATASUS, implementado no município supracitado.

As fichas de notificação de sífilis gestacional e congênita de casos confirmados no período de 2011 a 2015 foram incluídas no estudo. Os casos não confirmados e registros

repetidos foram excluídos das análises de dados. Os critérios de inclusão utilizados para definição de caso de sífilis gestacional foram: gestante que durante o pré-natal apresentasse evidência clínica e/ou sorologia não treponêmica (VDRL - *Venereal Disease Research Laboratory*) reagente, com teste treponêmico (teste rápido ou ELISA - *Enzyme-Linked Immunosorbent Assay*) positivo ou não realizado [8]. E para definir o caso de sífilis congênita foram considerados os seguintes critérios:

- 1) toda criança, aborto ou natimorto de mãe com evidência clínica ou sorológica para sífilis que não tenha sido tratada ou tenha recebido tratamento inadequado;
- 2) menores de 13 anos com evidências sorológicas para sífilis, desde que afastadas as possibilidades de manutenção de anticorpos maternos e de sífilis adquirida;
- 3) menores de 13 anos com sorologia não treponêmica reagente para sífilis e evidência clínica, radiológica ou líquórica para sífilis congênita; ou
- 4) evidência microbiológica da presença do *Treponema pallidum* na placenta, cordão umbilical ou tecido da criança, produto de aborto ou natimorto [8].

A caracterização do perfil sócio-demográfico e obstétrico das mulheres sífilíticas foi realizada por meio de um formulário específico, além da determinação da incidência da sífilis gestacional e congênita no período proposto. Os dados foram fornecidos pelo programa de tabulação e tratamento dos dados: *TabWin* - DATASUS, implementado no município do estudo.

Para análise estatística, os dados foram descritos por meio de frequências simples e percentuais e, para avaliar tendências nas proporções observadas ao longo dos anos foi utilizado o teste Qui-quadrado de tendência (associação linear por linear). O nível de significância adotado foi de 5% e o software utilizado foi o R Core Team 2017[®].

Foram estabelecidas as frequências absolutas e relativas de todos os casos de notificações compulsórias de sífilis gestacional e congênita do período de 2011 a 2015 no município de Nossa Senhora do Socorro do estado de Sergipe.

A incidência de sífilis gestacional e congênita em Nossa Senhora do Socorro foi calculada para cada ano do período de estudo utilizando dados populacionais do IBGE. As incidências foram expressas por 1.000 gestantes e 1.000 nascidos vivos respectivamente. A incidência acumulada gestacional foi calculada pelo número de casos de sífilis gestacional incidente no período de 2011 a 2015 sobre população de gestantes acumulada anualmente. Já na incidência cumulativa de sífilis congênita, o numerador foi representado pela incidência de casos de sífilis congênita no período de 2011 a 2015 sobre população de nascidos vivos acumulados anualmente. As incidências foram expressas por 1.000 gestantes e 1.000 nascidos vivos, respectivamente.

A fonte de dados utilizada sobre a população de gestantes foi fornecida pelo Sistema de Informações de Pré-Natal (SISPRENATAL), e a população de nascidos vivos foi fornecida pelo Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) do município do estudo. O teste qui-quadrado de tendência foi utilizado para avaliar se houve uma tendência de crescimento da incidência da doença no período estudado. Um nível de significância de 5% foi utilizado para definir um aumento estatisticamente significativo. Os dados foram armazenados em planilhas utilizando os programas estatísticos Excel e Tabwin, e as análises foram realizadas utilizando os programas estatísticos Tabwin e R Core Team 2017.

Para investigar a presença de fatores de risco associados à ocorrência de sífilis congênita, foram comparados os casos de sífilis congênita com a população de nascidos vivos em Nossa Senhora do Socorro no mesmo período de estudo, utilizando as variáveis sobre características maternas e do pré-natal comuns aos bancos de dados do SINAN e SINASC, respectivamente.

Os dados foram descritos por meio de frequências simples e percentual quando categórica além de média e desvio padrão quando contínua. As características maternas e obstétricas das gestantes e puérperas foram comparadas por meio de frequências relativas e diferenças foram consideradas estatisticamente significantes quando o valor de p obtido pelo teste do qui-quadrado bicaudal foi $< 0,05$. Foi utilizado o teste Qui-Quadrado de

Pearson para verificar associação entre as variáveis categóricas e o teste T para verificar diferenças de média.

Foram calculados riscos relativos (univariado) e riscos relativos ajustados (multivariado) com seus respectivos intervalos com 95% de confiança por meio da Regressão de Poisson para identificar características maternas e do pré-natal independentemente associadas à ocorrência de sífilis congênita. O nível de significância adotado foi de 5%; os dados foram armazenados em planilhas utilizando os programas Excel e Tabwin, e o Software utilizado para análise estatística foi o R Core Team 2017.

Foram observados os aspectos éticos que regem pesquisas com seres humanos, conforme Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Tiradentes (UNIT), com número do parecer de aprovação nº 1.905.765.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nas figuras 1 e 2 é apresentada a incidência ascendente anual e acumulada, respectivamente, tanto da sífilis congênita quanto da sífilis em gestantes revelando que em 2015 houve um aumento de aproximadamente 100% para sífilis gestacional e de 75% para sífilis congênita quando comparado ao ano de 2011. A sífilis congênita apresentou incidência média anual de 18,5 casos por mil nascidos vivos, entretanto, esses valores estão longe da meta adotada pelo Ministério da Saúde para eliminação da SC, seguindo as orientações definidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Pan Americana da Saúde (OPAS) de 0,5 casos de SC para cada mil nascidos vivos [9,10]. O valor encontrado nesse estudo foi 37,04 vezes maior do que o valor definido como referência pela OMS em 2008.

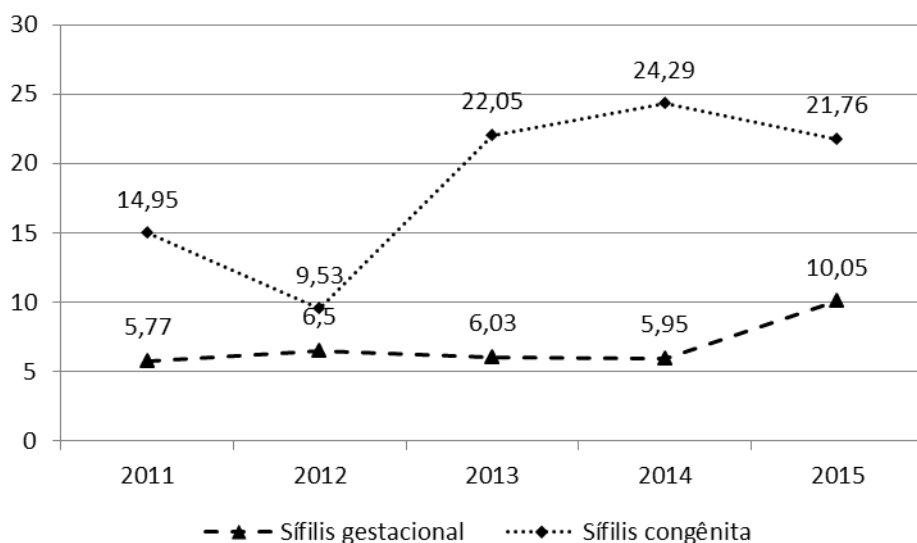


Figura 1: Incidência (‰) anual de Sífilis Congênita entre nascidos vivos e Sífilis Gestacional no período 2011-2015, no município de Nossa Senhora do Socorro, Sergipe.

Entre os estados do Brasil as taxas de notificações são semelhantes as encontradas neste estudo e revelam uma alta ocorrência de infecção pela sífilis, como em Belo Horizonte com um índice de 1,1 por mil nascidos vivos [11]; em Campo Grande (MS), 23,4 casos por mil nascidos vivos [12]; no Amazonas, 2,6 por mil nascidos vivos [13]; em Sergipe, 11,2 casos por mil nascidos vivos para SC e 8,2 ocorrências por gestantes para a Sífilis Gestacional [1].

Os altos índices em Sergipe podem estar relacionados a diversos fatores, como possíveis falhas no tratamento da sífilis durante a gravidez, dependendo do estágio da doença e da idade gestacional, principalmente quando o diagnóstico é feito tardiamente, mesmo em mulheres que realizaram a quantidade mínima de consultas no pré-natal ou por falta de investigação epidemiológica de recém-nascidos (RNs) de gestantes positivas [14,15].

Na Figura 1 é possível observar que a incidência anual de sífilis gestacional permaneceu constante de 2011 a 2014, tendo uma elevação apenas no ano de 2015. Esse

aumento pode estar relacionado a uma vigilância epidemiológica mais atuante, como também a ampliação do acesso ao diagnóstico de sífilis em gestantes no país [6].

Porém, a sífilis congênita apresentou tendência de ascensão todos os anos, exceto em 2012 (Figura 2). Acredita-se que a redução desse índice epidemiológico pode ser justificada pela atuação conjunta da Secretaria de Saúde e a Atenção Primária na adoção de medidas de controle da doença. Entretanto mostra também, que as medidas não foram tão eficazes durante os anos seguintes, podendo este fato estar relacionado à subnotificação da doença, ou erro de preenchimento das fichas de notificação já que os dados mostram que ocorrem falhas no registro e detecção da morbidade durante o período gravídico e no momento do nascimento [13,16,1].

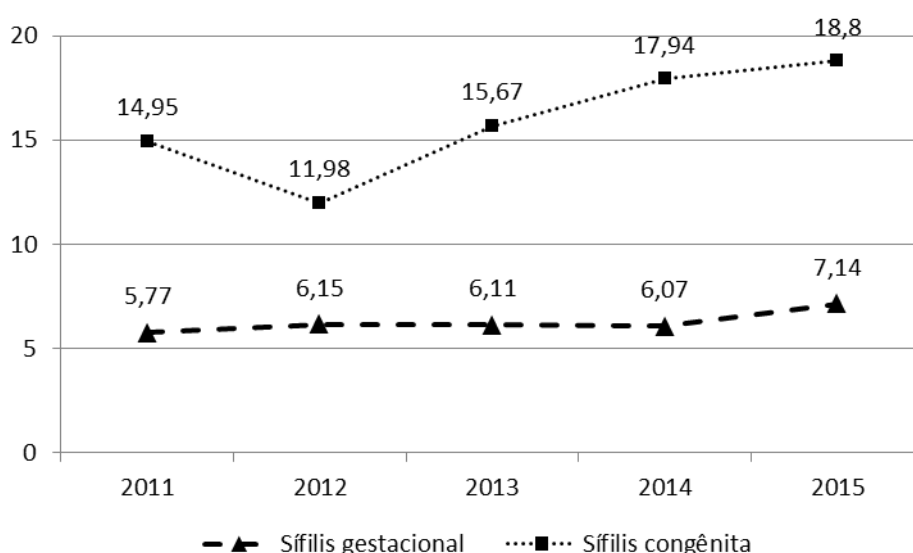


Figura 2: Incidência (%) acumulada de Sífilis Congênita entre nascidos vivos e Sífilis Gestacional no período 2011-2015 no município de Nossa Senhora do Socorro, Sergipe.

A incidência acumulada geral foi de 2,06%, sendo discrepante do valor normal dessa medida, que é de uma proporção de 0 a 1. O resultado encontrado justifica-se pela possível subnotificação de casos, resultante da disparidade de 93 casos notificados de sífilis gestacional para 269 casos notificados de sífilis congênita no período estudado. Como

também pelo número de gestantes cadastradas no SISPRENATAL ser inferior ao número de nascidos vivos registrados no SINASC do município no mesmo período. Este fato pode evidenciar que muitas gestantes do município de Nossa Senhora do Socorro não realizaram pré-natal no município e área de saúde cadastrada ou não foram assistidas no período gravídico. A subnotificação também foi relatada em outras áreas brasileiras e revela uma falha importante na assistência à saúde materna e neonatal [15,16,17].

No período investigado foi realizado o cálculo da incidência acumulada, para medir o risco de transmissão da sífilis de mãe para filho no recorte temporal relativo aos casos de gestantes notificadas para sífilis com ou sem a transmissão vertical. Os dados apontaram que a sífilis gestacional apresentou uma tendência constante, e que a sífilis congênita foi crescente nos anos em estudo, exceto no ano de 2012 (11,98%), sinalizando para uma elevada probabilidade de que a gestante com sífilis resultou em sífilis congênita por transmissão vertical no período, o que sugere falhas no seguimento pré-natal na área de estudo, uma vez que para redução das consequências da sífilis nos RNs, se faz necessário que as gestantes diagnosticadas com sífilis sejam adequadamente tratadas, durante a gestação, e em tempo oportuno [18].

Um total de 93 mulheres foram diagnosticadas com sífilis gestacional no período estudado. O perfil sóciodemográfico dessas mulheres, obtido por meio da fonte de dados coletados das Fichas de Notificação de Sífilis Gestacional, é apresentado na tabela 1, revela que 69,9% das mulheres eram de raça parda; e 78,5% estavam na faixa etária de 14 a 30 anos, sendo que 38,7% eram adolescentes entre 14 e 20 anos, sendo a idade da adolescência um fator considerado de risco para a sífilis gestacional. Outros autores também encontraram resultados semelhantes aos obtidos nesse estudo, afirmaram que a faixa etária da maioria das gestantes infectadas com sífilis está entre 20 a 29 anos. Assim como, em um estudo transversal multicêntrico, envolvendo 24 estados brasileiros, com apoio do Programa Nacional IST/AIDS a gravidez na adolescência é um fator de risco para a ocorrência da sífilis gestacional [4,19].

Com relação à escolaridade, 44,1% possuíam o ensino fundamental incompleto, 19,4% ensino médio incompleto e 11,8% ensino médio completo (Tabela 1), sendo isto uma característica mostrada também em outros estudos realizados no Brasil, em Tocantins [20] e em Manaus [13].

Já foi relatado que quanto maior for o nível de escolaridade de uma população, melhor será o nível de entendimento para manter-se saudável, ou para que ocorra o tratamento de maneira adequada. Outros autores admitem que embora essa morbidade não seja uma doença restrita a classe menos favorecida, a sífilis em gestante estabelece relações ao baixo nível socioeconômico, esse efeito mostra que a pouca escolaridade e baixa renda podem ser causas importantes do pouco acesso aos serviços de saúde, influenciando na assistência de pré-natal insatisfatória e persistindo assim, a transmissão vertical de sífilis congênita nessa população [12,21]

Quanto ao perfil obstétrico das gestantes com sífilis gestacional outra variável que chama a atenção é a classificação clínica da sífilis e o tratamento realizado. A maioria (84,9%) das gestantes foi classificada estando na fase de latência. Porém o tratamento foi realizado em 92,5% dos casos com Penicilina benzatina 7.200.000 UI e os outros casos foram tratados seguindo diferentes esquemas de dosagem do mesmo medicamento ou mesmo outras medicações (Tabela 1). Estes dados mostram que o protocolo definido pelo Ministério da Saúde não foi cumprido adequadamente, ou na maioria das mulheres o diagnóstico foi feito tardiamente, demonstrando a fragilidade do serviço de saúde ou a baixa adesão das gestantes ao pré-natal [22]. O tratamento inadequado também foi observado em Manaus, tanto no estadiamento quanto na dosagem e na África do Sul, neste último, 64,8% das mulheres positivas para sífilis receberam as doses preconizadas para o tratamento, e 15,9% das mulheres não receberam tratamento [13,23].

É importante destacar que ao somar o não tratamento do parceiro (37,6%), com tratamento do parceiro ignorado (10,8%), tratamento da gestante não realizado (1,1%), outro esquema de tratamento para gestante adotado (2,2%), tratamento da gestante ignorado

(1,1%) revela que mais da metade (52,8%) dos casos de sífilis em gestantes foram inadequadamente tratados, de acordo com a classificação do Ministério da Saúde, sem considerar aquelas gestantes tratadas com doses diferentes da determinada [8]. Dessas mulheres 81,4% realizaram o pré-natal no município de Nossa Senhora do Socorro, Sergipe (Tabela 1). Na Turquia, observaram que quando a gestante positiva é adequadamente tratada, os bebês não apresentam sintomas de sífilis, o que reforça a importância de se instituir o tratamento adequado ainda no início do pré-natal [24].

Na tabela 1 também pode ser observado ao longo dos anos, que as variáveis faixa etária, teste não-treponêmico e esquema de tratamento da gestante, apresentaram um nível de significância menor que 5%, isto é, apresentaram uma tendência de aumento ao longo do período estudado, espera-se que este fato se deva a melhoria da qualidade do serviço oferecido, principalmente na realização de exame não treponêmico (VDRL) na triagem do pré-natal, no ano 2015.

Para o diagnóstico da sífilis gestacional, 83,9% das gestantes realizaram o teste não treponêmico (VDRL) como triagem no pré-natal. Destas 82,8% foram reativos, porém ainda um percentual importante não realizou o exame (16%). Para o teste treponêmico, 65,6% foi reativo, enquanto que 28% não foram realizados. Estes achados demonstram que ainda persistem gestantes positivas com falha no diagnóstico no período do pré-natal, como preconizado pelo Ministério da Saúde. Nesse sentido, é importante que as pacientes entendam que a sífilis não deve ser uma preocupação apenas quando a mulher está grávida. O ideal é que, durante as consultas ginecológicas, a prevenção e o rastreamento desses casos se tornem uma rotina, despertando assim, uma reflexão e reestruturação da assistência pré-natal, e consequentemente reduzindo o percentual de diagnósticos e tratamentos não realizados [25].

Com relação ao tratamento dos parceiros, apenas 51,6% foram tratados com Penicilina G benzantina 7.200.000 UI, utilizado quando classificado como sífilis latente ou tardia. Já 37,6% não foram tratados, destes 60,2% a informação do motivo do não

tratamento foi ignorado, 16,1% o parceiro foi convocado para UBS para tratamento, mas não compareceu, 7,5% o parceiro não teve mais contato com a gestante. Estes achados podem demonstrar uma possível falha na busca ativa destes parceiros. No estado de Tocantins em estudo semelhante, 29,8% dos parceiros não foram tratados, sendo este um dos fatores que favorecem a manutenção da doença no local estudado e ocorrência da sífilis congênita [20].

Tabela 1: Perfil sóciodemográfico e obstétrico das gestantes/ mães portadoras de sífilis gestacional por ano de ocorrência de 2011-2015, em Nossa Senhora do Socorro.

	2011 N (%)	2012 N (%)	2013 N (%)	2014 N (%)	2015 N (%)	Total N (%)	p-valor	
Perfil sócio demográfico								
Raça								
Ignorado	3 (23,1)	1 (6,3)	0 (0)	2 (13,3)	0 (0)	6 (6,5)	0,650	
Branca	2 (15,4)	1 (6,3)	3 (21,4)	2 (13,3)	5 (14,3)	13 (14)		
Preta	0 (0)	0 (0)	1 (7,1)	0 (0)	8 (22,9)	9 (9,7)		
Parda	8 (61,5)	14 (87,5)	10 (71,4)	11 (73,3)	22 (62,9)	65 (69,9)		
Total	13 (100)	16 (100)	14 (100)	15 (100)	35 (100)	93 (100)		
Faixa etária								
14 a 20 anos	5 (38,5)	10 (62,5)	7 (50)	7 (46,7)	7 (20)	36 (38,7)	0,019	
21 a 30 anos	5 (38,5)	5 (31,3)	5 (35,7)	6 (40)	16 (45,7)	37 (39,8)		
31 a 40 anos	3 (23,1)	1 (6,3)	2 (14,3)	2 (13,3)	12 (34,3)	20 (21,5)		
Total	13 (100)	16 (100)	14 (100)	15 (100)	35 (100)	93 (100)		
Escolaridade								
Ignorado	4 (30,8)	1 (6,3)	2 (14,3)	4 (26,7)	4 (11,4)	15 (16,1)	0,758	
Analfabeto	0 (0)	1 (6,3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (1,1)		
1ª a 4ª série incompleta do EF	1 (7,7)	3 (18,8)	2 (14,3)	0 (0)	8 (22,9)	14 (15,1)		
4ª série completa do EF	0 (0)	2 (12,5)	0 (0)	1 (6,7)	4 (11,4)	7 (7,5)		
5ª a 8ª série incompleta do EF	1 (7,7)	6 (37,5)	3 (21,4)	4 (26,7)	6 (17,1)	20 (21,5)		
Ensino fundamental completo	1 (7,7)	2 (12,5)	1 (7,1)	1 (6,7)	1 (2,9)	6 (6,5)		
Ensino médio incompleto	4 (30,8)	0 (0)	3 (21,4)	4 (26,7)	7 (20)	18 (19,4)		
Ensino médio completo	2 (15,4)	1 (6,3)	3 (21,4)	0 (0)	4 (11,4)	11 (11,8)		
Educação superior incompleta	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (6,7)	1 (2,9)	1 (1,1)		
Total	13 (100)	16 (100)	14 (100)	15 (100)	35 (100)	93 (100)		
Perfil obstétrico								
Teste Treponêmico								
Ignorado	2 (15,4)	0 (0)	0 (0)	2 (13,3)	1 (2,9)	5 (5,4)	0,989	
Reativo	7 (53,8)	10 (62,5)	11 (78,6)	11 (73,3)	22 (62,9)	61 (65,6)		
Não reativo	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (2,9)	1 (1,1)		
Não realizado	4 (30,8)	6 (37,5)	3 (21,4)	2 (13,3)	11 (31,4)	26 (28)		
Total	13 (100)	16 (100)	14 (100)	15 (100)	35 (100)	93 (100)		
Teste não treponêmico								
Reativo	12 (92,3)	16 (100)	13 (92,9)	13 (86,7)	23 (65,7)	77 (82,8)	0,003	
Não reativo	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (2,9)	1 (1,1)		

Continuação de Tabela 1

Não realizado	1 (7,7)	0 (0)	1 (7,1)	2 (13,3)	11 (31,4)	15 (16,1)	
Total	13 (100)	16 (100)	14 (100)	15 (100)	35 (100)	93 (100)	
Classificação clínica da sífilis na gestante							
Primária	4 (30,8)	0 (0)	1 (7,1)	1 (6,7)	4 (11,4)	10 (10,8)	0,347
Secundária	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Terciária	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Latente	9 (69,2)	16 (100)	11 (78,6)	14 (93,3)	29 (82,9)	79 (84,9)	
Ignorado	0 (0)	0 (0)	2 (14,3)	0 (0)	2 (5,7)	4 (4,3)	
Total	13 (100)	16 (100)	14 (100)	15 (100)	35 (100)	93 (100)	
Esquema de tratamento da gestante							
Ignorado	1 (7,7)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (1,1)	0,006
Penicilina G benzantina 2.400.000 UI	2 (15,4)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (2,2)	
Penicilina G benzantina 4.800.000 UI	1 (7,7)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (1,1)	
Penicilina G benzantina 7.200.000 UI	8 (61,5)	16 (100)	14 (100)	14 (93,3)	34 (97,1)	86 (92,5)	
Outro esquema	1 (7,7)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (2,9)	2 (2,2)	
Não realizado	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (6,7)	0 (0)	1 (1,1)	
Total	13 (100)	16 (100)	14 (100)	15 (100)	35 (100)	93 (100)	
Parceiro tratado							
Ignorado	6 (46,2)	0 (0)	1 (7,1)	3 (20)	0 (0)	10 (10,8)	0,304
Sim	5 (38,5)	6 (37,5)	5 (35,7)	8 (53,3)	24 (68,6)	48 (51,6)	
Não	2 (15,4)	10 (62,5)	8 (57,1)	4 (26,7)	11 (31,4)	35 (37,6)	
Total	13 (100)	16 (100)	14 (100)	15 (100)	35 (100)	93 (100)	
Esquema de tratamento do parceiro							
Ignorado	0 (0)	0 (0)	1 (7,7)	1 (7,1)	2 (4,9)	4 (4,3)	0,357
Penicilina G benzantina 2.400.000 UI	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (7,1)	0 (0)	1 (1,1)	
Penicilina G benzantina 4.800.000 UI	2 (22,2)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (2,2)	
Penicilina G benzantina 7.200.000 UI	4 (44,4)	7 (43,8)	5 (38,5)	8 (57,1)	24 (58,5)	48 (51,6)	
Outro esquema	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (2,4)	1 (1,1)	
Não realizado	3 (33,3)	9 (56,3)	7 (53,8)	4 (28,6)	14 (34,1)	37 (39,8)	
Total	9 (100)	16 (100)	13 (100)	14 (100)	41 (100)	93 (100)	
Motivo para o não tratamento do parceiro							
Ignorado	10 (76,9)	5 (31,3)	7 (50)	11 (73,3)	23 (65,7)	56 (60,2)	0,055
Parceiro não teve mais contato com a gestante	0 (0)	1 (6,3)	1 (7,1)	1 (6,7)	4 (11,4)	7 (7,5)	
Não convocado a UBS para tratamento e não compareceu	0 (0)	5 (31,3)	4 (28,6)	2 (13,3)	4 (11,4)	15 (16,1)	
Convocado a UBS para tratamento mas recusou	1 (7,7)	2 (12,5)	2 (14,3)	0 (0)	2 (5,7)	7 (7,5)	
Parceiro com sorologia reagente	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (6,7)	2 (5,7)	3 (3,2)	
Outro motivo	2 (15,4)	3 (18,8)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	5 (5,4)	
Total	13 (100)	16 (100)	14 (100)	15 (100)	35 (100)	93 (100)	

Um total de 269 crianças portadoras de sífilis foi registrado no Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN) no período estudado. A tabela 2 mostra o perfil

sóciodemográfico e obstétrico das mães das crianças portadoras de sífilis congênita no período de 2011 a 2015 no município de Nossa Senhora de Socorro; bem como o tratamento adotado tanto para mãe quanto para o parceiro por meio da fonte de dados coletados das Fichas de Notificação de Sífilis Congênita. Não constando a variável raça, por falta de dados no instrumento de coleta.

As mães das crianças que apresentaram sífilis congênita em sua maioria estavam na faixa etária de 20 a 34 anos (61,7%). Destas, 67,7% realizaram o pré-natal, porém apenas 37,2% do diagnóstico foram realizados no período do pré-natal, 62,4% foi realizado no momento do parto/curetagem ou no pós-parto, isto quer dizer que o diagnóstico foi feito tardiamente. A sífilis deve ser rastreada na primeira consulta de pré-natal para todas as gestantes, sendo repetidos os exames para rastreamento com 28 semanas de gestação e novamente antes da internação para realização do parto. Contrapondo os resultados encontrados no presente estudo, onde os mesmos dão suporte a hipótese de que o aumento da incidência deste agravo pode ser real, como reflexo de deficiências na assistência ao pré-natal oferecida as gestantes [26].

Com relação ao tratamento, 98,1% destes foram realizados de forma inadequada ou ignorados, e 87% dos parceiros não foram tratados (Tabela 2). Esses dados mostram diversas falhas dentre elas, a acessibilidade prejudicada aos serviços de saúde, falta de orientação, promoção e educação em saúde para a população, diagnóstico tardio da sífilis na mulher não gestante, ou na fase inicial da gestação e baixa adesão das mulheres grávidas ao serviço e assistência de pré-natal. Resultados similares foram relatados nos Estados Unidos e em Montes Claros, Minas Gerais. A triagem pré-natal e o tratamento adequado são os mais eficazes, impactando na redução da morbidade e taxas de mortalidade entre crianças [18,15,27].

Em relação à realização dos testes para diagnóstico da sífilis congênita, observou-se que 98,5% foram reagentes para o teste treponêmico do parto. E 60,6% das gestantes não realizaram o teste confirmatório treponêmico no momento do parto e que das 37,9%

que realizaram, 36,8% foram reagentes. O intervalo entre o tratamento e o parto é um fator primordial para prevenção da sífilis congênita [14].

Quanto ao tratamento do parceiro, 92,2% não realizaram tratamento, o que evidencia que possivelmente mesmo que a gestante/mãe seja tratada adequadamente pelas equipes de saúde da família, esta permanece exposta à recontaminação, pois o seu parceiro não é tratado, por desinteresse ou resistência ao tratamento, e/ou promiscuidade e futuramente desencadeia a sífilis congênita. Resultados semelhantes foram observados em dois estudos de Porto Alegre que 98% dos parceiros das gestantes positivas também não receberam nenhum tratamento, o que levou ao aumento dos casos tanto em gestante como em recém-nascidos no período avaliado, esta elevação regular de notificações de sífilis congênita, estão relacionadas à transmissão sexual, seguida pela transmissão vertical no período gestacional [15, 28].

A tabela 2 também expõe que ao avaliar as tendências nas proporções observadas ao longo dos anos as variáveis realização do teste treponêmico confirmatório no parto e esquema de tratamento da mãe apresentaram um nível de significância menor que 5%, ou melhor, apresentaram uma tendência de aumento ao longo do período estudado, demonstrando que apesar do teste de triagem ter aumentado sua oferta, os tratamentos realizados de forma inadequada tenderam ao aumento no período estudado.

Tabela 2: Perfil sócio-demográfico e obstétrico das mães das crianças portadoras de sífilis congênita por ano de ocorrência de 2011-2015, em Nossa Senhora do Socorro.

	2011 N (%)	2012 N (%)	2013 N (%)	2014 N (%)	2015 N (%)	Total N (%)	p-valor
Perfil sócio-demográfico							
	Faixa Etária						
10 a 14 anos	0 (0)	2 (7,4)	0 (0)	0 (0)	1 (1,4)	3 (1,1)	0,651
15 a 19 anos	8 (22,2)	6 (22,2)	20 (30,3)	16 (22,5)	12 (17,4)	62 (23)	
20 a 34 anos	23 (63,9)	14 (51,9)	38 (57,6)	45 (63,4)	46 (66,7)	166 (61,7)	
35 a 49 anos	4 (11,1)	5 (18,5)	7 (10,6)	10 (14,1)	10 (14,5)	36 (13,4)	
Ignorado	1 (2,8)	0 (0)	1 (1,5)	0 (0)	1 (1,4)	2 (0,7)	
Total	35 (100)	27 (100)	66 (100)	71 (100)	70 (100)	269 (100)	
Perfil obstétrico							
	Realizou Pré Natal						

Continuação da Tabela 2							
Ignorado	2 (5,7)	0 (0)	1 (1,5)	3 (4,2)	1 (1,4)	7 (2,6)	0,410
Sim	22 (62,9)	17 (63)	47 (71,2)	41 (57,7)	55 (78,6)	182 (67,7)	
Não	11 (31,4)	10 (37)	18 (27,3)	27 (38)	14 (20)	80 (29,7)	
Total	35 (100)	27 (100)	66 (100)	71 (100)	70 (100)	269 (100)	
Momento do diagnóstico da sífilis materna							
Ignorado	0 (0)	0 (0)	1 (1,5)	1 (1,4)	1 (1,4)	3 (1,1)	0,508
Durante o pré-natal	10 (28,6)	11 (40,7)	22 (33,3)	22 (31)	35 (50)	100 (37,2)	
No momento do parto/ curetagem	19 (54,3)	16 (59,3)	36 (54,5)	38 (53,5)	20 (28,6)	129 (48)	
Após o parto	6 (17,1)	0 (0)	7 (10,6)	10 (14,1)	13 (18,6)	36 (13,4)	
Não realizado	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (1,4)	1 (0,4)	
Total	35 (100)	27 (100)	66 (100)	71 (100)	70 (100)	269 (100)	
Realização do teste treponêmico do parto							
Ignorado	0 (0)	0 (0)	1 (1,5)	0 (0)	1 (1,4)	2 (0,7)	0,450
Reagente	35 (100)	27 (100)	65 (98,5)	71 (100)	67 (95,7)	265 (98,5)	
Não realizado	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (2,9)	2 (0,7)	
Total	35 (100)	27 (100)	66 (100)	71 (100)	70 (100)	269 (100)	
Realização do Teste Confirmatório Treponêmico no parto							
Ignorado	1 (2,9)	0 (0)	2 (3)	0 (0)	1 (1,4)	4 (1,5)	<0,001
Reagente	25 (71,4)	12 (44,4)	25 (37,9)	22 (31)	15 (21,4)	99 (36,8)	
Não reagente	0 (0)	1 (3,7)	1 (1,5)	0 (0)	1 (1,4)	3 (1,1)	
Não realizado	9 (25,7)	14 (51,9)	38 (57,6)	49 (69)	53 (75,7)	163 (60,6)	
Total	35 (100)	27 (100)	66 (100)	71 (100)	70 (100)	269 (100)	
Esquema de tratamento da mãe/ gestante							
Ignorado	1 (2,9)	0 (0)	1 (1,5)	0 (0)	1 (1,4)	3 (1,1)	0,013
Adequado	2 (5,7)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (0,7)	
Inadequado	15 (42,9)	25 (92,6)	59 (89,4)	65 (91,5)	61 (87,1)	225 (83,6)	
Não realizado	17 (48,6)	2 (7,4)	6 (9,1)	6 (8,5)	8 (11,4)	39 (14,5)	
Total	35 (100)	27 (100)	66 (100)	71 (100)	70 (100)	269 (100)	
Realização do tratamento do parceiro							
Ignorado	6 (17,1)	0 (0)	2 (3)	4 (5,6)	2 (2,9)	14 (5,2)	0,057
Sim	4 (11,4)	4 (14,8)	0 (0)	6 (8,5)	7 (10)	21 (7,8)	
Não	25 (71,4)	23 (85,2)	64 (97)	61 (85,9)	61 (87,1)	234 (87)	
Total	35 (100)	27 (100)	66 (100)	71 (100)	70 (100)	269 (100)	

Além disso, é possível notar uma disparidade entre o número de gestantes notificadas com sífilis (93) e mães de crianças com sífilis (269), o que demonstra a fragilidade do serviço de saúde do Município de Nossa Senhora do Socorro, sendo necessário criar estratégias de sensibilização e responsabilização permanente dos profissionais de saúde, em todas as unidades de saúde do país, para detecção e tratamento adequado da sífilis durante a gravidez, interpretar corretamente os testes e tratar estes doentes e os seus parceiros de forma adequada, tornando-os conscientes do seu papel na

prevenção desta infecção [1,29]. A subnotificação também foi observada, na qual os profissionais desconheciam a necessidade de notificação da doença [30].

A tabela 3 demonstra que ao avaliar a associação entre as características sociodemográficas maternas e a ocorrência de sífilis congênita, pode-se observar que todas as variáveis: idade, escolaridade e estado civil da mãe apresentaram um nível de significância menor que 5%, isto quer dizer que essas variáveis podem ser consideradas fatores de risco para a ocorrência da sífilis congênita, corroborando com diversos estudos, que destacam a baixa escolaridade como um fator de risco para sífilis isto é, há uma relação inversa entre escolaridade e incidência de sífilis, demonstrando que estes fatores sócio-demográficos podem evidenciar uma maior vulnerabilidade social, podendo inclusive denunciar o acesso precário a serviços de saúde, ou um limitado entendimento da importância das medidas de prevenção devido ao menor acesso à informação [19]. Ressalta-se que a raça é considerada como fator de exposição e não de risco para a sífilis congênita.

Esta predominância de ocorrência da sífilis em população em vulnerabilidade social também foi descrito na Europa Ocidental e nos EUA [4,19,20,31,32]. Esta maior vulnerabilidade social também está intimamente relacionada à variável raça em especial a negra e parda, uma vez que se trata de uma população historicamente desamparada [33]. Desta forma, a sífilis congênita só será controlada efetivamente se houverem ações conjuntas a fim de reduzir as iniquidades sociais e melhorar a qualidade e a cobertura da assistência pré-natal [4,11,12,13].

Quanto à variável estado civil, é interessante destacar que ao contrário de outros trabalhos que citam o estado civil solteira como fator de risco, alegando a instabilidade nos relacionamentos e a constante mudança das parcerias sexuais como fatores determinantes da infecção [34], este trabalho destaca ser casada como fator de risco. Ao que parece esta população não utiliza preservativo nas relações sexuais, por acreditarem que possuem relacionamento mais estáveis, e maior confiança nos parceiros [35].

Tabela 3: Ocorrência de sífilis congênita de acordo com as características sócio-demográficas e relativas ao pré-natal em Nossa Senhora do Socorro –SE, 2011 a 2015.

Características sócio-demográficas e relativas ao pré-natal	N	No. de casos de sífilis congênita (%)	N	No. de nascidos vivos (%)	p-valor
Estado Civil da Mãe	206		15484		
Solteira		86 (41,8)		4970 (32,1)	0,003
Casada		120 (58,2)		10514 (67,9)	
Idade da Mãe	208		15548		
≤19		50 (24,0)		3604 (23,2)	<0,001
20-34		130 (62,5)		10444 (67,2)	
≥35		28 (13,5)		1500 (9,6)	
Raça/Cor da Mãe	207		15420		
Branca		24 (11,6)		1944 (12,6)	<0,001
Preta		22 (10,6)		1576 (10,2)	
Parda		161 (77,8)		11900 (77,2)	
Escolaridade da Mãe	208		15502		
Fundamental I		5 (2,4)		106 (0,7)	<0,001
Fundamental II		28 (13,5)		822 (5,4)	
Médio		87 (41,8)		4231 (27,7)	
Superior Incompleto		82 (39,4)		9063 (59,3)	
Superior Completo		6 (2,9)		1072 (7,0)	

Teste Qui-Quadrado de Pearson

A tabela 4 demonstra que ao avaliar o histórico obstétrico materno, todas as variáveis apresentaram um nível de significância menor que 5%, isto quer dizer que essas variáveis estão associadas a ocorrência da sífilis congênita. Pode-se afirmar também que o maior risco foi encontrado nas mães com histórico obstétrico de números de filhos vivos e mortos maior ou igual a 3 (24,8% e 4,4%), número de gestações anteriores e partos normais e cesáreos anteriores também maior ou igual a 3 (34,5%; 25,2% e 2,4%) pois o número de casos de sífilis congênita nessas variáveis, ultrapassam a porcentagem de casos controle de nascidos vivos quando comparadas as mesmas variáveis. O mesmo já foi descrito em estudo em Belo Horizonte – MG, revelando que em relação aos antecedentes obstétricos, 77,8% das mulheres tinha história de gestações anteriores, 72,2% tinham um ou mais filhos vivos e 31,7% referiam resultados adversos (aborto ou natimorto) em gestações anteriores [36].

Tabela 4: Ocorrência de sífilis congênita em relação as características obstétricas em Nossa Senhora do Socorro –SE, 2011 a 2015

Características obstétricas	N	No. de casos de sífilis congênita (%) 235	N	No. de nascidos vivos (%) 15.548	p-valor
Nº de Filhos Vivos	206		15429		
0		61 (29,6)		6890 (44,7)	<0,001
1-2		94 (45,6)		6701 (43,4)	
>=3		51 (24,8)		1838 (11,9)	
Nº de Filhos mortos	206		15318		
0		135 (65,5)		12035 (78,6)	<0,001
1-2		62 (30,1)		3072 (20,1)	
>=3		9 (4,4)		211 (1,4)	
Nº de Gestações Anteriores	206		15414		
0		46 (22,3)		6099 (39,6)	<0,001
1-2		89 (43,2)		6569 (42,6)	
>=3		71 (34,5)		2746 (17,8)	
Nº de Partos Normais Anteriores	206		15390		
0		68 (33)		8012 (52,1)	<0,001
1-2		86 (41,7)		5416 (35,2)	
>=3		52 (25,2)		1962 (12,7)	
Nº de Partos Cesáreos Anteriores	206		15294		
0		173 (84)		12981 (84,9)	0,018
1-2		28 (13,6)		2199 (14,4)	
>=3		5 (2,4)		114 (0,7)	

Teste Qui-Quadrado de Pearson

A tabela 5 demonstra que ao avaliar a associação entre as características gestacionais obstétricas, de assistência pré-natal e a ocorrência de sífilis congênita, pode-se observar que as variáveis como tipo de parto, número de consultas no pré-natal e peso ao nascer apresentaram um nível de significância menor que 5%, isto quer dizer que essas variáveis podem ser consideradas fatores de risco para a ocorrência da sífilis congênita.

Com relação ao tipo de parto, observa-se que o parto vaginal teve um número maior de casos de sífilis congênita. Este evento é explicado pela possibilidade de contaminação direta do agente etiológico para o concepto, durante a passagem pelo canal de parto, uma vez que estejam presentes lesões genitais na gestante [37].

Diversos estudos têm relatado que o número de consultas no pré-natal inferior ao preconizado pelo MS, é um fator determinante da ocorrência da sífilis congênita, uma vez que as consultas de pré-natal são fundamentais para a realização do rastreamento da doença. A maioria dos casos de sífilis congênita descritos na literatura ocorreu em filhos de mães que realizaram apenas uma consulta pré-natal [4,11,12,13,18].

Tabela 5: Ocorrência de sífilis congênita de acordo com as características obstétricas e de assistência pré-natal em Nossa Senhora do Socorro –SE, 2011 a 2015

Características obstétricas e relativas ao pré- natal	N	No. de casos de sífilis congênita (%) 235	N	No. de nascidos vivos (%) 15548	p-valor
Duração da Gestação	203		15317		
<36S6D		26 (12,8)		1523 (9,9)	0,170
>37S		177 (87,2)		13794 (90,1)	
Tipo de Gravidez	208		15544		0,953
Única		204 (98,1)		15264 (98,2)	
Dupla		4 (1,9)		275 (1,77)	
Três ou mais		0 (0)		5 (0,03)	
Tipo de Parto	208		15541		
Vaginal		154 (74)		9651 (62,1)	<0,001
Cesárea		54 (26)		5890 (37,9)	
Número de Consultas	203		15428		
Nenhuma		19 (9,4)		278 (1,8)	<0,001
1 a 3		45 (22,2)		2349 (15,2)	
4 a 6		78 (38,4)		6250 (40,5)	
7 ou mais		61 (30)		6551 (42,5)	
Sexo	208		15548		0,118
Feminino		113 (54,3)		7609 (48,9)	
Masculino		95 (45,7)		7939 (51,1)	
Peso Categorizado	208		15546		
<2499		28 (13,5)		1257 (8,1)	<0,001
2500 a 2999		57 (27,4)		3244 (20,9)	
>3000		123 (59,1)		11045 (71)	
APGAR 1, Média (DP)	204	8,1 (1,63)	15356	8,29 (1,43)	0,099*
APGAR 5, Média (DP)	205	9,32 (0,98)	15374	9,4 (1,04)	0,240*

Teste Qui-Quadrado de Pearson; * Teste T; DP – Desvio Padrão;

Neste estudo, as características do parto como apresentação do feto (p- 0,875), tipo de trabalho de parto (p- 0,566), e profissional que assistiu ao parto (p- 0,620), não foram considerados fatores de risco para a ocorrência da sífilis congênita, pois nenhuma dessas variáveis apresentaram um nível de significância menor que 5%.

A partir da obtenção do risco relativo ajustado, com nível de significância de 5%, pode-se observar (tabela 6) que algumas características ocorrendo simultaneamente são consideradas fatores de proteção para o RN, ou seja, fatores que diminuem a probabilidade do desfecho acontecer, dentre elas pode-se destacar, a mãe realizar mais de uma consulta de pré-natal e recém nascido com peso igual ou superior a três quilos, isto pode ser explicado, pois o número de consultas realizadas demonstra que essa gestante teve acesso ilimitado aos serviços de saúde e com um provável acompanhamento e bom desenvolvimento do feto durante o período gravídico [19].

Tabela 6: Risco relativo e risco relativo ajustado para a ocorrência de sífilis congênita em Nossa Senhora do Socorro –SE, 2011 a 2015

Regressão de Poisson	Análise Univariada RR (IC95%)	Análise Multivariada RRa (IC95%)	p-valor
Estado Civil da Mãe			
Casada	1	1	
Solteira	1,52 (1,15-2,00)	1,49 (1,13-1,97)	0,005
Nº de Filhos Mortos			
0	1	1	
1-2	1,80 (1,34-2,42)	1,37 (1,00-1,90)	0,052
>=3	3,80 (1,96-7,36)	2,53 (1,24-5,14)	0,011
Nº Partos Normais Anteriores			
0	1	1	
1-2	1,87 (1,36-2,57)	1,77 (1,27-2,46)	0,001
>=3	3,12 (2,18-4,47)	2,26 (1,48-3,45)	<0,001
Número de Consultas			
Nenhuma	1	1	
1 a 3	0,28 (0,17-0,47)	0,31 (0,18-0,54)	<0,001
4 a 6	0,18 (0,11-0,30)	0,23 (0,14-0,38)	<0,001
7 ou mais	0,14 (0,08-0,22)	0,19 (0,11-0,33)	<0,001
Peso Categorizado (g)			
<2499	1	1	
2500 a 2999	0,79 (0,50-1,23)	1,01 (0,63-1,59)	0,997
>3000	0,50 (0,33-0,75)	0,63 (0,41-0,96)	0,033

RR – Risco Relativo; RRa - Risco Relativo Ajustado; IC95% - Intervalo com 95% de Confiança;

As tabelas 3, 4 e 5 demonstram também que nem todas as informações estavam disponíveis, o que revela uma falha no preenchimento das fichas de notificação, assim como outras deficiências nos processos de trabalho, como triagem pré-natal insuficiente, estabelecimento do tratamento de forma inadequada, falha na investigação epidemiológica da sífilis congênita, encaminhamento deficiente dos RNs positivos sem fluxos bem definidos. Já foi constatado que alguns profissionais de saúde não apresentavam qualificação técnica suficiente para enfrentar o problema da sífilis no pré-natal, o que diminui substancialmente as oportunidades de tratamento e intervenção, e consequentemente do controle da transmissão vertical [30].

Nesse sentido devem-se realizar ações de educação permanente de forma contínua e programada, pois ações pontuais informam e atualizam, porém não garantem mudança de conduta, para isso, deve-se realizar vigilância ativa das práticas e correções de erros, para o efetivo aprendizado [30]. Como também, faz necessário propor novas estratégias de abordagens com a população, como a utilização de redes sociais e principalmente avaliação da sistemática das atividades de prevenção, tratamento e cuidados [31].

4 CONCLUSÃO

A análise dos dados de sífilis na gestação e congênita no município de Nossa Senhora do Socorro – SE, possibilitou concluir que estes agravos persistem como problema de saúde pública, uma vez que a incidência anual e acumulada no período estudado foram ascendentes, estando associada à maior vulnerabilidade social e que a transmissão vertical esteve relacionada a perdas de oportunidades diagnósticas e terapêuticas.

Outro fator preocupante foi a evidência de possíveis problemas quanto ao diagnóstico precoce e tratamento adequado das gestantes e recém-nascidos. Apesar de o pré-natal ter sido realizado por grande parte das mulheres, o diagnóstico durante o pré-natal não se deu em mesma proporção, demonstrando falha no diagnóstico precoce dos casos de sífilis gestacional. Além disso, a maior parte das mulheres e seus companheiros não foram tratados corretamente. Os altos índices epidemiológicos resultantes dessa pesquisa sugerem falhas na assistência pré-natal e indicam que ainda há um longo caminho a ser percorrido para que as taxas de sífilis congênita atinjam as preconizadas pela OPAS e Ministério da Saúde, portanto, esses agravos devem continuar sendo alvo de estudos a fim de gerarem novas estratégias de prevenção para reduzir a transmissão vertical da doença.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatite virais. **Protocolo clínica e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecção sexualmente transmissíveis**. Brasília, 2015.
2. WHO, World Health Organization. Sexually transmitted infections (STIs). 2016. [acesso em: 11 de abril de 2017]. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/en/>
3. Silva MRF, Brito ESV, Freire LCG, Pedrosa MM, Sales VMB, Lages I. Percepção de mulheres com relação a ocorrência da sífilis congênita em seus conceitos. Revista ASP. 2010;13(3):301-9.
4. Domingues RMSM, Saraceni V, Hartz ZMA, Leal MC. Sífilis congênita: evento sentinela da quantidade de assistência pré-natal. Rev. Saúde Públ. 2013;47(7):147-157.

5. OPAS – Organização Pan Americana de Saúde. Análisis de la situación al año 2010: eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y de la sífilis congénita em la Región de las Américas [Internet]. Acesso em: 20 de maio de 2017.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico**. nº 35. Brasília: Ministério da saúde; 2016.
7. Newman L, Kamb M, Hawkes S, Gomez G, Say L, Seuc A, Broutet N. Global estimates of syphilis in pregnancy and associated adverse outcomes: analysis of multinational antenatal surveillance data. *PLOS Medicine*. 2013;10(2): e1001396.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. Brasília: Edição 1; 2005.
9. WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global guidance on criteria and processes for validation: elimination of mother-to-child transmission (EMTCT) of HIV and syphilis. Geneva: World Health Organization; 2014.
10. OPAS – Organização Pan Americana de Saúde. Field guide for implementation of the strategy and plan of action for elimination of mother-to-child transmission of HIV and congenital syphilis in the Americas. Washington DC: Pan American Health Organization;2014.
11. Lima MG, Santos RFR, Barbosa GJA, Ribeiro GS. Incidência e fatores de risco para sífilis congênita em Belo Horizonte, Minas Gerais, 2001-2008. *Ciênc Saúde Colet*. 2013;18(2):499-506.
12. Figueiró-filho EA, Gardenal RVC, Assunção LA, Costa GR, Periotto CRL, Vedovatte CA, Pozzobon LR. Sífilis congênita como fator de assistência pré-natal no município de Campo Grande – MS. *DST J. Brasil Doen Sexual Transm*. 2007;19(3-4): 139-143.
13. Soeiro CMO, Miranda AE, Saraceni V, Santos MC, Talhari S, Ferreira LCL. Syphilis in pregnancy and congenital syphilis in Amazonas State, Brazil: an evaluation using database linkage. *Cad. Saúde Públ*. 2014;30(4):715-73.
14. Sheffield JS, Sánchez PJ, Morris G, Maberry M, Zeray F, McIntire DD, Wendel GD. Congenital syphilis after maternal treatment for syphilis during pregnancy. *Am J Obstet Gynecol*. 2002;186(3): 568-573.
15. Lafetá KRG, Júnior HM, Silveira MF, Paranaíba LMR. Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle. *Rev Bras Epidemiol*. 2016;19(1): 63-74.
16. Campos ALA, Araújo MAL, Melo SP, Gonçalves MLC. Epidemiologia da sífilis gestacional em Fortaleza, Ceará, Brasil: um agravamento sem controle. *Cad. Saúde Públ*. 2010;26(9):1747-1755.
17. Leitão EJL, Canedo MCM, Furiatti MF, Oliveira LRS, Diener LS, Lobo MP, Castro MFLM, Barbosa DFS, Silveira JB, Machado FRM, Macedo JLS. Sífilis gestacional como indicador da qualidade do pré-natal no Centro de Saúde de Samambaia - DF. *Com CiêncSaúde*. 2009; 4(20):306-314.
18. Gust DA, Levine WC, Louis MES, Braxton J, Berman SM. Mortality Associated With Congenital Syphilis in the United States, 1992-1998. *Pediatrics*. 2002;109(5):79-86.

19. Rodrigues CS, Guimarães MDC, Cesar CC. Oportunidades perdidas de prevenção da sífilis congênita e HIV: transmissão perinatal. *Rev Saúde Públ.* 2008;42(5):851-858.
20. Cavalcante PAM, Pereira RBL, Castro JGD. Sífilis gestacional e congênita em Palmas, Tocantins, 2007-2014. *Epidemiol ServSaúde.* 2017;26(2):255-264.
21. Mesquita KO, Lima GK, Filgueira AA, Flôr SMC, Freitas CASL, Linhares MSC, Gubert FA. Análise dos casos de sífilis congênita em Sobral, Ceará: contribuições para assistência pré-natal. *DST J. BrasilDoenSexual Transm.* 2012;24(1):20-27.
22. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. **Diretrizes para controle da sífilis congênita: manual de bolso.** Brasília: Edição 2; 2006.
23. Mullick S, Beksinksa M, Msomi S. Treatment for syphilis in antenatal care: compliance with the three dose standard treatment regimen. *Sex Transm Infect.* 2005;81:220–222.
24. Ensari T, Kirbas A, Ozgu-erdinc AS, Saygan SG, Erkaya S, Uygur D, Danisman N. An eight-year retrospective analysis of antenatal screening results for syphilis: is it still cost effective? *J Infect Dev Ctries.* 2015;9(9):1011-1015.
25. Simoura AA, Coelho MM, Coelho SM, Hernandez DP, Albuquerque VS. A enfermagem e o saber das gestantes em assistência pré-natal acerca da sífilis e sífilis congênita. In: Congresso Brasileiro dos conselhos de enfermagem. 2010;13.
26. Miranda MMS, Souza LMG, Aguiar RALP, Corrêa MDJ, Maia MMM, Borges RS, Melo VH. Rastreamento das infecções perinatais na gravidez: realizar ou não?. *Femina.* 2012;40(1):13-22.
27. Wallace HE, Broomhall HM, Isitt CI, Miall LS, Wilson JD. Serological follow-up of infants born to mothers with positive syphilis serology – real-world experiences. *InternatJ STD & AIDS.* 2015;15:1-5.
28. Lenz MLM, Flores R. Atenção à saúde da gestante em Atenção Primária à Saúde. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição; 2011.
29. Milanez, H. Syphilis in Pregnancy and Congenital Syphilis: Why Can We not yet Face This Problem?. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2016;38(9):425–427.
30. Lazarini FM, Barbosa DA. Educational intervention in Primary Care for the prevention of congenital syphilis. *Rev. Latino-Am. Enferm.* 2017;25:e2845.
31. Fenton KA, Breban R, Vardavas R, Okano JT, Martin T, Aral S, Blower S. Infectious syphilis in high-income settings in the 21st century. *Lancet Infect Dis.* 2008;8:244–253.
32. Serafim AS, Moretti GP, Serafim GS, Niero CV, Rosa MI, Pires MMS, Simões PWTA. Incidence of congenital syphilis in the South Region of Brazil. *Rev Soc Brasil Med Trop.* 2014;47(2):170-178.
33. Santos NJS. Mulher e negra: dupla vulnerabilidade as DST/HIV/Aids. *Saúde Soc. São Paulo.* 2016; 25 (3): 602-618.

34. Silva ZF, Teixeira KSS, Nascimento DS. Pacientes portadores de sífilis atendidos em uma unidade terciária em Fortaleza: perfil sociodemográfico. RBAC. 2017;49(1):105-9.
35. Macêdo VC, Lira PIC, Frias PG, Romaguera LMD, Caires SFF, Ximenes RAA. Fatores de risco para sífilis em mulheres: estudo caso-controle. Rev Saúde Públ. 2017; 51:1-12
36. Nonato SM, Melo APS, Guimarães MDC. Sífilis na gestação e fatores associados à sífilis congênita em Belo Horizonte-MG, 2010-2013. Epidemiol. Serv. Saúde. 2015;24(4):681-694.
37. BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para o Controle da Sífilis Congênita**. Brasília: Edição 2; 2010.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise dos dados de sífilis gestacional e congênita no município de Nossa Senhora do Socorro – SE, possibilitou concluir que estes agravos persistem como problema de saúde pública, visto que a incidência anual e acumulada no período estudado foram ascendentes, estando associada à maior vulnerabilidade social e que a transmissão vertical esteve relacionada a perdas de oportunidades diagnósticas e terapêuticas.

Outro fator preocupante foi evidência de possíveis problemas quanto ao diagnóstico precoce e tratamento adequado das gestantes e recém-nascidos. Apesar de o pré-natal ter sido realizado por grande parte das mulheres, o diagnóstico durante o pré-natal não se deu em mesma proporção, demonstrando falha no diagnóstico precoce dos casos de sífilis na gestação. Além disso, a maioria das mulheres e seus parceiros não foram tratados corretamente.

O perfil profissiográfico dos componentes das equipes de saúde da família caracteriza-se pela maioria ser do sexo feminino, com faixa etária entre 25 a 45 anos, enfermeiros, com tempo de graduação superior a 10 anos, atuantes na PSF entre onze a vinte e cinco anos, possuírem especialização e já terem realizado treinamento sobre sífilis e teste rápido, na sua maioria em 2015.

Houve predomínio acerca do conhecimento do manual do MS para prevenção da SC e de utilizá-lo durante as consultas de pré-natal. Contudo, a maioria dos profissionais não realiza o teste rápido, conforme é orientado pelo protocolo e manual de atendimento à gestantes, o que propicia a ausência e falha para o diagnóstico precoce comprovados nos dados epidemiológicos. Observou-se que a maioria dos profissionais possuía conhecimento adequado sobre o período de infecção do feto pelo *Treponema pallidum*, sabiam reconhecer cada estágio da doença e eram cientes quanto à terapêutica medicamentosa a ser instituída. Entretanto a prescrição medicamentosa do tratamento da sífilis em gestantes é exercida em sua maioria pelo médico da equipe.

Notou-se ainda, que diante do seguimento frente a uma titulação reagente, a maioria dos profissionais referiu conduta adequada, porém uma boa parte também referiu conduta inadequada, somando-se a isso a não disponibilidade da medicação nos estabelecimentos de saúde, impossibilitando a adesão ao tratamento de imediato, justificando a falha no tratamento das gestantes e seus parceiros.

Apesar das ESF realizarem atividades de saúde educativas para as gestantes e disponibilizarem preservativos, há uma grande dificuldade no agendamento dos exames de

pré-natal, na adesão do parceiro ao tratamento e o serviço de referência e contra referência de saúde é falho, quase inexistente.

Os altos índices epidemiológicos resultantes dessa pesquisa sugerem falhas na assistência pré-natal e indicam que ainda há um longo caminho a ser percorrido para que as taxas de sífilis congênita atinjam as preconizadas pela OPAS e Ministério da Saúde. Portanto, esses agravos devem continuar sendo alvo de estudos a fim de gerarem novas estratégias de prevenção para reduzir a transmissão vertical da doença.

A elaboração de estratégias para detecção precoce e adesão ao tratamento da doença devem ser adotadas tendo em vista o fortalecimento da assistência e a quebra na cadeia da transmissão vertical da sífilis. Ressalta-se a necessidade de qualificação do profissional para notificação da doença e ampliação no fornecimento de informações para a vigilância epidemiológica, a fim de possibilitar a continuidade da análise ao agravo.

Torna-se estritamente necessário, o maior acesso destes profissionais também a programas de capacitações e ao conteúdo dos protocolos, haja vista que, prevenir a SC requer bem mais do profissional do que conhecimentos básicos acerca dessa doença. É necessário ainda enfatizar junto a esse profissional que ele possui papel fundamental na prevenção da transmissão vertical da sífilis.

É necessário também melhorias por parte da gestão de saúde municipal, podendo garantir a assistência às gestantes e parceiros, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde, tornando a abordagem mais específica e qualificada, aumentando as chances de erradicação da doença. Para isso, faz-se necessário a implementação de novas ações para controle e eliminação da doença, realizando prevenção de doença e promoção de saúde e o tratamento da doença (mãe e parceiro) em tempo hábil.

APÊNDICES E ANEXOS

APÊNDICE 01 – DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA USO DE ARQUIVOS, REGISTROS E SIMILARES

Declaração de Autorização Para Uso de Arquivos, Registros e Similares

Ao Comitê de Ética em Pesquisa - CEP
Universidade Tiradentes - UNIT

Declaro, conforme Resolução CNS nº466/12, a fim de viabilizar a execução do projeto de pesquisa intitulado "Sífilis gestacional e congênita no âmbito das equipes de saúde da família do município de Nossa Senhora do Socorro- SE", sob a responsabilidade dos pesquisadores, Ana Fátima Souza de Melo e Dra. Verônica de Lourdes Sierpe Jeraldo, que o uso do arquivo e/ou registro das Fichas de Notificação de Sífilis Gestacional e Sífilis Congênita de 2011 a 2015 do município de Nossa Senhora de Socorro pelos pesquisadores estão autorizados para a realização desta pesquisa.

De acordo e ciente,

Aracaju, 07 de 16/10 de 2016

Alex Cardoso Souza
Coord. Educação Permanente
SMS - Nossa Sra. do Socorro/SE

(Assinatura do responsável da Instituição)

Nome completo: ALEX CARDOSO SOUZA

CPF: 984033375-10

Cargo: COORD. EDUCAÇÃO PERMANENTE - SMS

ANEXO 01 - QUESTIONÁRIO PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE DAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Orientações Gerais:

A pesquisadora irá discorrer sobre os objetivos da pesquisa, seus objetivos e dizer-lhes em que sua participação poderá contribuir e que o uso dos achados deverá compor um arcabouço de recomendações para a melhoria do programa de prevenção e controle da sífilis gestacional e congênita. Aos participantes do estudo foi esclarecido sobre os eventuais riscos de identificação. Para minimizar este risco os resultados serão apresentados de forma agrupada e sem identificação das USF participantes do estudo.

01) Sexo:

0- Masculino

1- Feminino

02) Faixa etária:

0- 25 – 45 anos

1- 46 – 61 anos

03) Formação do entrevistado:

0- médico clínico geral

1- enfermeiro

04) Tempo de graduação:

0- 1 a 10anos

1- + de 10 anos de formado

05) Pós graduação:

0- não possui

1- especialização Saúde da Família

2- outra especialização

06)Tempo de atuação no PSF (anos)?

0- 01 a 10 anos

1- 11 a 25 anos

07) Quando participou da última capacitação referente sífilis na gestação, sífilis congênita e execução do teste rápido no pré-natal?

0- 2011

1- 2012

2- 2013

3- 2014

4- 2015

5- nunca participou

999- não se aplica

888- não sabe informar

08) O município tem protocolo próprio de atenção a gestante no pré-natal e parto.

0- não

1- sim

09) Existe uma rotina/estratégia para captação precoce das gestantes?

0- não

1- sim

10) Utiliza o Manual do Ministério da Saúde nas consultas de Pré-Natal?

0- não 1- sim

11) A primeira consulta de Pré-Natal é igualmente realizada:

0- Enfermeiro

1- Médico

2- Misto (0+1)

12) Realiza atividades de educação em saúde com as gestantes?

0- não

1- sim

Se sim, qual?

0- grupo de gestante

1- palestras/ oficinas

2- distribuição de folders e outros impressos

Se não – 999 (não se aplica)

13) Conhece o manual do Ministério da Saúde para a prevenção da sífilis gestacional e congênita?

0- não

1- sim

14) A gestante é informada sobre os tipos de exames que lhe estão sendo solicitados?

0- não

1- sim

888- não sabe informar

15) A partir de qual mês o *Treponema pallidum* pode infectar o feto durante a gestação?

0- pode ocorrer em qualquer período da gestação.

1- após o 4º mês da gestação.

2- a partir da 9ª semana de gestação.

3- após o 2º trimestre.

888- não sabe informar.

16) Quais os testes não treponêmicos solicitados no pré-natal?

0- VDRL

1- TPHA e ELISA

2- ELISA e VDRL

17) Em qual mês deve ser solicitado o exame de VDRL a gestante?

0- 1º/ 2º/ 3º trimestres

1- 1º/2º trimestres

2- 1º/ 3º trimestres

3- 1º trimestre

18) Qual a conduta frente à titulação 1:32 de VDRL em gestantes?

0- Encaminharia a paciente para um hospital de referência.

1- Solicitaria o teste FTA- abs para confirmação.

2- Iniciaria o tratamento.

3- Solicitaria a repetição do VDRL, para descartar um falso positivo.

888- Não sabe informar.

19) Qual o tempo em dias entre a coleta da amostra e a disponibilidade do resultado do VDRL?

0- 1 semana

1- até 15 dias

1- de 15 a 30 dias

2- + de 30 dias

888- não sabe informar.

20) Você realiza o teste rápido nas gestantes?

0- não 1- sim

Se sim em quais momentos?

0- 1º consulta

1- 1º/ 2º/ 3º trimestre

2- 1º/ 3º trimestre

3- 2º trimestre

4- 3º trimestre

5- 1º trimestre

Se não – 999 (não se aplica)

21) Quantas vezes neste ano faltou material de teste rápido para sífilis na sua UBS?

0- 1 a 2 vezes

1- 2 a 4 vezes

2- 5 ou + vezes

3- nenhuma vez

888- não sabe informar

22) A unidade de saúde tem estratégia para priorizar exames de gestantes?

0- não

1- sim

888- não sabe informar

23) Quais lesões você reconhece como sífilis primária?

0- Cancro duro ou protossifiloma.

1- Lesões papulosas eritemato-acobreadas.

2- Lesões papulo-pustulosas.

3- Granulomas destrutivos.

888- Não sabe informar.

24) Quais lesões você reconhece como sífilis secundária?

0- Lesão ulcerada, conhecida por cancro duro ou protossifiloma.

1- Lesões cutâneo-mucosas poliméricas, altamente infectantes.

2- Granulomas destrutivos.

3- Tumorações amolecidas em regiões cutâneo-mucosas.

888- Não sabe informar.

25) Quais lesões você reconhece como sífilis terciária?

0- Lesões tegumentares como nódulos, tubérculos, placas nódulo-ulceradas ou tuberculocircinadas e gomas.

1- Pápulas ricas em treponemas e altamente contagiosas.

2- Lesões pápulo-pustulosas.

3- Cancro misto de Rollet.

888- Não sabe informar.

26) Você realiza a prescrição da medicação para o tratamento da sífilis na gestante?

0- não

1- sim

27) Quais condutas você toma diante de uma gestante com sífilis?

0- Protocolo proíbe. Encaminho ao médico da equipe.

1- Não realizo pré-natal.

2- Realizo a consulta em conjunto com o médico e ele prescreve.

3- Encaminho ao médico por se tratar de medicação injetável.

4- Prescrevo a medicação e inicio tratamento.

28) No caso do tratamento para sífilis, onde a gestante recebe o tratamento?

0- na própria unidade de saúde em que faz o pré-natal.

1- na unidade de referência.

29) No caso de a gestante ser referenciada a outra unidade; como se tem a informação do seguimento do tratamento?

0- pela própria gestante

1- por documentos enviados pela unidade de saúde de referência

2- por profissionais que acompanham a gestante até a unidade de referência

3- não se tem esta informação

888- não sabe informar

30) A unidade de saúde acompanha o seguimento de tratamento da gestante com sífilis?

0- não

1- sim

888- não sabe informar

31) Qual o tratamento realizado para sífilis primária (medicação/ dose/intervalo de tempo)?

0- Trata com Penicilina benzatina (2.400.000 UI) (dose única).

1- Trata com Penicilina benzatina (4.800.000 UI) (duas doses) em dias consecutivos.

2- Trata com Penicilina benzatina (4.800.000 UI) (duas doses) com intervalo de três dias.

3- Trata com Penicilina benzatina (4.800.000 UI) (duas doses) com intervalo de sete dias.

4- Trata com Penicilina benzatina (7.200.000 UI) (três doses) com intervalo de sete dias.

888- Não sabe informar.

32) Qual o tratamento realizado para sífilis secundária (medicação/ dose/intervalo de tempo)?

0- Trata com Penicilina benzatina (2.400.000 UI) (dose única).

1- Trata com Penicilina benzatina (4.800.000 UI) (duas doses) em dias consecutivos.

2- Trata com Penicilina benzatina (4.800.000 UI) (duas doses) com intervalo de três dias.

3- Trata com Penicilina benzatina (4.800.000 UI) (duas doses) com intervalo de sete dias.

4- Trata com Penicilina benzatina (7.200.000 UI) (três doses) com intervalo de sete dias.

888- Não sabe informar.

33) Qual o tratamento realizado para sífilis terciária (medicação/ dose/intervalo de tempo)?

0- Trata com Penicilina benzatina (2.400.000 UI) (dose única).

1- Trata com Penicilina benzatina (4.800.000 UI) (duas doses) em dias consecutivos.

2- Trata com Penicilina benzatina (4.800.000 UI) (duas doses) com intervalo de três dias.

3- Trata com Penicilina benzatina (4.800.000 UI) (duas doses) com intervalo de sete dias.

4- Trata com Penicilina benzatina (7.200.000 UI) (três doses) com intervalo de sete dias.

888- Não sabe informar.

34) Existe a Penicilina Benzatina na farmácia da UBS?

0- não

1- sim

888- não sabe informar

Se sim – 999 (não se aplica)

Se não, qual a orientação é fornecida para o usuário?

0- Solicito a SMS e o paciente aguarda chegar.

1- Solicito que o paciente compre.

2- Administro outro antibiótico.

35) Há a disponibilidade para aplicação da Penicilina Benzatina na UBS aos usuários que estão em tratamento de sífilis?

0- não

1- sim

888- não sabe informar

36) Você realiza o controle e a busca de gestantes sífilíticas faltosas as consultas de pré-natal?

0- não

1- sim

888- não sabe informar

37) Você tem alguma estratégia para busca de parceiros de gestantes com sífilis?

0- não 1- sim 888- não sabe informar

Se não – 999 (não se aplica)

Se sim. Qual?

0- Busca ativa pelos agentes comunitários de saúde.

1- Captação dos parceiros por meio das gestantes.

2- Realização de visita domiciliar.

38) Qual a sua conduta em relação ao parceiro diante de uma gestante com VDRL reagente?

0- Solicita o VDRL e trata de acordo com o resultado.

1- Repete o tratamento feito na gestante.

39) A unidade de saúde orienta e disponibiliza preservativos para gestante e/ou para o parceiro com sífilis?

0- não

1- sim

888- não sabe informar

40) O preenchimento da ficha de notificação dos casos de sífilis na gestação e/ou do parceiro é feito comumente por quem?

0- enfermeiro

1- médico

2- misto (0+1)

3- agente comunitário de saúde

4- qualquer profissional de saúde

888- não sabe informar

41) Na sua opinião quais são as dificuldades e pontos críticos para o desempenho da assistência durante o pré-natal focada no controle da com sífilis gestacional e prevenção da SC?

0- Realizar o tratamento no parceiro.

1- Problemas na gestão de saúde: dificuldades para agendar e ter os resultados dos exames de pré-natal em tempo hábil; falta de medicação (P.B) e de teste rápido na UBS; falha na contra referência.

2- Baixa adesão das gestantes ao pré-natal: falta as consultas de P.N; baixa adesão da gestante ao tratamento; gestantes sem conscientização da importância de seguir o tratamento e a prevenção.

3- Falha na execução da população quanto à educação sexual: promiscuidade sexual; múltiplos parceiros; recontaminação da doença.

4- Falta de treinamentos e capacitações dos profissionais das ESF diante das temáticas – Pré- Natal, Sífilis gestacional e Sífilis congênita.

5- Misto (0+1)

6- Misto (0+2)

7- Misto (1+2)

8- Misto (0 +1+2)

9- Não sabe informar

42) Quais mudanças seriam possíveis de implementar na atenção à gestante com sífilis no momento do pré-natal?

0- Mudanças nos serviços de gestão de saúde do município: facilidade no acesso à medicação; efetividade do tratamento; rapidez na realização e resultados dos exames; funcionalidade da referência e da contra referência.

1- Executar com maior efetividade os grupos de gestantes: palestras educativas em saúde sexual e execução dos testes rápidos para a grávida e para o parceiro.

2- Realizar treinamentos e capacitações para os profissionais de saúde das ESF de acordo com a situação de saúde/ doença do município; Instituir protocolos de saúde a nível municipal para maior respaldo do profissional de saúde.

3- Misto (0+1)

4- Misto (0+2)

5- Misto (1+2)

6- Misto (0+1+2)

9- Não sabe informar

Instrumento adaptado do estudo: LOPES, M. H. Avaliação da implementação das ações de prevenção da transmissão vertical de sífilis no pré-natal em Unidades de Saúde da Família de Cuiabá. Dissertação (Mestrado). FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP. Rio de Janeiro: s.n., 2010. Denominado: Roteiro de Entrevista para gestantes.

ANEXO 02 - FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS DAS FICHAS DE NOTIFICAÇÃO E INVESTIGAÇÃO DE SÍFILIS GESTACIONAL E SÍFILIS CONGÊNITA DE 2011 A 2015

*Sobre Sífilis gestacional

01) Naturalidade: _____

02) Faixa etária: 1- 14 a 20 anos 2- 21 a 30 anos 3- 31 a 40 anos

03) Raça/ cor: 1-branca 2-preta 3-amarela 4-parda 5-indígena 6-ignorada

04) Escolaridade:

- 1-Analfabeto
- 2-1 a 4 série incompleto do EF
- 3- 4 série completa do ensino fundamental
- 4-5 a 8 série incompleta do EF
- 5-Ensino fundamental completo
- 6-Ensino médio incompleto
- 7-Ensino médio completo
- 8-Educação superior incompleta
- 9-Ignorado

05) Ocupação principal:

- 1-Estudante
- 2-Dona de casa
- 3-Desempregado
- 4-Faxineiro
- 5-Costureira

06) Residente de zona: 1- Rural 2-Urbana

07) Período gestacional do caso notificado:

- 1-Primeiro trimestre
- 2-Segundo trimestre
- 3- Terceiro trimestre
- 4- Idade gestacional ignorada

08) Classificação clínica:

1-Primária 2- Secundária 3- Terciária 4- Latente 5 Ignorado

09)Teste não treponemico no pré natal: 1- Reagente 2-Não Reagente
3-Não realizado 4-Ignorado

10)Teste treponemico no pré natal: 1- Reagente 2-Não Reagente 3-Não realizado
4-Ignorado

11)Esquema de tratamento prescrito à gestante:

- 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
- 6-Ignorado

12)Parceiro tratado concomitantemente à gestante: 1-Sim 2- Não 3-Ignorado

13)Esquema de tratamento do parceiro:

- 1-Penicilina G benzantina 2.400.000 UI
- 2-Penicilina G benzantina 4.800.000 UI
- 3-Penicilina G benzantina 7.200.000 UI
- 4-Outro esquema
- 5-Não realizado
- 6-Ignorado

14)Motivo para o não tratamento do parceiro:

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

*Sobre Sífilis congênita

15) Sífilis Congênita:

Data do nascimento: _____

Data do diagnóstico: _____

16) Faixa etária (da mãe): 1- 10 a 14 anos 2- 15 a 19 anos 3- 20 a 34 anos 4-
35 a 49 anos 5- Ignorado

17) Diagnóstico da sífilis materna:

1- Durante o pré natal

2- No momento do parto ou curetagem

3- Após o parto

4- Não realizado

5- Ignorado

18) Pré-natal: 1- Realizado 2- Não Realizado 3- Ignorado

19) Teste não treponêmico parto/ curetagem:

1- Reagente

2- Não Reagente

3- Não realizado

4- Ignorado

Titulação: _____

20) Teste confirmatório no parto:

1- Reagente

2- Não Reagente

3- Não realizado

4- Ignorado

ANEXO 03 - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP DE APROVAÇÃO

UNIVERSIDADE TIRADENTES -
UNIT



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SÍFILIS GESTACIONAL E CONGÊNITA NO ÂMBITO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE NOSSA SENHORA DO SOCORRO- SERGIPE

Pesquisador: Ana Fátima Souza de Melo

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 58459716.2.0000.5371

Instituição Proponente: INSTITUTO DE TECNOLOGIA E PESQUISA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.905.765

Apresentação do Projeto:

A sífilis é uma doença infecciosa vista como um desafio para a saúde pública principalmente quando acomete gestantes. Tem-se identificado uma elevação regular de notificações de sífilis congênita, relacionadas à transmissão sexual, seguida pela transmissão vertical no período gestacional. Esse agravo potencialmente sinaliza uma falha expressiva na assistência pré-natal e um erro grave do sistema de saúde vigente, do programa de controle das DST/AIDS. Objetivo: analisar o perfil da sífilis gestacional e congênita no município de Nossa Senhora de Socorro e verificar o conhecimento dos profissionais das equipes de saúde da família na prevenção e controle desse agravo. Trata-se de uma pesquisa de caráter transversal com abordagem quali/quantitativa numa perspectiva crítica e reflexiva. A população do estudo serão todos os profissionais de saúde do programa de saúde da família, que prestam o atendimento às gestantes no período gravídico, e todos os casos notificados de sífilis gestacional e congênita no período de 2011 a 2015. Os dados serão coletados por meio de um questionário semiestruturado e a observação sistemática das práticas adotadas por esses profissionais, e por meio de um formulário para o levantamento do número de registros e coleta de dados das fichas de notificações e de investigações de sífilis gestacional e congênita. Para análise dos dados, serão utilizadas ferramentas da estatística descritiva e, para a comparação entre as variáveis, o teste de associação

Endereço: Campus Farolândia - Av. Murilo Dantas, 300 - DPE - Bloco F - Térreo

Bairro: Bairro Farolândia

CEP: 49.032-490

UF: SE

Município: ARACAJU

Telefone: (79)3218-2206

Fax: (79)3218-2100

E-mail: cep@unit.br

ANEXO 04 – COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DO ARTIGO 1 PARA CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA

Login: [afsmelo](#) [Português](#) [English](#) [Español](#)



SAGAS

Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos
Cadernos de Saúde Pública / Reports in Public Health

[Início](#) | [Autor](#) | [Consultor](#) | [Editor](#) | [Mensagens](#) | [Sair](#)

CSP_0190/18

Arquivos	Versão 1 [Resumo]
Seção	Artigo
Título	ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA FRENTE À SÍFILIS GESTACIONAL EM UM MUNICÍPIO DO NORDESTE BRASILEIRO
Título corrido	ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS FRENTE À SÍFILIS GESTACIONAL
Área de Concentração	Sistemas, Programas, Serviços e Tecnologia de Saúde
Palavras-chave	Atenção Primária, Cuidado pré-natal, Sífilis congênita, Sífilis Gestacional
Autores	Ana Fátima Souza de Melo (Universidade Tiradentes - Unit) Verônica de Lourdes Sierpe Jeraldo (Instituto de Tecnologia e Pesquisa)

DECISÕES EDITORIAIS: [\[Exibir histórico\]](#)

Versão	Recomendação	Decisão	Pareceres	Data de Submissão
1	Em avaliação. Artigo enviado em 31 de Janeiro de 2018.			