



**FACULDADE REGIONAL DA BAHIA
GRADUAÇÃO EM BIOMEDICINA**

ISABELA CRUZ DOS SANTOS

**SÍFILIS CONGÊNITA: FATORES DE RISCO
SOCIODEMOGRÁFICOS, COMPORTAMENTAIS E
ASSISTENCIAIS**

Salvador
2017

ISABELA CRUZ DOS SANTOS

**SÍFILIS CONGÊNITA: FATORES DE RISCO
SOCIODEMOGRÁFICOS, COMPORTAMENTAIS E
ASSISTENCIAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade Regional da Bahia - UNIRB, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Biomedicina.

Professor de TCCII: Me. Basilon Azevedo de Carvalho.

Professora Orientadora: Dra. Cimille Antunes.

Salvador
2017

ISABELA CRUZ DOS SANTOS

**SÍFILIS CONGÊNITA: FATORES DE RISCO
SOCIODEMOGRÁFICOS, COMPORTAMENTAIS E
ASSISTENCIAIS**

Trabalho de conclusão de Curso apresentado como requisito para obtenção do título de Bacharel em Biomedicina da Faculdade Regional da Bahia – UNIRB.

Aprovado em 12 de Dezembro de 2017.

Banca Examinadora

Cimille Gabrielle C. Antunes – Orientadora _____
Dra. em Ciências/Botânica, pela Universidade Estadual de Feira de Santana.
Faculdade Regional da Bahia - UNIRB

Gabrielle Novais Manzoli – Coordenadora _____
Doutora em Ciências, Centro de Pesquisas Gonçalo Moniz/FIOCRUZ-BA
Faculdade Regional da Bahia - UNIRB

Lorena dos Anjos Magalhães _____
Mestre em Patologia Humana - UFBA/FIOCRUZ
Faculdade Regional da Bahia - UNIRB

Dedico essa monografia aos meus familiares, em especial, aos meus pais, pois são os meus referenciais de vida, por sempre acreditarem no meu potencial, e por nunca permitirem que eu desistisse dos meus sonhos.

AGRADECIMENTOS

Á Deus, por toda fonte de sabedoria, por me proporcionar toda sorte de benção. Toda graça a mim concedida. Por direcionar todas as minhas decisões e por não permitir que eu desistisse ainda que o desanimo por vezes tentou me vencer.

Agradeço a minha família, em especial aos meus pais, irmão e bisavó. Pessoas que tanto amo, que são os meus pilares, e que sempre me orientaram referente à que caminhos deveriam ser seguidos. Por terem me ensinado princípios fundamentais para construção de meu caráter.

Agradeço ao meu noivo, José Roberto por todo apoio, incentivo a mim ofertado. Por toda compreensão e prestatividade. Que de forma especial me ajudou na concretização desse sonho, quando por vezes achei que não seria possível.

Sou grata ao corpo docente da UNIRB, que contribuíram de forma efetiva, na minha formação acadêmica. Corpo esse competente, que enriqueceram meus conhecimentos e agregaram valor para minha vida tanto pessoal quanto profissional.

Agradeço a minha Orientadora Cimille Gabrielle por toda dedicação, auxílio, pela imensa disponibilidade pessoal, por todo profissionalismo e cuidados depositado para concretização dessa revisão. Sem sua paciência e contribuições não conseguiria.

Agradeço aos meus amigos, em especial a Amanda Cerqueira, por sempre acreditarem em meu potencial, por compartilharem dessa informação, e por todo apoio dado em momentos difíceis nessa trajetória. Apoio que fizeram toda diferença, sou imensamente grata!

Por fim agradeço a todos que indiretamente contribuíram para essa conquista. Vocês foram fundamentais. Meus sinceros agradecimentos.

SIFILIGRAFIA POÉTICA

A sífilis, seu doutor, é um problema,
que nos impõem pesados desafios.
Um deles é saber, entre os sadios,
aquele que esconde o treponema.

Quiçá Pedro pedreiro ou Iracema;
o Joca, a Carolina, o Matogrosso!
O meu vizinho do lado (pobre moço),
ou mesmo a garota de Ipanema!

O velho boia-fria ou Leonor;
o padre, o rabino ou o pastor;
a santa a prostitua ou o mundano.

Quiçá o pequenino treponema
se esconda nas entranhas de um poema
Da verve de um poeta Herculano.

(Dr. Herculano Alencar, 2013).

RESUMO

A sífilis é uma doença infectocontagiosa, causada pelo agente *Treponema pallidum*, disseminada principalmente pela atividade sexual desprotegida, e que uma vez acometida a mulheres gestantes, não tratadas ou inadequadamente tratadas, promove transmissão vertical resultando na sífilis congênita. Esta enfermidade gera grande impacto para os serviços de saúde pública devido aos graves desfechos adversos que podem ocasionar ao binômio materno-fetal. Mesmo tendo o modo de transmissão conhecido, estratégias diagnósticas disponíveis e tratamento barato e eficaz na atualidade se configuram em um sério problema de saúde pública, pois sua ocorrência sugere falhas nos serviços de saúde. Portanto faz-se necessário o estabelecimento de medidas preventivas concentradas na realidade da população de risco. Este trabalho tem por objetivo identificar se fatores de risco sociodemográficos, comportamentais e assistenciais estão associados à ocorrência da sífilis congênita. Para tanto utilizou-se de uma revisão bibliográfica baseada em artigos científicos disponíveis nas bases de dados BVS, LILACS e SCIELO.

Palavras chaves: Sífilis. Sífilis congênita. Fatores de risco.

ABSTRACT

Syphilis is an infectious disease caused by agent *Treponema pallidum*, mainly disseminated by unprotected sexual activity, which, once affect pregnant women, untreated or inadequately treated, promotes vertical transmission resulting in congenital syphilis. This disease makes great impact for the public health services due to the serious adverse effects to the maternal-fetal binomial. Even with transmission mode recognized, available diagnostic strategies and cheap and effective treatment still today constitute a serious public health problem, since its occurrence suggests failures in health services. Therefore, it is necessary to establish preventive measures focused on the reality of the population at risk. The objective of this study is to identify whether sociodemographic, behavioral and care factors are associated with the occurrence of congenital syphilis. For that, a bibliographical review was searched with scientific articles via VHL, LILACS e SCIELO databases.

Keywords: Syphilis. Congenital syphilis. Risk factors.

LISTA DE FIGURAS

| | |
|---|----|
| FIGURA 1 – Propagação da sífilis durante a gravidez | 17 |
| FIGURA 2 – Resumo dos casos (número e percentual) da sífilis congênita em menores de um ano, segundo região, Unidade da Federação e Brasil, 2016 | 26 |
| FIGURA 3 – Casos de sífilis congênita segundo faixa etária da mãe por ano diagnóstico | 27 |
| FIGURA 4 – Aspectos clínicos da sífilis congênita precoce e tardia | 40 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|---------|---|
| APN | Atenção Pré-natal |
| DSS | Determinantes Sociais da Saúde |
| ELISA | <i>Enzyme - Linked Immunosorbent Assay</i> |
| FTA-Abs | <i>Flurescent Treponemal Antibody- Absorption</i> |
| IgG | Imunoglobulina G |
| IgM | Imunoglobulina M |
| MS | Ministério da Saúde |
| NV | Nascidos Vivos |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| OPAS | Organização Pan-Americana de Saúde |
| RPR | <i>Rapid Plasma Reagin</i> |
| SC | Sífilis Congênita |
| SESAB | Secretaria de Saúde do Estado da Bahia |
| SINAN | Sistema de Informação de Agravos de Notificação |
| VDRL | <i>Venereal Disease Research Laboratory</i> |
| | <i>T. pallidum Treponema pallidum</i> |
| TPHA | <i>T. pallidum Haemagglutination Test</i> |

SUMÁRIO

RESUMO

LISTA DE FIGURAS

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|--|-----------|
| INTRODUÇÃO | 12 |
| 1 METODOLOGIA | 14 |
| 1.1 TIPO DE PESQUISA | 14 |
| 1.2 ETAPAS DA PESQUISA | 14 |
| 2 FISIOPATOLOGIA DA SÍFILIS | 16 |
| 2.1 TRANSMISSÃO | 16 |
| 2.2 SINAIS, SINTOMAS E ESTÁGIOS DA DOENÇA | 17 |
| 2.3 A SÍFILIS CONGÊNITA | 18 |
| 2.4 DIAGNÓSTICO DA SÍFILIS CONGÊNITA | 20 |
| 2.5 TRATAMENTO..... | 22 |
| 2.6 PREVENÇÃO | 23 |
| 3 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DA SÍFILIS CONGÊNITA | 24 |
| 4 FATORES DE RISCO DA SÍFILIS CONGÊNITA | 28 |
| 4.1 FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS | 28 |
| 4.2 FATORES COMPORTAMENTAIS | 30 |
| 4.3 FATORES ASSISTENCIAIS | 32 |
| 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 34 |
| REFERÊNCIAS | 35 |
| ANEXO | 40 |

INTRODUÇÃO

As infecções de transmissão sexual estão entre as principais causas de doenças no mundo e constituem um sério problema de saúde pública. Dentre essas doenças, destaca-se a sífilis, cuja ocorrência tem sido associada a inúmeras condições, entre elas fatores sociodemográficos, comportamentais e os referentes à assistência à saúde (GALATOIRE; ROSSO; SAKAE, 2012; MACÊDO *et al.*, 2017).

A sífilis é um agravo bacteriano, sexualmente transmissível causado pela espiroqueta *Treponema pallidum*, uma espiroqueta filamentosa anaeróbia, que deve ser observada, em mulheres gestantes, pelo fato da transmissão poder ocorrer por via vertical (mãe-feto), transfusão de sangue e transplante de órgãos (BRASIL, 2007).

Quando a sífilis é transmitida por via vertical, ela é conhecida como sífilis congênita (SC). A doença se manifesta pela disseminação hematogênica do *T. pallidum* de uma genitora contaminada, não tratada ou tratada inadequadamente para o conceito pela placenta. É recomendado pelo Ministério da Saúde, que durante as consultas do pré-natal, a gestante realize o teste diagnóstico *Veneral Disease Research Laboratory* (VDRL), no primeiro e terceiro trimestre da gravidez e outro no momento do parto (BRASIL, 2007; ALBUQUERQUE *et al.*, 2015).

A SC é uma enfermidade que gera grande impacto para a saúde pública devido ao fato dos sérios problemas que podem ocasionar ao binômio materno-fetal. Apesar da fragilidade e indiscutível magnitude desse problema, seu controle ainda é um desafio, pois sua ocorrência indica falhas na rede de atenção básica (ARAÚJO *et al.*, 2012; LIMA *et al.*, 2013).

A SC ocupa um lugar de destaque no mundo todo embora seja uma doença passível prevenção. De acordo com dados obtidos no Boletim Epidemiológico (2016), no Brasil, de 1998 a junho de 2016, disponível no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), foram notificadas 142.961 ocorrências de SC em menores de um ano de idade. O acesso à assistência pré-natal inadequado é considerado como principal fator responsável e que Determinantes Sociais da Saúde (DSS), tem estreita relação com sua ocorrência (BRASIL, 2016a; ARAÚJO *et al.*, 2012).

A erradicação da SC é um desafio para os serviços de saúde, devido ao aumento de sua ocorrência ao longo dos anos. Diante do exposto justifica-se a realização desse trabalho, que visa identificar quais fatores de riscos estão associados à sua ocorrência, de modo que as medidas de prevenção e controle sejam redirecionadas (CAVALCANTE; PEREIRA; CASTRO, 2017).

Além disso, a eliminação da SC está entre os dez propósitos das Metas do Desenvolvimento do Milênio. Sua erradicação é imprescindível para a redução da mortalidade infantil, de modo que no Brasil, as estatísticas indicam 937 mil ocorrências de sífilis, a cada ano, por contaminação sexual na população (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011).

Esta pesquisa é de grande relevância social por entender que mesmo com as diversas fontes de informação, o número de casos de SC aumentou rapidamente. Além disso, mesmo com toda a acessibilidade aos métodos contraceptivos, verifica-se que ainda é grande o número de pessoas que não usam esse método de barreira, uma vez que a transmissão da sífilis através do sexo é a forma mais acentuada de contaminação (CARVALHO; BRITO, 2014).

O presente trabalho tem como problema de pesquisa: fatores de risco sociodemográficos, comportamentais e assistenciais estão associados à ocorrência da SC?

Este trabalho objetivou identificar se os fatores de risco sociodemográficos, comportamentais e assistenciais estão associados à ocorrência de SC. Especificamente objetivou-se descrever os aspectos fisiopatológicos da sífilis, abordar os aspectos epidemiológicos da sífilis congênita e reforçar a importância da assistência pré-natal adequada no controle desse agravo.

1 METODOLOGIA

1.1 TIPO DE PESQUISA

Tratou-se de uma revisão de literatura, de natureza descritiva e método qualitativo. Segundo Gil (2010), a revisão de literatura é produzida com base em material já publicado, com o objetivo de proporcionar fundamentação teórica ao trabalho.

1.2 ETAPAS DA PESQUISA

A presente revisão foi iniciada no período de Agosto de 2017 com conclusão em Dezembro de 2017. Utilizou-se as palavras - chaves encontradas no Descritores em Ciências da Saúde (DECS), "Sífilis", "Sífilis congênita", "Fatores de riscos".

Para a elaboração deste trabalho de conclusão de curso, foram realizadas buscas de artigos científicos nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), SCIELO, Manuais de Órgãos Públicos onde se utilizou levantamento bibliográfico relacionado com a temática apresentada para melhor aprofundamento do conhecimento sobre o assunto.

Os critérios de inclusão adotados foram considerados de acordo com o tema proposto, publicações com conteúdo relativo a fatores de risco, tendo como período de publicação os anos de 2006 a 2017. Foram inclusos artigos classificados como originais, publicados nas línguas portuguesa, inglesa e espanhola. Foram excluídos da pesquisa as publicações cujo tema não correspondia a temática, artigos em outros idiomas (diferentes dos inclusos) e com anos de publicações menores que 11 anos.

Diante do exposto, o trabalho encontra-se estruturado da seguinte forma: O primeiro capítulo trata da metodologia do trabalho, o segundo capítulo aborda a fisiopatologia da sífilis, apresentando a ação do agente etiológico sobre o organismo, o modo de transmissão, diagnóstico, tratamento e principalmente a prevenção. No terceiro capítulo fala-se sobre os aspectos epidemiológicos da sífilis congênita mostrando o percentual de incidência da doença, o quarto destaca os fatores de

riscos associados à ocorrência da sífilis congênita, ressaltando a importância da assistência pré-natal adequada, estendida a todas as gestantes em especial aquelas que vivem em condições de vulnerabilidade social.

2 FISIOPATOLOGIA DA SÍFILIS

A sífilis é um agravo bacteriano, de evolução crônica, e sistêmica, causada pelo agente etiológico *T. pallidum*, o qual penetra no organismo por pequenas abrasões decorrentes da relação sexual. A seguir atinge o sistema linfático local e outras partes do corpo. Após o contágio, acontece um período de incubação que varia entre 10 a 90 dias (fase primária), e então aparece uma lesão no local da penetração do *T. pallidum* (cancro duro), chegando a apresentar 100% de chance de transmissão vertical. Na mulher é diagnosticado com dificuldade pelo fato de localizar-se dentro do canal vaginal. Em seguida surgem sinais gerais como o exantema e as adenopatias configura-se sua fase secundária (AVALLEIRA; BOTTINO, 2006; GALATOIRE; ROSSO; SAKAE, 2012).

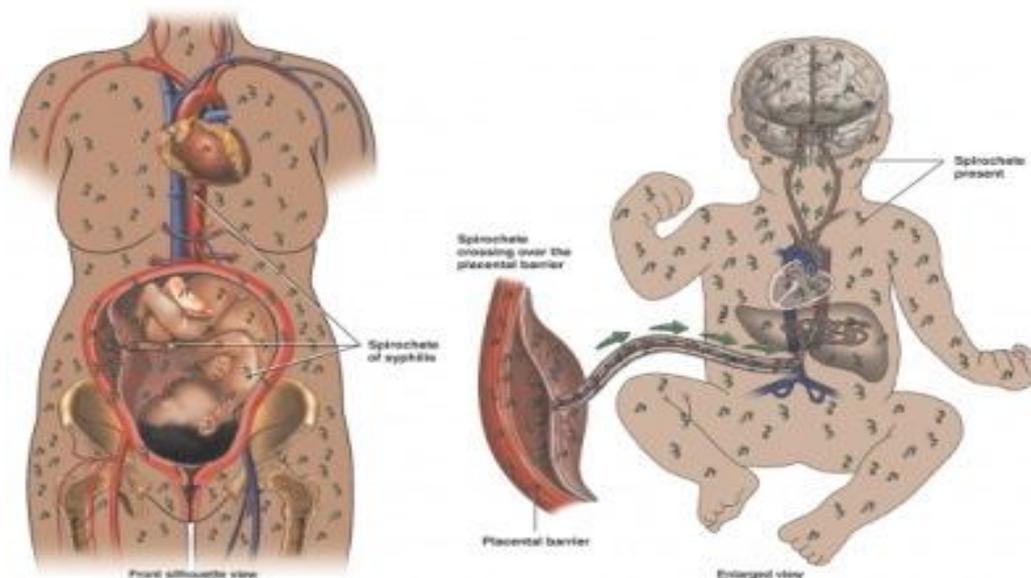
2.1 TRANSMISSÃO

A sífilis é uma doença transmissível principalmente pelo contato sexual, sendo a sua contaminação maior durante o período inicial e à proporção que ocorre a evolução da doença, seu poder de ação diminui e se caracteriza pelas manifestações cutâneas temporárias, além de apresentar como vias de entrada e saída a pele e as mucosas (BRASIL, 2015).

Outra forma de contaminação também pode ocorrer pela transfusão sanguínea ou através da transmissão vertical, ou seja, pela via placentária, podendo ocorrer em qualquer período gestacional, embora tenha maior incidência na fase primária ou secundária da doença materna, podendo alcançar 100% de probabilidade desta forma de contaminação (BRASIL, 2006).

A contaminação vertical ocorre por transferência do *T. pallidum*, da mãe infectada, por via hematogênica para corrente sanguínea do feto pela placenta resultando na SC. Como ilustrado na (Figura 1), o *T. pallidum* presente no organismo da genitora contaminada e não tratada ou erroneamente tratada, passa para o feto e envolvem os sistemas venosos do cordão umbilical e linfáticos causando tumores sífilíticos em pulmões, fígado e baço que podem ocasionar em 40 % dos casos morte fetais e edema generalizado (CASAS-P; RODRÍGUEZ; RIVAS, 2009).

Figura 1 – Propagação da sífilis durante a gravidez



Fonte: Copyright © Nucleus Medical Media (2015).

As condições predominantes que conferem a probabilidade de infecção do *T. pallidum* da genitora para o conceito são o período da doença na mãe e o tempo cujo feto fica exposto no útero. Existindo, ainda a probabilidade de transmissão direta da bactéria para o conceito, caso existam lesões genitais na grávida, por meio do acesso pelo canal de parto. Ocorrerá infecção também através da lactação, caso haja lesão mamária por sífilis (BRASIL, 2006).

2.2 SINAIS, SINTOMAS E ESTÁGIOS DA DOENÇA

A sífilis apresenta estágios distintos de evolução e se caracteriza por períodos ativos (primária, secundária e terciária) e de latência. Por via vertical classifica-se em congênita precoce, cujo diagnóstico é realizado até o segundo ano de vida e congênita tardia, quando o diagnóstico é definido após esse período (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).

A sífilis primária é a fase inicial da doença, propriamente dita, e que aparece cerca de três semanas após o contágio e caracteriza-se pelo aparecimento do cancro duro, pequeno, sem dor, localizado nos órgãos genitais, em 90 a 95% dos casos e desaparece após quatro ou cinco semanas com ou sem tratamento e não deixa cicatrizes. É importante ressaltar que nos homens as feridas aparecem com frequência no prepúcio e nas mulheres é mais comum aparecerem na parede

vaginal e nos lábios. Em regiões extragenitais é comum surgirem nos dedos da mão, nas áreas das mamas, ânus, boca e língua (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).

Quando não é tratada em sua fase primária, após um estágio de latência desenvolve para sífilis secundária, a qual ocorre quando o cancro desaparece em torno de seis a oito semanas e apresenta alguns sintomas como: descamação da pele, principalmente na região genital, dor de cabeça, dor muscular, dor de garganta, mal-estar, perda de peso, dentre outros sintomas. Nota-se que nesse estágio o *T. pallidum* já ocupou a maioria dos órgãos do corpo por isso surge erupção (exantema) cutânea. Esta fase evolui nos dois anos iniciais da doença, onde as lesões regridem espontaneamente e dar-se início a uma longa fase de latência (LORENZI; FIAMINGHT; ARTICO, 2009).

O período latente da doença tem duração variável em que não se percebem sinais e sintomas, pois esta fase inclui os pacientes assintomáticos, onde o diagnóstico é realizado somente por meio de testes sorológicos. Pode ser classificada em recente ou tardia (BRASIL, 2007; DAMASCENO *et al.*, 2014).

A fase terciária ocorre em torno de 30% das infecções não tratadas em um estágio variável para manifestar seus sinais e sintomas. Quando presente acomete o sistema nervoso (neurossífilis) e cardiovascular. Além disso, caracteriza-se por formação de tubérculos ou gomas sífilíticas na pele, mucosas ou qualquer tecido, e ausência quase total do *T. pallidum* (BRASIL, 2015).

2.3 A SÍFILIS CONGÊNITA

A SC ocorre quando durante a gestação, o bebê é contaminado pelo *T. pallidum* por via transplacentária e isso acontece quando a gestante tem sífilis e não faz o tratamento ou foi tratada inadequadamente. Durante o período ciclo gravídico-puerperal, a sífilis possui elevadas taxas de transmissão, onde segundo Araújo *et al.* (2006) consegue ser transmitida em qualquer fase da gestação, e principalmente nas fases primária e secundária em virtude do excessivo número de espiroquetas na circulação sanguínea. Caso não seja diagnosticada o mais previamente possível pode acarretar implicações danosas tanto para a mãe quanto para o concepto (CAMPOS *et al.*, 2012; SOUZA; SANTANA, 2013).

O Ministério da Saúde em 1993, ciente dos perigos e da gravidade da SC, recomendou sua eliminação até o ano 2000, por se tratar de uma doença suscetível de prevenção. Todavia, os objetivos propostos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) ainda nos dias atuais não foram alcançados (FIGUEIRÓ-FILHO *et al.*, 2007; OMS, 2008).

Apesar de ser uma doença plenamente passível de prevenção, uma vez que o modo de contaminação é estabelecido, o agente etiológico é conhecido, e o tratamento é economicamente barato e eficaz, sua ocorrência ocupa destaque no mundo todo. A compreensão da importância da SC se impõe como prioridade nas políticas de saúde, pois cada ocorrência de SC retrata a falência do sistema em detectar precocemente e tratar a grávida portadora de sífilis (ARAÚJO *et al.*, 2006).

Costa *et al.* (2013), destacam a simplicidade diagnóstica da doença na gestação e o baixo custo terapêutico e enfatizam a necessidade de políticas públicas e intervenções efetivas para controle da doença, pois é sabido que a negligência com a sífilis na gestação tem acarretado aumento do número de ocorrências de SC.

Segundo informes da OMS (2008), existem mais recém-nascidos infectados por SC do que por outra infecção. Ressalta-se a importância no enfoque da SC devido às várias sequelas provocadas pela doença, o que pode afetar a condição de vida da criança tanto na infância quanto na fase adulta. Tratando-se de SC, classifica-se em precoce e tardia possuindo cada uma delas sua caracterização para melhor entendimento do seu acometimento (ALBUQUERQUE *et al.*, 2015).

A sífilis congênita precoce manifesta-se até o segundo ano de vida da criança, cujo diagnóstico é feito por meio de análise epidemiológica cautelosa a cerca do quadro materno e de exames clínico, laboratorial e estudo de imagem da criança. Um dos sinais da doença está relacionado com a prematuridade, à criança apresenta baixo peso, na maioria dos casos, é frequente o parto ocorrer entre 30 e 36 semanas de gestação (BRASIL, 2006; GALATOIRE; ROSSO; SAKAE, 2012).

Os principais aspectos dessa síndrome são: hepatomegalia, lesões (pênfigo palmo-plantar, condiloma plano), pseudoparalisia dos membros, periostite ou osteocondrite (com transformações características ao estudo radialógico), sofrimento

respiratório, rinite, icterícia, anemia. Outros aspectos clínicos e laboratoriais podem ser observados como: púrpura, petéquias, leucocitose, fissura peribucal, hidropsia, edema, convulsões e meningite (BRASIL, 2006).

No caso da sífilis congênita tardia, os sinais se apresentam a partir do segundo ano de vida, mas especificamente dos cinco aos 20 anos de idade, conforme o órgão acometido. Nesta fase ocorre o aparecimento de estigmas resultantes de processos inflamatórios crônicos, da cicatrização de feridas iniciais ou respostas de hipersensibilidade provocadas por causa do agente etiológico (SÃO PAULO, 2016).

As principais manifestações clínicas incluem: tibia em “Lâmina de Sabre”, articulações de Clutton, fronte “olímpica”, nariz “em sela”, dentes incisivos medianos superiores deformados (dentes de *Hutchinson*), molares em “amora”, rágades periorais, mandíbula curta, arco palatino elevado, ceratite intersticial, surdez neurológica e dificuldade no aprendizado (BRASIL, 2015, p. 101) (FIGURA 4, VER ANEXO A).

Sabe-se que essa patologia pode acometer todos os órgãos do corpo. Deste modo, em quase todos os sistemas da criança existem sintomas clínicos. Devido aos graves problemas que a doença é capaz de acarretar, como fora descrito acima, verifica-se que a SC é um sério problema de saúde pública que merece atenção, além disso, as despesas hospitalares com o tratamento da SC excedem os custos da sífilis na gestação (SOUZA; SANTANA, 2013; MESQUITA *et al.*, 2012).

2.4 DIAGNÓSTICO CLÍNICO E LABORATORIAL DA SC

O diagnóstico da SC bem como seu tratamento é mais complexo que o da sífilis materna. Para todos os conceitos de mães não tratadas ou incorretamente tratadas, é indispensável que seja feita a associação dos parâmetros clínicos, laboratoriais e epidemiológicos, visto que mais da metade das crianças ao nascerem podem apresentar sintomas discretos, ou pouco característicos. Um conjunto de exames laboratoriais (líquor e sangue) e de imagem é realizado como avaliação complementar da criança portadora da SC (SÃO PAULO, 2016).

Testes realizados em amostras de conceptos com idade abaixo de 18 meses, com resultados reagentes têm que ser sempre avaliados com os resultados obtidos em testes feitos em amostra materna, uma vez que devemos considerar a

probabilidade de passagem de anticorpos maternos Imunoglobulina G (IgG) para o feto. Os testes laboratoriais para contribuírem no diagnóstico da SC empregam as mesmas metodologias utilizadas na abordagem da sífilis adquirida, mas com particularidades de interpretação (BRASIL, 2015; BRASIL, 2016b).

No que concerne o diagnóstico laboratorial, este pode ser feito de várias maneiras, dentre elas destaca-se a pesquisa direta da microscopia em campo escuro, onde é coletado amostra de mucosa nasal, lesão cutâneo-mucosa. A solicitação deste exame não é de prática comum nos serviços disponibilizados a neonatos, entretanto o mesmo permite a visualização do *T. pallidum* que se apresenta móvel e tem sensibilidade de 70 a 80%. Além do mais é possível a utilização de técnicas de imuno – histoquímica ou colorações especiais, para permitirem a visualização do *T. pallidum* em amostras de biópsia, uma vez o mesmo já estará morto (BRASIL, 2006; SONDA *et al.*, 2013).

A aplicação de testes sorológicos, de maneira geral continua sendo essencial para se determinar o diagnóstico da sífilis. São classificados em não treponêmicos e treponêmicos. Com relação aos exames não treponêmicos: VDRL e *Rapid Plasma Reagin* (RPR) são testes qualitativos (reagentes ou não reagentes) e quantitativos (titulação) de baixo custo, que são recomendados para diagnóstico e continuidade terapêutica. No Brasil até o momento, utiliza-se o VDRL, para a triagem, seguimento terapêutico e monitoramento de cura (BRASIL, 2006; MAGALHÃES *et al.*, 2013; SÃO PAULO, 2016).

Faz-se relevante destacar que todo exame deve ser feito com o sangue colhido do recém-nascido, evitando-se utilizar amostra do sangue do cordão umbilical, pois possui uma mistura do sangue da mãe e da criança, logo, anticorpos dos dois. No teste não treponêmico, um resultado reagente em criança com idade inferior a 18 meses só tem interpretação clínica caso o título achado seja duas vezes maior do que o encontrado na amostra da mãe, sendo necessário ser confirmado por uma segunda amostra colhida da criança. (BRASIL, 2015; BRASIL, 2016b).

Já os testes treponêmicos: *T. pallidum Haemagglutination Test* (TPHA), *Fluorescent Treponemal Antibody- Absorption* (FTA-Abs) e o *Enzyme- Linked Immunosorbent Assay* (ELISA) são mais específicos, pois usa o *T. pallidum* como

antígeno para constatação de anticorpos, essenciais para o diagnóstico, mas de prática limitada em recém-nascidos uma vez que os anticorpos IgG da mãe ultrapassam a barreira placentária. Um resultado reagente do teste treponêmico, em crianças acima de 18 meses, confirma o contágio, visto que os anticorpos transferidos da mãe já teriam sumido do fluxo sanguíneo da criança (BRASIL, 2015).

Os anticorpos identificados por esses testes em adultos encontram-se positivos por toda a vida, salvo em exceções raríssimas, quando os portadores receberam o tratamento adequado no início da infecção. Apesar de existirem teste treponêmicos capazes de identificar Imunoglobulina M (IgM) na criança, esses testes contêm sensibilidade baixa, por esse motivo quando empregado um resultado negativo não elimina o diagnóstico da SC (BRASIL, 2007).

Recomenda-se ainda, a realização de testes complementares como o exame do líquido cefalorraquidiano/ líquido que tem por finalidade verificar se houve comprometimento do sistema nervoso (neurosífilis). Os testes de imagem também são importantes, pois achado de anomalias em radiografias de ossos longos é bastante frequente na SC sintomática. Cerca de 4% a 20% das crianças nascidas infectadas, apresenta única deformação detectada a radiográfica, fato que fundamenta a prática deste exame nas ocorrências suspeitas de SC (SÃO PAULO, 2016).

2.5 TRATAMENTO

A sífilis é facilmente tratada e a penicilina é o fármaco de escolha. Conforme o estágio da infecção, a terapêutica pode apenas consistir numa única dose de penicilina. Ressalta-se que o tratamento da gestante no primeiro trimestre costuma impedir a contaminação do feto. Após esse período o concepto também é tratado (OMS, 2008).

A conduta terapêutica apresenta variações na dose administrada conforme a fase clínica da infecção. É importante mencionar que é preconizado pelo Ministério da Saúde, que o tratamento da gestante infectada só pode ser considerado tratamento adequado, quando realizado com penicilina benzatina e concluído ao

menos com 30 dias antecedentemente ao parto, tendo sido o parceiro medicado concomitantemente (DAMASCENO *et al.*, 2014).

Nos casos de reação alérgica ou anafilaxia comprovada pode tratar-se com estearato de eritromicina, não sendo tratamento adequado, pois não trata o feto. Após o tratamento, a gestante deve realizar controle mensal com teste de VDRL e novo tratamento instituído no caso de reinfecção ou aumento dos títulos de VDRL (VAZ, 2008, p. 201).

A despeito do tratamento da SC, este dependerá da identificação da sífilis na mãe, adequação ao tratamento, comparação dos testes não – treponêmico materno e do recém-nascido. Atualmente o tratamento do recém-nascido recomendado pelo MS atende a dois períodos: neonatal e pós-neonatal (SONDA *et al.*, 2013; SÃO PAULO, 2016).

2.6 PREVENÇÃO

A sífilis é uma doença contagiosa, porém evitável em sua maioria. As medidas adotadas para a prevenção da sífilis na gestação e conseqüentemente sua transmissão vertical são semelhantes às outras doenças de transmissão sexual: identificar precocemente, tratamento adequado, rastreamento com testes laboratoriais, promover acesso adequado aos serviços de saúde e melhoria no atendimento do pré-natal (CASAS-P; RODRÍGUEZ; RIVAS, 2009).

O método mais certo para prevenção desta infecção é o uso de preservativos no decorrer das relações sexuais, mesmo que seja um relacionamento monogâmico estável. E reforça que a medida de controle mais eficaz para evitar a SC baseia-se em oferecer as gestantes uma adequada assistência pré-natal, que possibilite identificar cedo as grávidas portadoras da doença e conseqüentemente serem devidamente tratadas (LORENZI; FIAMINGHI; ARTICO, 2009).

3 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DA SÍFILIS CONGÊNITA

Embora haja procedimentos diagnósticos de baixo custo e uma terapêutica existente desde 1950, com o advento da penicilina, em nível global, a sífilis ainda é um preocupante problema de saúde pública, indicando uma situação epidemiológica pior que o vírus da imunodeficiência humana (HIV), por via vertical (CAVALCANTE; PEREIRA; CASTRO, 2017).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) calcular a prevalência da sífilis em gestantes especialmente é difícil devido ao fato de cada país possuir variações, que se baseiam na população analisada e na via de rastreamento adotado, entretanto estima-se anualmente 12 milhões de novas ocorrências de sífilis na população mundial e meio milhão das crianças nascidas vivas poderão apresentar a forma congênita. Além disso, a sífilis no período gestacional poderá provocar outro meio milhão de abortos e natimortos definindo extraordinariamente um sério problema de saúde especialmente em países em desenvolvimento (HOLANDA *et al.*, 2011).

Em acordo firmado com a OPAS em 2010, a OMS estabeleceu a eliminação da SC como prioridade, e empregou como meta a redução para 0,5 casos ou menos por 1000 nascidos vivos até 2015. Em 2014, ocorreram 17.400 casos de SC nas Américas e 17 países podem ter eliminado a transmissão vertical da sífilis. Apesar dos esforços o Brasil não cumpriu a meta instituída, e a epidemia permanece e resulta em desfechos significativos (BRASIL, 2015; COOPER *et al.*, 2016).

Segundo estimativas da OMS, cerca de 1,5 milhões de mulheres grávidas são infectadas por sífilis a cada ano, sendo que destas, metade tem filhos com algum tipo de complicação. Falta de cuidados pré-natais são associados a essas ocorrências. Nas Américas, conforme a OPAS, 94% das gestantes comparecem a pelo menos uma consulta pré-natal e 80% são submetidas durante a gestação a algum teste para sífilis. No Brasil mais de 70% das mães de crianças notificadas como portadoras de SC compareceram ao pré-natal, entretanto por vários motivos foram desperdiçadas às oportunidades de estabelecer o diagnóstico precoce e tratamento oportuno adequado dessas gestantes (COOPER *et al.*, 2016).

A SC é uma enfermidade de notificação compulsória, decretada por meio da Portaria nº 542/ MS, de 22/12/1986, necessitando serem notificados, além dos casos de nascidos vivos, os de abortos e natimortos (Ver anexo B) (BRASIL, 2009).

Para fins de Vigilância epidemiológica quatro critérios integram a definição de caso de SC, sendo eles:

Criança, ou aborto, ou natimorto de mãe com evidência clínica para sífilis e/ou com sorologia não-treponêmica reagente para sífilis com qualquer titulação, na ausência de teste confirmatório treponêmico realizada no pré-natal ou no momento do parto ou curetagem, que não tenha sido tratada ou tenha recebido tratamento inadequado.

Criança com menos de 13 anos de idade com titulações ascendentes e/ou testes não-treponêmicos reagentes após seis meses de idade (exceto em situação de seguimento terapêutico); e/ou títulos em teste não-treponêmicos maiores do que os da mãe. Em caso de evidência sorológica, apenas deve ser afastada a possibilidade de sífilis adquirida.

Todo indivíduo com menos de 13 anos, com teste não-treponêmico reagente e evidência clínica ou líquórica ou radiológica de SC.

Toda situação de evidência de infecção pelo *T. pallidum* na placenta, cordão umbilical ou biópsia de lesão/necropsia de criança, produto de aborto ou natimorto (BRASIL, 2009, p.52).

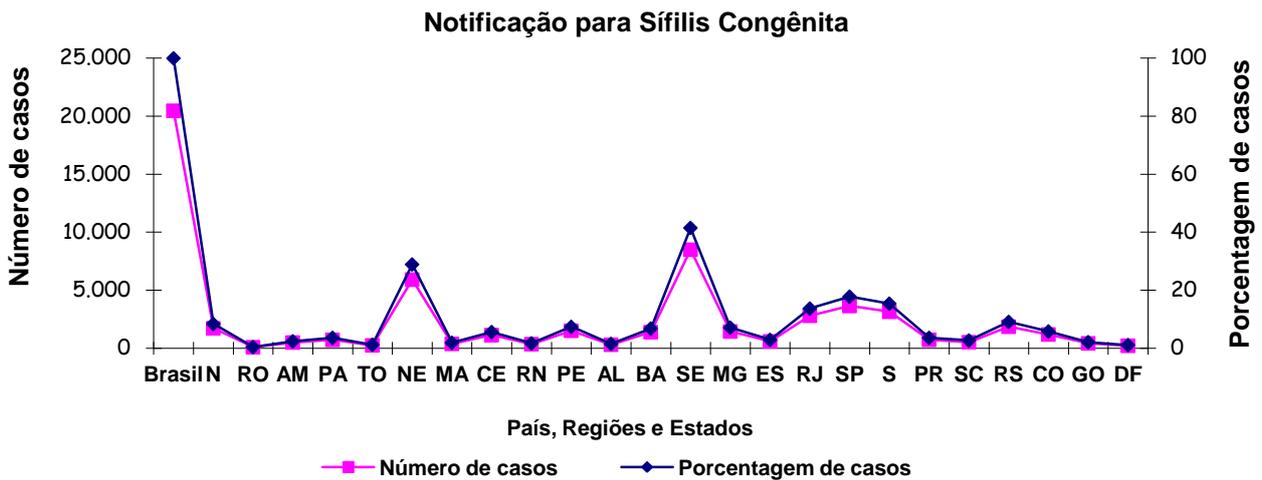
A Vigilância Epidemiológica exerce grande importância na identificação dos casos de SC e contribui para planejamento de ações e controle da doença. Em se tratando de Brasil sua incidência em 2011 alcançou 3,3 casos por 1.000 nascidos vivos, apresentando as regiões sudeste e nordeste as maiores porcentagens. Além do mais, existem ocorrências subnotificadas, sendo que são evidenciados índices de letalidade perinatal resultantes da sífilis (BRASIL, 2009; SONDA *et al.*, 2013).

Segundo informes disponibilizados no SINAN, até Junho de 2016 o Nordeste esteve em segundo lugar no ranking, como a região que possui maior número de casos notificados de crianças portadoras da doença. Por conseguinte, no estado da Bahia, ocorreram 10.600 casos da doença em gestantes e 6.794 ocorrências de SC em menores de um ano de idade, entre os anos de 2007 a Julho de 2016, conforme dados da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB) (BAHIA, 2016; BRASIL, 2016a).

Conforme dados disponíveis no Boletim Epidemiológico (2017), o Brasil nos últimos 10 anos (destaque a partir de 2010), apresentou significativo aumento no número de ocorrências de SC. Como representado na figura 2, em 2016, foram notificadas 20.474 ocorrências, com 185 óbitos. Comparada às outras regiões

mantém-se em destaque a região Sudeste, seguida pela Região Nordeste. Com relação à região Sul, destaca-se o estado Rio Grande do Sul, com 1.861 casos notificados (BRASIL, 2017).

Figura 2: resumo dos casos (número e percentual) da sífilis congênita em menores de um ano, segundo região, Unidade da Federação e Brasil, 2016.

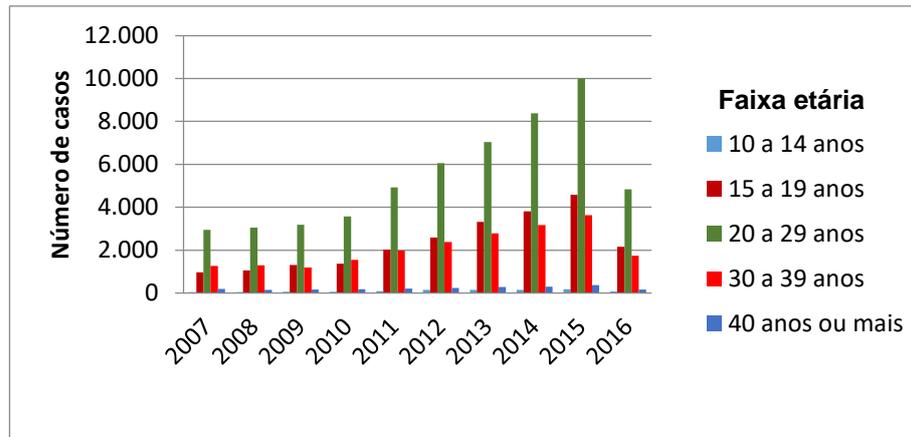


Fonte: Adaptado Brasil (2017).

Legenda: N- Região Norte; RO- Rondônia; AM- Amazonas; PA- Pará; TO- Tocantins; NE- Região Nordeste; MA- Maranhão; CE- Ceará; RN- Rio Grande do Norte; PE- Pernambuco; AL- Alagoas; BA- Bahia; SE- Região Sudeste; MG- Minas Gerais; ES- Espírito- Santo; RJ- Rio de Janeiro; SP- São Paulo; S- Região Sul; PR- Paraná; SC- Santa Catarina; RS- Rio Grande do Sul; CO- Região Centro- Oeste; GO- Goiás; DF- Distrito Federal.

Com relação à faixa etária materna, o maior número de notificações de SC entre 2007 a 2016, conforme figura 3, foi observado em crianças cujas mães tinham idades reprodutivas entre 20 e 29 anos. Resultado em consonância com achados de autores mencionados nesse trabalho, em diferentes localidades (BRASIL, 2016a).

Figura 3 - Casos de sífilis congênita segundo faixa etária da mãe por ano de diagnóstico.



Fonte: Adaptado MS/SVS/Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais até junho de (2016).

Em virtude da magnitude do problema e reconhecendo a necessidade de reduzir o número de ocorrências da SC, é essencial que os gestores e profissionais da saúde tenham acesso a informações acerca do problema em cada território com base no cenário epidemiológico e assim predisponham subsídios para o planejamento de ações a serem executadas (CARVALHO; BRITO, 2014).

4 FATORES DE RISCO DA SÍFILIS CONGÊNITA

A sífilis é uma doença de abrangência mundial que causa prejuízos econômicos, sociais e sanitários que repercutem principalmente em mulheres e crianças. Sua ocorrência é mais frequente em regiões urbanas onde a barbárie humana da miséria, pobreza e baixa escolaridade se fazem presente, sendo associada ainda ao baixo nível socioeconômico, comportamento sexual de risco e acesso restrito aos serviços de saúde (MAGALHÃES *et al.*, 2013; SERAFIM *et al.*, 2014).

Pesquisas ocorridas no Brasil e em outros países, como Bolívia e Estados Unidos demonstram que a ocorrência da SC está correlacionada a inúmeros fatores, considerados na maioria das vezes, determinantes sociais da saúde, que de maneira independente contribui significativamente para o risco da SC. MELO; MELO FILHO; FERREIRA (2011), afirmam que os fatores de risco para SC divergem em diferentes populações, desse modo à compreensão das características das gestantes que geram crianças portadoras da doença é essencial (LIMA *et al.*, 2013).

Dentro deste contexto constata-se que:

Os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) abrangem desde os níveis sociais em que as pessoas vivem e trabalham até as características sociais dentro das quais a vida transcorre. Para Comissão Nacional os DSS são fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população (BUSS; FILHO, 2007. p. 78).

4.1 FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS

A SC possui estreita relação com as condições sociais e econômicas e mundialmente sua ocorrência distribui-se de modo diferenciado. Desse modo, no que tange aos fatores sociodemográficos, destacam-se o insuficiente grau de escolaridade, pouca renda e situação conjugal das gestantes. A baixa escolaridade materna tem sido constatada nas ocorrências de SC, sendo assim considerada como um importante fator referente a esse agravo, pois está associada ao menor acesso à informação (MELO; MELO FILHO; FERREIRA, 2011; NONATO; MELO; GUIMARÃES, 2015).

Nota-se que mulheres sexualmente ativas com baixa escolaridade estão mais sujeitas a adquirir sífilis e facilmente transmiti-la. Sendo assim a escolaridade é uma variável de suma importância que possibilita o entendimento de informações, visto que o baixo grau de instrução materna, associado à condição de pobreza é um dos entraves ao acesso das gestantes às consultas de pré-natal, fato que contribui significativamente, para infecção vertical da doença nesse segmento populacional (TEIXEIRA *et al.*, 2015).

Campos *et al.* (2010), em seu estudo realizado em Fortaleza identificaram a ocorrência da sífilis em gestantes jovens, com pouco grau de escolaridade, com renda mínima e com parceiros fixos. A SC tem sido associada ao baixo nível socioeconômico materno, apesar de não ser uma doença exclusiva das esferas menos favorecidas, todavia sua ocorrência é maior nesse segmento, o que demonstra a influência de condições de vida desfavoráveis para ocorrência da doença (MAGALHÃES *et al.*, 2013).

Um dos fatores considerados dominantes para a prevalência da doença está na ausência de tratamento dos parceiros sexuais, uma vez que, na maioria das ocorrências este não cumpre as diretrizes impostas pelo MS, que recomenda o tratamento concomitante à gestante. Sendo essa dificuldade de tratamento associada às políticas de saúde, que desde sempre foram excludentes ao gênero masculino, causando a baixa procura por atendimento (CAMPOS *et al.*, 2012).

Outro indicador sociodemográfico associado à ocorrência da SC é a raça/cor. Estudo realizado em Belo Horizonte apontou como fatores de risco para SC a cor negra ou parda das gestantes, a não realização de consultas pré-natal, baixa escolaridade e ressalta a importância das características socioeconômicas, como a renda per capita. Estes resultados são relevantes por indicarem a contribuição das disparidades sociais na persistência de ocorrências de um agravo com estratégias de tratamento e prevenção como a SC (LIMA *et al.*, 2013).

Domingues *et al.* (2013), associou em seu estudo a ocorrência da SC com perdas de possibilidades de diagnóstico e tratamento, falta de tratamento dos parceiros, falta de aconselhamento, aplicação incorreta do protocolo de tratamento para casos diagnosticados e ressaltou as características socioeconômicas, aos

antecedentes obstétricos de risco das gestantes e ao número insuficiente de consultas pré-natal.

Visto que gestantes com maior vulnerabilidade social efetivam um menor número de consultas pré-natal, deve haver meios adicionais que mitiguem diferenças sociais que levem ao aumento dos riscos de SC. Entre os fatores de vulnerabilidade social pode-se citar: carência de recursos para transporte até as unidades de saúde; falta de apoio social para os parceiros e hábitos sexuais inseguros que aumentam o risco de infecções pelo *T. pallidum*. Alguns estudos relatam escolaridade inferior a oito anos, estado civil solteiro, início precoce da atividade sexual e idade entre 20 a 29 anos como fatores sociodemográficos preponderantes para SC (LIMA *et al.*, 2013; LAFETÁ *et al.*, 2016).

Outra problemática associada à dificuldade de controle da SC, é que na atualidade constata-se a escassez da penicilina nos serviços farmacêuticos, sejam públicos ou privados, sendo a crise de fornecimento relacionada à carência de matéria prima essencial para a fabricação desse fármaco. Além disso, visto que o grupo de risco que mais utiliza é economicamente menos favorecido, acaba por não gerar grandes lucros para indústria farmacêutica (MOREIRA *et al.*, 2017).

O aumento das ocorrências tem sido explicado por inúmeros autores pelas condições de vulnerabilidade das gestantes. Macêdo *et al.* (2017), em seu estudo identificaram que o não acesso ao telefone, mostrou associação com a presença da sífilis e sua consequente transmissão vertical, sendo esse acesso avaliado como variável sociodemográfica, por retratar o poder aquisitivo individual, o que corrobora a ocorrência da doença em gestantes de estratos sociais mais empobrecidos e com estilos de vida mais vulneráveis.

4.2 FATORES COMPORTAMENTAIS

Entre os fatores de risco que contribuem para atual realidade epidemiológica da SC destacam-se os comportamentais, que envolvem a promiscuidade sexual, inúmeros parceiros sexuais, início precoce da atividade sexual, consumo de drogas ilícitas e gravidez na adolescência (FIGUEIRÓ-FILHO *et al.*, 2007).

No tocante aos riscos por fatores comportamentais, as práticas de relações sexuais precoces, desprotegidas e negligentes são indicadores do início de exposições a eventos como gravidez e a infecções sexualmente transmissíveis, contribuindo para a ideia que ainda é preciso melhorias nas ferramentas de educação e saúde objetivando conscientizar a prática sexual segura (FRANÇA *et al.*, 2015).

A gravidez na adolescência, o hábito de uso de drogas ilícitas pela gestante sífilítica ou pelo seu parceiro, existência de múltiplos parceiros ou ausência de parceiro sexual fixo, presença de outras infecções sexualmente transmissíveis constituem em comportamentos de risco para SC (DAMASCENO *et al.*, 2014).

Ademais, o início precoce da atividade sexual ainda na adolescência, os expõe a diversos riscos, como eventuais relações sexuais desprotegidas. A adolescência é uma fase em que se evidencia características comportamentais e sexuais particulares, as quais se associam com autonomia, sexualidade plena, troca de parceiros sexuais e crença na invulnerabilidade. Dessa forma, estes indivíduos arriscam-se sem precaução acerca de danos ou consequências (MONTEIRO *et al.*, 2015).

A exposição de mulheres em período gestacional, a substâncias psicoativas pode comprometer o binômio materno-fetal. Objetivando prevenir e identificar precocemente esse grupo de risco, a OMS recomenda que programas referentes à saúde da mulher enfatizem o rastreamento de gestantes em áreas em que o consumo de drogas seja recorrente. Estudo realizado acerca da percepção da gestante sobre o consumo de drogas ilícitas na gestação denotou associação significativa entre uso de drogas ilícitas por gestantes e ocorrências da SC (PORTELA *et al.*, 2013).

Estudos também demonstram o maior risco de contaminação vertical, e consequente ocorrência de SC em mulheres coinfetadas, pois a rotatividade de parceiros aumenta a probabilidade de infecções recorrentes sendo considerados estes como fatores de risco. Vale ressaltar que toda essa problemática afeta diretamente o recém-nascido portador da doença, proveniente de sua genitora, haja

vista a falta de cuidados da mesma na prevenção da doença (DOMINGUES; LEAL, 2016).

Deste modo a SC está relacionada com grupos de maior risco, como mulheres com estilos de vida vulneráveis. Sendo que especificamente alguns fatores podem variar entre os territórios. Além disso, muitos casos poderiam ser evitados com medidas preventivas direcionadas se cada região conhecesse sua própria situação. Logo, os programas do governo poderiam se tornar mais eficazes (KOMKA; LAGO, 2007).

4.3 FATORES ASSISTENCIAIS

A predominância de ocorrências de SC, por inúmeros autores já mencionados nesse trabalho, tem sido associada à assistência médica pré-natal inadequada ou ausente. Em muitas regiões ainda há dificuldade no acesso aos serviços de saúde. Mesquita *et al.* (2012), em seu estudo documental, realizado em Sobral (CE), constataram que os principais fatores que colaboram para a atual realidade epidemiológica da SC são as dificuldades de acesso aos serviços de cuidados da saúde, especialmente por gestantes em situações sociais desfavoráveis (LEITÃO *et al.*, 2009).

O pré-natal desempenha um importante papel no atendimento à gestante com sífilis, pois através deste serviço pode-se observar uma efetiva redução de casos de recém-nascidos portadores da doença. Conforme prescrito pelo MS a gestação caracteriza-se por ser uma fase de mudanças físicas e afetivas, e o principal objetivo seja a atenção à gestante, garantindo que toda gestação resulte em mães e filhos saudáveis (SOUZA, 2012).

A assistência pré-natal (APN) é um dos pilares do cuidado à saúde materno-infantil, cuja relevância para redução da morbimortalidade materna e neonatal já se encontra estabelecida. Inúmeras evidências indicam que o adequado acompanhamento antenatal é um importante fator de diminuição da incidência de baixo peso ao nascer, prematuridade e óbito perinatal. Para atingir seus propósitos, é necessário que a assistência oferecida cumpra requisitos mínimos. Tradicionalmente, o número de consultas e a época de início do acompanhamento têm sido os indicadores mais comumente empregados na avaliação da APN. Embora seja imprescindível garantir a realização das consultas pré-natais em número e precocidade recomendados, é também necessário que elas sejam de boa qualidade no que diz respeito ao conteúdo, aspecto que tem sido negligenciado (LIMA; COSTA; DOURADO, 2008. p. 125).

Há uma forte associação entre ausência de pré-natal e ocorrência de SC, portanto quanto antes se inicie melhores são os proveitos para o binômio. Segundo autores como Costa *et al.* (2013), a grande problemática da SC está intimamente associada à falta de assistência pré-natal adequada (NONATO; MELO; GUIMARÃES, 2015).

Souza (2012) assegura que as condutas práticas laboratoriais e tratamento, estão inseridos na assistência pré-natal, por esse motivo a assistência pré-natal adequada expandida a todas as gestantes seria o modo mais consistente de acabar com a transmissão vertical da sífilis e seus impactos.

Outras condições assistenciais que favorecem a ocorrência de SC são: desconhecimento e despreparo dos profissionais, acerca da importância do diagnóstico precoce, captação tardia das grávidas para início do pré-natal, tratamento tardio e inadequado, não tratamento do parceiro (sendo este essencial para que a gestante possa ser considerada adequadamente tratada), demora nos resultados dos exames não-treponêmicos, destacando-se o VDRL (FERNANDES; FERNANDES; NAKATA, 2007).

Deste modo nota-se que a sífilis no período gestacional é um importante indicativo de assistência pré-natal, visto que a mesma é passível de prevenção e diagnóstico e se tratada precocemente, evita a SC. Entretanto, existe uma grande dificuldade de acesso ao serviço principalmente por gestantes em situação de vulnerabilidade, fato esse que sugere desigualdades no acesso a medidas preventivas (LEITÃO *et al.*, 2009).

No Brasil as desigualdades sociais em saúde, reforçam a hipótese de que a ocorrência da SC esta relacionada ao baixo nível socioeconômico e ao atendimento inadequado do pré-natal e expõem as inúmeras fragilidades da assistência não só quanto ao acesso aos serviços de saúde, mas também ao rastreamento, diagnóstico precoce, tratamento adequado das gestantes e seus parceiros (MACÊDO *et al.*, 2017).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A sífilis é uma doença de grande preocupação social pelo fato de ser facilmente transmitida, principalmente pelo contato sexual. Pode também ocorrer a transmissão das gestantes para seus filhos por via vertical, ou durante o parto. Mesmo com todo acesso aos serviços de informações e dos programas de planejamento familiar, ainda é expressiva a quantidade de indivíduos portadores da doença. Este fato evidencia a falta de uso dos contraceptivos chamados de barreiras, os quais contribuiriam na redução de casos.

A sífilis congênita constitui-se na forma mais preocupante da doença porque sua transmissão ocorre durante a gestação. Por isso existe a necessidade de mais programas voltados a esse agravo, priorizando a saúde dos recém-nascidos. A realização e qualidade da assistência pré-natal são imprescindíveis para a redução da ocorrência da sífilis gestacional e, conseqüentemente, da sífilis congênita.

Deste modo, utilizando-se do conhecimento a cerca da realidade epidemiológica de cada região, faz-se necessário a adoção de medidas preventivas para redução de ocorrências da doença, sendo a identificação dos fatores de risco relacionados à ocorrência da doença uma medida relevante para implantação de metas prioritárias com enfoque na população de risco a fim de viabilizar a erradicação da doença.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. *NBR 6023: Informação e documentação: elaboração: referências*. Rio de Janeiro, 2002. 24p.

ALBUQUERQUE, C. M.; OLIVEIRA, I. C. L.; NOBRE, C. S.; COUTO, C. S.; FROTA, M. A. A compreensão da qualidade de vida atrelada à sífilis congênita. **Rev. APS**, v.18, n.3, p.293-297, 2015.

ARAÚJO, E. C.; COSTA, K. S. G.; SILVA, R. S.; AZEVEDO, V. N. G.; LIMA, F. A. S. Importância do pré-natal na prevenção da sífilis congênita. **Revista Paraense de Medicina**, v.20, n.1, p.46-51, 2006.

ARAÚJO, C. L.; SHIMIZU, H. E.; SOUSA, A. I. A.; HAMANN, E. M. Incidência da sífilis congênita no Brasil e sua relação com estratégia saúde da família. **Revista de Saúde Pública**, v.46, n.3, p.479-486, 2012.

AVELLEIRA, J. C. R.; BOTTINO, G. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, v.81, n.2, p.111-126, 2006.

BAHIA. Secretaria da Saúde. **Informe Epidemiológico de sífilis**. N°01, 13 de Outubro de 2016. Disponível em <www.suvisa.ba.gov.br/sites/default/files/Informe%20Epidemiológico%20Sífilis%20Final%202016.pdf> Acessado em: 26 de Novembro de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. Diretrizes para o controle da sífilis congênita: manual de bolso. – 2ª ed.- Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 72p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis: manual de bolso/ Ministério da Saúde. Brasília: 2007. 180p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de vigilância epidemiológica**. 7ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 816p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_epidemiologica_7ed.pdf>. Acesso em: 28 de Outubro de 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. 120 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde - **Boletim Epidemiológico**. Volume 47. nº. 35- 2016a. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2016/59209/2016_030_si_filis_publicao2_pdf_51905.pdf>. Acesso em: 28 de Setembro de 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, AIDS e Hepatites Virais. **Manual Técnico para Diagnóstico da Sífilis**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016b. 52 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde - **Boletim Epidemiológico**. Volume. 48. nº 36- 2017.

BUUS, P. M.; FILHO, A. P. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, v.17, n.1, p.77-93, 2007.

CAMPOS, A. L. A.; ARAÚJO, M. A. L.; MELO, S. P.; GONÇALVES, M. L. C. Epidemiologia da sífilis gestacional em Fortaleza, Ceará, Brasil: um agravamento sem controle. **Cadernos de Saúde Pública**, v.26, n.9, p.1747-1755, 2010.

CAMPOS A. L. A.; ARAUJO, M. A. L.; MELO, S. P.; ANDRADE, R. F. V.; GONÇALVES, M. L. C. Sífilis em parturientes: aspectos relacionados ao parceiro sexual. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v.34, n.9, p.397-402, 2012.

CASAS-P, R. L.; RODRÍGUEZ, M.; RIVAS, J. Sífilis y embarazo: cómo diagnosticar y tratar oportunamente? **Revista Colombiana de Obstetricia Y Ginecología**, v.60, n.1, p.49-56, 2009.

CARVALHO, I. S.; BRITO, R. S. Sífilis congênita no Rio Grande do Norte: estudo descritivo do período 2007-2010. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.23, n.2, p.287-294, 2014.

CAVALCANTE, P. A. M.; PEREIRA, R. B. L.; CASTRO, J. G. D. Sífilis gestacional e congênita em Palmas, Tocantins, 2007-2014. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.26, n.2, p. 255-264, 2017.

COOPER, P. M.; MICHELOW, I. C.; WOZNIAK, P. S.; SÁNCHEZ, P. J. Em tempo: a persistência da sífilis congênita no Brasil - Mais avanços são necessários! **Revista Paulista de Pediatria**, v.34, n.3, p.251-253, 2016.

COSTA, M. C.; AZULAY, D. R.; DIAS, M. F. R. G.; DEMARCH, E. B.; PÉRISSÉ, A. R. S.; NERY, J. A. C. Doenças sexualmente transmissíveis na gestação: uma síntese de particularidades. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, v.85, n. 6, p. 767-785, 2010.

COSTA, C.C.; FREITAS, L.V.; SOUSA, D. M. N.; OLIVEIRA, L. L.; CHAGAS, A. C. M. A.; LOPES, M. V. O.; DAMASCENO, A. K. C. Sífilis congênita no Ceará: análise epidemiológica de uma década. **Rev Esc Enferm USP**, v.47, n.1, p.152-159, 2013.

DAMASCENO, A. B. A.; MONTEIRO, D. L. M.; RODRIGUES, L. B.; BARMAS, D. B. S.; CERQUEIRA, L. R. P.; TRAJANO, A. J. B. Sífilis na gravidez. **Revista HUPE**, v.13, n.3, p.88-94, 2014.

Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/ Aids e das Hepatites Virais. Ministério da Saúde. Indicadores e dados básicos da sífilis nos municípios brasileiros. Disponível em: <<http://indicadoressifilis.aids.gov.br/>>. Acessado em: 24 de Novembro de 2014.

DOMINGUES, R. M. S.; SARACENI, V.; HARTZ, Z. M. A.; LEAL, M. C. Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal. **Revista de Saúde Pública**, v.47, n.1, p.147-157, 2013.

DOMINGUES, M. R.; LEAL, M. C. Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis: dados do estudo Nascer no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.32, n.6, p.1-12, 2016.

FERNANDES, R. C. S. C.; FERNANDES, P. G. C. C.; NAKATA, T. Y. Análise de Casos de sífilis congênita na maternidade do Hospital da Sociedade Portuguesa de Beneficência de Campos, RJ. **DST - Jornal brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, v.19, n.3-4, p.157-161, 2007.

FIGUEIRÓ-FILHO, E. A.; GARDENAL, R. V. C, ASSUNÇÃO, L. A.; COSTA, G. R, PERIOTTO, C. R. L.; VEDOVATTE, C. A.; POZZOBAN, L. R. Sífilis congênita como fator de assistência pré-natal no município de Campo Grande- MS. **DST – Jornal brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, v.19, n.3-4, p. 139-143, 2007.

FRANÇA, I. S. X.; BATISTA, J. D. L.; COURA, A. S.; OLIVEIRA, C. F.; ARAÚJO, A. K. F.; SOUSA, F. S. Fatores associados à notificação da sífilis congênita: um indicador de qualidade da assistência pré-natal. **Rev Rene**, v.16, n.3, p. 374-381, 2015.

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

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5ª ed. São Paulo, SP: Atlas, 2010. 183p.

HOLANDA, M. T. C. G; BARRETO, M. A.; MACHADO, K. M. M.; PEREIRA, R. C. Perfil epidemiológico da sífilis congênita no Município do Natal, Rio Grande do Norte – 2004 a 2007. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.20, n.2, p.203-212, 2011.

KOMKA, M. R.; LAGO, E. G. Sífilis congênita: notificações e realidade. **Scientia Medica**, v.17, n. 4, p. 205-211, 2007.

LAFETÁ, K. R. G.; JÚNIOR, H. M.; SILVEIRA, M. F.; PARANAÍBA, L. M. R. Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.19, n.1, p. 63-74, 2016.

LEITÃO, E. G. L.; CANEDO, M. C. M.; FURIATTI, M. F.; OLIVEIRA, L. R. S.; DIENER, L. S.; LOBO, M. P.; CASTRO, M. F. L. M.; BARBOSA, D. F. S.; SILVEIRA, J. B.; MACHADO, F. R. M.; MACEDO, J. L. S. Sífilis gestacional como indicador da

qualidade do pré-natal no Centro de Saúde n.º 2 Samambaia-DF. **Com. Ciências Saúde**, v.20, n.4, p.307-314, 2009.

LIMA, B. G. C.; COSTA, M. C. N.; DOURADO, M. I. C. Avaliação da qualidade do rastreamento de HIV/ AIDS e sífilis na assistência pré-natal. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.17, n.2, p.123-153, 2008.

LIMA, M. G.; SANTOS, R. F. R.; BARBOSA, G. J. A.; RIBEIRO, G. S. Incidência e fatores de risco para sífilis congênita em Belo Horizonte, Minas Gerais, 2001-2008. **Ciências & Saúde Coletiva**, v.18, n.2, p.499-506, 2013.

LORENZI, D. R. S.; FIAMINGHI, L. C.; ARTICO, G. R. Transmissão vertical da sífilis: prevenção, diagnóstico e tratamento. **Feminina**, v.37, n. 2, p.82-90, 2009.

MACEDO, V. C.; LIRA, P. I. C.; FRIAS, P. G.; ROMAGUERA, L. M. D.; CAIRES, S. F. F.; XIMENES, R. A. A. Fatores de risco para sífilis em mulheres: estudo caso-controle. **Revista de Saúde Pública**, p. 51-78, 2017.

MAGALHÃES, D. M. S.; KAWAGUCHI, I. A. L.; DIAS, A.; CALDERON, I. M. P. Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. **Cadernos de Saúde Pública**, v.29, n. 6, p.1109-1120, 2013.

MELO, N. G. D. O.; MELO FILHO, D. A.; FERREIRA, L. O. C. Diferenciais intraurbanos de sífilis congênita no Recife, Pernambuco, Brasil (2004-2006). **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.20, n.2, p. 213-222, 2011.

MESQUITA, K. O.; LIMA, G. K., FILGUEIRA, A. A., FLÔR, S. M. C.; FREITAS, C. A. S. L.; LINHRARES, M. S. C.; GUBERT, F. A. Análise dos casos de sífilis congênita em Sobral, Ceará: Contribuições para assistência pré-natal. **DST- Jornal brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, v.24, n.1, p.20-27, 2012.

MONTEIRO, M. O. P.; COSTA, M. C. O.; VIEIRA, G. O.; SILVA, C. A. L. Fatores associados à ocorrência de sífilis em adolescentes do sexo masculino, feminino e gestantes de um Centro de Referência Municipal/ CRM – DST/HIV/AIDS de Feira de Santana, Bahia. **Adolescência & Saúde**, v.12, n.3, p. 21-32, 2015.

MOREIRA, K. F. A.; OLIVEIRA, D. M.; ALENCAR, L. N.; CAVALCANTE, D. F. B.; PINHEIRO, A. S.; ORFÃO, N. H. Perfil dos casos notificados de sífilis congênita. **Cogitare Enferm**, v.22, n.2, p.e48949, 2017.

NONATO, S. M.; MELO, A. P. S.; GUIMARÃES, M. D. C. sífilis na gestação e fatores associados à sífilis congênita em Belo Horizonte- MG, 2010-2013. **Epidemiologia Serviços de Saúde**, v.24, n.4, p. 681-694, 2015.

NUCLEUS MEDICAL MEDIA. Distribuição da sífilis durante a gravidez. Catálogo de Nucleus. 30 de abril de 2015 13:56 EDT. Disponível em: <http://catalog.nucleusinc.com/spread-of-syphilis-during-pregnancy/view-item?ItemID=4985>. Acessado em 30 de Outubro de 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Eliminação mundial da sífilis congênita: fundamento lógico e estratégia para acção. Genebra: WHO Press, 2008. 38p.

PORTELA, G. L. C.; BARROS, L. M.; FROTA, N. M.; LANDIM, A. P. P.; CAETANO, J. Á.; FARIAS, F. L. R. Percepção da gestante sobre o consumo de drogas ilícitas na gestação. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog**, v.9, n.2, p.58-63, 2013.

SÃO PAULO. Secretária de Estado da Saúde. Centro de Controle de Doenças. Programa Estadual de DST/Aids. Centro de Referência e Treinamento DST/Aids. Guia de bolso para manejo da sífilis em gestantes e sífilis Congênita. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde. 2016. 112p.

SERAFIM, A. S.; MORETTI, G. P.; SERAFIM, S. G.; NIERO, C. V.; ROSA, M. I.; PIRES, M. M. S.; SIMÕES, P. W. T. A. Incidence of congenital syphilis in the South Region of Brazil. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop**, v.47, n.2, p.170-178, 2014.

SONDA, E. C.; RICHTER, F. F.; BOSCHETTI, G.; CASASOLA, M. P.; KRUMEL, C. F.; MACHADO, C. P. H. Sífilis Congênita: uma revisão literária. **Rev Epidemiol Control Infect.**, v.3, n.1, p. 28-30, 2013.

SOUZA, P. O. **Importância da assistência pré-natal na prevenção da sífilis congênita**. 2012. Tese (Especialista em Saúde Pública com ênfase em Saúde da Família). Atualiza Associação Cultural Enfermagem em Saúde Pública com ênfase em PSF, 2012.

SOUZA, B.C., SANTANA, L. S. As consequências da sífilis congênita no binômio materno-fetal: um estudo de revisão. **Interfaces Científicas-Saúde e Ambiente**, v.1, n.3, p.59-67, 2013.

TEIXEIRA, M. A.; SANTOS, P. P.; SANTOS, P. N.; ARAÚJO, R. T.; SOUZ, A. G. J. Perfil epidemiológico e sociodemográfico das crianças infectadas por sífilis congênita no Município de Jequié/ Bahia. **Rev. Saúde. Com**, v.11, n.3, p. 303-313, 2015.

VAZ, M. J. R. Sífilis congênita: critérios de notificação. **Revista Saúde coletiva**, v.5, n. 025, p.199-205, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Methods for surveillance and monitoring of congenital. Syphilis elimination within existing systems**. Geneva: World Health Organization; 2011.

ANEXO A- FIGURA 4 - ASPECTOS CLÍNICOS DA SÍFILIS CONGÊNITA PRECOCE E TARDIA

| Aspectos clínicos sífilis congênita precoce | Aspectos clínicos sífilis congênita tardia |
|---|---|
|  <p data-bbox="164 1032 719 1093">Pênfigo sífilítico nas mãos e pés de recém-nascido com sífilis congênita.</p> |  <p data-bbox="842 1032 1422 1093">Fronte olímpica e nariz em sela de recém-nascido com sífilis congênita.</p> |
|  <p data-bbox="150 1518 751 1579">Hepatoesplenomegalia de recém-nascido com sífilis congênita.</p> |  <p data-bbox="788 1507 1046 1536">Dente de <i>Hutchinson</i>.</p> |

Fonte: Quadro elaborado pela autora a partir de: Arquivo pessoal da Profa. Dra. Vânia Silami. COSTA, MARIANA *et al.*, 2010.

ANEXO B – FICHA DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA SÍFILIS CONGÊNITA

| República Federativa do Brasil Ministério da Saúde | | SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO | | Nº |
|---|--|---|---|-----------------------|
| FICHA DE NOTIFICAÇÃO / INVESTIGAÇÃO SÍFILIS CONGÊNITA | | | | |
| Definição de caso: | | | | |
| Primeiro Critério: Toda criança, ou aborto, ou natimorto de mãe com evidência clínica para sífilis e/ou com sorologia não treponêmica reagente para sífilis com qualquer titulação, na ausência de teste confirmatório treponêmico, realizada no pré-natal ou no momento do parto ou curetagem, que não tenha sido tratada ou tenha recebido tratamento inadequado. | | | | |
| Segundo Critério: Todo indivíduo com menos de 13 anos de idade com as seguintes evidências sorológicas: titulações ascendentes (testes não treponêmicos); e/ou testes não treponêmicos reagentes após seis meses de idade (exceto em situação de seguimento terapêutico); e/ou testes treponêmicos reagentes após 18 meses de idade; e/ou títulos em teste não treponêmico maiores do que os da mãe. Em caso de evidência sorológica apenas, deve ser afastada a possibilidade de sífilis adquirida. | | | | |
| Terceiro Critério: Todo indivíduo com menos de 13 anos de idade, com teste não treponêmico reagente e evidência clínica ou líquórica ou radiológica de sífilis congênita. | | | | |
| Quarto Critério: Toda situação de evidência de infecção pelo <i>Treponema pallidum</i> em placenta ou cordão umbilical e/ou amostra da lesão, biópsia ou necropsia de criança, aborto ou natimorto. | | | | |
| 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) | |
| 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 M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> 1 - Ignorado | 12 Gestante | 13 Raça/Cor |
| | 14 Escolaridade | | 1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 9 - Ignorado | |
| | 15 Número do Cartão SUS | | 16 Nome da mãe | |
| | 17 UF | 18 Município de Residência | Código (IBGE) | 19 Distrito |
| Dados de Residência | 20 Bairro | | 21 Logradouro (rua, avenida,...) | |
| | 22 Número | | 23 Complemento (apto., casa, ...) | |
| | 24 Geo campo 1 | | 25 Geo campo 2 | |
| | 26 Ponto de Referência | | 27 CEP | |
| | 28 (DDD) Telefone | | 29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado | |
| | 30 País (se residente fora do Brasil) | | | |
| | Dados Complementares | | | |
| Antecedentes Epiol. 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 | | | |
| Dados do Lab. da gestante / mãe | 35 Realizou Pré-Natal nesta gestação | | 36 UF | |
| | 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado | | 37 Município de Realização do Pré-Natal | |
| | 38 Unidade de Saúde de realização do pré-natal | | Código (IBGE) | |
| Trat. da gestante / mãe | 39 Diagnóstico de sífilis materna | | 40 Teste não treponêmico no parto/curetagem | |
| | 1 - Durante o pré-natal 2 - No momento do parto/curetagem 3 - Após o parto 4 - Não realizado 9 - Ignorado | | 1 - Reagente 2 - Não reagente 3 - Não realizado 9 - Ignorado | |
| | 41 Título | | 42 Data | |
| 43 Teste confirmatório 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 | | |

| | | | | | |
|---------------------------------|---|---|---|--|---------|
| Ant. Evidência 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 Líquórica 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 | | 63 Presença de sinais e sintomas | | |
| | 1 - Assintomático 3 - Não se aplica 2 - Sintomático 9 - Ignorado | | 1 - Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 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 1 - Vivo 2 - Óbito por sífilis congênita 3 - Óbito por outras causas 4 - Aborto 5 - Natimorto 9 - Ignorado | | | 66 Data do Óbito | |
| Observações Adicionais: | | | | | |
| Município / Unidade de Saúde | | | | | |
| Código da Unid. de Saúde | | | | | |
| Investigador | Nome | | | Função | |
| | Assinatura | | | | |

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO

Nenhum campo deverá ficar em branco.

Na ausência de informação, usar categoria ignorada.

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.

8 - Nome do Paciente: preencher com o nome completo da criança (sem abreviações); se desconhecido, preencher com **Filho de: (o nome da mãe)**.

9 - Data do nascimento: deverá ser anotada em números correspondentes ao dia, mês e ano.

10 - Idade: anotar a idade somente se a data de nascimento for desconhecida.

40 - 50 - 55 - Sorologia não treponêmica: VDRL (Venereal Diseases Research Laboratory) e RPR (Rapid Plasma Reagin); indicados para a triagem e seguimento terapêutico.

43 - 53 - FTA-Abs (Fluorescent Treponemal Antibody-absorption), MHA-Tp (Microhemagglutination *Treponema pallidum*), TPHA (Treponema pallidum Hemagglutination), ELISA (Enzyme-Linked Immunosorbent Assay); indicados na confirmação diagnóstica e exclusão de resultados de testes não treponêmicos falsos positivos. Em crianças, menores 18 meses de idade, a performance dos testes treponêmicos pode não ser adequada para definição diagnóstica.

44 - Esquema de Tratamento da mãe:

Esquema de Tratamento Adequado:

É todo tratamento completo, com penicilina e adequado para a fase clínica da doença, instituído pelo menos 30 dias antes do parto e parceiro tratado concomitantemente com a gestante.

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 para a fase clínica da doença; ou a instituição do tratamento com menos de 30 dias antes do parto; ou - elevação dos títulos após o tratamento, no seguimento; ou - quando o(s) parceiro(s) não foi(ram) tratado(s) ou foi(ram) tratado(s) inadequadamente, ou quando não se tem essa informação disponível.

53 - Refere-se ao resultado do teste treponêmico, confirmatório, realizado após os 18 meses de idade da criança. Informar - **Não se aplica** - quando a idade da criança for menor que 18 meses.

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 1mes, 3, 6, 12 e 18 meses).

59 - Evidência de *T. pallidum* - Registrar a identificação do *Treponema pallidum* por microscopia em material colhido em placenta, lesões cutâneo-mucosas da criança, cordão umbilical, ou necrópsia, pela técnica de campo escuro, imunofluorescência ou outro método específico.

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 Manual de Sífilis Congênita - Diretrizes para o Controle, 2005.

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 22 semanas de gestação ou com peso menor ou igual a 500 gramas.

Considera-se **Natimorto** - todo feto morto, após 22 semanas de gestação ou com peso maior que 500 gramas.