



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA – UnICEUB
PROGRAMA DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA

NAIANA MAGALHÃES COELHO
AUGUSTO HENRIQUE HONÓRIO DE MENDONÇA

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA SÍFILIS GESTACIONAL E SUA TAXA DE
TRANSMISSÃO VERTICAL AO LONGO DE 10 ANOS EM SANTA MARIA - DF**

BRASÍLIA

2019



NAIANA MAGALHÃES COELHO
AUGUSTO HENRIQUE HONÓRIO DE MENDONÇA

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA SÍFILIS GESTACIONAL E SUA TAXA DE
TRANSMISSÃO VERTICAL AO LONGO DE 10 ANOS EM SANTA MARIA – DF**

Relatório final de pesquisa de Iniciação Científica
apresentado à Assessoria de Pós-Graduação e
Pesquisa.

Orientação: Flávia Alves Neves Mascarenhas

BRASÍLIA

2019

A Deus, nossos familiares e Dra. Flávia.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos primeiramente a Deus, presença essencial em nossas vidas, por nos conceder a orientação necessária, agora e sempre. À Dra. Flávia que, sempre generosa, nos guiou, aconselhou e corrigiu, abdicando de diversos momentos de sua vida pessoal a fim de construir conosco a nossa trajetória na carreira médica. Às servidoras do Núcleo de Vigilância Epidemiológica do HRSM, que tanto nos auxiliaram durante a coleta de dados. À estagiária Lorrana, do Comitê de Ética em Pesquisa do UniCEUB, pois, sem ela, certamente, ainda haveriam pendências. Por fim, às nossas famílias por fornecerem a base, sustento e amor durante o caminho.

“Não importa o que aconteça, continue a nadar”

(WALTER, GRAHAM; PROCURANDO NEMO; 2003)

RESUMO

Por ano, a sífilis afeta mais de 1 milhão de gestantes no mundo e causa mais de 300 mil mortes fetais e neonatais, segundo estima a Organização Mundial da Saúde. A relevância desse tema para a saúde pública é alta por se tratar de doença com crescentes taxas de detecção, com método de rastreamento comprovadamente eficaz, além de tratamento seguro e barato. O objetivo do estudo foi reconhecer o perfil epidemiológico das gestantes diagnosticadas com sífilis num seguimento de uma coorte histórica na Região de Santa Maria-DF ao longo dos últimos 06 anos. Trata-se de pesquisa aplicada, observacional, descritiva, exploratória, documental e transversal, na qual serão utilizados dados obtidos por meio de Fichas de Investigação de Sífilis em Gestantes no período entre 1 de janeiro de 2013 e 31 de dezembro de 2018. O número total de notificações foi de 223 casos. A média geral de idade foi 25,5 anos. Quanto a raça, o maior percentual da população, 34%, foi classificada como “Parda”. Brancas e Pretas seguem com 13% e 10%, respectivamente, enquanto Amarelas correspondem a apenas 1%. Não foi notificado nenhum caso em paciente Indígena. Da população em estudo, 33,18% possui o Ensino Fundamental Completo, 14,35% concluiu o Ensino Médio e apenas 0,45% tem Ensino Superior Completo. A absoluta maioria reside em área urbana, 87,89%, sendo que menos de 3% da população reside em área periurbana ou rural. Quanto à ocupação, cerca de um terço das mulheres não exerce atividade remunerada. Menos de 8% ocupa atividades remuneradas em áreas diversas e cerca de 4% das mulheres foram apontadas como “Desempregado crônico”. O campo “Local de realização do pré-natal” deixou de ser preenchido em cerca de 71% das fichas. Verifica-se que data do diagnóstico preponderantemente ocorre no final da gestação (3º trimestre), abrangendo 68% dos casos. Quase 5% da população em estudo não realizou teste não treponêmico durante o pré-natal. Em relação ao tratamento, 39,01% da população recebeu a prescrição de 2.400.000UI de Penicilina G Benzatina. E ainda, 11% da população diagnosticada e notificada não realizou tratamento para sífilis. Os resultados sugerem uma associação entre a patologia e uma população de menor nível socioeconômico e alertam para a necessidade de melhoria na qualidade da assistência e para o adequado rastreamento e tratamento da sífilis gestacional baseado em protocolos e diretrizes validadas.

Palavras-chave: Sífilis. Congênita. Epidemiologia.

ABSTRACT

Syphilis affects more than 1 million pregnant women worldwide and causes more than 300,000 fetal and neonatal deaths, as estimates the World Health Organization. This research has a high relevance to public health because it is a disease with increasing detection rates, with a proven screening method, as well as safe and cheap treatment. The study aimed to recognize the epidemiological profile of pregnant women diagnosed with syphilis in a follow-up of a historical cohort in the Region of Santa Maria-DF over the last 6 years. This is an applied, observational, descriptive, exploratory, documentary and cross-sectional research, in which data obtained through the use of Syphilis Research Papers in Pregnant Women used in the period between January 1, 2013 and December 31 2018. The total number of notifications was 223 cases. The overall mean age was 25.5 years. When it comes to race, the highest percentage of the population, 34%, was classified as "Brown." White and black continue with 13% and 10%, respectively, while Yellow correspond to only 1%. No cases of Indigenous patients were reported. Of the population under study, 33.18% have completed Elementary School, 14.35% have completed High School and only 0.45% have completed Higher Education. The absolute majority resides in urban areas, 87.89%, with less than 3% of the population living in peri-urban or rural areas. As for the occupation, about a third of the women do not exercise paid activity. Less than 8% employed paid work in different areas and about 4% of women were identified as "Chronically unemployed". The "Prenatal site" field is no longer filled in about 71% of the files. It is verified that diagnosis occurs mostly at the end of gestation (third trimester) encompassing 68% of the cases reported. Almost 5% of the study population did not perform a non-treponemal test during prenatal care. Regarding treatment, 39.01% of the population received the prescription of 2,400,000 IU of Penicillin G Benzathine. And yet, 11% of the diagnosed and notified population did not undergo treatment for syphilis. The results suggest an association between the pathology and a population of lower socioeconomic level and alert to the need to improve the quality of care and to the adequate tracking and treatment of gestational syphilis based on validated protocols and guidelines.

Key words: Syphilis. Pregnancy. Epidemiology.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1	11
----------------	----

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 - NÚMERO DE CASOS NOTIFICADOS DE SÍFILIS GESTACIONAL NO HRSM DE 2013 A 2018	21
GRÁFICO 2 - PERCENTUAL DE CASOS SÍFILIS GESTACIONAL POR RAÇA/COR NO HRSM DE 2013 A 2018	23
GRÁFICO 3 - DIVISÃO PROPORCIONAL SEGUNDO A IDADE GESTACIONAL NO DIAGNÓSTICO DE SÍFILIS GESTACIONAL NO HRSM DE 2013 A 2018	26

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - NÚMERO DE CASOS NOTIFICADOS DE SÍFILIS GESTACIONAL NO HRSM DE 2013 A 2018	ERRO!
INDICADOR NÃO DEFINIDO.	
TABELA 2 - IDADE MÉDIA NO DIAGNÓSTICO DE SÍFILIS GESTACIONAL NO HRSM DE 2013 A 2018	22
TABELA 3 - PERCENTUAL DE CASOS DE SÍFILIS GESTACIONAL POR ESCOLARIDADE NO HRSM DE 2013 A 2018 .	24
TABELA 4 - PERCENTUAL DE CASOS DE SÍFILIS GESTACIONAL POR ÁREA DE RESIDÊNCIA NO HRSM DE 2013 A 2018	24
TABELA 5 - PERCENTUAL DE CASOS DE SÍFILIS GESTACIONAL POR OCUPAÇÃO NO HRSM DE 2013 A 2018	25
TABELA 6 - RESULTADO DO TESTE TREPONÊMICO E DO TESTE NÃO-TREPONÊMICO NO PRÉ-NATAL DAS PACIENTES COM DIAGNÓSTICO DE SÍFILIS GESTACIONAL NO HRSM DE 2013 A 2018	27
TABELA 7 - DIVISÃO PROPORCIONAL DO ESQUEMA DE TRATAMENTO PRESCRITO AS GESTANTES NOTIFICADAS COM SÍFILIS GESTACIONAL NO HRSM DE 2013 A 2018	28
TABELA 8 - PROPORÇÃO DE PARCEIROS TRATADOS DE GESTANTES NOTIFICADAS COM SÍFILIS GESTACIONAL NO HRSM DE 2013 A 2018	29
TABELA 9 - ESQUEMA DE TRATAMENTO PRESCRITO AO PARCEIRO DE GESTANTES NOTIFICADAS COM SÍFILIS GESTACIONAL NO HRSM DE 2013 A 2018	30
TABELA 10 - MOTIVO DO NÃO-TRATAMENTO DO PARCEIRO DE GESTANTES NOTIFICADAS COM SÍFILIS GESTACIONAL NO HRSM DE 2013 A 2018	31
TABELA 11 - NÚMERO DE CASOS SEGUNDO O DESFECHO DAS NOTIFICAÇÕES DE SÍFILIS CONGÊNITA NO HRSM NO PERÍODO ENTRE 2013 E 2018	32
TABELA 12 - CASOS NOTIFICADOS DE SÍFILIS CONGÊNITA E SÍFILIS EM GESTANTE NO HRSM NO PERÍODO ENTRE 2013 E 2018	32

LISTA DE ABREVIATURAS

HIV: Vírus da imunodeficiência humana

HRSM: Hospital Regional de Santa Maria

IST: Infecção sexualmente transmissível

MS: Ministério da Saúde

RA: Região Administrativa

RPR: Testes não-treponêmicos RPR (Rapid Plasma Reagin)

SINAN: Sistema de Informação de Agravos de Notificação

TRUST: Testes não-treponêmico TRUST (Toluidine Red Unheated Serum Test)

VDRL: Testes não-treponêmico VDRL (Venereal Disease Research Laboratory)

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	1
1.1. OBJETIVOS.....	4
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	5
3. METODOLOGIA.....	16
3.1 TIPO DE PESQUISA	16
3.2 LOCAL DA PESQUISA.....	17
3.3 OBJETO DO ESTUDO.....	17
3.5. DELIMITAÇÃO DA AMOSTRA	17
3.7. INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS	18
3.8. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	18
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	20
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	34
6. REFERÊNCIAS	34
ANEXO I – FICHA DE INVESTIGAÇÃO SÍFILIS EM GESTANTE	39
ANEXO II – FICHA DE NOTIFICAÇÃO/ INVESTIGAÇÃO SIFILIS CONGÊNITA.....	41

1. INTRODUÇÃO

Por ano, mais de um milhão de gestantes são afetadas pela sífilis no mundo e a infecção leva a mais de 300 mil mortes fetais e neonatais, além de malformações, sequelas ou estigma resultantes dessa infecção na população neonatal sobrevivente, segundo estima a Organização Mundial da Saúde (BRASIL, 2017; MADRID, 2016).

A sífilis é uma infecção bacteriana 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 (FREITAS, 2011; EICKHOFF, 2016).

A patologia é adquirida por transmissão sexual ou vertical, numa taxa de acometimento de cerca de 30%, variando esse percentual conforme a fase clínica da doença em que o portador se encontra, entre outros fatores (PEELING, 2017). Quando uma gestante mantém relação sexual com um parceiro infectado, ela pode evoluir com sífilis na gestação e há um risco de transmissão, podendo progredir para uma infecção no concepto e sífilis congênita (BRASIL, 2015; RAC, 2018).

A magnitude da sífilis em gestantes no Brasil nos últimos 10 anos pode ser evidenciada pelas crescentes taxas de detecção da patologia nessa população na grande maioria das Unidades da Federação, de acordo com o último Boletim Epidemiológico disponibilizado pelo Ministério da Saúde, em 2017. O aumento na incidência de sífilis gestacional reflete diretamente no aumento dos índices da forma congênita, que pode ser extremamente grave ou letal (BRASIL, 2017).

É importante ressaltar que a sífilis congênita é uma infecção passível de prevenção e considerada como evento sentinela da qualidade da atenção pré-natal (TIAGO, 2017). Destaca-se, ademais, que a infecção congênita pela sífilis é mais prevalente em recém-nascidos que qualquer outra infecção neonatal e que tal doença contribui significativamente para a mortalidade infantil, causando mais de 300 mil mortes perinatais por ano no mundo (CERQUEIRA, 2017).

Dada sua importância, a sífilis é uma doença infectocontagiosa de notificação compulsória e suas estatísticas refletem a assistência e gestão em saúde. O quantitativo de

casos na gravidez denota a qualidade da assistência pré-natal, representando um indicador de boas práticas em saúde (BRASIL, 2015).

Por um lado, a doença é responsável por desfechos desfavoráveis para o concepto, como óbito fetal, em 25% dos casos de gestantes com sífilis ativa (MARKS, 2017), além de prematuridade, lesões neurológicas e outras sequelas que oneram o sistema de saúde. Por outro lado, é uma doença de fácil diagnóstico laboratorial e tem tratamento comprovadamente eficaz, de baixo custo, descoberto há cerca de um século e utilizado no mundo inteiro (SBP, 2010; ARAUJO, 2012).

Mesmo possuindo um agente etiológico bem definido, assim como formas de diagnóstico e tratamento pouco onerosas, associadas a elevadíssimas taxas de cura, a incidência da sífilis ainda é alta, o que traduz uma carência na aplicação dos protocolos vigentes no âmbito da saúde pública no Brasil (DUARTE, 2012; RAC, 2018).

Apesar de ser um agravo de notificação compulsória, os índices de notificação no Brasil atingem apenas 32% dos casos de sífilis gestacional e 17,4% dos casos de sífilis congênita, dado que reforça a necessidade de melhorias na qualidade nos serviços de vigilância epidemiológica e notificação. E, ainda que só esteja representada uma parcela dos casos, em 2016, no Brasil, foram notificados 87.593 casos de sífilis adquirida, 37.436 casos de sífilis em gestantes e 20.474 casos de sífilis congênita, entre estes, 185 óbitos neonatais. Houve, neste ano, elevação da taxa de detecção de sífilis em gestantes e de sífilis congênita, em comparação aos anos anteriores, em cerca de três vezes; refletindo não só o aumento da incidência da patologia, mas também um aumento do número de notificações epidemiológicas realizadas pelos serviços (BRASIL, 2017; DAMASCENO, 2014).

No Distrito Federal (DF), os números da sífilis são alarmantes: a Secretaria de Saúde apontou 3,7 novos casos por dia, conforme o último Informe Epidemiológico, em 2017. No ano de 2016, 1.288 casos novos foram diagnosticados, aumento de 13,78% em relação ao ano anterior e 42,16% em relação a 2014 (SINAN, 2018).

Quanto à sífilis gestacional, foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação, entre os anos 2007 e 2013, um total de 602 casos no DF. A incidência é maior em pacientes de 20 a 39 anos, seguidas por adolescentes de 15 a 19 anos. Especificamente

em Santa Maria, foram notificados 87 casos de sífilis gestacional e 52 casos de sífilis congênita entre 2011 a 2016 (SINAN, 2018; DISTRITO FEDERAL, 2017).

Além disso, sabe-se que muitos registros de notificação da sífilis em gestantes são realizados erroneamente, o que subestima a incidência desta forma da doença (BRASIL, 2017).

O Brasil vem, ao longo dos anos, adotando diversas estratégias para ampliar a vigilância, acesso ao pré-natal, diagnóstico precoce e tratamento adequado da sífilis gestacional. No entanto, na contramão destas iniciativas, que incluem compromissos internacionais junto à Organização Pan-Americana da Saúde e à Organização Mundial da Saúde, está o incremento no número de casos da doença, que não pode ser atribuído somente ao aumento na efetividade da notificação, mas também à precariedade de dados locais, dificuldade de acesso precoce ao pré-natal, falha diagnóstica e tratamento inadequado (BRASIL, 2011; BRASIL, 2017).

Muito embora existam recursos diagnósticos de fácil e rápida realização, baixo custo, com alta sensibilidade e especificidade, e terapia eficiente (TSIMIS, 2017); o controle da sífilis gestacional permanece como um grande desafio para profissionais de saúde e gestores.

Vários fatores podem justificar o aumento na notificação de casos de sífilis nos últimos anos, entre eles, a melhor vigilância com uso de testes rápidos; o crescente número de práticas sexuais desprotegidas; um real aumento no número dos casos de infecções sexualmente transmissíveis, observado em diferentes regiões do mundo; a falta de informação sobre os riscos da doença, suas formas de contágio e eficiência da terapia; a indisponibilidade de tratamento nas unidades de Atenção Básica; a dificuldade no acesso aos serviços; além da dificuldade de inclusão do parceiro no seguimento de pré-natal (BRASIL, 2017; MASON-JONES, 2016; NUNES, 2018).

É possível, portanto, visualizar um contexto de doença com altos índices de incidência e de elevada morbimortalidade que contrasta de maneira alarmante com as possibilidades diagnósticas e terapêuticas. Esse cenário é o que sustenta a necessidade premente de compreensão dos perfis epidemiológicos das pacientes e melhoria dos serviços de assistência pré-natal, sobretudo em países não desenvolvidos, a fim de reduzir as taxas e abordar com

segurança e eficiência a população acometida, evitando novos casos (FENTON, 2008; DAVEY, 2018).

1.1. Objetivos

Compreender o panorama da infecção pela sífilis durante o período gestacional e calcular a taxa de infecção vertical da doença no Hospital Regional de Santa Maria (HRSM), Distrito Federal, entre 01 de janeiro de 2013 e 31 de dezembro de 2018.

- a. Descrever as características socioepidemiológicas das gestantes com diagnóstico de sífilis no HRSM, no período do estudo: Idade, raça, cor, escolaridade e ocupação.
- b. Determinar o número de casos de sífilis entre as gestantes do HRSM no período de análise e traçar panorama comparativo ao longo dos anos;
- c. Descrever as características clínicas e o tratamento proposto às gestantes com diagnóstico de sífilis no HRSM, no período do estudo: Percentual da população em estudo que realizou os testes, resultado do teste não treponêmico, sua titulação e resultado do teste treponêmico.
- d. Verificar aspectos relacionados à qualidade da assistência prestada à gestante na Região Administrativa de Santa Maria, DF; a partir de dados colhidos:
 - I. Período do diagnóstico da sífilis gestacional: primeiro trimestre, segundo trimestre, terceiro trimestre, intraparto (internação para o parto) ou pós-parto.
 - II. Percentual da população que não realizou o tratamento para a sífilis.
 - III. Analisar o diagnóstico e tratamento do parceiro.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A sífilis é uma infecção bacteriana crônica de caráter sistêmico, curável e específica do ser humano. A transmissão sexual por contato com fluidos corporais é a principal via, seguida da transmissão vertical. É causada pela bactéria gram-negativa do grupo das espiroquetas, *Treponema pallidum*, sendo que a evolução da doença se caracteriza por períodos sintomáticos seguidos de períodos de latência. A transmissibilidade do patógeno é reduzida gradualmente com o curso da doença, em razão da diminuição do número de cópias da espiroqueta nas lesões mais antigas (BRASIL, 2015; PEELING, 2017; TSIMIS, 2017).

Também denominada Lues, a sífilis é uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST) que pode causar lesões cutaneomucosas polimorfas ou comprometer tecidos dos sistemas cardiovascular e nervoso, principalmente. A patologia pode se manifestar de variadas formas, mimetizando outras doenças, o que muitas vezes dificulta aventá-la como hipótese diagnóstica. Contudo, havendo suspeita clínica, apresenta fácil confirmação e diagnóstico sorológico, além de tratamento simples, eficaz e de baixo custo (FREITAS, 2011; BRASIL, 2016).

A sífilis é mais prevalente nas regiões mundiais mais carentes, sendo que apenas 10% dos casos da doença ocorrem em países desenvolvidos (MAGALHÃES, 2017).

Segundo dados de 2016, a sífilis é uma epidemia no Brasil, estando região Sudeste à frente no número de casos e 7,5% dos casos estão no centro-oeste brasileiro. Estima-se que cerca de um milhão de gestantes e 300 mil óbitos fetais e neonatais sejam causados pela sífilis a cada ano, mundialmente (BRASIL, 2015; BRASIL, 2017).

Nos últimos anos, o Brasil teve refletido em suas estatísticas o aumento no número de casos de sífilis: em relação a 2015, aumento de 14,5% na forma gestacional, 4,7% na congênita e 26,8% na doença adquirida (BRASIL, 2017).

A transmissão da doença se dá, primordialmente, pelo contato sexual. A exposição anterior à bactéria não proporciona ao indivíduo imunidade frente a novas exposições, sendo que, em média, um terço dos indivíduos expostos a um parceiro sexual com sífilis adquire a doença. As outras formas de contágio podem ser: por transfusão sanguínea, raramente; por

manuseio desprotegido de lesões cutâneas e mucosas ricas em treponemas; ou, ainda, por transmissão vertical (ZUGAIB, 2016; PEELING, 2017).

A infectividade da sífilis por transmissão sexual aumenta nas fases iniciais da doença (sífilis primária, secundária e latente recente), atingindo até 60%. Com o decorrer do tempo e evolução para as formas mais tardias (sífilis latente tardia e terciária), há diminuição na transmissibilidade. Existe um porquê para tal comportamento: na sífilis primária e secundária, o patógeno se multiplica intensamente e há uma infinidade de treponemas nas lesões que se estabelecem nesse período. Quanto mais a doença progride, menor a incidência de lesões e maior a atividade imunológica contra a bactéria, o que reduz, mas não elimina, o potencial de transmissão (BRASIL, 2017; TSIMIS, 2017).

A transmissão vertical da sífilis pode acontecer: durante a gestação, por disseminação hematogênica do treponema da gestante por via transplacentária; pela passagem da criança pelo canal de parto; e no aleitamento materno, a depender da existência de lesões mamárias e fase clínica da doença. Ressalte-se que, em qualquer momento da gestação e em qualquer estágio da doença materna pode haver transmissão entre mãe e filho (ARORA, 2017).

A probabilidade de transmissão vertical varia com o estágio da doença da mãe, a fase gestacional em que se encontra e a realização ou não de tratamento prévio. A probabilidade de transmissão aumenta quando não houve tratamento prévio da mãe e quando a infecção da gestante é recente, isso pelo aumento no número de bactérias circulantes. Quanto mais antiga a infecção materna, maior o número de anticorpos produzidos contra o treponema, atenuando a infecção no concepto e aumentando o tempo para o surgimento de lesões no recém-nascido (ZUGAIB, 2016; TSIMIS, 2017).

Após a transmissão transplacentária, a bactéria se multiplica rapidamente no organismo fetal, principalmente no sistema nervoso, pulmões, fígado, pâncreas, ossos, mucosas e pele, gerando suas diversas repercussões. A infecção causa consequências severas, que incluem abortamento, parto prematuro, manifestações congênitas precoces ou tardias e, até morte do recém-nascido (PEELING, 2017). A infecção gestacional resulta em desfechos desfavoráveis em até 66,5% dos casos, dado que reforça a necessidade do rastreamento pré-natal efetivo, diagnóstico precoce e tratamento adequado para todas as gestantes. A sífilis

congênita é, em teoria, erradicável, caso haja adequada prevenção, diagnóstico e tratamento das mulheres com sorologia positiva até a 24ª semana de gestação (MAGALHÃES, 2017).

Na forma de contágio sexual, mais prevalente, após a inoculação do patógeno, o treponema penetra através da pele ou mucosas, realizando intensa multiplicação na submucosa, afinal, não existe qualquer resposta imune, seja celular ou humoral, contra o agente. Pode se seguir um período de incubação, geralmente de 3 semanas, após o qual aparece o cancro duro, lesão primária da doença. A lesão primária da sífilis reflete a colonização do local onde ocorre a inoculação do treponema. Na mulher, frequentemente, se manifesta como uma lesão subclínica, acometendo regiões de genitália interna, como vagina e colo uterino, o que, muitas vezes, dificulta e atrasa o seu diagnóstico. A lesão desaparece espontaneamente no período de 2 a 8 semanas (PEELING, 2017; ALVAREZ CARRASCO, 2018).

Há disseminação linfática e hematogênica dos treponemas, depois de sua inoculação, sobrevivendo a forma secundária da doença, que pode cursar com exantema em qualquer parte do corpo e de resolução espontânea (ALVAREZ CARRASCO, 2018). Com o desenvolvimento de mecanismos de imunidade humoral e celular contra o patógeno e destruição gradual desses treponemas, que passam a existir somente em alguns tecidos, caracteriza-se o estado de sífilis latente e esse estágio pode durar tempo indeterminado. A partir daí, dois desfechos podem acontecer: o organismo pode eliminar os treponemas remanescentes, o que caracteriza a cura biológica da infecção; ou as bactérias podem se reativar, gerando a chamada sífilis tardia (ZUGAIB, 2016; PEELING, 2017).

Classifica-se a sífilis adquirida segundo o tempo de infecção como: recente, se tem menos de 1 ano de evolução após a infecção; ou tardia, quando a infecção foi há mais de um ano (BRASIL, 2015; ZUGAIB, 2016; HOFFMAN, 2014).

Segundo as manifestações clínicas, a sífilis adquirida pode ser, portanto:

I. Primária: após contato sexual infectante, ocorre período de incubação de 10 a 90 dias (média de 21 dias). A primeira manifestação é uma erosão ou úlcera no local de inoculação da bactéria, denominada cancro duro ou protossifiloma. A lesão é geralmente uma única, indolor, de base endurecida e fundo limpo, rica em treponemas, tendendo à cura espontânea em cerca de 4 semanas após

o surgimento. Dias após a lesão primária, pode surgir linfadenopatia, geralmente inguinal, indolor, múltipla, e sem sinais flogísticos. O cancro duro não é percebido em até 50% das pessoas infectadas, sendo, portanto, importante porta de entrada a outras infecções, como o HIV. Esse estágio dura de 2 a 6 semanas e pode regredir de forma espontânea.

II. Secundária: os sinais e sintomas manifestam-se, em média, entre 6 semanas e 6 meses após a infecção e duram entre 4 e 12 semanas. Esta fase é determinada pela disseminação dos treponemas no organismo, caracterizada por lesões ricas em treponemas, indolores e não pruriginosas, sendo: erupções cutâneas em forma de máculas, denominadas roséola; pápulas, predominantemente no tronco; lesões eritematoescamosas palmoplantares, que sugerem fortemente o diagnóstico de sífilis secundária; placas eritematosas branco-acinzentadas em mucosas; lesões pápulo-hipertróficas nas mucosas ou pregas cutâneas, os condilomas planos; alopecia em clareira, atingindo a região temporoparietal e occipital; madarose, caracterizada pela perda da porção distal das sobrancelhas. Ademais, sintomas sistêmicos podem ocorrer. O estágio secundário é marcado por significativa resposta imune e elevada produção de anticorpos contra o treponema. As lesões regredem de forma espontânea e raramente deixam cicatrizes. Novos surtos podem acontecer após períodos de latência cada vez mais prolongados.

III. Latente: período em que não há sinais ou sintomas de sífilis, havendo reatividade nos testes imunológicos que detectam anticorpos. É nesse estágio que é realizada a maior parte dos diagnósticos. Pode ser alocada em latente recente ou tardia, a depender do tempo de infecção (com menos ou mais de um ano, respectivamente). A infecção documentada cujo tempo de duração é desconhecido é considerada como sífilis latente tardia.

IV. Terciária: em até 30% dos casos não tratados, após longo período de latência, entre 2 a 40 anos do início da infecção, surgem sintomas terciários. Essa forma da doença é incomum, já que a maioria da população recebe, indiretamente, ao longo da vida, antibióticos com ação sobre o treponema,

que levam à cura da infecção. As manifestações são na forma de inflamação e destruição tecidual, comprometendo, principalmente, o sistema nervoso e cardiovascular. Podem ser formadas tumorações, gomas sífilíticas, que tendem à liquefação, em qualquer tecido. Lesões terciárias causam desfiguração e são muito incapacitantes, quiçá fatais, incluindo meningite aguda, goma do cérebro ou da medula, paralisia geral, tabes dorsalis e demência. Acometimento do sistema nervoso central ocorre em 10% a 40% dos pacientes não tratados, mas, na maioria deles, cursa de forma assintomática. Em 1% a 2% destes pacientes, além da positividade na sorologia do líquido, há quadro clínico específico, sendo a meningite asséptica o mais predominante (BRASIL, 2015; ZUGAIB, 2016; HOFFMAN, 2014).

A forma congênita da sífilis é classificada como precoce, quando se apresenta até o segundo ano de vida ou como tardia, se surge após os dois anos de vida. Se não for tratada, a infecção congênita pode causar lesões deformantes com destruição do tecido ósseo e cutaneomucoso, além de sequelas neurológicas. Lesões tardias não são passíveis de reversão com a antibioticoterapia. (ZUGAIB, 2016; BRASIL, 2015).

Além de aumentar a propensão ao contágio e à transmissão do HIV, o próprio curso clínico da sífilis pode ser alterado pela coinfeção com HIV, passando a incluir manifestações atípicas ou mais agressivas. Os pacientes com essa associação de patologias podem desenvolver cancros múltiplos e profundos, apresentando resolução mais lenta; maior frequência de sobreposição de estágios e concomitância de lesões primárias e secundárias no momento do diagnóstico; e predisposição para acometimento oftálmico e neurológico, com evolução precoce à neurosífilis. (BRASIL, 2015; GLIDDON, 2017).

Os achados clínicos da sífilis são inespecíficos, o que dificulta seu diagnóstico. Existem, nesse ensejo, dois tipos de testes para a detecção da doença: exames diretos ou testes imunológicos, com suas características próprias, conforme a seguir:

I. Exames diretos – realizam pesquisa direta do *T. pallidum* na sífilis recente primária e secundária, podendo ser, por exemplo, microscopia de campo escuro ou imunofluorescência direta. A identificação direta da bactéria em

material de lesões, de biopsia ou necropsia do concepto, de tecido placentário ou do cordão umbilical confirma o diagnóstico (BRASIL, 2015; ZUGAIB, 2016).

II. Testes imunológicos – identificam os anticorpos que se dirigem a antígenos treponêmicos e não treponêmicos. Esses exames são os mais utilizados na prática clínica, como a seguir:

a. Testes treponêmicos detectam anticorpos específicos contra os antígenos do *T. pallidum*. Exemplos: testes de hemaglutinação e aglutinação passiva; imunofluorescência indireta (FTA-Abs); quimioluminescência (EQL); ensaio imunoenzimático indireto (ELISA); e testes rápidos (imunocromatográficos);

b. Testes não treponêmicos ou cardiolipínicos detectam anticorpos não específicos anticardiolipina para os antígenos do *T. pallidum*, podendo ser qualitativos ou quantitativos. Testes qualitativos apontam a presença ou ausência de anticorpo na amostra. Já os quantitativos expressam seus resultados pela titulação de anticorpos. Exemplos: VDRL, RPR e TRUST (BRASIL, 2015, PEELING 2017; ALVAREZ CARRASCO, 2018).

Testes treponêmicos são importantes para a confirmação do diagnóstico, pois são os primeiros a se tornarem reagentes, estando positivos numa fase mais inicial da doença. São provas mais específicas e que tem resultados positivos mesmo na infecção precoce. Não permitem monitorar a resposta ao tratamento, pois permanecem positivos em 85 a 90% dos casos tratados, não indicando se a enfermidade está ativa ou curada. Ainda, testes rápidos tem fácil execução e praticidade elevada, com resultados acessíveis em pouquíssimo tempo (até 30 minutos), podendo ser realizados por punção digital ou venosa (BRASIL, 2015; TSIMIS, 2017; ALVAREZ CARRASCO, 2018).

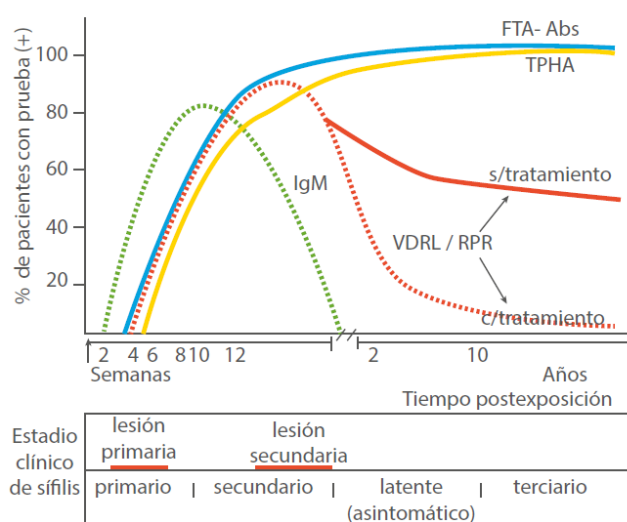
Testes não treponêmicos se positivam após o surgimento do cancro duro e tem importância para o diagnóstico e monitoramento da resposta ao tratamento, afinal a diminuição dos títulos indica sucesso na eliminação dos treponemas. O mais utilizado é o VDRL, para acompanhamento e diagnóstico de cura. Em alguns casos ele permanece positivo

por longa data, em títulos baixos e persistentes, no caso de doença em fase tardia, sem necessidade de tratamento, caracterizando a cicatriz sorológica (BRASIL, 2015; PEELING 2017; ALVAREZ CARRASCO, 2018).

Devido à resposta imune complexa que é deflagrada no hospedeiro após o contágio, é de suma importância a correta interpretação das provas imunológicas. A janela imunológica entre a infecção até a detecção de anticorpos pelas provas é variável, sendo que, para o VDRL pode ser de 10 a 14 dias, para o ELISA, 5 dias, e, no caso do FTA-Abs, 5 a 7 dias após o aparecimento da lesão primária (ALVAREZ CARRASCO, 2018).

O estágio da doença deve ser considerado para determinar qual o melhor exame diagnóstico. Na sífilis primária, a pesquisa direta da bactéria em tecido do cancro duro é o principal método indicado. Reações sorológicas se tornam reagentes em 2 a 4 semanas após o aparecimento do cancro, primeiramente as treponêmicas (FTA-Abs), refletindo produção de anticorpos anti-treponema, e depois as não treponêmicas (VDRL), pela produção de anticorpos anti-cardiolipina. Na sífilis secundária, os testes sorológicos são positivos, VDRL e FTA-Abs tem seu maior valor, e é possível positivar pesquisa direta. Na sífilis terciária o FTA-Abs se mantém em altos títulos, enquanto que o VDRL diminui seus títulos e a pesquisa direta é negativa. Na sífilis latente recente, os testes sorológicos são reagentes e, na tardia, o VDRL tem diminuição dos títulos (HOFFMAN, 2014; ZUGAIB, 2016). É possível perceber o comportamento das provas diagnósticas na Figura 1.

Figura 1 - Curvas sorológicas das provas diagnósticas na Sífilis



Fonte: Peeling R, Ye H. Diagnostic tool for preventing and managing maternal and congenital syphilis: an overview. Bull World Healthly Org. 2004 Jun;82(6):439-46

O critério diagnóstico de sífilis adquirida, no Brasil, é: um teste treponêmico positivo em adição a um teste não treponêmico positivo, sendo que a ordem de realização não é determinante. Se o teste de triagem utilizado for o teste rápido (treponêmico) e ele for reagente, a amostra deverá ser encaminhada para a realização de um teste não treponêmico em seguida (BRASIL, 2017).

Gestantes, por sua vez, tem como critério diagnóstico apenas um teste positivo, seja ele treponêmico ou não, devendo iniciar o tratamento com maior brevidade. Testes sorológicos devem ser realizados na primeira consulta do pré-natal e repetidos tanto na 28ª semana de gestação, quanto em ocasiões com possibilidade de infecção materna ou de transmissão vertical, como, por exemplo, na internação hospitalar para a realização do parto ou de curetagem uterina por aborto. A triagem sorológica deve ser realizada, de preferência, através de um teste rápido treponêmico, sendo o controle de resposta a eventual tratamento feito por VDRL (BRASIL, 2015; ZUGAIB, 2016; SARACENI, 2017).

A depender da situação específica e do local de atendimento, a realização de um teste rápido apenas e tratamento imediato, independente de um segundo teste positivo, é indicada. Se incluem: regiões de difícil acesso; populações ribeirinhas e indígenas; e pessoas atendidas em prontos-socorros (BRASIL, 2015).

Havendo suspeita de sífilis congênita, considera-se, inicialmente a história clínica e epidemiológica materna, a avaliação clínica da criança e os resultados de testes, incluindo radiológicos. Todas as crianças filhas de mães com evidência clínica e/ou laboratorial de sífilis na gestação, parto ou puerpério devem ser investigadas, além dos os menores de 13 anos com suspeita clínica e/ou epidemiológica de sífilis congênita (BRASIL, 2015; ZUGAIB, 2016).

O Ministério da Saúde preconiza que qualquer forma de sífilis é de notificação compulsória. Desde 2005 a forma gestacional e desde 1986 a forma congênita são, portanto, obrigatoriamente notificadas pelos serviços de saúde, existindo definições de caso próprias para os fins de vigilância epidemiológica, que são periodicamente revisadas (SARACENI, 2017).

A. Sífilis adquirida: paciente assintomático, sem tratamento prévio, reagente em testes não treponêmico e treponêmico, ou com sintoma de sífilis e, pelo menos, um teste reagente. (BRASIL, 2017)

B. Sífilis em gestante: paciente que durante o pré-natal, parto ou puerpério tenha, ao menos, um teste reagente, treponêmico ou não, independente de sintomatologia e que não tenha sido tratada; ou paciente com teste não treponêmico reagente (qualquer título) e teste treponêmico reagente, independentemente de sintomas ou tratamento prévio. (BRASIL, 2017)

C. Sífilis congênita: entre outras situações, filho vivo, natimorto ou aborto de gestante com sífilis, que não tenha sido tratada ou que não tenha tido tratamento adequado; criança de até 13 anos com manifestação clínica, alteração no líquido ou em exame de imagem sugestiva de sífilis e teste não treponêmico reagente; criança com título de teste não treponêmicos do maior que o materno em duas diluições; e aumento de duas diluições nos títulos de testes não treponêmicos no acompanhamento. (BRASIL, 2017)

A droga de escolha para o tratamento para a sífilis é a penicilina, cujos níveis devem ser mantidos por tempo e dose adequados ao tipo de infecção, se recente ou tardia. Não há relato na literatura de resistência do treponema à penicilina, sendo esta a droga de primeira escolha em todo o mundo (BRASIL, 2015; PHAM, 2017).

Os esquemas de tratamento propostos para cada estágio da sífilis, conforme preconiza o Ministério da Saúde, em seu Boletim Epidemiológico de 2017, são:

- I. Sífilis primária, sífilis secundária e latente recente (até um ano de duração): Penicilina G benzatina, 2,4 milhões UI, IM, dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo);
- II. Sífilis latente tardia (mais de um ano de duração) ou latente com duração ignorada e sífilis terciária: Penicilina G benzatina, 2,4 milhões UI, IM, (1,2 milhão UI em cada glúteo), semanal, por três semanas; e

- III. Neurosífilis: Penicilina cristalina, 18-24 milhões UI/dia, IV, administrada em doses de 3-4 milhões UI, a cada 4 horas ou por infusão contínua, por 14 dias.

Alternativamente, podem ser usadas doxiciclina, exceto para gestantes; ou ceftriaxona, para gestantes e não gestantes. Deve haver seguimento em intervalos de 60 dias (gestantes, mensalmente), a fim de controle de cura, mediante teste não treponêmico, e retratamento diante de falha terapêutica (BRASIL, 2017).

Exacerbação das lesões cutâneas, com eritema, dor ou prurido pode ocorrer após a primeira dose com penicilina, configurando a reação de Jarisch-Herxheimer, uma complicação benigna e autolimitada do tratamento, que costuma regredir após 12 a 24 horas. Não é uma reação alérgica, mas sim, uma resposta à liberação de antígenos treponêmicos na circulação, sendo mais comum em tratamento de pacientes na fase secundária da sífilis. (RAC, 2018; TSIMIS, 2017).

Após o tratamento, há negatização dos exames não treponêmicos e treponêmicos na sífilis precoce em até 80% dos casos. Na sífilis tardia, os testes não treponêmicos podem se tornar negativos em até 40% dos casos, mas os treponêmicos nunca serão negativos novamente. (FREITAS, 2011).

Além do terapia medicamentosa da paciente, deve-se orientá-la sobre a patologia, dando ênfase na adesão ao tratamento; comunicar, investigar e tratar os parceiros sexuais (na sífilis primária, os parceiros dos últimos três meses; na secundária, dos últimos seis meses e na latente, no último ano); investigar demais IST (solicitar sorologias); orientar uso de método de barreira, como condom; e realizar a notificação do caso (BRASIL, 2015).

A incidência da sífilis primária e secundária entre as mulheres reflete na incidência de sífilis congênita. Assim, a prevenção efetiva e eventual erradicação da sífilis congênita é alcançada com pré-natal adequado que deve centrar suas ações na necessidade do início precoce, o que facilita a detecção e o tratamento rápido da gestante com sífilis. É de se ressaltar que a prevalência de desfechos adversos é menor em gestantes cuja intervenção terapêutica se eu durante o 1º ou 2º trimestre de gestação (DOMINGUES, 2013; BRASIL, 2015; MAGALHÃES, 2017).

O controle da doença também deve ser realizado junto à população em geral, por meio de amplo acesso à informação, aos serviços de saúde, ao diagnóstico, tratamento e seguimento, evitando-se, assim, eventos tardios de maior gravidade associados à patologia (MASON-JONES, 2016).

3. METODOLOGIA

3.1 Tipo de pesquisa

Quanto à finalidade, uma pesquisa aplicada visa produzir conhecimento científico a fim de subsidiar a análise situacional, bem como adotar ferramentas facilitadoras à resolução de problemas (FONTENELLES, 2009).

Quanto à natureza, num estudo observacional, o investigador atua como espectador de fenômenos ou fatos. Conforme Pereira (2012), a pesquisa observacional é:

"estudo de situações que ocorrem naturalmente, sem intervenção do investigador; representadas pelos estudos epidemiológicos, clínicos e descrições de fenômenos naturais, novas espécies, estruturas, funções, mutações e variações."

Quanto à forma de abordagem, um estudo descritivo descreve fatos em si, visando observar, registrar e descrever as nuances de um dado fenômeno, não havendo, no entanto, análise do conteúdo (FONTENELLES, 2009).

Quanto aos objetivos, a pesquisa exploratória, segundo Fontenelles (2009), permite que o pesquisador faça um contato inicial com a situação estudada, aproximando-o do fenômeno explorado, permitindo investigação de subsídios para a determinação do panorama das relações existentes.

Quanto aos procedimentos técnicos, uma investigação é considerada uma pesquisa documental quando requer a obtenção de dados retrospectivos – por exemplo, através de documentos (prontuários, fichas) – e esses não recebem qualquer tipo de análise crítica (FONTENELLES, 2009; PEREIRA, 2012).

Segundo Pereira (2012), um estudo transversal ou seccional permite:

"a investigação para determinar prevalência, para examinar a relação entre eventos (exposição, doença e outras variáveis de interesse), em um determinado momento. Os dados sobre causa e efeito são coletados simultaneamente".

Nesse ensejo, a fim de elaborar pesquisa aplicada, observacional, descritiva, exploratória, documental e transversal, foram utilizados dados secundários obtidos por meio

de Fichas de Investigação de Sífilis em Gestantes do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), registradas no HRSM, no período entre 1 de janeiro de 2013 e 31 de dezembro de 2018.

3.2 Local da pesquisa

O estudo foi realizado em Santa Maria, Distrito Federal, sendo a coleta de dados feita no Setor de Vigilância Epidemiológica do HRSM – local responsável pela compilação dos dados relativos a notificação compulsória de agravos de notificação.

3.3 Objeto do estudo

A população do estudo foi composta de gestantes e recém-nascidos.

As gestantes foram aquelas que, independentemente de qualquer outra característica, foram diagnosticadas com sífilis gestacional e cujos casos foram notificados no Setor de Vigilância Epidemiológica do HRSM no período entre 1 de janeiro de 2013 e 31 de dezembro de 2018.

Os recém-nascidos foram aqueles que, independentemente de qualquer outra característica, tiveram seus casos notificados no Setor de Vigilância Epidemiológica do HRSM no período entre 1 de janeiro de 2013 e 31 de dezembro de 2018.

3.5. Delimitação da amostra

Para permitir uma correta análise dos dados, foram consideradas somente as pacientes diagnosticadas com sífilis gestacional, bem como recém-nascidos diagnosticados com sífilis congênita recente cujas fichas de notificação compulsória foram preenchidas.

Foram excluídas deste estudo pacientes diagnosticadas com sífilis gestacional cuja ficha de notificação reportou cicatriz sorológica ou cuja ficha de notificação não foi devidamente preenchida.

Foram excluídos deste estudo recém-nascidos cuja ficha de notificação não foi devidamente preenchida.

3.7. Instrumentos de coleta de dados

Os dados foram extraídos da “FICHA DE INVESTIGAÇÃO - SÍFILIS EM GESTANTE” e da “FICHA DE NOTIFICAÇÃO/INVESTIGAÇÃO - SIFILIS CONGÊNITA” (Anexos 1 e 2), vinculadas ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). As fontes de coleta dos dados objetivados foram utilizadas para a elaboração de tabelas que permitiram a análise do panorama proposto.

Inicialmente o objetivo foi extrair dados da “FICHA DE INVESTIGAÇÃO - SÍFILIS EM GESTANTE” (Anexo 1) e preencher Fichas de Coleta de Dados. Na Ficha de Coleta de Dados, os casos seriam numerados de maneira sequencial, de acordo com o ano, e registradas suas características socioepidemiológicas (idade, raça, cor, escolaridade e ocupação), características clínicas (resultado do teste não treponêmico, sua titulação e resultado do teste treponêmico), bem como período do diagnóstico da sífilis gestacional, tratamento proposto e realizado à gestante e ao parceiro, ou, ainda, o motivo para não tratar o parceiro.

Entretanto ao longo do processo de coleta de dados, não foi feita utilização das Fichas de Coleta de Dados, uma vez que tal tarefa se mostrou pouco prática nessa etapa da pesquisa, tendo sido procedido, então, ao preenchimento de planilha no Sistema Excel a partir dos dados das Fichas, dispostos sequencialmente ao longo dos anos do estudo.

Não houve registro de número de prontuário, nome da paciente ou outro dado que permita identificação das pacientes incluídas no estudo.

3.8. Procedimentos metodológicos

Solicitou-se a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Brasília (CEP/UNICEUB), bem como do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Saúde do DF (CEP/SES-DF).

Não houve contato com as pacientes estudadas, portanto foi solicitada a dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Este estudo utilizou dados secundários nominais da gestante, contudo a coleta dos dados foi realizada baseando-se exclusivamente nas Fichas de Notificação Compulsória, o que garantiu o anonimato das pacientes em todas as etapas do estudo. A pesquisa foi descritiva,

não havendo qualquer intervenção, e não acarretando qualquer malefício à população estudada. Ademais, possivelmente permitirá futuros benefícios com as informações coletadas para a comunidade.

E essa pesquisa seguiu as normas preconizadas pela Resolução CNS Nº 466/2012.

Inicialmente, o trabalho visava à análise de pacientes gestantes, diagnosticadas com sífilis gestacional, atendidas no HRSM, entre 1º de janeiro de 2009 e 31 de dezembro de 2018, cujas fichas de notificação compulsória estivessem devidamente preenchidas. Além disso, todos os recém-nascidos notificados com Sífilis Congênitas no mesmo período seriam incluídos.

Contudo, inseridos no Departamento de Vigilância Epidemiológica do HRSM, os pesquisadores tomaram conhecimento de que, devido a mudanças na gestão hospitalar, as fichas de notificação apenas foram compiladas por aquele serviço a partir de 2013, razão pela qual foi necessária modificação no objeto de estudo, que passou a ser composto por casos de sífilis gestacional e sífilis congênita ocorridos a partir de 1º de janeiro de 2013 a 31 de dezembro de 2018.

Através do acesso às Fichas de Notificação Compulsória de Sífilis em Gestantes e Sífilis Congênita do período proposto, 2013 a 2018, foram coletadas, portanto, as informações dos casos, transcrevendo-as para a Tabela de Dados, sem que houvesse registro de números de prontuário físico ou eletrônico, nome das pacientes ou qualquer outro dado que permitisse identificação da população do estudo. Todas as informações coletadas foram sigilosas.

Procedeu-se, assim, à elaboração de gráficos e tabelas para análise dos dados e redação do relatório final da pesquisa.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Por meio do acesso ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), foram colhidas as informações contidas nas Fichas de Notificação de Sífilis em Gestante e de Sífilis Neonatal, dos anos de 2013 até 2018.

Foi realizada uma análise das notificações de sífilis gestacional desde 2013, ano de fundação do Hospital Regional de Santa Maria, até o ano de 2018.

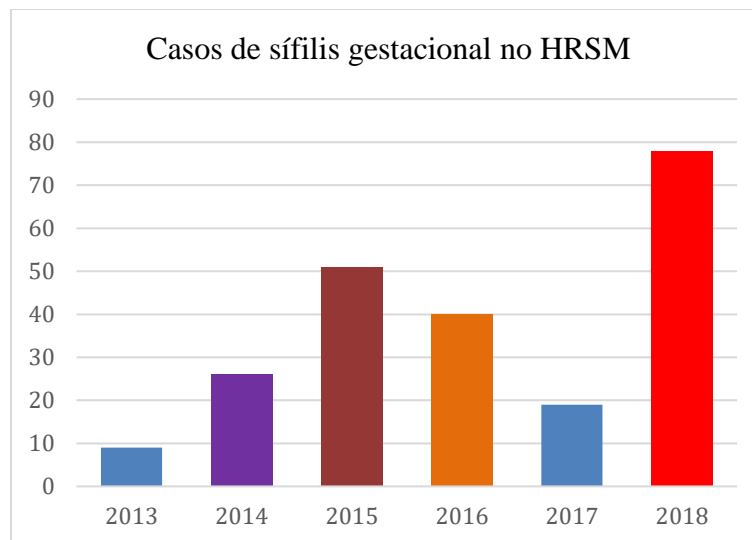
O número total de notificações de sífilis gestacional em gestantes foi de 223 casos, sendo que o número de notificações deste agravo teve tendência ascendente no período (Tabela 1 e Gráfico 1), corroborando a tese de Saraceni (2017), ao afirmar que mesmo apesar dos avanços em termos de diagnóstico e tratamento das gestantes, o controle da sífilis gestacional permanece como um desafio para os serviços de atendimento pré-natal.

Tabela 1 - Número de casos notificados de sífilis gestacional no HRSM de 2013 a 2018

Ano de notificação	Número de fichas
2013	9
2014	26
2015	51
2016	40
2017	19
2018	78
Total	223

HRSM: Hospital Regional de Santa Maria.

Em relação ao número absoluto de notificações ao longo dos anos pode ser observada uma tendência ascendente de 2013 a 2015 e um aumento substancial dos casos no ano de 2018, que podem refletir melhoria na assistência em saúde na região em geral, com um consequente aumento na notificação dos casos; ou pode significar um aumento na incidência da patologia na região. Sabe-se que, no Brasil, assim como em muitos países, a sífilis apresenta uma reemergência, o que corrobora tal suposição (BRASIL, 2018).

Gráfico 1 - Número de casos notificados de sífilis gestacional no HRSM de 2013 a 2018

HRSM: Hospital Regional de Santa Maria.

Nesse ensejo, considerando que a sífilis é uma doença que conta com estratégias de prevenção bem definidas – que incluem o uso regular de preservativos, a redução do número de parceiros sexuais, bem como o tratamento imediato dos casos diagnosticados em mulheres e seus parceiros –, é possível depreender da reemergência no número de casos que tais estratégias não têm surtido o efeito desejável, expondo a população aos agravos causados pela doença em sua forma gestacional e neonatal (BRASIL, 2017).

Além disso, segundo essa pesquisa, a maior parte das mulheres diagnosticadas com sífilis gestacional no Distrito Federal realizou o pré-natal, 83,3%, no período entre 2007 e 2012. Ou seja, houve uma oportunidade de prevenção, diagnóstico precoce ou tratamento dessa população, mas os dados sugerem que essas medidas não tiveram o efeito desejável (SARACENI, 2017).

No período entre 2014 e 2015, percebe-se grande incremento no número de casos, o que, em tese, poderia estar relacionado a fatores como os expostos por Nunes (2018): carência do fármaco de escolha para tratamento no mercado, descentralização para distribuição de testes rápidos na Atenção Básica, o que aumentaria o número de casos diagnosticados, ou, ainda, tratamento realizado de forma inadequada.

Posteriormente, entre 2015 e 2017, houve redução do número de casos notificados, o que pode suscitar dúvida em relação a eventual período de subnotificação da doença por

motivos diversos de gestão do serviço, falta de recursos humanos ou, ainda, precária instrução às equipes de saúde no serviço em questão.

No que tange a análise sócioepidemiológica da ocorrência de sífilis em gestantes no local e período analisados, é possível depreender que a média geral de idade das mulheres ao diagnóstico é de 25,5 anos (Tabela 2), menor do que a mediana encontrada por Saraceni (2017) no Distrito Federal entre 2007 e 2012, de 27 anos.

Tabela 2 - Idade média no diagnóstico de sífilis gestacional no HRSM de 2013 a 2018

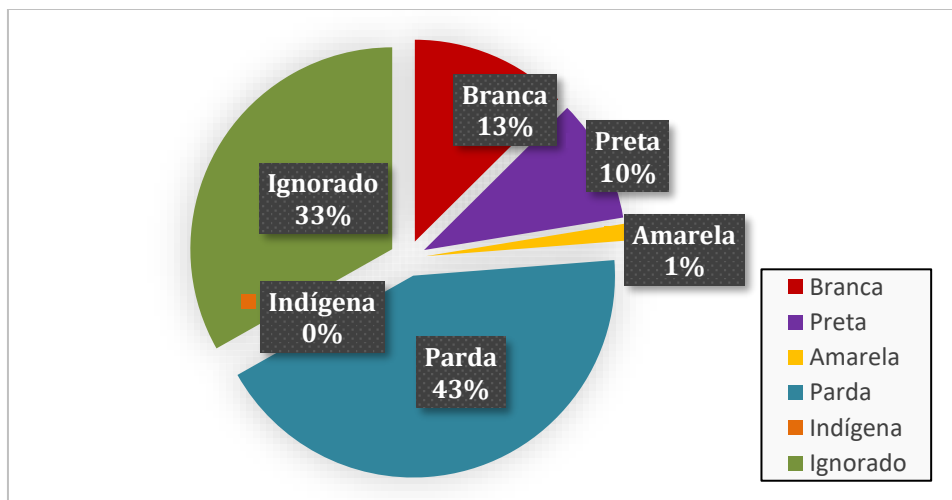
Ano de notificação	Idade média (anos)
2013	23,9
2014	25,8
2015	25,5
2016	25,6
2017	26,7
2018	25,4
Idade média	25,5

HRSM: Hospital Regional de Santa Maria.

No entanto, os dados obtidos neste estudo se coadunam com o perfil de resultados descrito na literatura, tanto no Brasil quanto em outros países, em que a paciente com sífilis gestacional é adulta jovem, no ápice da fase reprodutiva (SOARES, 2017). Ademais, se extrai do Boletim Epidemiológico de Sífilis, emitido pelo Ministério da Saúde em 2017, que as notificações da doença em pacientes na faixa etária de 20 a 29 anos mantém tendência de aumento desde 2010.

Em se falando de raça/cor, o maior percentual da população em estudo, 43% da amostra, foram classificadas como “Pardas” e o campo “Ignorado” foi o segundo com maior número de marcações entre as fichas estudadas: 33%. “Branças” e “Pretas” seguem com 13% e 10%, respectivamente, enquanto que “Amarelas” correspondem a apenas 1% da população em estudo. No período, não foi notificado nenhum caso de paciente classificada como “Indígena” (Gráfico 2).

Gráfico 2 - Percentual de casos sífilis gestacional por raça no HRSM de 2013 a 2018



HRSM: Hospital Regional de Santa Maria.

Em relação à variável raça/cor, os dados encontrados no presente estudo vão ao encontro dos resultados encontrados por Reis (2018), sendo a sífilis, tanto gestacional quanto congênita, mais prevalente nos perfis populacionais com menor favorecimento socioeconômico, pretos e pardos. Conforme afirma Reis (2018), o não preenchimento do campo em elevado número de fichas é sobremaneira prejudicial à interpretação da distribuição de casos por perfil de cor da pele. Ainda assim, é possível inferir que, mesmo tendo o Distrito Federal 29,5% de habitantes de pele branca, segundo dados do IBGE (2008), a proporção de casos em pessoas de pele branca é muito reduzida, atingindo apenas 13% da população da amostra.

No tocante à escolaridade das gestantes em análise, em quase 50% das fichas, o campo “Ignorado” foi assinalado, o que traz dificuldade à avaliação de tal parâmetro. Extraíse das fichas que tiveram o registro dessa variável informação que se coaduna com o que é exposto por Reis (2018) e Soares (2017): a maioria da população em estudo tem escolaridade até o Nível Fundamental, sendo que apenas 0,45% da amostra atingiu o Ensino Superior Completo (Tabela 3).

O baixo acesso ao ensino refletido pelos dados encontrados vai ao encontro do que é esperado para a população atendida pelo Hospital em estudo, majoritariamente incluída em grupos socioeconômicos menos favorecidos com menor acesso à assistência à saúde (BRASIL, 2018).

Tabela 3 - Percentual de casos de sífilis gestacional por escolaridade no HRSM de 2013 a 2018

Escolaridade	Proporção
Ensino Fundamental Incompleto	21,08%
Ensino Fundamental Completo	33,18%
Ensino médio completo	14,35%
Superior Completo	0,45%

HRSM: Hospital Regional de Santa Maria.

Com respeito à área de residência, os dados colhidos demonstram que a absoluta maioria da população em estudo reside em área urbana, perfazendo 87,89% da amostra, enquanto menos de 3% da população estudada é domiciliada em área periurbana ou rural (Tabela 4).

Tabela 4 - Percentual de casos de sífilis gestacional por área de residência no HRSM de 2013 a 2018

Área de Residência	Proporção
Urbana	87,89%
Rural	1,79%
Periurbana	0,90%
Ignorado	0,00%
Não preenchido	8,97%

HRSM: Hospital Regional de Santa Maria.

A distribuição da população em análise concorda com o que se depreende em relação ao Distrito Federal. Segundo os dados de referência do Censo IBGE 2010, o Distrito Federal não possui população rural, sendo ela essencialmente urbana. Ainda segundo estes dados, 96,58% da população do DF é urbana, e 3,42% é de população rural (DISTRITO FEDERAL, 2013).

Quanto à ocupação, em mais da metade das fichas, tal informação deixou de ser preenchida, o que prejudica sobremaneira a análise. No entanto, verificando-se apenas as

fichas em que tal dado foi adequadamente preenchido, 44,39% do total, percebe-se que cerca de um terço das mulheres não exerce atividade remunerada; menos de 8% exerce atividade remunerada e cerca de 4% das mulheres foram apontadas como “Desempregado crônico” (Tabela 5).

Tabela 5 - Percentual de casos de sífilis gestacional por ocupação no HRSM de 2013 a 2018

Ocupação	Proporção
Preenchido	44,39%
Em branco	55,61%
Emprego remunerado	7,62%
Desempregado crônico	4,04%

HRSM: Hospital Regional de Santa Maria.

Os dados de ocupação destas mulheres não são compatíveis com o que é extraído do Censo Demográfico (2010) em relação ao Distrito Federal, onde a proporção de pessoas de 16 anos ou mais em trabalho formal é de 72,5%. Tal disparidade pode se dar em virtude das severas discrepâncias socioeconômicas encontradas entre as diversas Regiões Administrativas do DF. Sabe-se, ainda, que o HRSM se encontra em uma RA cujo padrão econômico é inferior ao das regiões mais centrais, o que poderia justificar esses percentuais.

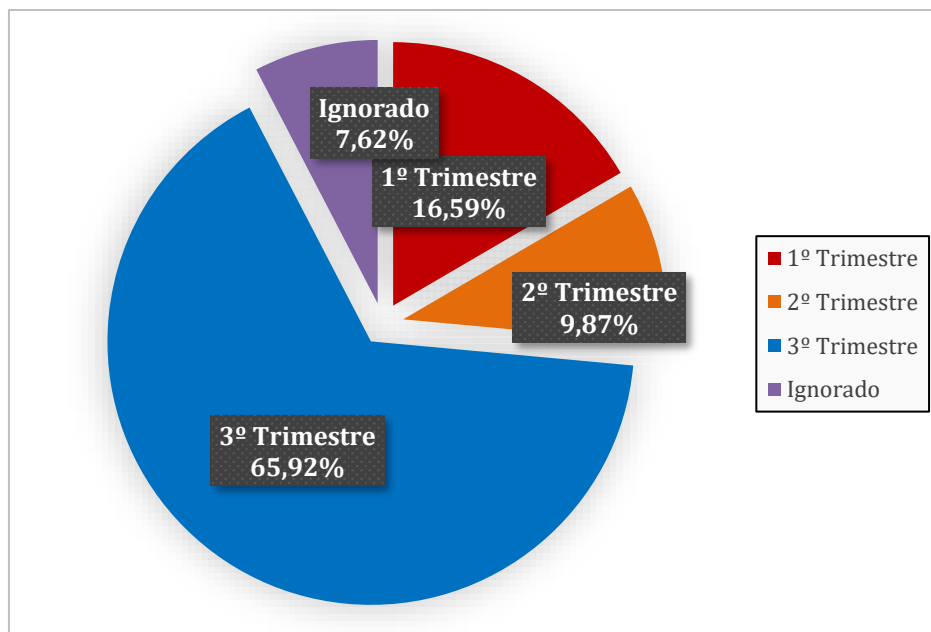
O campo “Local de realização do pré-natal” deixou de ser preenchido em cerca de 71% das fichas, tornando prejudicada eventual análise acerca da parcela populacional que não realizou tal acompanhamento.

Do estudo em tela extrai-se que a idade gestacional na data do diagnóstico é preponderantemente contida no 3º trimestre de gestação. O percentual de 65,92% da amostra teve o diagnóstico tardio (Gráfico 3). Particularmente em relação ao ano de 2018, é de se ressaltar que cerca de 76% das notificações realizadas se referem a diagnósticos que ocorreram no 3º trimestre.

Conforme assevera Magalhães (2017), a identificação tardia da doença inviabiliza intervenção terapêutica precoce, idealmente realizada até o 2º trimestre, e influencia no aumento do número de desfechos adversos e contaminação fetal. Por tais motivos,

atualmente, o Ministério da Saúde recomenda que o rastreamento da sífilis no período pré-natal deve ser realizado ainda na primeira consulta, idealmente, no primeiro trimestre, e, novamente, durante o terceiro trimestre da gestação (BRASIL, 2018).

Gráfico 3 - Divisão proporcional segundo a Idade Gestacional no diagnóstico de sífilis gestacional no HRSM de 2013 a 2018



HRSM: Hospital Regional de Santa Maria.

O grande percentual no número de diagnósticos firmados durante o 3º trimestre poderia também ser justificado por uma captação deficiente das gestantes para iniciar o pré-natal durante o 1º trimestre, pela não realização de testes de triagem durante o pré-natal ou, ainda, por infecção durante o período gestacional.

Não é possível pelos dados colhidos determinar a razão para a preponderância de diagnósticos tardios, mas é sabido que, assim como afirmam Reis (2018) e Nunes (2018), as parcelas populacionais de menor renda tem menor acesso aos serviços de saúde, menor probabilidade de início do pré-natal no primeiro trimestre e realiza menor numero de consultas. A falha em realizar a identificação, diagnóstico e tratamento materno durante o período inicial da gestação evidenciam provável falha na prevenção da forma congênita da doença, conforme preceitua Saraceni (2017), sendo necessário reforço de ações que ampliem a detecção da doença fortaleçam o serviço de pré-natal.

Quanto aos exames diagnósticos realizados, extrai-se deste estudo que 4,93% da população não realizou o teste não treponêmico durante o pré-natal e 28,7% das notificações tiveram resultado do teste treponêmico assinalado como “ignorado” (Tabela 6).

Tabela 6 - Resultado do teste treponêmico e do teste não-treponêmico no pré-natal das pacientes com diagnóstico de sífilis gestacional no HRSM de 2013 a 2018

	Reagente	Não reagente	Não realizado	Ignorado
Teste não-treponêmico	88,34%	1,35%	4,93%	5,38%
Teste treponêmico	46,2%	3,6%	21,5%	28,7%

HRSM: Hospital Regional de Santa Maria.

O percentual de pacientes que não realizou ou teve ignorada a realização de teste não-treponêmico durante o pré-natal atinge 10,31%. Tal número é expressivo, considerando a relevância do teste, bem como a não observância das orientações do Ministério da Saúde em relação à realização da triagem gestacional nos 1º e 3º trimestres de gestação (BRASIL, 2013).

Não obstante, verifica-se dos dados colhidos que, muito embora a recomendação do Ministério da Saúde (2013) seja a realização de teste rápido para sífilis (teste treponêmico) como forma de triagem, na presente amostragem apenas 49,8% das mulheres foram testadas com esse tipo de prova imunológica.

O rastreamento com teste não-treponêmico, por sua vez, é indicado como exame de escolha para gestantes com história de sífilis. Apesar disso, no presente estudo, verificou-se que 88,34% o realizaram.

Tais dados sugerem uma falha no atendimento às diretrizes Ministeriais no que tange ao rastreamento da Sífilis Gestacional (BRASIL, 2018) e podem se relacionar, conforme afirma Saraceni (2017), a desconhecimento sobre a doença.

Em relação ao tratamento, 39,01% da população recebeu a prescrição de 2.400.000UI de Penicilina G Benzatina, esquema preferencial para o tratamento de Sífilis primária. Menos de 1% recebeu 4.800.000UI de Penicilina G Benzatina e quase 15% receberam 7.200.000UI da mesma medicação. Cerca de 11% da população diagnosticada e notificada não realizou

tratamento para sífilis (Tabela 7).

Tabela 7 - Divisão proporcional do esquema de tratamento prescrito as gestantes notificadas com Sífilis Gestacional no HRSM de 2013 a 2018

Tratamento prescrito	Proporção
PGB 2.400.000 UI	39,01%
PGB 4.800.000 UI	0,90%
PGB 7.200.000 UI	14,35%
Outro	11,21%
Não realizado	11,21%
Ignorado	23,32%

HRSM: Hospital Regional de Santa Maria. PGB: Penicilina G Benzatina. UI: Unidades Internacionais.

O campo “Tratamento prescrito” na amostra foi marcado como “ignorado”, em 23,32% das fichas, o que prejudica a análise. Das fichas que tiveram esse campo preenchido, percebe-se que uma parcela da amostra, 0,90%, utilizou 4.800.000UI de Penicilina G Benzatina, esquema terapêutico que já não é preconizado em nenhum dos estágios da doença, conforme o atual protocolo do Ministério da Saúde. (BRASIL, 2018). Tal apontamento pode ser justificado por mudança ocorrida nos protocolos ao longo do período analisado.

Dos dados é possível inferir também que o percentual máximo de mulheres que recebeu tratamento possivelmente adequado ao estágio da doença é de 53,36%, uma vez que, no período gestacional, qualquer outro tratamento que não o uso da Penicilina G Benzatina é considerado como um tratamento não adequado. (BRASIL, 2018)

Em apenas 22,87% das fichas de notificação há registro de tratamento do parceiro da paciente (Tabela 8). Do total de fichas, 48% tiveram alguma resposta assinalada (afirmativa ou negativa), enquanto que em 52% das fichas, o dado do tratamento do parceiro foi “ignorado”.

Das fichas em que o tratamento do parceiro foi apontado como “realizado” ou “não realizado”, é possível concluir, por meio de proporção, que mais de 52% dos parceiros não foram tratados quando do diagnóstico da gestante.

Em consonância com o preceituado por Cooper (2016), essa proporção, embora seja superior à média brasileira – na qual estima-se que apenas 12% dos parceiros recebam tratamento, é preocupante na medida em que remonta ao risco de reinfecção da gestante tratada bem como à perpetuação da cadeia de transmissão da infecção na população. (BRASIL, 2018).

Tabela 8 - Proporção de parceiros tratados de gestantes notificadas com sífilis gestacional no HRSM de 2013 a 2018

Parceiros tratados	Proporção
Sim	22,87%
Não	25,11%
Ignorado	52,02%

HRSM: Hospital Regional de Santa Maria.

Em relação ao tratamento do parceiro, em mais da metade dos casos houve apenas referência de tratamento, mas não foi descrito o esquema prescrito. Nos casos em que foi assinalada a proposta terapêutica, o esquema mais usado foi com a Penicilina G benzatina 2.400.000 UI, dose única (Tabela 9). Apenas 11,6% dos parceiros foram tratados com dose única de Penicilina G Benzatina 2.400.000 UI e 9,7% deles com Penicilina G benzatina 7.200.000 UI, dividida em três doses. Esses dois esquemas são as primeiras escolhas indicadas para o tratamento da sífilis com menos de um ano de duração e da doença com mais de um ano de duração, respectivamente.

A falta de informação sobre o esquema terapêutico e posologia na maioria dos casos aponta para um possível tratamento ineficaz, mesmo para os parceiros que fizeram uso de alguma medicação. Isso porque, segundo a literatura, todos os parceiros deveriam ser testados e tratados de acordo com as recomendações para o estágio de sífilis adquirida no adulto em que se encontrem (BRASIL, 2018).

Em 30,77% das fichas foi marcado o motivo para não realização do tratamento do parceiro. O campo mais assinalado, 69,23% dos casos, foi o de “Outros motivos” (Tabela 10). Nessas, apenas houve especificação do motivo em 5 fichas, nas quais o campo foi

complementado com as seguintes informações: ainda não fez o exame, não concluiu o tratamento, paciente não realizou o pré-natal, não realizou por ser alérgico a penicilina e motivo desconhecido.

Tabela 9 - Esquema de tratamento prescrito ao parceiro de gestantes notificadas com sífilis gestacional no HRSM de 2013 a 2018

Tratamento prescrito	Proporção
PGB 2.400.000	11,6%
PGB 4.800.000	0,5%
PGB 7.200.000	9,7%
Outro	4,2%
Não realizado	18,5%
Ignorado	55,6%

HRSM: Hospital Regional de Santa Maria.

Dos demais campos de “Motivo para não tratamento do parceiro”, em cerca de 14% dos casos, o parceiro não teve mais contato com a gestante; em cerca de 8%, o parceiro não foi comunicado ou convocado à unidade de saúde para tratamento; em quase 2%, o parceiro comunicado/convocado à unidade de saúde, mas não compareceu. Tais dados vão ao encontro dos achados de França (2015), que ressalta que a baixa adesão aos serviços de saúde, falta de local de referência para o tratamento, bem como a não-indicação do tratamento são motivos frequentes para a não-realização da terapêutica pelo contactuante.

Levando em consideração o panorama dos dados supracitados é possível ressaltar a importância de incluir parceiros sexuais nas etapas de assistência pré-natal, o que, além de contribuir de forma significativa para o bem-estar do binômio materno-fetal, propicia redução de até cinco vezes o risco de infecção do concepto (QIN, 2014).

É sabido que a assistência pré-natal adequada é essencial para reduzir a incidência de agravos, como o baixo peso ao nascer, a prematuridade, as infecções congênicas e, até o óbito perinatal (MAGALHAES, 2017).

Tabela 10 - Motivo do não-tratamento do parceiro de gestantes notificadas com sífilis gestacional no HRSM de 2013 a 2018

Motivo	Proporção
1- Parceiro não teve mais contato com a gestante	13,68%
2- Parceiro não foi comunicado ou convocado à unidade de saúde para tratamento	7,69%
3- Parceiro comunicado/ convocado à unidade de saúde, mas não compareceu	1,71%
5- Parceiro com sorologia não reagente	7,69%
6- Outro motivo	69,23%

HRSM: Hospital Regional de Santa Maria.

Dentre os possíveis desfechos da sífilis na forma gestacional, a sífilis congênita é o mais grave, e, mesmo sendo possível preveni-la, é responsável por, aproximadamente, 50% de recém-nascidos com sequelas físicas, sensoriais ou de desenvolvimento, isto nos casos em que não há prematuridade, aborto, perda fetal, malformações congênitas ou óbito neonatal (MAGALHÃES, 2011; NEWMAN, 2013).

Em gestantes não tratadas, os desfechos adversos podem ocorrer em até 66,5%, incluindo: prematuridade, baixo peso ao nascer, aborto tardio e morte fetal (MAGALHAES, 2017).

A Sífilis Congênita é, em teoria, uma doença erradicável através do rastreamento pré-natal, como afirma Magalhães (2017). No entanto, mesmo com técnicas de diagnóstico e tratamento sabidamente eficazes, o número de casos permanece em ascensão, o que sugere precariedade na prestação de assistência pré-natal, uma vez que a sífilis congênita pode ser considerada como evento sentinela na qualidade da atenção (TIAGO, 2017).

Os dados obtidos na presente pesquisa estão de acordo com a tendência apontada por Saraceni (2017), segundo os quais, no Distrito Federal, entre 2007 e 2012, a taxa de incidência da forma congênita da doença aumentou em 35,6%. No presente estudo, é possível verificar um incremento significativo no número de notificações da doença, que mais que dobrou entre 2013 e 2018 no cenário estudado (Tabela 11).

A transmissão vertical é o evento adverso mais temido na gestante diagnosticada com sífilis, pelos inúmeros agravos associados, que geram cerca de 305 mil mortes perinatais por ano no mundo (CERQUEIRA, 2017).

Tabela 11 - Número de casos segundo o desfecho das notificações de sífilis congênita no HRSM no período entre 2013 e 2018

Ano	Total de casos notificados	Sífilis Congênita recente	Natimorto	Aborto	Descartado
2013	26	18	2	1	5
2014	23	21	0	0	2
2015	39	31	1	1	6
2016	36	31	3	1	1
2017	44	36	2	3	3
2018	69	47	2	3	17

HRSM: Hospital Regional de Santa Maria.

Contrariando os achados de Saraceni (2017), nos quais 19,3% dos casos de sífilis gestacional evoluíram para a forma congênita, neste estudo mostrou expressivo percentual de sífilis congênita em relação ao quantitativo de casos de sífilis gestacional (Tabela 12).

Tabela 12 - Casos notificados de sífilis congênita e sífilis em gestante no HRSM no período entre 2013 e 2018

Ano	Sífilis Congênita recente	Sífilis em gestante
2013	18	9
2014	21	26
2015	31	51
2016	31	40
2017	36	19
2018	47	78

HRSM: Hospital Regional de Santa Maria.

Especificamente, em 2013 e 2017, o número absoluto de casos de infecção em neonatos foi superior ao número de casos de sífilis notificados em gestantes. Os dados referentes ao número total de casos das formas congênita e gestacional da doença permitem inferir que os recém-nascidos que originaram as notificações da forma congênita não necessariamente são filhos das gestantes notificadas com a forma gestacional. Ou, é possível também supor que nem todas as gestantes foram adequadamente notificadas.

Diante desse cenário, não foi possível determinar com clareza a taxa de transmissão vertical dessa patologia na população estudada.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A assistência a mulheres com sífilis gestacional na Unidade Administrativa de Santa Maria, que integra Brasília, capital do País, ainda apresenta dificuldades estruturais que devem ser enfrentadas para melhor atendimento à população. Sabe-se que, no manejo da sífilis gestacional, diversas ações precisam ser executadas em conjunto para a efetiva redução das taxas de morbimortalidade. Entre outras atividades, é necessário obter o adequado diagnóstico no período gestacional, encaminhar com celeridade esse resultado e iniciar o tratamento, incluir o parceiro da gestante na investigação, prevenir a reinfecção durante a terapêutica, manter constante avaliação e instrução dos responsáveis por essa atividade e, se possível, reproduzir os protocolos validados de tratamento.

Nesse sentido, evidenciou-se que o atendimento da paciente com sífilis gestacional ainda é um desafio a ser vencido: vários foram os entraves observados para diagnóstico e tratamento das gestantes e é de grande relevância a melhoria nessa assistência, considerando as possíveis consequências dessa patologia para a mãe e principalmente para o feto/recém-nascido. O trabalho apontou a necessidade de aperfeiçoamento nos protocolos que são colocados em prática, incluindo exames de diagnóstico e tratamentos propostos.

Observou-se que o preenchimento das fichas de notificação ocorreu de maneira irregular em grande número de casos, impossibilitando análise fidedigna da real situação a que estão submetidas as gestantes. É possível que o tratamento inadequado das pacientes resulte na perpetuação da doença, por transmissão sexual, e no aumento da taxa de transmissão vertical, entre outros agravos.

É lamentável e impactante verificar esses resultados, quando se sabe que a sífilis é uma patologia curável, com tratamento eficaz e custo efetivo com a penicilina desde 1943. Os resultados deste estudo alertam para a necessidade de aprimoramento da assistência, bem como de adequados rastreamento e tratamento da sífilis gestacional baseados em protocolos e diretrizes validadas, fomentando dessa forma a redução das taxas de transmissão de sífilis e a melhoria na qualidade do serviço em saúde que é prestado como um todo.

6. REFERÊNCIAS

ALVAREZ, C. et al. Interpretación de las pruebas diagnósticas de sífilis en gestantes. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia, Volume 64 Nº 3 Páginas 345 – 352, Jul 2018.

ARAUJO, C. L. de et al. Incidência da sífilis congênita no Brasil e sua relação com a Estratégia Saúde da Família. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 479-486, Junho 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid>. Acesso em 23 de abril de 2018.

ARORA, N. et al. Microbial Vertical Transmission during Human Pregnancy. Cell Host & Microbe. Pittsburgh, 2017

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico: SÍFILIS – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

_____. 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, 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica nº32. Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

CENSO DEMOGRÁFICO 2010. Características da população e dos domicílios: resultados do universo. Rio de Janeiro: IBGE, 2011. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicas_da_populacao/resultados_do_universo.pdf>. Acesso em: abril 2019.

CERQUEIRA, L. R. P. et al. The magnitude of syphilis: from prevalence to vertical transmission. Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo, Volume 59 elocation e78, Dez 2017.

COOPER, J. M. et al. In time: the persistence of congenital syphilis in Brazil – More progress needed! Rev Paul Pediatr. 2016.

DAMASCENO A. B. et al. Sífilis na gravidez. Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto. 13(3):88-94. Rio de Janeiro, 2014.

DAVEY, D. L. J. Prevalence of Curable Sexually Transmitted Infections in Pregnant Women in Low- and Middle-Income Countries From 2010 to 2015: A Systematic Review. Sex Transm Dis. 2016 July ; 43(7): 450–458. 2018.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Saúde. Diretoria de Vigilância Epidemiológica – DIVEP/SVS. Boletim Epidemiológico de Sífilis. Brasília, 2017. Disponível em: <http://novosaude.df.gov.br/images/Informativos/S%C3%ADfilis/boletim_sifilis_2017_revis%C3%A3o_final_28_04_17.2.pdf>. Acesso em abril de 2019.

_____. Secretaria de Estado de Saúde. Relatório anual de gestão 2012/ Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Brasília: Secretaria de Estado de Saúde, 2013.

_____. Secretaria de Estado de Saúde. Proposta do Subprojeto Qualisus Rede RIDE-DF. Brasília: Secretaria de Estado de Saúde, 2012.

DOMINGUES, R. M. S. M. et al. Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal. *Revista de Saúde Pública*, v. 47, n. 1, p. 147-157, 2013.

DUARTE G. Sífilis e a gravidez... e a história continua!. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2012; 34(2):49-51. Disponível em: <://www.scielo.br/pdf/rbgo/v34n2/a01v34n2.pdf>. Acesso 23 de abr. de 2018.

EICKHOFF, C. A. et al. Syphilis. *Disease-a-Month*, Volume 62, Issue 8, 280 – 286. Doi: 10.1016/j.disamonth. 2016.

FENTON, K. A. et al. Infectious syphilis in high-income settings in the 21st century. *The Lancet infectious diseases*, v. 8, n. 4, p. 244-253, 2008.

FONTENELLES, M. J. et al. Metodologia da Pesquisa Científica: Diretrizes para a Elaboração de um Protocolo de Pesquisa. *Revista Paraense de Medicina*. v. 23, n. 3, p. 1-8, 2009.

FRANÇA, I. S. X. et al. Fatores associados à notificação da sífilis congênita: um indicador de qualidade da assistência pré-natal. *Rev Rene*. 2015.

FREITAS, F. et al. Rotinas em Ginecologia. 6ª edição. Porto Alegre: Ed Artmed, 2011.

GLIDDON, H. D. et al. A systematic review and meta-analysis of studies evaluating the performance and operational characteristics of dual point-of-care tests for HIV and syphilis. *Sex Transm Infect*, p. sextrans-2016-053069, 2017.

HOFFMAN, B. L. et al. *Ginecologia de Williams*. Porto Alegre: Artmed, 2014.

MADRID, L. et al. Congenital and perinatally-acquired infections in resource-constrained settings, *Expert Review of Anti-infective Therapy*. Maputo, 2016.

MAGALHÃES, M et al. Syphilis in Pregnancy and Congenital Syphilis: Reality in a Portuguese Central University Hospital. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, Volume 39 Nº 6 Páginas 265 – 272, Jun 2017.

MAGALHÃES, DMS et al. A sífilis na gestação e sua influência na morbimortalidade materno-infantil. *Com. Ciências Saúde - 22 Sup 1:S43-S54*, 2011.

MARKS, M.; MABEY, D. C. W. The introduction of syphilis point of care tests in resource limited settings. *Expert review of molecular diagnostics*, v. 17, n. 4, p. 321-325, 2017.

MASON-JONES, A. J. et al. School-based interventions for preventing HIV, sexually transmitted infections, and pregnancy in adolescents. *The Cochrane Library*, 2016.

NEWMAN, L et al. Global Estimates of Syphilis in Pregnancy and Associated Adverse Outcomes: Analysis of Multinational Antenatal Surveillance Data. *PLoS Med*. 2013.

NUNES, P. S. et al. Sífilis gestacional e congênita e sua relação com a cobertura da Estratégia Saúde da Família, Goiás, 2007-2014: um estudo ecológico. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*,

Volume 27 Nº 4 , Nov 2018.

PEELING, R. W. et al. Syphilis. Nature Reviews Disease Primers, 2017/10/12/online, vol 3. Macmillan Publishers Limited. Londres, 2017.

PEREIRA, M. G. Artigos científicos. Como redigir, publicar e avaliar. 2012.

PHAM, M. N. et al. Penicillin desensitization: Treatment of syphilis in pregnancy in penicillin-allergic patients. Ann Allergy Asthma Immunol . 118(5), p. 537-541, 2017.

QIN, J. B. et al. Maternal and paternal factors associated with congenital syphilis in Shenzhen, China: a prospective cohort study. Eur J Clin Microbiol Infect Dis. 2014.

RAC, M. W. et al. A Preventable Threat to Maternal-fetal Health. Obstetric Anesthesia Digest, v. 38, n. 1, p. 14-15, 2018.

REIS, G. J. et al. Diferenciais intraurbanos da sífilis congênita: análise preditiva por bairros do Município do Rio de Janeiro, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, Volume 34 Nº 9, Set 2018.

SARACENI, V. et al. Vigilância epidemiológica da transmissão vertical da sífilis: dados de seis unidades federativas no Brasil. Revista Panamericana de Salud Pública, Volume 41 eLocation e44, Jun 2017.

SBP. Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento de Neonatologia. Critérios Diagnósticos e tratamento da sífilis congênita. GUINSBURG R, SANTOS AMN. O Documento Científico - Departamento de Neonatologia Sociedade Brasileira de Pediatria. São Paulo, dezembro de 2010.

SINAN. Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Sífilis em Gestante - Casos confirmados notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Distrito Federal. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinannet/cnv/sifilisgestanteDF.def>>. Acesso em: 28 Abr. de 2018.

_____. Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Ficha de investigação sífilis congênita. Disponível em: <http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/Sifilis-Con/Sifilis_Congenita.pdf>. Acesso em: 22 Abr. de 2019.

_____. Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Ficha de investigação sífilis em gestante. Disponível em: <http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/Sifilis-Ges/Sifilis_Gestante.pdf>. Acesso em: 22 Abr. de 2019.

_____. Sistema de Informação de Agravos de Notificação. NOTA INFORMATIVA Nº2-SEI/2017-.DIAHV/SVS/MS. Altera os Critérios de Definição de Casos para notificação de Sífilis Adquirida, Sífilis em Gestantes e Sífilis Congênita. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/Sifilis-Ges/Nota_Informativa_Sifilis.pdf>. Acesso em: 22 Abr. de 2019.

SOARES, L. G. et al. Gestational and congenital syphilis: maternal, neonatal characteristics and outcome of cases. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, Volume 17 Nº 4 Páginas 781

- 789, Dez 2017.

TIAGO, Z. S. et al. Subnotificação de sífilis em gestantes, congênita e adquirida entre povos indígenas em Mato Grosso do Sul, 2011-2014. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Volume 26 Nº 3 Páginas 503 - 512, Set 2017.

TSIMIS, M. E. et al. Update on syphilis and pregnancy. *Birth defects research*, v. 109, n. 5, p. 347-352, 2017.

ZUGAIB, M.; FRANCISCO, R. P. V. Zugaib Obstetrícia. 3ª edição. São Paulo: Ed Manole, 2016.

ANEXO I – FICHA DE INVESTIGAÇÃO SÍFILIS EM GESTANTE

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO		Nº
FICHA DE INVESTIGAÇÃO SÍFILIS EM GESTANTE				
Definição de caso: gestante que durante o pré-natal apresente evidência clínica de sífilis e/ou sorologia não treponêmica reagente, com teste treponêmico positivo ou não realizado.				
Dados Gerais	1 Tipo de Notificação		2 - Individual	
	2 Agravado/doença		Código (CID10)	3 Data da Notificação
	SÍFILIS EM GESTANTE		O98.1	
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)	
6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7 Data do Diagnóstico	
Notificação Individual	8 Nome do Paciente			9 Data de Nascimento
	10 (ou) Idade	11 Sexo	12 Gestante	
	1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	F - Feminino	F	1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional Ignorada 9- Ignorado
	14 Escolaridade			13 Raça/Cor
	0- Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4- Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5- Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6- Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7- Educação superior incompleta 8- Educação superior completa 9- Ignorado 10- Não se aplica			1- Branca 2- Preta 3- Amarela 4- Parda 5- Indígena 9- Ignorado
15 Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe		
Dados de Residência	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito
	20 Bairro		21 Logradouro (rua, avenida,...)	
			Código	
	22 Número		23 Complemento (apto., casa, ...)	
	24 Geo campo 1		25 Geo campo 2	
	26 Ponto de Referência		27 CEP	
	28 (DDD) Telefone		29 Zona	30 País (se residente fora do Brasil)
		1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		
Dados Complementares do Caso				
Ant. epid. gestante	31 Ocupação			
	32 UF	33 Município de realização do Pré-Natal	Código (IBGE)	34 Unidade de realização do pré-natal: Código
	35 Nº da Gestante no SISPRENATAL		36 Classificação Clínica	
		1 - Primária 2 - Secundária 3 - Terciária 4 - Latente 9 - Ignorado		
Dados laboratoriais	Resultado dos Exames			
	37 Teste não treponêmico no pré-natal		38 Título	39 Data
1-Reagente 2-Não Reagente 3-Não Realizado 9-Ignorado		1:		
40 Teste treponêmico no pré-natal		1-Reagente 2-Não reagente 3-Não realizado 9-Ignorado		
Tratamento gestante	41 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 9 - Ignorado			
Ant. epidemiológicos da parceria sexual	42 Parceiro tratado concomitantemente à gestante			
	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			
43 Esquema de tratamento prescrito ao parceiro				
1 - Penicilina G benzantina 2.400.000 UI 2 - Penicilina G benzantina 4.800.000 UI 3 - Penicilina G benzantina 7.200.000 UI 4 - Outro esquema 5 - Não realizado 9 - Ignorado				

Ant. epidemiológicos da parceria sexual	44 Motivo para o não tratamento do Parceiro	<input type="checkbox"/>
	1 - Parceiro não teve mais contato com a gestante.	
	2 - Parceiro não foi comunicado/convocado à US para tratamento.	
	3 - Parceiro foi comunicado/convocado à US para tratamento, mas não compareceu.	
	4 - Parceiro foi comunicado/convocado à US mas recusou o tratamento.	
	5 - Parceiro com sorologia não reagente.	
	6 - Outro motivo: _____	

Investigador	Município/Unidade de Saúde	Cód. da Unid. de Saúde	
	Nome	Função	Assinatura
	<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>		

Sífilis em gestante

Sinan NET

SVS 29/09/2008

ANEXO II – FICHA DE NOTIFICAÇÃO/ INVESTIGAÇÃO SIFILIS CONGÊNITA

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO FICHA DE NOTIFICAÇÃO / INVESTIGAÇÃO SIFILIS CONGÊNITA		Nº
Definição de caso:				
Situação 1: Todo recém-nascido, natimorto ou aborto de mulher com sífilis ^a não tratada ou tratada de forma não adequada ^{b,c} .				
a Ver definição de sífilis em gestante (situações 1, 2 ou 3).				
b Tratamento adequado: tratamento completo para estágio clínico da sífilis com penicilina benzatina, INICIADO até 30 dias antes do parto. Gestantes que não se enquadrarem nesses critérios serão consideradas como tratadas de forma não adequada.				
c Para fins de notificação de caso de sífilis congênita, não se considera o tratamento da parceria sexual da mãe.				
Situação 2^d: Toda criança com menos de 13 anos de idade com pelo menos uma das seguintes situações:				
- Manifestação clínica, líquórica ou radiológica de sífilis congênita E teste não treponêmico reagente;				
- Títulos de teste não treponêmicos do lactente maiores do que os da mãe, em pelo menos duas diluições de amostras de sangue periférico, coletadas simultaneamente no momento do parto;				
- Títulos de testes não treponêmicos ascendentes em pelo menos duas diluições no seguimento da criança exposta ^e ;				
- Títulos de testes não treponêmicos ainda reagentes após seis meses de idade, em criança adequadamente tratada no período neonatal;				
- Testes treponêmicos reagentes após 18 meses de idade, sem diagnóstico prévio de sífilis congênita.				
d Nessa situação, deve ser sempre afastada a possibilidade de sífilis adquirida.				
e Seguimento da criança exposta: 1, 3, 6, 12 e 18 meses de idade				
Situação 3: Evidência microbiológica ^f de infecção pelo <i>Treponema pallidum</i> em amostra de secreção nasal ou lesão cutânea, biópsia ou necrópsia de criança, aborto ou natimorto.				
f Detecção do <i>Treponema pallidum</i> por meio de exames diretos por microscopia (de campo escuro ou com material corado).				
Dados Gerais	1 Tipo de Notificação		2 - Individual	
	2 Agravado/doença		Código (CID10)	3 Data da Notificação
	SÍFILIS CONGÊNITA		A 5 0.9	
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)	
Notificação Individual	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7 Data do Diagnóstico
	8 Nome do Paciente			9 Data de Nascimento
	10 (ou) Idade	11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante	6 13 Raça/Cor
	14 Escolaridade	10 - Não se aplica		1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 9 - Ignorado
Dados de Residência	15 Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe	
	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito
	20 Bairro		21 Logradouro (rua, avenida,...)	
	22 Número		23 Complemento (apto., casa, ...)	
	24 Geo campo 1		25 Geo campo 2	
	26 Ponto de Referência		27 CEP	
	28 (DDD) Telefone		29 Zona	
	1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		30 País (se residente fora do Brasil)	
Dados Complementares				
Antecedentes Epiid. da gestante / mãe	31 Idade da mãe		32 Raça/cor da mãe	
	Anos		1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 9 - Ignorado	
	33 Ocupação da mãe			
	34 Escolaridade			
0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica				
35 Realizou Pré-Natal nesta gestação		36 UF		37 Município de Realização do Pré-Natal
1-Sim 2-Não 9-Ignorado		Código (IBGE)		
38 Unidade de Saúde de realização do pré-natal				Código
39 Diagnóstico de sífilis materna				
1 - Durante o pré-natal 2 - No momento do parto/curetagem 3 - Após o parto 4 - Não realizado 9 - Ignorado				
Dados do Lab. da gestante / mãe	40 Teste não treponêmico no parto/curetagem		41 Título	
	1-Reagente 2-Não reagente 3-Não realizado 9-Ignorado		1: Data	
Trat. da gestante / mãe	43 Teste treponêmico no parto/curetagem		44 Esquema de tratamento	
	1-Reagente 2-Não reagente 3-Não realizado 9-Ignorado		1- Adequado 2- Inadequado 3- Não realizado 9- Ignorado	
45 Data do Início do Tratamento		46 Parceiro(s) tratado(s) concomitantemente a gestante		
		1-Sim 2-Não 9-Ignorado		
Sifilis Congênita		Sinan NET		SVS 04/08/2008

Ant. Epidem. da Criança	47 UF	48 Município de nascimento / aborto / natimorto	Código (IBGE)	49 Local de Nascimento (Maternidade/Hospital)	Código
	50 Teste não treponêmico - Sangue Periférico 1-Reagente 2-Não reagente 3-Não realizado 9-Ignorado		51 Título 1:		52 Data
Dados do Laboratório da Criança	53 Teste treponêmico (após 18 meses) 1-Reagente 2-Não reagente 3-Não realizado 4 - Não se aplica 9-Ignorado		54 Data		
	55 Teste não treponêmico - Líquor 1-Reagente 2-Não reagente 3-Não realizado 9-Ignorado		56 Título 1:		57 Data
	58 Titulação ascendente 1 - Sim 2 - Não 3 - Não realizado 9-Ignorado		59 Evidência de <i>Treponema pallidum</i> 1 - Sim 2 - Não 3 - Não realizado 9-Ignorado		
	60 Alteração Liquórica 1 - Sim 2 - Não 3 - Não realizado 9-Ignorado		61 Diagnóstico Radiológico da Criança: Alteração do Exame dos Ossos Longos 1 - Sim 2 - Não 3 - Não realizado 9-Ignorado		
Dados Clínicos da Criança	62 Diagnóstico Clínico <input type="checkbox"/>		63 Presença de sinais e sintomas 1 - Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9 - Ignorado		
	1 - Assintomático 3 - Não se aplica 2 - Sintomático 9 - Ignorado		<input type="checkbox"/> Icterícia <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Esplenomegalia <input type="checkbox"/> Osteocondrite <input type="checkbox"/> Outro _____ <input type="checkbox"/> Rinite muco-sanguinolenta <input type="checkbox"/> Hepatomegalia <input type="checkbox"/> Lesões Cutâneas <input type="checkbox"/> Pseudoparalisia		
Tratamento	64 Esquema de tratamento 1 - Penicilina G cristalina 100.000 a 150.000 UI/Kg/dia - 10 dias 4 - Outro esquema _____ 2 - Penicilina G procaína 50.000 UI/Kg/dia - 10 dias 5 - Não realizado 3 - Penicilina G benzatina 50.000 UI/Kg/dia 9 - Ignorado				
Evolução	65 Evolução do Caso <input type="checkbox"/> 1 - Vivo 2 - Óbito por sífilis congênita 3 - Óbito por outras causas 4 - Aborto 5 - Natimorto 9 - Ignorado				66 Data do Óbito

Observações Adicionais:

Investigador	Município / Unidade de Saúde		Código da Unid. de Saúde
	Nome	Função	Assinatura

OBSERVAÇÕES PARA O PREENCHIMENTO

7 - Anotar a data do diagnóstico ou da evidência laboratorial e/ou clínica da doença de acordo com a definição de caso vigente no momento da notificação.

10 - Idade: anotar a idade somente se a data de nascimento for desconhecida. Em caso de Aborto será colocado 00 e 1-Hora.

43 e 53 - FTA-Abs (Teste de anticorpos treponêmicos fluorescentes com absorção), MHA-TP (Ensaio de microhemaglutinação), TPHA (Ensaio de hemaglutinação para *Treponema pallidum*), ELISA (Ensaio imunossorvente ligado à enzima), teste imunológico com revelação quimioluminescente e suas derivações, TPPA (Ensaio de a glutinação passiva de partículas para a *Treponema pallidum*), e testes rápidos treponêmicos: indicados para o diagnóstico da sífilis em gestantes e crianças maiores de 18 meses. O teste rápido, especialmente no momento do parto, é indicado como preferencial, de acordo com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para a Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais.

44 - Esquema de Tratamento da mãe:

Esquema de Tratamento Adequado:

É todo tratamento completo para estágio clínico da sífilis com penicilina benzatina, INICIADO até 30 dias antes do parto. Gestantes que não se enquadrem nesses critérios serão consideradas como tratadas de forma não adequada.

Esquema de Tratamento Inadequado:

É todo tratamento feito com qualquer medicamento que não a penicilina; ou: tratamento incompleto, mesmo tendo sido feito com penicilina; ou tratamento não adequado ao estágio clínico da sífilis; ou tratamento iniciado com menos de 30 dias antes do parto.

53 - Refere-se ao resultado do teste treponêmico realizado após os 18 meses de idade da criança. Informar - Não se aplica - quando a idade da criança for menor que 18 meses. Resultados reagentes em testes realizados em amostras de criança com idade inferior a 18 meses devem ser sempre analisados juntamente com os resultados

dos testes executados em amostra da mãe, pois é necessário considerar a possibilidade de transferência de anticorpos IgG maternos ao feto.

58 - Titulação ascendente - Refere-se à comparação dos títulos da sorologia não treponêmica da criança após cada teste realizado durante o esquema de seguimento (VDRL com 1 mês, 3, 6, 12 e 18 meses).

59 - Evidência de *T. pallidum* - Detecção do *Treponema pallidum* por meio de exames diretos por microscopia (de campo escuro ou com material corado) em amostra de secreção nasal ou lesão cutânea, biópsia ou necropsia de criança, aborto ou natimorto.

60 - Alteração líquórica - Informar detecção de alterações na celularidade e/ou proteínas ou outra alteração específica no líquido da criança;

63 - Em relação ao tratamento da criança com sífilis congênita consultar o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais.

65 - Informar a evolução do caso de sífilis congênita:

Considera-se **óbito por sífilis congênita** - o caso de morte do recém-nato, após o nascimento com vida, filho de mãe com sífilis não tratada ou tratada inadequadamente.

Considera-se **Aborto** - toda perda gestacional, até 20 semanas de gestação ou com peso menor ou igual a 500 gramas.

Considera-se **Natimorto** - todo feto morto, após 20 semanas de gestação ou com peso maior que 500 gramas.