

Universidade Brasil
Campus Fernandópolis

CLAUDEMIR ALOISIO PRANDI JUNIOR

Perfil Epidemiológico Dos Casos de Sífilis Notificados na Secretária Municipal de
Saúde de Fernandópolis

Epidemiological Profile Of Syphilis Cases Notified At The Municipal Health
Secretariat Of Fernandópolis

Fernandópolis, SP

2020

Claudemir Aloisio Prandi Junior

Perfil Epidemiológico dos Casos de Sífilis Notificados na Secretaria Municipal de Saúde de Fernandópolis

Orientadora: Prof(a).Dr(a) Dora Inês KozusnyAndreani

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Ambientais da Universidade Brasil, como complementação dos créditos necessários para obtenção do título de Mestre em Ciências Ambientais.

Fernandópolis, SP

2020

FICHA CATALOGRÁFICA

P923p Prandi Júnior, Claudemir Aloisio.
Perfil Epidemiológico dos Casos de Sífilis Notificados na
Secretaria Municipal de Saúde de Fernandópolis/ Claudemir
Aloisio Prandi Júnior.
São Paulo – SP: [s.n.], 2020.
66 p.: il.; 29,5cm.

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós
Graduação em Ciências Ambientais da Universidade Brasil, co-
mo complementação dos créditos necessários para obtenção
do título de Mestre em Ciências Ambientais.

Orientador: Profa. Dra. Dora Inês KozusnyAndreani.

1. *Treponema pallidum*. 2. Casos notificados. 3. Saúde
Pública. I. Título.

CDD 614.4

**FOLHA DE AUTORIZAÇÃO PARA PUBLICAÇÃO DO TEXTO NA PÁGINA DA
UNIVERSIDADE BRASIL E BANCO DE TESES DA CAPES E REPRODUÇÃO DO
TRABALHO**



Termo de Autorização

**Para Publicação de Dissertações e Teses no Formato Eletrônico na Página
WWW do Respectivo Programa da Universidade Brasil e no Banco de Teses
da CAPES**

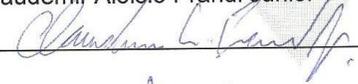
Na qualidade de titular(es) dos direitos de autor da publicação, e de acordo com a Portaria CAPES no. 13, de 15 de fevereiro de 2006, autorizo(amos) a Universidade Brasil a disponibilizar através do site <http://www.universidadebrasil.edu.br>, na página do respectivo Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu*, bem como no Banco de Dissertações e Teses da CAPES, através do site <http://bancodeteses.capes.gov.br>, a versão digital do texto integral da Dissertação/Tese abaixo citada, para fins de leitura, impressão e/ou *download*, a título de divulgação da produção científica brasileira.

A utilização do conteúdo deste texto, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, fica condicionada à citação da fonte.

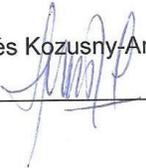
**Título do Trabalho: "PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS CASOS DE SÍFILIS
NOTIFICADOS NA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE
FERNANDÓPOLIS"**

Autor(es):

Discente: Claudemir Aloisio Prandi Junior

Assinatura: 

Orientadora: Dora Inés Kozusny-Andreani

Assinatura: 

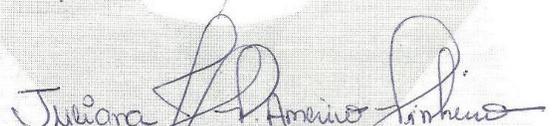
Data: 10/fevereiro/2020

TERMO DE APROVAÇÃO**TERMO DE APROVAÇÃO****CLAUDEMIR ALOISIO PRANDI JUNIOR****“PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS CASOS DE SÍFILIS NOTIFICADOS NA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FERNANDÓPOLIS”**

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre no Programa de Pós-Graduação em Ciências Ambientais da Universidade Brasil, pela seguinte banca examinadora:


Prof(a). Dr(a) Dora Inés Kozusny-Andreani (Presidente)

Brasil)


Prof(a). Dr(a) Juliana Heloisa Pinê Américo Pinheiro (Universidade

Tecnologia de Jales)


Prof(a). Dr(a) Edy Carlos Santos de Lima (Faculdade de

Fernandópolis, 10 de fevereiro de 2020.

Dedico...

À minha esposa Laiana, que sempre teve dedicação e disposição do meu lado, que lutou bravamente, até sem forças, para gerar o nosso maior sonho que é a Maria Laura, mesmo depois de dois abortamentos, tomando uma injeção de anticoagulante todos os dias por conta da trombofilia, mulher que me ajudou nesta caminhada, sendo peça fundamental me incentivando em todos os módulos, passamos por momentos bons e ruins, chegando nesse tempo a quase separarmos, por conta de problemas que não tinha muita importância, mas você estava sempre ali do meu lado mesmo com o mundo virando de ponta cabeça. A você Laiana o meu muito obrigado. Eu Amo Você.

Agradeço....

A Deus e a Nossa Senhora Aparecida, por sempre me conceder sabedoria nas escolhas dos melhores caminhos, coragem para acreditar, força para não desistir e proteção para me amparar.

À minha esposa, pelo apoio eterno e suporte incondicional nesta e em tantas outras jornadas, por sempre me apoiar e me incentivar, por estar sempre ao meu lado nos momentos difíceis, mesmo quando tudo parecia dar errado. Sem você eu nada seria.

À minha orientadora Dora Inês, pelo acolhimento, disponibilidade ao longo deste período. Por ter uma segunda e depois uma terceira opção de tema. Pelos ensinamentos, oportunidades de aprendizado e paciência, especialmente nesta reta final.

À Secretaria Municipal de Saúde, na pessoa do Secretário de Saúde o Sr. Flávio, muito obrigado à autorização para a coleta dos dados para o trabalho.

À minha filha Maria Laura, minha inspiração, que mesmo na sua inocência soube entender os momentos de ausência para que este trabalho pudesse ser concluído.

Agradeço também a toda minha família, meus pais e familiares. Meus pais pelos exemplos que me deram desde pequeno e aos familiares, em especial à minha tia Ciça, que contribuiu com essa formação e sempre me incentivou a voar alto.

“Por vezes sentimos que aquilo que fazemos não é senão uma gota de água no mar.
Mas o mar seria menor se lhe faltasse uma gota”.

(Madre Teresa de Calcuta)

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS CASOS DE SÍFILIS NOTIFICADOS NA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FERNANDÓPOLIS

RESUMO

A Sífilis é uma doença infecciosa crônica, causada pelo agente etiológico *Treponema pallidum*. Pode ser transmitida por via sexual (sífilis adquirida), vertical (sífilis congênita), onde a mãe transmite a infecção para o feto através da placenta e por via indireta, por meio de objetos contaminados e transfusões sanguíneas. A apresentação dos sinais e sintomas da doença é variável e complexa. Quando não tratada, evolui para formas mais graves, podendo comprometer o sistema nervoso, o aparelho cardiovascular, o aparelho respiratório e o aparelho gastrointestinal. Embora o tratamento com penicilina seja eficaz nas fases iniciais da doença, métodos de prevenção devem ser implementados, pois adquirir sífilis expõe as pessoas a um risco aumentado para outras Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), inclusive a AIDS. O presente estudo descreve o perfil epidemiológico da doença nos casos notificados a Secretaria Municipal de Saúde de Fernandópolis, Estado de São Paulo, Brasil, no período de janeiro de 2011 a dezembro de 2018. Os dados foram coletados a partir das fichas de notificação do Sistema de Informação de Agravos de Notificações (SINAN). Verificou-se predomínio da doença em pessoas do sexo masculino (63,71%), com Ensino Médio Completo (35,08%), predominância da raça branca (68,97%) e idade entre 20-29 anos (34,36%). As Fichas de Notificações de Sífilis são diferentes para as classificações – Adquirida, em Gestante e Congênita. Este trabalho permitiu identificar as características da sífilis na população analisada, do município de Fernandópolis/SP. Constatou-se a deficiência de informações, com dados incompletos e sem respostas.

Palavras-chave: *Treponema pallidum*; casos notificados; saúde pública.

EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF SYPHILIS CASES NOTIFIED AT THE MUNICIPAL HEALTH SECRETARIAT OF FERNANDÓPOLIS

ABSTRACT

Syphilis is a chronic infectious disease, caused by the etiologic agent *Treponema pallidum*. It can be transmitted sexually (acquired syphilis), vertical (congenital syphilis), where the mother transmits the infection to the fetus through the placenta and indirectly, through contaminated objects and blood transfusions. The presentation of the signs and symptoms of the disease is variable and complex. When left untreated, it evolves into more serious forms, which can compromise the nervous system, the cardiovascular system, the respiratory system and the gastrointestinal system. Although treatment with penicillin is effective in the early stages of the disease, prevention methods must be implemented, as acquiring syphilis exposes people to an increased risk for other Sexually Transmitted Diseases (STDs), including AIDS. The present study describes the epidemiological profile of the disease in the cases notified to the Municipal Health Department of Fernandópolis, State of São Paulo, Brazil, from January 2011 to December 2018. Data were collected from the notification forms of the System Diseases Information System (SINAN). There was a predominance of the disease in males (63.71%), with complete high school (35.08%), predominance of the white race (68.97%) and age between 20-29 years (34.36 %). Syphilis Notification Sheets are different for the classifications - Acquired, Pregnant and Congenital. This work made it possible to identify the characteristics of syphilis in the population analyzed, in the municipality of Fernandópolis / SP. There was a lack of information, with incomplete data and no answers.

Keywords: *Treponema pallidum*; notified cases; public health.

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1:** Taxa de detecção de sífilis adquirida (por 100.000 habitantes), taxa de detecção de sífilis em gestantes e taxa de incidência de sífilis congênita (por 1.000 nascidos vivos), segundo ano de diagnóstico. Brasil, 2010 a 201824
- Figura 2:** Taxas de detecção de sífilis adquirida (por 100.000 habitantes) segundo UF e capitais. Brasil, 2018.....24
- Figura 3:** Taxa de detecção de sífilis em gestantes e taxa de incidência de sífilis congênita por 1.000 nascidos vivos, segundo UF. Brasil, 2018.25
- Figura 4:** Taxa de detecção de sífilis em gestantes (por 1.000 nascidos vivos) por região e ano de diagnóstico. Brasil, 2008 a 201825
- Figura 5:** Taxas de incidência de sífilis congênita (por 1.000 nascidos vivos) segundo UF e capital. Brasil, 2018.....26

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Total de Notificações de Sífilis de 2011 à 2018.....	31
Gráfico 2: Total de Notificações por ano	31
Gráfico 3: Casos de Sífilis Adquirida - Ano.	32
Gráfico 4: Casos de Sífilis Adquirida - Faixa Etária.....	33
Gráfico 5: Casos de Sífilis Adquirida - Raça.....	33
Gráfico 6: Casos de Sífilis Adquirida - Escolaridade.....	34
Gráfico 07: Casos de Sífilis em Gestantes - Ano.	35
Gráfico 08: Casos de Sífilis em Gestantes - Raça.	35
Gráfico 09: Casos de Sífilis em Gestantes - Escolaridade	36
Gráfico 10: Casos de Sífilis em Gestantes - Faixa Etária.....	36
Gráfico 11: Casos de Sífilis em Gestantes - Idade Gestacional.....	37
Gráfico 12: Casos de Sífilis em Gestantes - Bairros	38
Gráfico 13: Casos de Sífilis Congênita - Ano.	39
Gráfico 14: Casos de Sífilis Congênita - Sexo	39
Gráfico 15: Casos de Sífilis Congênita - Bairros.	40
Gráfico 16: Casos de Sífilis Congênita - Mãe realizou o Pré-Natal.....	41

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AME	Ambulatório Médico de Especialidades
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
COHAB	Conjunto Habitacional
ECDV	Centro Europeu de Prevenção e Controle e Doenças
ESF	Estratégia Saúde da Família
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HSB	Homem que faz Sexo com Homem/Homossexual
ITM	Instituto de Medicina de Antuerpia
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
NS	Neuro Sífilis
NV	Nascidos Vivos
OMS	Organização Mundial da Saúde
PPA	Plano Plurianual
PVHA	Pessoas Vivendo com HIV/AIDS
RKI	Instituto Robert Kods
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SINAN	Sistema de Agravos de Notificação
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SNC	Sistema Nervoso Central
SP	São Paulo
SUS	Sistema Único de Saúde
<i>T. pallidum</i>	<i>Treponema pallidum</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TR	Teste Rápido
TV	Transmissão Vertical
UBS	Unidade Básica de Saúde

UF	Unidade Federativa
UNFPA	Fundo de População das Nações Unidas
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
VDRL	Venereal Disease Research Laboratory é o teste laboratorial para identificação de pacientes com Sífilis
VO	Via Oral

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	16
2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	18
2.1. Sífilis.....	18
2.2. Transmissão.....	20
2.3. Diagnóstico.....	20
2.4. Tratamento.....	21
2.5. Sífilis no mundo e no Brasil.....	21
3. OBJETIVOS.....	27
3.1. Objetivo Geral	27
3.1.1. Objetivos Específicos.....	27
4. METODOLOGIA.....	28
4.1 Tipo de Estudo	28
4.2 Caracterizando o Cenário	28
4.3 Variáveis coletadas.....	29
4.4 Coleta de dados e análise estatística.....	30
4.5 Aspectos Éticos.....	30
5. RESULTADOS	31
5.1. Sífilis Adquirida.....	31
5.2. Sífilis em Gestantes	34
5.2.1. Sífilis Congênita	38
6. DISCUSSÃO.....	42
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	51
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	52
ANEXO I – FICHA DE NOTIFICAÇÃO/CONCLUSÃO - SINAN	59
ANEXO II – FICHA DE NOTIFICAÇÃO/INVESTIGAÇÃO DE SÍFILIS EM GESTANTES - SINAN.....	60
ANEXO III – FICHA DE NOTIFICAÇÃO/INVESTIGAÇÃO DE SÍFILIS CONGÊNITA - SINAN	64
ANEXO IV – UNIDADES DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE FERNANDÓPOLIS CONTENDO LOCALIZAÇÃO E TELEFONE.....	64
ANEXO V – AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	66
ANEXO VI – DISPENSA DO TCLE	67

1. INTRODUÇÃO

Nas últimas duas décadas, houve um ressurgimento mundial de infecções causadas por *Treponema pallidum* subsp. *pallidum*, a espiroqueta que causa a sífilis. Esta bactéria apresenta capacidade de disseminação precoce e evasão imunológica, suas manifestações clínicas resultam de respostas inflamatórias locais a espiroquetas em replicação e muitas vezes imitam as de outras doenças (RADOLF et al., 2016; PEELING et al., 2017). A espiroqueta tem um longo período latente, durante o qual os indivíduos não apresentam sinais ou sintomas e representa um desafio especial para o diagnóstico, uma vez que o paciente geralmente é assintomático e ainda infeccioso (PADHIYAR et al., 2019).

Apesar dos muitos obstáculos ao estudo da patogênese da sífilis, principalmente da incapacidade de cultivar e manipular geneticamente *T. pallidum*, nos últimos anos, houve um progresso considerável na elucidação das características estruturais, fisiológicas e reguladoras da patogenicidade (WHO, 2017, ROCHA et al., 2018, CDC, 2019a; VAZQUEZ; SPITERI; GAUCI, 2019)

A sífilis, uma doença crônica de vários estágios, é normalmente transmitida por contato sexual, pela placenta durante a gravidez ou pós-parto, por uma mãe infectada. Devido ao seu impacto durante a gravidez (sífilis gestacional); especialmente porque esta doença pode afetar o desenvolvimento de fetos e neonatos (transmissão de mãe para filho), aumentando a suscetibilidade ao aborto, parto prematuro, malformações esqueléticas, meningite e pneumonia. Em crianças pode interferir no desenvolvimento e, em alguns casos, pode levar à morte (PEELING; MABEY, 2016; CHOUDHRI et al., 2018).

A sífilis é considerada um problema preocupante de saúde pública, pois leva a um aumento significativo no risco de infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), uma vez que a entrada do HIV é mais fácil através de lesões sífilíticas. Para as populações mais vulneráveis, como os homossexuais (HSH), as taxas de infecção são mais altas (SCHILLINGER et al., 2018). Além disso, a sífilis congênita é responsável por altas taxas de morbimortalidade e uma taxa de aborto, morte fetal e morte neonatal de até 40% (HO; LUKEHART, 2011, KOJIMA; KLAUSNER, 2018). A prevalência global está estimada em 36 milhões de casos e uma incidência anual de aproximadamente 12 milhões de casos. (WHO, 2017; CDC, 2019b.c).

Atualmente há disponibilidade de testes simples de diagnóstico da sífilis, por tanto controle da doença depende, principalmente, da identificação e do tratamento de indivíduos infectados e de seus contatos com a penicilina G, medicamento de primeira linha para todas as fases da sífilis (WHO, 2017, CDC, 2019a). O medicamento de segunda linha para terapia é a azitromicina, no entanto a emergência de resistência clinicamente significativa de *Treponema pallidum* subsp. *pallidum* a este antibiótico, resultou em falhas no tratamento, impedindo assim o uso rotineiro do mesmo (STAMM, 2015).

A propagação e a prevalência de doenças infecciosas estão relacionadas a certos determinantes sociais que se combinam com fatores de risco comportamentais e condições ambientais. Interações entre as características do patógeno individual e as normas e padrões sociais de comportamento podem influenciar na epidemiologia da sífilis (HOGBEN; LEICHLITER, 2008). Segundo Newman et al., (2015), determinantes severos estão associados à disseminação da sífilis; estes incluem a pobreza, a idade, a migração, o status socioeconômico. Por tanto, a falta de recursos e a desigualdade na distribuição desses têm sido associados a comportamentos sexuais de risco, falta de cuidado com as consequências. Isso é particularmente evidente para a sífilis, onde a menor renda está associada ao aumento da prevalência.

Segundo Kojima; Klausner (2018) a sífilis continua causando morbimortalidade em todo o mundo, e embora a doença seja facilmente identificável e tratável, as taxas de infecção por sífilis continuam aumentando entre populações selecionadas em países de alta renda, como Canadá e Estados Unidos, e permanecem em níveis endêmicos em municípios de baixa e média renda. No entanto, as estratégias recomendadas pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 2017) levaram à dupla eliminação da transmissão de mãe para filho da sífilis e do HIV em vários países, no entanto os surtos entre populações selecionadas precisam ser adequadamente abordados, sendo necessários vigilância e investimentos contínuos para lidar com a sífilis em todo o mundo.

De acordo com Kebede et al. (2019) a compreensão da epidemiologia da sífilis em todos e entre grupos específicos da população é essencial para países em desenvolvimento para alocar recursos e direcionar estratégias específicas de prevenção e controle desta doença sexualmente transmissível.

2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1. Sífilis

É uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST) curável e exclusiva do ser humano, causada pela bactéria *Treponema pallidum*. Caracteriza-se por ser um microrganismo espiralado, fino, que gira em torno do seu maior comprimento e que faz movimentos característicos para frente e para trás que visam facilitar a sua penetração nos tecidos do organismo hospedeiro. A motilidade, a capacidade de aderir às células e a quimiotaxia contribuem para a virulência desse patógeno, resultando na extrema capacidade de invasão, rápida fixação em superfícies celulares e penetração nas junções endoteliais e nos tecidos. Possui baixa resistência ao meio ambiente, ressecando-se rapidamente. É também muito sensível à ação do sabão e de outros desinfetantes, podendo sobreviver por até 10 horas em objetos úmidos. Possui dimensões de largura e comprimento abaixo da resolução de microscopia de campo claro. Por não ser possível o seu cultivo in vitro, os estudos com esse patógeno são restritos. (Ministério da Saúde, 2016).

A Sífilis pode apresentar várias manifestações clínicas e diferentes estágios (sífilis primária, secundária, latente e terciária). (Ministério da Saúde, 2018).

Sífilis primária: Após a infecção, ocorre um período de incubação entre 10 e 90 dias. O primeiro sintoma é o aparecimento de uma lesão única no local de entrada da bactéria. A lesão denominada cancro duro ou protossifiloma é indolor, tem a base endurecida, contém secreção serosa e muitos treponemas. A lesão primária se cura espontaneamente, num período aproximado de duas semanas. As lesões sífilíticas facilitam a entrada do vírus da imunodeficiência humana – HIV. As análises de pacientes com infecção simultânea por HIV e *T. pallidum* indicam alterações tanto na resposta imune humoral do paciente quanto na resposta à terapia para sífilis. Além disso, a sífilis acelera a evolução para AIDS e a infecção pelo HIV altera a história natural de sífilis. (Ministério da Saúde, 2010).

Sífilis secundária: Quando a sífilis não é tratada na fase primária, evolui para sífilis secundária, período em que o treponema já invadiu todos os órgãos e líquidos do corpo. Nesta fase, aparece como manifestação clínica o exantema (erupção) cutâneo, rico em treponemas e se apresenta na forma de máculas, pápulas ou de

grandes placas eritematosas branco-acinzentadas denominadas condiloma lata, que podem aparecer em regiões úmidas do corpo. (Ministério da Saúde, 2018).

Sífilis latente: Se não houver tratamento, após o desaparecimento dos sinais e sintomas da sífilis secundária, a infecção entra no período latente, considerado recente no primeiro ano e tardio após esse período. A sífilis latente não apresenta qualquer manifestação clínica. (Ministério da Saúde, 2010).

Sífilis terciária: A sífilis terciária pode levar dez, vinte ou mais anos para se manifestar. A sífilis terciária se manifesta na forma de inflamação e destruição de tecidos e ossos. É caracterizada por formação de gomas sífilíticas, tumorações amolecidas vistas na pele e nas membranas mucosas, que também podem acometer qualquer parte do corpo, inclusive no esqueleto ósseo. As manifestações mais graves incluem a sífilis cardiovascular e a neurosífilis. (Ministério da Saúde, 2019).

Nos estágios primário e secundário da infecção, a possibilidade de transmissão é maior. A sífilis pode ser transmitida por relação sexual sem camisinha com uma pessoa infectada ou para a criança durante a gestação ou parto. (Ministério da Saúde, 2018).

A sífilis é uma doença de evolução lenta. Quando não tratada, alterna períodos sintomáticos e assintomáticos, com características clínicas, imunológicas e histopatológicas distintas. (Ministério da Saúde, 2019)

A infecção por sífilis pode colocar em risco não apenas a saúde do adulto, como também pode ser transmitida para o bebê durante a gestação. O acompanhamento das gestantes e parcerias sexuais durante o pré-natal previne à sífilis congênita e é fundamental. (PEELING; MABEY, 2016; CHOUDHRI et al., 2018)

Sífilis congênita: Trata-se da infecção do feto em decorrência da passagem do *treponema* pela placenta. (Ministério da Saúde, 2019).

Neurosífilis: Ao invadir o sistema nervoso central (SNC), o *Treponema pallidum* pode determinar quadros clínicos variados, desde apenas alterações líquóricas, em indivíduos assintomáticos, até quadros graves como a paralisia geral progressiva. A estas diversas formas de comprometimento do SNC dá-se a designação genérica de neurosífilis (NS). As manifestações clínicas da NS expressam-se comumente durante a fase terciária da doença. Elas podem ser classificadas em meningovasculares ou parenquimatosas. As formas meningovasculares manifestam-

se como meningites subagudas, arterites e mielopatias progressivas. (KNELL, 2014; FRANCO, 2004)

2.2. Transmissão

A sífilis é transmitida predominantemente e pelo contato sexual. O contágio é maior nos estágios iniciais da infecção, sendo reduzido gradativamente à medida que ocorre a progressão da doença (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2015; BRASIL, 2015a).

Não existe vacina contra a sífilis, e a infecção pela bactéria causadora não confere imunidade protetora. Isso significa que as pessoas poderão ser infectadas tantas vezes quantas forem expostas ao *T. pallidum*. Outra forma de transmissão da sífilis é a que ocorre através da placenta durante a gestação, quando a gestante portadora de sífilis não é tratada ou quando realiza o tratamento de maneira inadequada. A transmissão pelo contato do recém-nascido com lesões genitais no momento do parto também pode acontecer, mas é menos frequente. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016)

Ainda de acordo com o MINISTÉRIO DA SAÚDE (2016). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais, 2016, a transmissão por transfusão sanguínea, embora possível, é rara, devido à triagem rigorosa das bolsas de sangue quanto à presença de agentes infecciosos, como o *T. pallidum*, e pelo pouco tempo de sobrevivência da bactéria fora do organismo humano, especialmente em baixas temperaturas, como as usadas para a conservação das bolsas de sangue.

2.3 Diagnóstico

Para o diagnóstico da sífilis, é importante que se considere cada estágio da doença, pois eles possuem particularidades que podem interferir na escolha do(s) teste(s).

O Sistema Único de Saúde (SUS) possui testes não treponêmicos (VDRL, RPR, TRUST e USR) e testes treponêmicos para sífilis (teste rápido, FTA-ABS, ELISA, EQL, TPHA, TPPA, MHA-TP) incorporados na sua lista de procedimentos. O

Ministério da Saúde adquire e fornece testes rápidos para sífilis aos serviços de saúde. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

2.4 Tratamento

De acordo com o Ministério da Saúde, 2019 e o World Health Organization. Global health sector strategy on sexually transmitted infections, 2016, a penicilina é o medicamento de escolha para o tratamento da sífilis. Níveis de penicilina superiores a 0,018 mg por litro são considerados suficientes e devem ser mantidos por pelo menos sete a 10 dias na sífilis recente, e por duração mais longa na sífilis tardia. As recomendações a seguir satisfazem esses padrões.

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). Alternativa: Doxiciclina 100 mg, VO, 2xdia, por 15 dias (exceto para gestantes); Ceftriaxona 1g, IV ou IM, 1xdia, por 8 a 10 dias para gestantes e não gestantes.

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. Dose total de 7,2 milhões UI. Alternativa: Doxiciclina 100 mg, VO, 2xdia, por 30 dias (exceto para gestantes); Ceftriaxona 1g, IV ou IM, 1xdia, por 8 a 10 dias para gestantes e não gestantes.

Neurossífilis: 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. Alternativa: Ceftriaxona 2 g, IV ou IM, 1xdia, por 10 a 14 dias.

2.5 Sífilis no Mundo e no Brasil

As infecções sexualmente transmissíveis (IST) são consideradas um problema de saúde pública e estão entre as patologias transmissíveis mais comuns, afetando a saúde e a vida das pessoas em todo o mundo. As IST têm um impacto direto sobre a saúde reprodutiva e infantil, porquanto acarretam infertilidade e complicações na gravidez e no parto, além de causar morte fetal e agravos à saúde da criança. Elas

também têm um impacto indireto na facilitação da transmissão sexual do vírus da imunodeficiência humana (HIV). (Ministério da Saúde, 2019)

Em maio de 2016, a Assembleia Mundial de Saúde adotou a estratégia 2016–2021 do setor global de saúde para as IST. Essa estratégia inclui a expansão de intervenções e serviços baseados em evidências para controlar as IST e diminuir seu impacto como problema de saúde pública até 2030. A estratégia definiu metas para a redução na incidência de gonorreia e sífilis em adultos e recomendou a realização de levantamento de incidências globais de IST até 2018. (Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico de Sífilis, 2019; World Health Organization. Global health sector strategy on sexually transmitted infections, 2016)

A sífilis é a terceira infecção sexualmente transmissível (IST) notificada mais comumente relatada no Canadá, após clamídia e gonorreia, respectivamente. As taxas dessa IST têm aumentado rapidamente no Canadá desde 2001. As taxas de sífilis continuam aumentando no Canadá, especialmente entre homens jovens, e isso é consistente com as tendências nos Estados Unidos da América e na União Europeia. Com base em dados do Canadá e dessas regiões, acredita-se que o comportamento sexual de homens que fazem sexo com homens (HSH) seja um importante fator de risco para sífilis. (CHOUDHRI et al. 2018; WONG et al. 2010)

A descoberta da penicilina levou a um declínio acentuado da sífilis em todo o mundo, exceto na África. Em um novo estudo, o professor Kenyon (2016), do Instituto de Medicina Tropical de Antuérpia (ITM), descreve as diferentes taxas de declínio da sífilis em todo o mundo.

Novas estimativas publicadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) mostram que, em 2016, havia mais de meio milhão (aproximadamente 661 mil) de casos de sífilis congênita no mundo, resultando em mais de 200 mil natimortos e mortes neonatais. (TORRONE, et al.,2018)

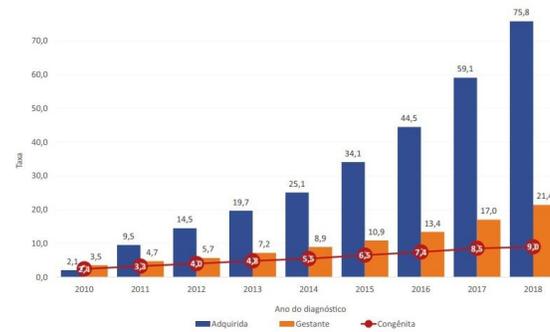
Durante o período gestacional, a sífilis causa aproximadamente 300.000 mortes fetais e neonatais por ano no mundo e aumenta o risco de morte prematura em outras 215.000 crianças. Na última década, no Brasil, observou-se aumento de notificações de casos de sífilis adquirida, sífilis em gestantes e sífilis congênita, que pode ser atribuído, em parte, ao aprimoramento do sistema de vigilância e à ampliação da utilização de testes rápidos. (Ministério da Saúde, 2018; UNEMO, 2017)

As infecções sexualmente transmissíveis (DSTs) e a vaginose bacteriana (BV) podem resultar em uma série de consequências sexuais, reprodutivas e de saúde materno-infantil. Existem poucos estudos populacionais de prevalência de IST em países de baixa e média renda. (TORRONE, et al., 2018)

A notificação compulsória de sífilis congênita em todo o território nacional foi instituída por meio da Portaria nº 542, de 22 de dezembro de 1986; a de sífilis em gestantes, mediante a Portaria nº 33, de 14 de julho de 2005; e, por último, a de sífilis adquirida, por intermédio da Portaria nº 2.472, de 31 de agosto de 2010. Atualmente, a portaria vigente que define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional e dá outras providências é a Portaria de Consolidação nº 4, de 28 de setembro de 2017. (Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico de Sífilis, 2019; Portaria nº 542, 1986; Portaria nº 33, 2005; Portaria nº 2.472, 2010)

Os critérios de definição de casos de sífilis adquirida, sífilis em gestantes e sífilis congênita foram alterados, por meio da Nota Informativa nº 2, de 19 de setembro de 2017, a fim de proporcionar adequação da sensibilidade na captação de casos de sífilis congênita e diminuir a subnotificação de casos de sífilis em gestantes. Assim, na definição de caso de sífilis congênita, deixou-se de considerar o tratamento da parceria sexual da mãe; e no caso de sífilis em gestantes, definiu-se que todas as mulheres diagnosticadas com sífilis durante o pré-natal, parto e/ou puerpério devem ser notificadas como caso de sífilis em gestantes, e não como sífilis adquirida. (Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico de Sífilis, 2018; MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais, 2017)

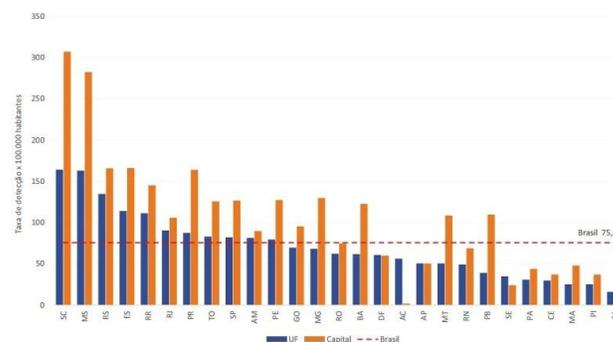
No Brasil, observou-se a evolução das taxas de sífilis entre 2010 a 2018. Nesse período, verificou-se que a incidência de sífilis congênita aumentou 3,8 vezes, passando de 2,4 para 9,0 casos por mil nascidos vivos, e a taxa de detecção de sífilis em gestantes aumentou 6,1 vezes, passando de 3,5 para 21,4 casos por mil nascidos vivos. A sífilis adquirida, agravo de notificação compulsória desde 2010, teve sua taxa de detecção aumentada de 34,1 casos por 100.000 habitantes em 2015 para 75,8 casos por 100.000 habitantes em 2018. (Ministério da Saúde, 2019) (Figura 1)



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), atualizado em 30/06/2019.

Figura 1 - Taxa de detecção de sífilis adquirida (por 100.000 habitantes), taxa de detecção de sífilis em gestantes e taxa de incidência de sífilis congênita (por 1.000 nascidos vivos), segundo ano de diagnóstico. Brasil, 2010 a 2018.

No período de 2010 a junho de 2018, no Brasil foi notificado pelo SINAN um total de 650.258 casos de sífilis adquirida. A taxa de detecção mais elevada foi observada em Santa Catarina (164,1 casos/100.000 hab.) e a mais baixa em Alagoas (16,1 casos/100.000 hab. (Ministério da Saúde, 2019) (Figura 2)



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), atualizado em 30/06/2019.

Figura 2 - Taxas de detecção de sífilis adquirida (por 100.000 habitantes) segundo UF e capitais. Brasil, 2018

Em relação à sífilis em gestantes, observa-se que os estados do Rio de Janeiro, Acre, Mato Grosso do Sul, Espírito Santo, Rio Grande do Sul, Tocantins, Santa Catarina e Pernambuco apresentam taxas de detecção superiores à média do Brasil. Quanto à sífilis congênita, os estados com taxas maiores que a média nacional é Rio de Janeiro, Espírito Santo, Rio Grande do Sul, Tocantins,

Pernambuco, Amazonas, Sergipe, Minas Gerais, Rio Grande do Norte, Ceará e Piauí. (Ministério da Saúde, 2019) (Figura 3)

Dados analisados observando as taxas de detecção de sífilis em gestantes e de incidência de sífilis congênita por 1.000 nascidos vivos, segundo Unidade Federativa (UF) taxas do país.

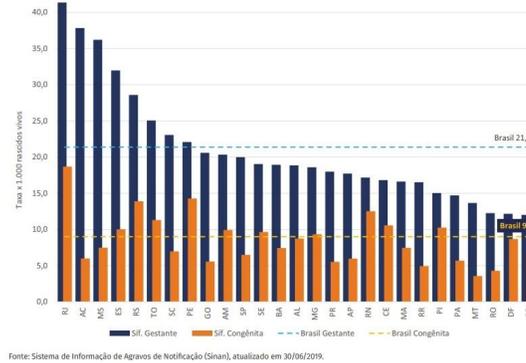


Figura 3 - Taxa de detecção de sífilis em gestantes e taxa de incidência de sífilis congênita por 1.000 nascidos vivos, segundo UF. Brasil, 2018

Em relação às UF, a taxa de detecção mais elevada para sífilis em gestantes, em 2018, foi observada no Rio de Janeiro (41,4 casos/1.000 nascidos vivos, com incremento de 16,3% em relação ao ano anterior), e a mais baixa no Distrito Federal (12,2 casos/1.000 nascidos vivos. Oito estados brasileiros apresentaram taxa de detecção em gestantes acima da taxa nacional. (Ministério da Saúde, 2019) (Figura 4)

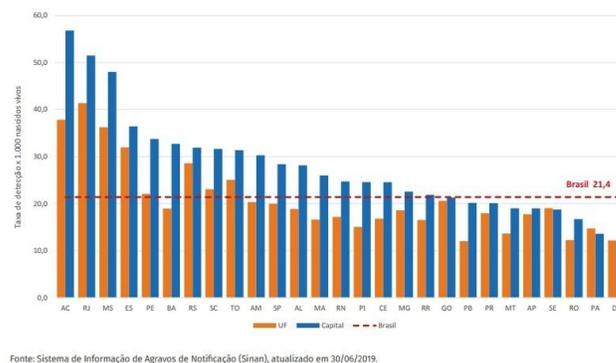


Figura 4 - Taxa de detecção de sífilis em gestantes (por 1.000 nascidos vivos) por região e ano de diagnóstico. Brasil, 2008 a 2018

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo Geral

- Analisar o perfil epidemiológico dos casos de Sífilis notificados à Secretaria Municipal de Saúde de Fernandópolis, no período de Janeiro de 2011 à Dezembro de 2018.

3.2 Objetivos Específicos

- Descrever o perfil epidemiológico da população notificada em relação à idade.
- Descrever o perfil epidemiológico da população notificada em relação aos aspectos raciais.
- Descrever o perfil epidemiológico da população notificada em relação ao sexo.
- Descrever o perfil epidemiológico da população notificada em relação à escolaridade.
- Listar os bairros onde houve notificações para sífilis em gestantes e sífilis congênita.
- Listar as principais formas de encerramento dos casos.

4. METODOLOGIA

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo observacional descritivo retrospectivo, no qual foi analisado o perfil epidemiológico dos casos de sífilis notificados no município de Fernandópolis (SP), a partir dos dados fornecidos pela Vigilância Epidemiológica Municipal, por meio de informações contidas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). A população do estudo constitui-se dos casos de sífilis adquirida, gestacional e congênita registrados pelo município, no período de Janeiro de 2011 a Dezembro de 2018. Anteriormente ao ano de 2011, os casos não eram notificados no SINAN.

4.2 Caracterização do Cenário

Fernandópolis é um município brasileiro situado no noroeste do estado de São Paulo, localizado a uma altitude de 535 metros. Tem uma população de 69.116 habitantes (IBGE/2019) e área de 549 797 km², com densidade demográfica de 117,62 hab/km². Localiza-se a 554 km da cidade de São Paulo. O município é formado pela sede e pelo distrito de Brasitânia. Foi fundada em 22 de maio de 1939. Em 1938, Carlos Barozzi fundou o patrimônio que levou seu nome, mais tarde denominado Brasilândia. Próximo a este núcleo, Joaquim Antônio Pereira determinou o levantamento topográfico de uma área destinada à implantação do patrimônio Vila Pereira, tendo erguido um cruzeiro em 1939, e construído uma capela, mais tarde demolida para construção da Igreja matriz. Em 1943, as vilas receberam a visita do interventor federal Fernando Costa, que governou o estado de São Paulo entre 1941 e 1945. Por sugestão deste, os fundadores uniram as vilas, dando origem a Fernandópolis, cujo nome foi escolhido em homenagem ao Interventor. Em 30 de novembro de 1944, Fernandópolis foi elevada a distrito do município de Tanabi. Em 1º de janeiro de 1945, o distrito foi elevado a município. (IBGE, 2019)

Esse contingente populacional dispõe dos serviços de saúde oferecidos por: 01 hospital (Santa Casa de Misericórdia de Fernandópolis) com 126 leitos cadastrados no SUS, 18 Unidades Básicas de Saúde, 01 Centro de Atenção de

Doenças Infecto Contagiosas (CADIP) e 01 ESF – Estratégia Saúde da Família. Os atendimentos de emergência são realizados pelo SAMU (Serviço de atendimento Móvel de Urgência), Pronto Socorro da Santa Casa de Misericórdia ou pela UPA (Unidade de Pronto Atendimento). (Anexo IV)

Para assistência nas especialidades, Fernandópolis conta com a Unidade de Saúde do Por do Sol, AME (Ambulatório Médico de Especialidades), CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), CADIP (Centro de Atendimento às Doenças Infectocontagiosas e Parasitárias).

No município, os pacientes com suspeita de sífilis são notificados pela UBS de correspondência e é realizado o exame para diagnóstico (teste rápido). Havendo confirmação, o paciente passa a ser acompanhado pela Equipe de Estratégia da Saúde da Família (ESF), por meio dos ACSs, que realizam visitas domiciliares. O tratamento é iniciado de imediato.

Os dados do presente estudo foram coletados por meio das fichas de notificação do SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação), cedidas pela Secretaria Municipal de Saúde de Fernandópolis - SP. Foi analisada a frequência da distribuição das variáveis de maior interesse disponível no banco de dados, como: sexo, faixa etária, raça, escolaridade e a existência da co-infecção com outra DST. Também foi observada a distribuição espacial da doença no município (para as notificações de sífilis em gestante e congênita). Não há informações no banco de dados referentes a bairros para notificações para sífilis adquirida.

A pesquisa foi realizada junto a Secretaria Municipal de Saúde de Fernandópolis/SP. A instituição forneceu os dados necessários, tornando o projeto viável.

Com esta pesquisa conseguiu-se definir o perfil dos indivíduos acometidos pela sífilis em seus três tipos (adquirida, em gestantes e congênitas), bem como a distribuição demográfica dos casos de sífilis em gestantes e sífilis congênita no município de Fernandópolis, estabelecendo, assim, estratégias de saúde específicas e pontuais aos grupos mais susceptíveis.

4.3 Variáveis coletadas

Neste estudo foram consideradas as seguintes variáveis:

Sócio demográficas

- Número de casos notificados: quantidade por ano
- Sexo: masculino, feminino.
- Idade: em anos completos - divididos e agrupados a cada 10 anos
- Raça/cor: branca, preta, pardo, amarelo.
- Escolaridade: níveis

Clínico-epidemiológicas

- Condição de encerramento: óbito, cura, transferência e abandono
- Informações incompletas: dados classificados na ficha como “sem resposta” e “ignorado”.

4.4 Coleta de dados e análise estatística

A coleta de dados ocorreu entre 05 de fevereiro a 01 de Abril de 2019, no prédio físico da Vigilância em Saúde, localizado na Rua São Paulo, nº 2570, Coester, Fernandópolis/SP, pelo acesso as fichas de notificação do SINAN, com autorização prévia da Secretaria Municipal de Saúde, concedida pelo Sr. Secretário. As variáveis sócio demográficas e clínicas epidemiológicas foram analisadas por técnicas de estatística descritiva contemplando a frequência absoluta e relativa dos dados. Os dados foram analisados e agrupados em gráficos com o auxílio do programa Microsoft Office Excel 2016.

4.5 Aspectos Éticos

Para a realização do referido estudo, utilizou-se exclusivamente informações das fichas de notificação compulsória da Sífilis, por meio do Programa SINAN, não envolvendo a identificação dos doentes. Foi solicitada a dispensa do termo de consentimento livre e esclarecido devido à garantia do sigilo.

5. RESULTADOS

5.1 Sífilis Adquirida

No município de Fernandópolis, no período de Janeiro de 2011 a Dezembro de 2018, foram notificados 419 casos de sífilis, sendo 328 notificações de sífilis adquirida (78,28%), 65 de sífilis em gestantes (15,51%) e 26 de sífilis congênita (6,20%) - (Gráfico 1).

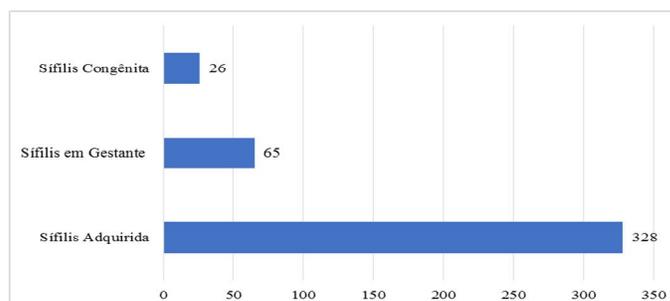


Gráfico 1: Total de notificações de sífilis no período de 2011 a 2018 no município de Fernandópolis-SP.

Fonte: Próprio autor (2019)

No Gráfico 2 são apresentados resultados do total de notificações de casos de sífilis por ano, foi considerada a somatória da sífilis adquirida, gestacional e congênita. Verificou-se maior número de notificações em 2015 (n= 86, 20,52%) e, menor número em 2012 (n= 16, 3,81%).

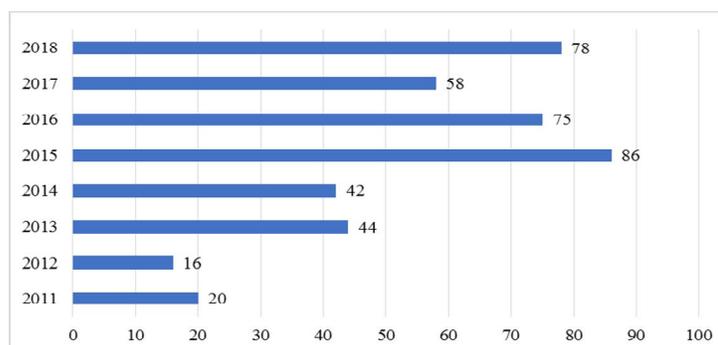


Gráfico 2: Número de casos de sífilis/ano notificados no município de Fernandópolis-SP

Fonte: Próprio autor (2019)

O Gráfico 3 apresenta o total de notificações para sífilis adquirida por ano. Verificou-se maior incidência em 2015 (n= 73, 22,25%), registrando-se menor incidência em 2012 (n= 10, 3,04%).

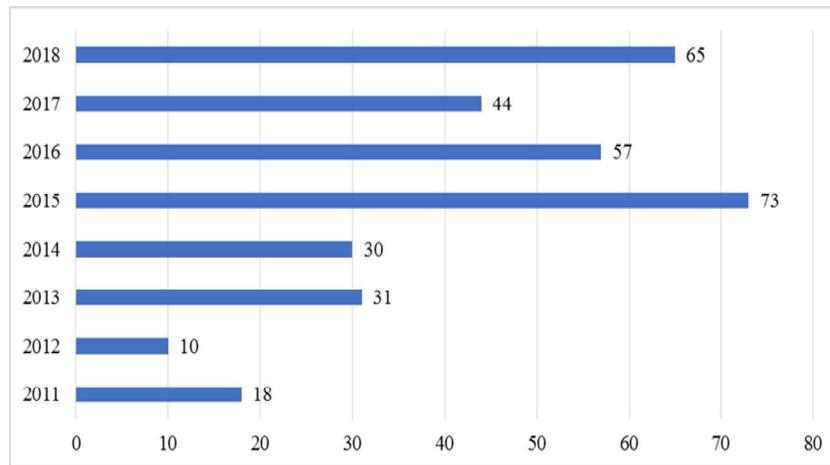


Gráfico 3: Incidência anual de sífilis adquirida no Município de Fernandópolis-SP

Fonte: Próprio autor (2019)

Uma vez avaliadas as fichas de notificação quanto a variável idade, verificou-se amplitude considerável nos dados, variando de 9 a 99 anos. Sendo assim, optou-se por apresentar esta variável agrupada em faixas etárias, com intervalos de 10 anos. A maior proporção dos casos de Sífilis em Fernandópolis ocorreu entre 20 a 29 anos (n= 112, 34,14%), seguido pela faixa de 30 a 39 anos (n= 82, 25%). Foi verificada uma notificação na faixa etária de 90 a 99 anos e duas notificações de 0 a 09 anos (Gráfico 4). Esta última informação leva a dúvida em relação a ter sido congênita, e se foi adquirida por algum motivo desconhecido, não registrado na ficha de notificação uma vez que a mesma, não possui campo para especificar esse levantamento. Apresenta o campo “Informações complementares e observações”, porém o mesmo não foi preenchido em nenhuma das 328 notificações.

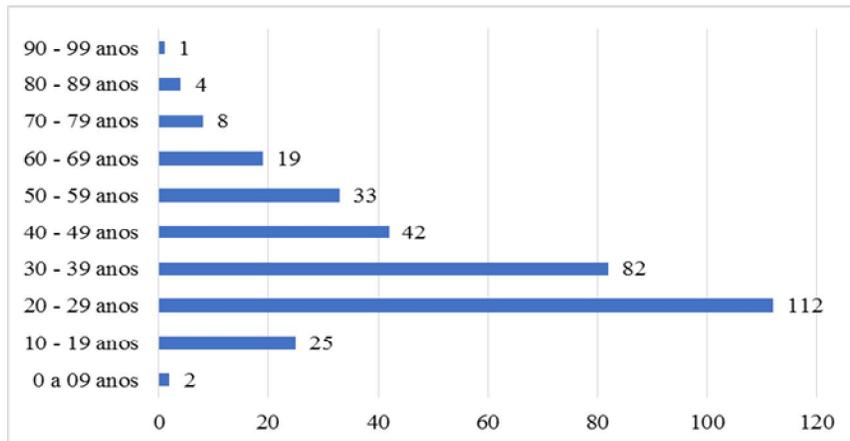


Gráfico 4: Distribuição por faixa etária dos indivíduos afetados por sífilis adquirida no Município de Fernandópolis-SP.

Fonte: Próprio autor (2019)

Em relação às variáveis sexo e raça, foi considerada a declaração do paciente no momento do preenchimento da ficha do SINAN. Entre os indivíduos afetados pela sífilis adquirida verificou-se predominância do sexo masculino (n=209, 63,71%) em relação ao feminino (n=119, 36,28%). Os resultados obtidos evidenciaram prevalência da raça branca (n=238, 72,56%), seguida da parda (n=70, 21,34%) (Gráfico 5).

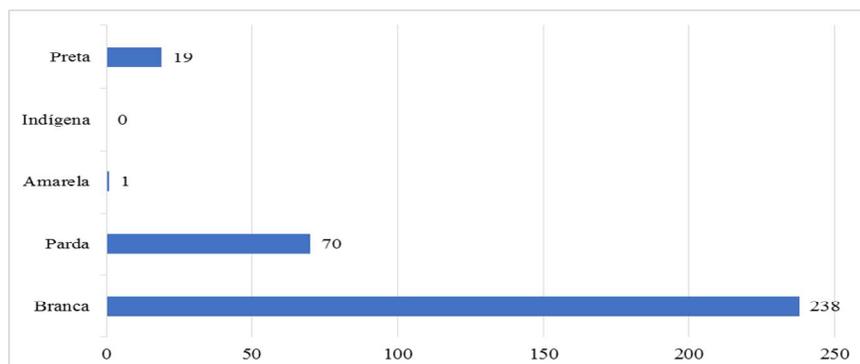


Gráfico 5: Distribuição por raça dos indivíduos afetados por sífilis adquirida no Município de Fernandópolis-SP.

Fonte: Próprio autor (2019)

O nível de escolaridade apresentou ampla variação (Gráfico 6), verificou-se maior número de notificações de indivíduos com Nível Básico – Ensino Médio Completo (n=126, 38,41%), seguido do Ensino Médio Incompleto (n=32, 9,75%).

Analisando o grau de escolaridade, se observou que as informações referentes ao grau de instrução estavam incompletas, uma vez que em 20 fichas foi registrado como “ignorada”, um como “não se aplica” e seis “em branco”. As pessoas notificadas como grau de escolaridade classificada como Analfabeto (menor grau de instrução) foram cinco, evidenciando que o nível de escolaridade não implica na adquirir esta doença sexualmente transmissível.

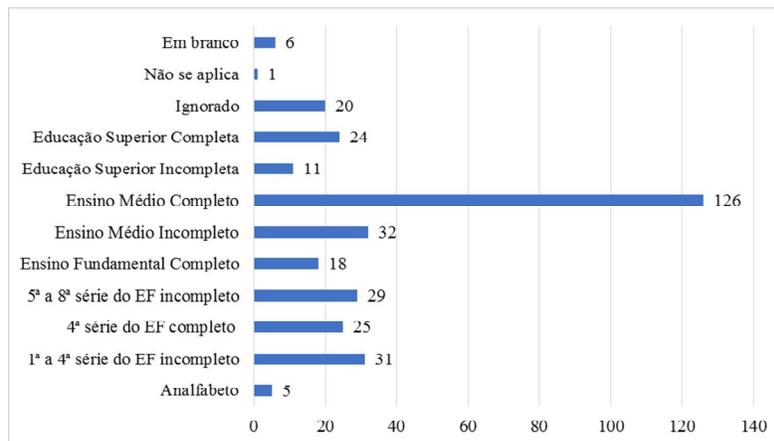


Gráfico 6: Grau de escolaridade dos indivíduos afetados por sífilis adquirida no Município de Fernandópolis-SP.

Fonte: Próprio autor (2019)

Em relação à condição de encerramento dos casos notificados em Fernandópolis e constantes nas fichas de notificação, 97,2% evoluíram para cura (n=319) e 2,8% foram classificados como “sem resposta” (n=09), evidenciando preenchimento incompleto ou deficiente das fichas de notificação.

Os casos sífilis adquirida autóctones foram predominantes (n=307), cinco casos foram registrados como “não” autóctone, enquanto que 13 foram classificados como “indeterminado” e três como “sem resposta”.

5.2 Sífilis em Gestantes ou Gestacional

As notificações de sífilis em gestantes totalizaram 65 casos, período de 2011 a 2018. O Gráfico 7 apresenta o total de notificações distribuídas por ano de ocorrência – quantidade total de notificações por ano. Verificou-se maior número de

notificações em 2016 (n=13, 20%), seguido de 2017, (n=12, 18,46%) e menor incidência em 2012 e 2013 (n=5, 7,69%).

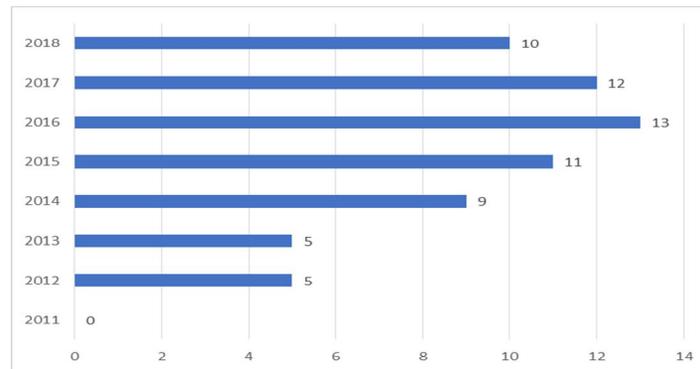


Gráfico 7: Incidência anual de sífilis em gestantes no Município de Fernandópolis-SP

Fonte: Próprio autor (2019)

Em relação a variável raça, foi considerada a declaração do paciente no momento do preenchimento da ficha do SINAN. A predominância é da raça branca (n=41, 63,07%), seguida da parda (n=19, 29,23%), sendo que a menor incidência foi observada na amarela com apenas 01 notificação (Gráfico 8).

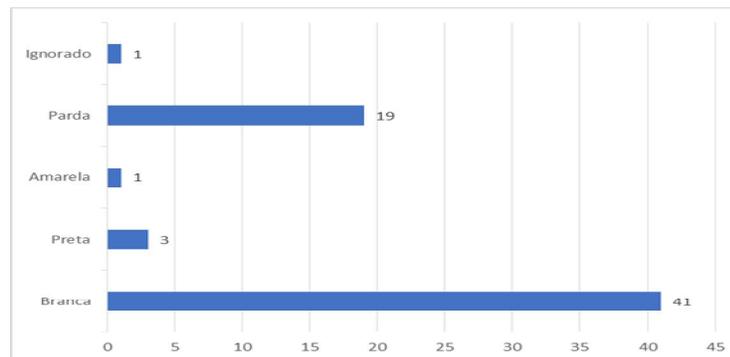


Gráfico 8: Distribuição por raça de gestantes afetadas por sífilis no Município de Fernandópolis-SP.

Fonte: Próprio autor (2019)

O nível de escolaridade apresentou ampla variação, evidenciando maior número de notificações em gestantes de nível básico – Ensino Médio Completo (n=21, 32,30%), seguido do Ensino fundamental Incompleto (n=12, 13,84%). Não

houve notificações em gestantes analfabetas. Verificou-se que houve 02 notificações em gestantes com grau de instrução ensino superior incompleto e 02 de ensino superior completo (3,07%), assim como 02 para ensino fundamental completo (3,07), evidenciando, que o grau de escolaridade não implica na falta de informações sobre a transmissão da doença (Gráfico 9)

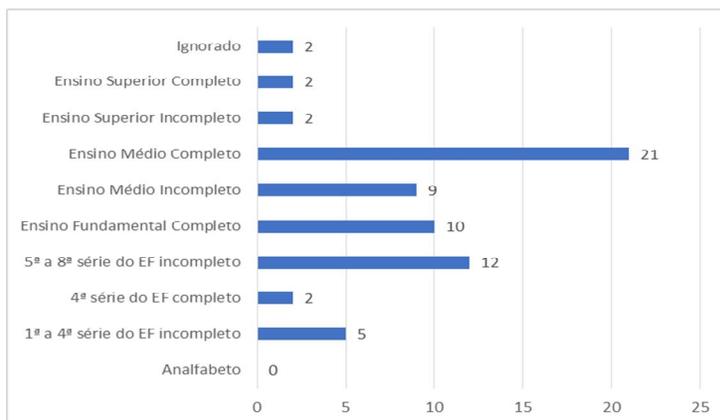


Gráfico 9: Grau de escolaridade de gestantes afetadas por sífilis no Município de Fernandópolis-SP.

Fonte: Próprio autor (2019)

A idade variou entre 10 e 49 anos. Optou-se por apresentar esta variável agrupada em faixas etárias, com intervalos de 10 anos. A maior proporção dos casos de sífilis em gestantes ocorreu entre 20 a 29 anos ($n=32$, 49,23%), seguido pela faixa de 30 a 39 anos ($n=20$, 30,76%). Verificaram-se onze ($n=11$, 16,92%) notificações na faixa etária de 10 a 19 anos e 02 na de 40 a 49 anos (3,07%) (Gráfico 10).

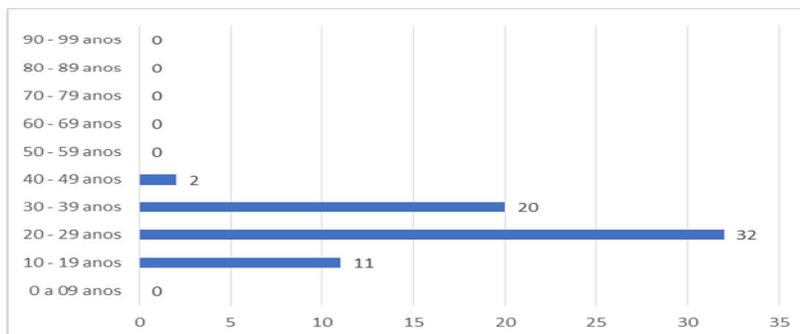


Gráfico 10: Distribuição por faixa etária das gestantes afetadas por sífilis no Município de Fernandópolis-SP.

Fonte: Próprio autor (2019)

A triagem para sífilis faz parte do exame de pré-natal e deve ser realizado no início da gravidez, e no início do 3º trimestre. As gestantes são inseridas no Programa SISPRENATAL. A idade gestacional é dividida em 1º trimestre, 2º trimestre e 3º trimestre. A predominância de notificações foi no início da gestação, correspondente ao 1º trimestre (n=36, 55,38%), seguido do 2º trimestre (n=19, 29,23%) e 3º trimestre (n=10, 15,38%) (Gráfico 11).

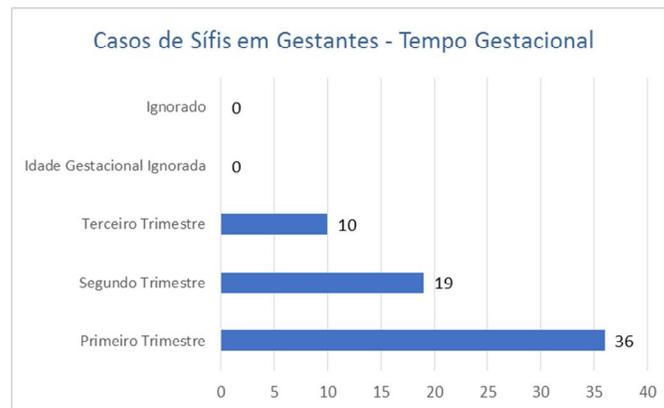


Gráfico 11: Distribuição por idade gestacional em mulheres grávidas afetadas por sífilis no Município de Fernandópolis-SP.

Fonte: Próprio autor (2019)

Nas notificações de sífilis em gestantes, foi possível identificar os bairros onde as mesmas residiam e não onde foram notificadas (UBS) – distribuição demográfica das notificações. No Gráfico 12 são apresentados os números de notificações por bairros do município de Fernandópolis – SP. (próxima página)

O bairro Brasilândia é o mais antigo do município (o município originou-se a junção da Brasilândia e Vila Pereira). Há uma escola no bairro, EE. Carlos Barozzi, instituição de ensino essa que recebe os detentos da Fundação Casa. Ao passar pelo bairro durante o dia é possível avistar usuários de drogas nos bancos da praça fazendo o uso do entorpecente. A marginalidade do local é considerada grande.

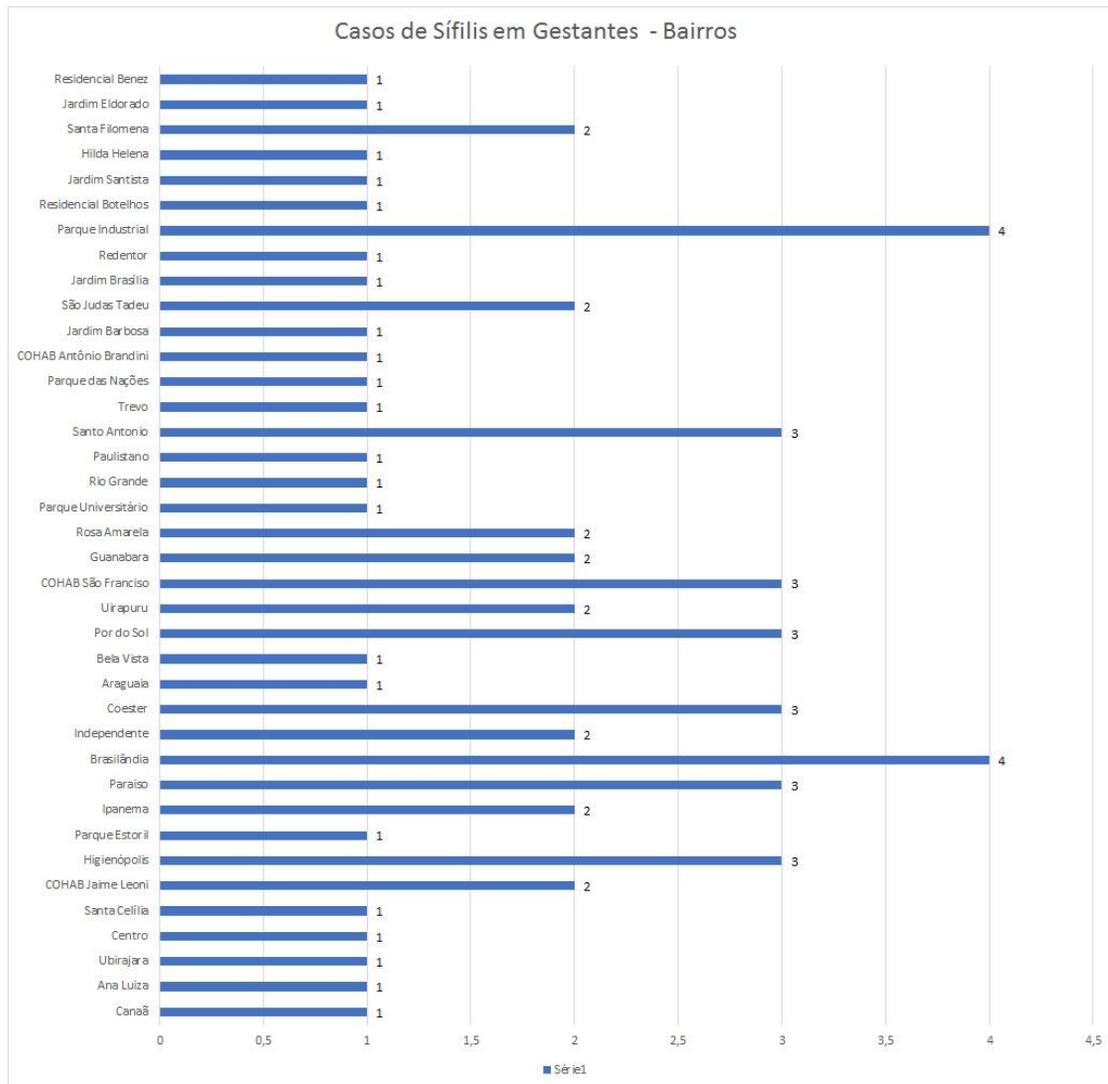


Gráfico 12: Distribuição por bairros das notificações de sífilis gestacional no Município de Fernandópolis-SP.

Fonte: Próprio autor (2019)

5.3 Sífilis Congênita

A Sífilis Congênita é consequência da disseminação do *Treponema pallidum* pela corrente sanguínea, transmitida pela gestante para o seu bebê. A infecção pode ocorrer em qualquer fase da gravidez, e o risco é maior para as mulheres com sífilis primária ou secundária. O total de notificações em Fernandópolis – SP, para sífilis congênita no período estudado foi de 26 notificações. O ano com maior incidência foi

2013 (n=8, 30,76%) seguido de 2016 (n=5, 19,23%). O de menor foi 2012 (n=1, 3,84%).

O Gráfico 13 evidencia o total de notificações distribuídas por ano.

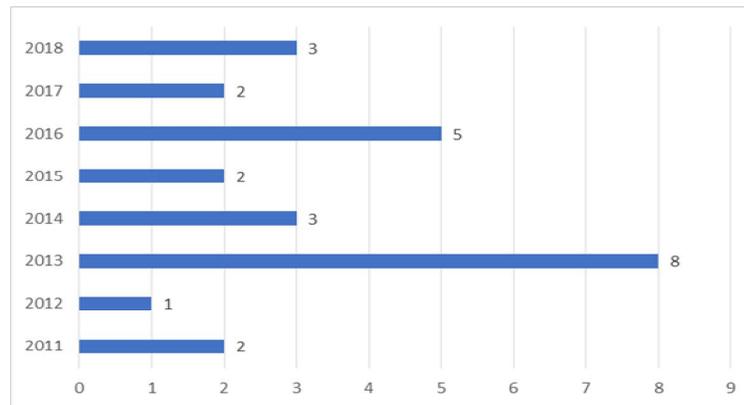


Gráfico 13: Distribuição anual das notificações de sífilis congênita no Município de Fernandópolis-SP.

Fonte: Próprio autor (2019)

Na variável raça, foi considerada a declaração do paciente no momento do preenchimento da ficha do SINAN. A predominância é da raça parda (n=16, 61,53%), seguida da branca (n=10, 38,46%). As demais raças não tiveram registros de notificações.

Em relação ao sexo dos bebês notificados para sífilis (Gráfico 14) verificou-se predominância do sexo masculino (n=17, 65,38%) em relação ao feminino (n=9, 34,61%).

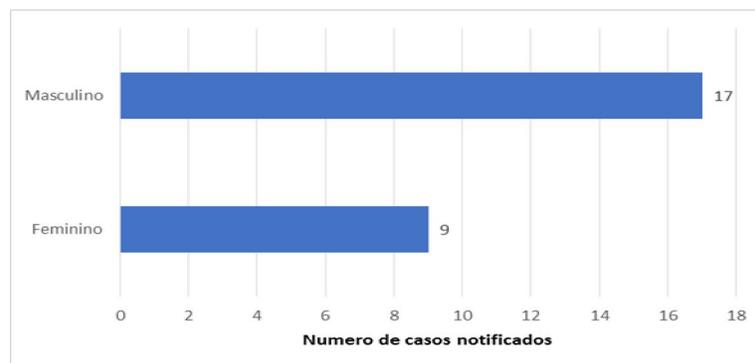


Gráfico 14: Distribuição por sexo dos casos notificados de sífilis congênita no Município de Fernandópolis-SP

Fonte: Próprio autor (2019)

As notificações de sífilis congênita são compulsórias, ou seja, é um registro que obriga e universaliza a comunicação para os órgãos responsáveis, visando o rápido controle de eventos que requerem pronta intervenção. Analisando os bairros onde esses bebês foram registrados como residentes, verificou-se somente 20 bairros com notificações, sendo o bairro Centro com maior número de notificações (Gráfico 15). Com estes dados foi evidente a existência de falhas no registro dessas informações, tendo em vista que o bairro Centro foi um dos bairros que não apresentou notificação para sífilis em gestantes (Gráfico 12).

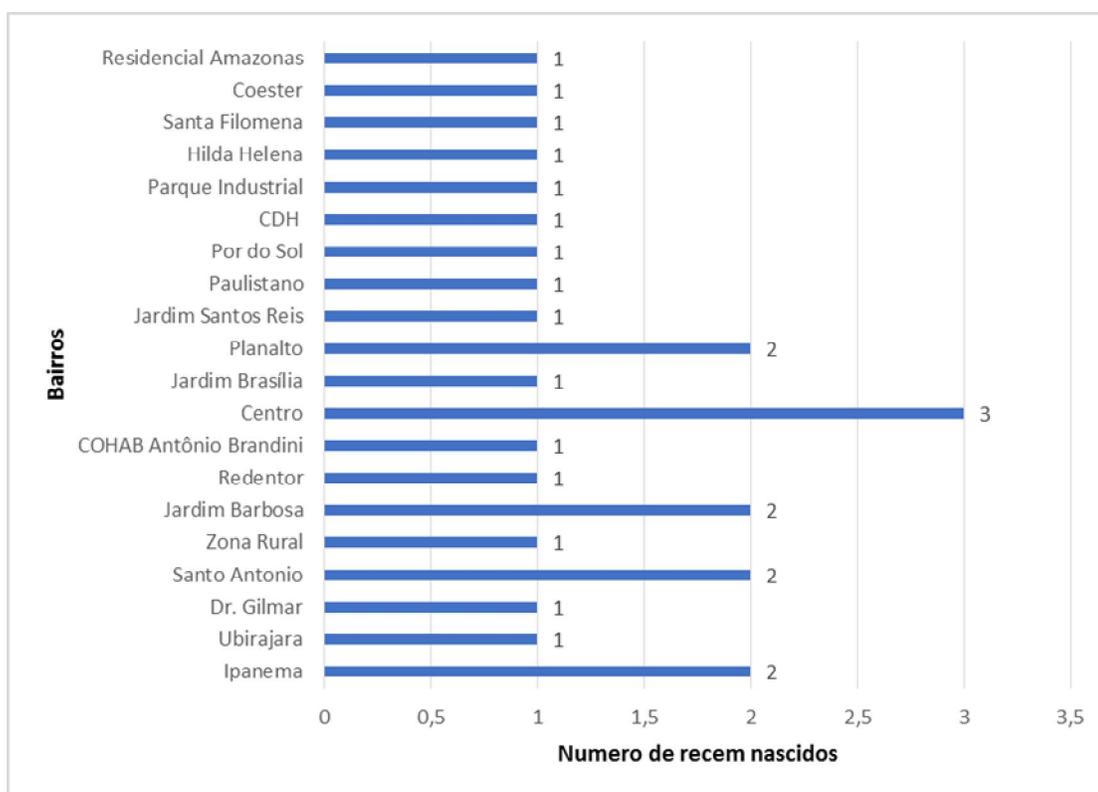


Gráfico 15: Distribuição por bairros dos casos notificados de sífilis congênita no Município de Fernandópolis-SP

Fonte: Próprio autor (2019)

Na Ficha de Notificação para Sífilis Congênita há o campo onde especifica se a mãe (gestante) realizou ou não o acompanhamento do pré-natal. O Gráfico 16 mostra essa quantidade, sendo que 25 (96,15%) realizaram o acompanhamento e 01 (3,84%) não realizou.

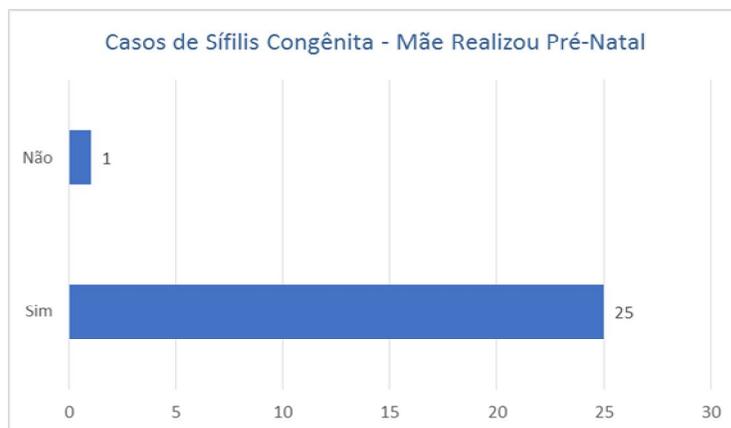


Gráfico 16: A mãe (gestante) realizou o acompanhamento do pré-natal.

Fonte: Próprio autor (2019)

A Ficha de notificação para sífilis congênita permite identificar quando ocorreu o diagnóstico da sífilis materna. Durante o acompanhamento do pré-natal, 23 mães foram diagnosticadas e no momento do parto/curetagem, três. Após o parto não houve nenhuma notificação.

O tratamento dos bebês diagnosticados com sífilis congênita mostrou que na maioria dos casos foi inadequado ($n=13$). Realizaram o tratamento adequado apenas seis crianças. Verificou-se que cinco que não realizaram o tratamento e dois foram classificados como “ignorado”, evidenciando o mau preenchimento das fichas, pois esse tipo de informação não deve ter esse encerramento (ignorado).

Em relação à condição de evolução dos casos notificados em Fernandópolis para sífilis congênita e constantes nesse estudo, vinte e dois bebês nasceram e permaneceram vivos, um aborto, três foram natimortos e não houve registros de óbitos tanto por sífilis congênita como por outra causas. 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.

6. DISCUSSÃO

A sífilis é uma doença infecciosa crônica, geralmente é transmitida sexualmente por contato com uma lesão ativa de um parceiro ou congênita de uma mulher grávida infectada para seu feto. Embora a sífilis ainda seja endêmica em muitos países em desenvolvimento, ressurgiu em vários países desenvolvidos. O ressurgimento da sífilis é uma grande preocupação para a saúde pública global, particularmente porque as lesões da sífilis precoce aumentam o risco de aquisição e transmissão de infecção pelo HIV (STAM, 2015).

A distribuição de infecções sexualmente transmissíveis assintomáticas varia em todo o mundo, e as condições sociais, econômicas e comportamentais influenciam sua epidemiologia. Portanto, em geral, países de baixa e média renda tem uma predominância maior em comparação aos países desenvolvidos (PEELING et al., 2017). Nas últimas décadas, a epidemia de infecções sexualmente transmissíveis assintomáticas, entre elas a sífilis, se estendeu profundamente ao Brasil, incluindo pequenas cidades e áreas rurais (ROCHA et al., 2018).

Estudos evidenciam que nos últimos anos a incidência de casos de sífilis adquirida aumentou consideravelmente em países desenvolvidos e em desenvolvimento. Em países de alta renda entre 2007 e 2018 foram detectados 25 surtos de sífilis. Os surtos foram notificados principalmente no Reino Unido, EUA e Austrália, com alguns também no Canadá, na Grécia e na Sérvia, sugerindo que pode haver muita sub-avaliação desses surtos em muitos países. Os maiores surtos foram registrados em 2016, na Flórida, EUA (n = 1357), Holanda entre 2011-2015 (n= 1123), Austrália, no período de 2011-2015 (n = 790), Londres, Reino Unido, 2001– 2010 (n = 778,) e extremo norte de Queensland, Austrália, entre 2015–2016 (n = 633). A maioria dos surtos ocorreu em ambientes urbanos, embora também tenham sido relatados surtos em áreas remotas ou rurais (BRIGHT; DUPS, 2016; SCHILLINGER et al, 2018; CHOUDHRI, et al., 2018; CDC, 2019a, b; ECDC, 2019; JUNCO-FERNÁNDEZ et al.; 2019).

O novo relatório do *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC, 2019c), evidenciou que nos Estados Unidos, de 2017 a 2018, houve aumentos nas doenças sexualmente transmissíveis. Em relação à sífilis foram registrados 115.000 casos de sífilis, sendo que número de casos de sífilis primária e secundária - os

estágios mais infecciosos da doença - aumentou 14%, totalizando mais de 35.000 casos, o maior número registrado desde 1991. No município de Fernandópolis a maior incidência foi entre 2015-2018, com 239 casos de sífilis adquirida, no qual em 2015 foi verificado maior número de notificações (n=73, Gráfico 3).

Estudos realizados nos Estados Unidos e no Canadá relataram um ressurgimento da sífilis nos últimos anos, especialmente desde 2010. Os aumentos anuais foram entre 11% e 40%. A maioria dos casos foi relatada em homens, com idades entre 20 e 39 anos. A maior porcentagem dos casos ocorreu entre hispânicos e brancos. (SCHUMACHER et al, 2018; SCHILLINGER et al, 2018; CHOUDHRI, et al., 2018; CDC, 2019 a, b). Resultados semelhantes foram obtidos na presente pesquisa, verificou-se prevalência de sífilis no sexo masculino (n=209, 63,71%) em relação ao feminino (n=119, 36,28%), da raça branca e faixa etária entre 20-29 anos (Gráficos, 4 e 5). Acredita-se que o grande número contaminação de pessoas nesta faixa etária se explica por ser a idade onde mais abrange pessoas na vida sexual ativa que tendo relação sexual sem uso de preservativo.

Semelhante tendência de sífilis foi observada em 30 países da União Europeia, durante o período de 2007 a 2017, neste período fora notificados 260.505 casos confirmados de sífilis. Entre 2010 e 2017, 15 países relataram aumento na taxa de notificação de mais de 15%, apresentando variações entre os países. As taxas superaram o dobro, na Islândia (876%), Irlanda (224%), Reino Unido (153%), Alemanha (144%) e Malta (123%). Durante esse período, foram relatadas taxas decrescentes em seis países, com reduções de 50-53% na Estônia e na Romênia (ECDC, 2019; VAZQUEZ et al., 2019).

Pesquisas realizadas em diferentes cidades e regiões do Brasil evidenciam características epidemiológicas similares à União Europeia e aos Estados Unidos e Canadá. O estudo realizado por Garbin et al. (2019) analisou 157 arquivos de notificação compulsória no município de Araçatuba -SP, dos quais 103 (65,6%) relataram sífilis adquirida, 32 (20,5%) sífilis gestacional e 12 (14%) sífilis congênita. Na presente pesquisa verificaram-se resultados similares, com prevalência de sífilis adquirida (Gráfico 1). Em relação ao ano de maior incidência os dados foram discordantes, os autores verificaram maior incidência de sífilis adquirida em 2013, enquanto que em Fernandópolis ocorreu em 2015 (Gráfico 3).

Luppi et al. (2017) avaliando dados de casos notificados de 2011 a 2015 no Estado de São Paulo, verificaram a notificação de 12.312 casos de sífilis congênita,

25.399 casos de sífilis na gravidez e 93.937 casos de sífilis adquirida. Salles et al, (2018), ao analisar a prevalência de sífilis adquirida em indivíduos do sexo masculino e feminino notificados no município de Patos de Minas – MG, observaram aumento exponencial, independentemente do sexo, no entanto maior número de indivíduos afetados foi do sexo masculino, A faixa etária predominante em todos os casos foi de 20 a 29 anos, autodefinidos como brancos, corroborando os resultados obtidos para Fernandópolis – SP.

As fichas de notificação são preenchidas de acordo com as informações respondidas pelo paciente, explicando talvez, a grande diferença da quantidade de notificações de sífilis adquirida na variável raça branca em relação às outras raças.

No presente estudo observou-se falta de diferentes informações nas fichas de notificação, fortalecendo as informações de outros estudos que afirmam que a subnotificação da doença pode estar associada ao preenchimento incorreto dos formulários e à falta de dados das pessoas acometidas pela sífilis (LUPPI et al., 2017; CHOUDHRI, et al., 2018; SALLES et al., 2018; 2018; CDC, 2019c; GARBIN et al., 2019; VAZQUEZ et al., 2019). De acordo com Garbin et al. (2019) a principal função do relatório de doenças é fornecer uma base para implementar políticas de saúde pública que promovam, protejam e controlem a saúde da população. Apesar da variação no número de casos de sífilis nos últimos anos nos diferentes municípios, a doença tem aumentado constantemente no país. Relatórios incompletos dificultam o desenvolvimento de políticas públicas para implementar estratégias preventivas.

Frente a problemática de controle da sífilis, e em se tratando de uma questão de saúde pública mundial, Junco-Fernández et al. (2019) consideram ser necessária maior conscientização entre os médicos quanto a triagem dos afetados por esta doença sexualmente transmissível (DST), especialmente aqueles que cuidam de populações carentes, da área rural ou que não possuem acesso à sistemas de saúde, incluindo HSH. Existem muitas barreiras ao cuidado efetivo que impactam desproporcionalmente essas populações. São necessárias pesquisas focadas na epidemiologia e iniciativas de saúde pública voltadas para a compreensão e eliminação de barreiras aos cuidados, a fim de melhorar a prevenção, o diagnóstico e o tratamento precoces da sífilis. A oportunidade, juntamente com outros provedores, de liderar os esforços de saúde pública para eliminar a transmissão desta DST (WHO, 2017; KOJIMA,; KLAUSNER, 2018; CDC, 2019a,;

ECDC, 2019, GARBIN et al., 2019; JUNCO-FERNÁNDEZ et al.; 2019, VAZQUEZ, 2019).

O *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC, 2019a) e Vazquez et al. (2019) afirmam que para um efetivo controle da sífilis devem ser levados em consideração a epidemiologia local, a educação, a promoção da saúde e a conscientização devem ser direcionadas à população em geral e/ou direcionadas a subpopulações com maior risco. Salienta ainda que devem ser realizadas intervenções educacionais entre adolescentes e HSH, aprimorando habilidades e promovendo práticas sexuais mais seguras, mostraram-se eficazes na redução da ocorrência de DST. Otróssim, a educação dos profissionais de saúde é importante para manter um nível adequado de conhecimento e conscientização, que facilitará o reconhecimento precoce de sintomas e apresentações atípicas e aumentará o teste de sífilis e a detecção de casos.

A sífilis congênita (SC) é uma doença infectocontagiosa, transmitida por via hematogênica, transplacentária ou canal parcial e amamentação (AVELLEIRA; BOTTINO. 2006). Esta doença afeta cerca de 930.000 pessoas em todo o mundo, com um aumento gradual da doença, tanto no nível nacional quanto estadual. (PADHIYAR et al., 2019). De acordo co Rodrigues et al. (2018,) a sífilis congênita é uma doença que tem crescido de maneira avassaladora nos últimos anos, demonstrando principalmente a ineficiência do sistema de saúde, principalmente nas regiões e na população menos favorecidas.

A sífilis gestacional é universalmente considerada uma das principais causas de morbidades maternas, fetais e neonatais. Embora a sífilis seja uma doença antiga, com um agente etiológico bem definido e com um tratamento eficaz a baixo custo, o número de mulheres grávidas infectadas que não são tratadas adequadamente ainda é alto. Essa condição pode levar a resultados perinatais adversos em pelo menos 50% dos casos, possivelmente causando morte neonatal (9%), natimortos e morte fetal tardia (21%), parto prematuro e baixo peso ao nascer (6%), e crianças apresentando quadro clínico com evidência de sífilis (16%) (GOMEZ et al., 2016).

Nos Estados Unidos, entre 2013 e 2017, a taxa de sífilis primária e secundária entre as mulheres mais que dobrou (aumento de 155,6%). A taxa de infecções em mulheres grávidas e recém-nascidos também atingiu o pico de mais de

918 casos congênitos registrados nos Estados Unidos em 2017, representando um aumento de 153,3% em relação a 2013 (CDC, 2015, CDC, 2017)

As complicações associadas à infecção da sífilis materna são generalizadas e incluem infecção congênita, levando a possíveis comprometimentos fetais, parto prematuro, poli-hídrâmios e morte fetal. mães que apresentam o maior risco de infectividade fetal (RAC; REVELL; EPPES, 2017). Existe um risco de 50% de infecção fetal com sífilis primária materna aumentando para 83% com doença latente precoce (CDC, 2017). Entre as comunidades de alto risco, a Louisiana ocupa a primeira posição no país em relação à sífilis congênita, com uma taxa de CS em 2016 quase quatro vezes a taxa nacional em 94 / 100.000 (CDC,2017). O aumento das taxas nacionais de sífilis entre mulheres grávidas e recém-nascidos pode envolver problemas com conformidade do paciente, adesão às diretrizes de infecções sexualmente transmissíveis estabelecidas atualmente no CDC (2015), falha na detecção da doença antes do parto ou uma combinação desses fatores (CDC, 2017).

Todos os casos de sífilis materna e neonatal durante um período de cinco anos (2013-2017) foram avaliados em New Orleans, e foram identificados 106 pares mãe-bebê infectados. Desses, 41% (n = 30) das mulheres receberam terapia inadequada de acordo com o estágio da doença. 9% dos recém-nascidos (n = 6) foram sintomáticos para sífilis congênita; no entanto, apenas 83,3% deles foram admitidos na unidade de terapia intensiva neonatal. Apenas 20% (n = 6) dos lactentes foram adequadamente tratados com um regime prolongado de penicilina e os demais não foram tratados adequadamente. Além disso, apenas 63,0% dos recém-nascidos tiveram título não treponêmico realizado (STAFFORD et al., 2019)

As complicações neonatais são bem descritas e envolvem tratamento intensivo com provável seqüela de longo prazo para a criança em desenvolvimento (CDC, 2015; CHOUDHRI et al., 2017). Os verdadeiros fatores de risco para falha do tratamento, tanto para a gestante quanto para o feto, são multifatoriais e incluem diagnóstico tardio, tratamento tardio ou inadequado (<30 dias antes do parto) e estágio avançado da sífilis congênita, como é evidente por anormalidades fetais sonográficas. Com a detecção precoce e a sífiloterapia apropriada, pode-se prever um tratamento bem-sucedido em fetos com evidência ultrassonográfica de doença precoce (RAC et al., 2014; RAC; REVELL; EPPES, 2017).

Estudos realizados por Silva et al. (2019), na região metropolitana de Recife – PE, identificaram 57 casos de sífilis congênita, com taxa anual média de incidência de 6,72 casos por mil nascidos vivos (NV), entre 2011-2015, variando de 11,20/1000 NV em 2012 a 3,77/1000 NV em 2015. Foi verificado no período, (2011 e 2015), uma diminuição de 7,4% nos casos, porém, ainda ultrapassando a meta do Ministério da Saúde de incidência menor ou igual a 1/1000 NV. Os autores concluíram que há necessidade de melhorias na qualidade da assistência pré-natal, pois, mesmo havendo a diminuição na incidência da SC, os indicadores mostram valores distantes da meta.

O perfil epidemiológico dos casos de sífilis gestacional, notificadas no estado do Piauí, entre 2010 e 2013, evidenciou 388 casos de sífilis gestacional com desfecho de 193 casos de sífilis congênita. O ano de 2012 concentrou o maior coeficiente de incidência. Entre as gestantes, 72,4% possuíam entre 20 a 39 anos e escolaridade entre 5º e 8º séries incompletas (44,7%). Quanto aos casos de transmissão vertical, 82,4% realizaram pré-natal, 40,4% obtiveram diagnóstico de sífilis durante a gestação e em 22,3% houve tratamento concomitante do parceiro (BARBOSA et al., 2017).

Estudos realizados por Saraceni et al. (2017) evidenciaram que a taxa de detecção de sífilis em gestantes cresceu entre 21% (Amazonas) e 75% (Rio de Janeiro). A incidência de sífilis congênita seguiu o mesmo perfil de incremento, variando de 35,6% no Distrito Federal a 639,9% no Rio Grande do Sul, com redução de 0,7% no Amazonas. A realização de pré-natal nas mulheres com desfecho de sífilis congênita variou de 67,3% no Amazonas a 83,3% no Distrito Federal. Das gestantes com sífilis, 43% tiveram desfecho notificado de sífilis congênita. Nas gestantes com sífilis e desfecho de sífilis congênita, o diagnóstico materno ocorreu durante o pré-natal em 74% e no parto em 18%. Em 8% das mulheres ignorava-se o momento do diagnóstico. Os autores salientam que o incremento nas taxas de detecção de sífilis pode ter resultado do aumento na notificação.

Na região de Pontal do Paranapanema, que compreende 32 cidades localizadas no oeste de São Paulo foram analisados casos de sífilis durante gravidez e transmissão de sífilis de mãe para filho de 2007 a 2013. Durante o período investigado, foram identificados 80 casos de sífilis em gestante e 61 relacionadas à transmissão de mãe para filho, ambos notificados principalmente durante o verão, entre os meses de novembro e fevereiro (MARINHO DE SOUZA et al., 2019). Os

autores salientaram que a infecção infantil pode estar relacionada ao tratamento incorreto da mãe e do parceiro. Não apenas a mãe deve ser tratada, mas o parceiro também; caso contrário, as mulheres podem ser infectadas durante a gravidez, transmitindo sífilis para o feto.

Em Divinópolis (MG) entre os anos de 2011 a 2016 foram notificados 70 casos de Sífilis Adquirida e 159 casos de Sífilis Gestacional. Em ambos os casos a faixa etária mais acometida foi de 20 a 29 anos. A maioria das mulheres com Sífilis adquirida possuíam ensino fundamental, tinham emprego formal, mantinham relações sexuais com homens e foram diagnosticadas com sífilis secundária, porém sem antecedentes para doença. Já as gestantes possuíam em sua pluralidade o ensino médio, eram do lar e foram diagnosticadas com sífilis primária (ANDRADE et al., 2019).

Os casos notificados de sífilis em gestantes e sífilis congênita no período de 2007 a 2014 em Palmas-TO, evidenciaram 171 gestantes com sífilis (4,7 / 1.000 nascidos vivos (NV) e 204 casos de sífilis congênita (5,6 / 1.000 NV); a maioria das mulheres era parda (71,3%), possuía baixa escolaridade (48,0%) e recebia diagnóstico tardio durante o pré-natal (71,9%); a incidência de sífilis congênita variou de 2,9 a 8,1 / 1.000 NV no período; as características maternas predominantes foram idade de 20 a 34 anos (73,5%), ensino médio completo (85,3%), atendimento pré-natal (81,4%), diagnóstico de sífilis durante o pré-natal (48,0%) e parceiros não tratados de mães que participaram do pré-natal (83,0%), atingindo quase 80% dos nascidos vivos com sífilis congênita (CAVALCANTE; PEREIRA; CASTRO, 2017).

Outra pesquisa realizada por Alcantara et al. (2018) com o objetivo de descrever o perfil epidemiológico da SC nas oito regiões de saúde do Tocantins no período entre 2013 e 2017, evidenciou 1.192 casos notificados de SC, sendo a região do Capim Dourado a que apresentou maior número de casos. Verificou-se que a maioria das mães estudou até o ensino fundamental ou médio, realizaram pré-natal e residiam em zona urbana, e que o diagnóstico ocorreu durante o pré-natal, entretanto, o tratamento do parceiro não foi realizado. Apenas a região de saúde Amor Perfeito apresentou uma predominância de diagnósticos no momento do parto e a região da Ilha do Bananal foi onde houve maior percentual de diagnósticos após o parto. Segundo os autores o aumento dos casos de SC pode refletir o aumento na sua incidência e a melhora no sistema de notificação

Um levantamento epidemiológico descritivo para casos de sífilis congênita em crianças menores de 4 anos entre 2007 e 2017 no estado do Pará, evidenciaram aumento na incidência em todo o estado, de 3,30 / 100.000 habitantes em 2007 para 10,37 / 100.000 habitantes em 2017, 93% dos casos detectados até os primeiros 6 dias de vida, 83% de etnia parda e Bragança como o município com maior incidência na região, 333,72 / 100.000 habitantes (RODRIGUES et al., 2018).

No município de Cascavel – PR, a incidência de sífilis em gestantes se apresentou em ascensão no período de 2008-2013, tendo contribuído para uma transmissão vertical de 23,3% e para a manutenção das taxas de incidência de sífilis congênita acima das metas estabelecidas pelo Ministério da Saúde. Embora 95,6% das gestantes tenham realizado pré-natal e 99,3% tenham realizado sorologia não treponêmica, o tratamento prescrito a elas foi inadequado em 47,9% dos casos, sendo o não tratamento do parceiro o principal motivo (82,5%) dessa inadequação. Constatou-se um considerável percentual de variáveis com o campo ignorado nas fichas de notificação de sífilis gestacional, além da falta de notificação das mães de 11 crianças com sífilis congênita registradas no SINAN nesse período (LAGO; GOMES, 2016).

Almeida et al. (2019), ao analisar o perfil epidemiológico da sífilis congênita em 18 municípios da Bahia entre 2007 e 2017, verificaram 39 casos, sendo 30,8% das mães entre 20 e 24 anos, 59% eram pardas, 46,2% possuíam ensino fundamental incompleto, 33,3% eram donas de casa, 74,4% foram submetidas ao pré-natal 53,8% foram diagnosticados no momento do parto / curetagem, 41% receberam tratamento inadequado e 38,5% dos parceiros não foram tratados. Em relação aos recém-nascidos, 69,2% foram diagnosticados com 0 dia de vida, 74,4% com sífilis congênita recente e 46,2% assintomáticos.

Estudos realizados por Bampi et al.(2019) no estado de Mato Grosso do Sul entre janeiro de 2013 e dezembro de 2014, evidenciaram 1.497 casos de sífilis gestacional e 417 casos de sífilis congênita. Dos pacientes com sífilis gestacional, 48% tinham entre 20 e 29 anos, 51% eram de raça mista e 71% tinham apenas o ensino fundamental completo. A doença foi diagnosticado durante o estágio primário em 36% desses casos, seguido por 22% no estágio terciário e 11% no estágio latente. No entanto, apenas 71% desses pacientes foram tratados adequadamente com 7,2 milhões de UI de penicilina G e apenas 50% dos parceiros sexuais receberam tratamento concomitante.

Dos pacientes com sífilis congênita, 52% eram meninos, sendo a maioria dos bebês e suas mães de raça mista (47% / 62%). Testes treponêmicos e não treponêmicos foram realizados no nascimento em 37% e 77% dos recém-nascidos, respectivamente. No entanto, apenas 58% dos recém-nascidos infectados tinham mãe com diagnóstico confirmado de sífilis. Os sinais clínicos mais comuns em recém-nascidos foram icterícia (9%), anemia (3,6%) e alterações nos ossos longos observadas nos exames radiológicos (2,64%). Menos de 1% desses pacientes morreram de sífilis (BAMPI et al., 2019).

Nota-se que ao longo dos anos o número de notificações de óbitos no Brasil de crianças com até um ano de idade ocasionados por complicações causadas pela sífilis, cresceu de maneira alarmante, demonstrando clara falha no combate à doença, a falta de educação em saúde dos portadores do *Treponema pallidum*, grave problema para o tratamento, encontrando-se em prejuízo a saúde pública mundial. Existe uma urgência implementação de campanhas esclarecedoras sobre a doença, enfatizando de forma clara as consequências resultantes dessa doença, bem como sua falta de tratamento ou tratamento inadequado durante o período gestacional, salientando que pode provocar a morte prematura do feto, ou causando muitas sequelas em seus sobreviventes (LAGO; GOMES, 2016; PERES; FERREIRA; OLIVEIRA, 2019).

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Verificou-se a predominância de sífilis em pacientes homens, em idade produtiva, raça branca, com médio grau de escolaridade. A maior incidência no sexo masculino pode orientar para uma tomada de decisões sobre políticas públicas para melhoria da saúde do homem e não apenas o enfoque na saúde da gestante.

Devem-se aumentar as promoções em saúde para evitar o aparecimento de novos casos, divulgando os riscos da doença e que a forma mais eficaz de prevenção é o uso de preservativo, que é distribuído gratuitamente pelo SUS.

Estudar a Sífilis constitui-se uma importante contribuição para a sociedade como um todo, uma vez que se trata de uma doença antiga, mas pouco divulgada, haja visto que as pessoas não tem muito conhecimento sobre a doença, como disponibilidade de diagnóstico e tratamento e mesmo assim permanece como um grande problema de saúde pública até os dias atuais.

Deseja-se que este estudo possa oferecer esse entendimento necessário, e que os dados demonstrados colaborem para apoiar a definição das estratégias de controle da doença, bem como a promoção da saúde e da qualidade de vida dos acometidos por essa enfermidade.

A Sífilis deve ser orientada por uma visão que vai além da questão clínica, divulgando que não é apenas uma DST e sim todos os comprometimentos que a Sífilis pode trazer para a pessoa contaminada. Só assim poderemos diminuir os casos e os agravos causados pela doença.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALCANTARA, J. S. et al. Epidemiological profile of the reported cases of congenital syphilis by health care region in Tocantins between 2013 and 2017 Rev Des., v. 5, n. 4, 2018. <http://dx.doi.org/10.20873/uft.23593652201854p55>

ALMEIDA, K.T. et al. Epidemiological profile of congenital syphilis in a microregion inside the state of Bahia (2007-2017). Enfermeria Global, v.56, p.220-230, 2019. <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.18.4.348451>

ANDRADE, H.S., REZENDE, N.F.G, GARCIA, N.M., GUIMARÃES, E.A.A. Caracterização epidemiológica dos casos de sífilis em mulheres. Ciência & Saúde; v.12, n.1, e32124, 2019. <http://dx.doi.org/10.15448/1983-652X.2019.1.32124>

AVELLEIRA, J.C.R.; BOTTINO, G. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. Educação Médica Continuada. Rev. Bras. Dermatol., v.81, n.2, p.111-126, 2006.

BAMPI, J.V.B. et al. Descriptive analysis of syphilis cases reported in Mato Grosso do Sul, Brazil identifies failure in treatment. J. Braz. Soc. Trop. Med. v.52:e20180026, p.1-4, 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0037-8682-0026-2018>

BARBOSA, D.R.M.; ALMEIDA, M.G.; SILVA, A.O. et al. Perfil epidemiológico dos casos de sífilis gestacional. Rev. enferm. UFPE on line. v.11, n.5, p186718-186774, 2017. <http://dx.doi.org/10.5205/reuol.11077-98857-1-SM.1105201716>

BRIGHT A, DUPS J. Infectious and congenital syphilis notifications associated with an ongoing outbreak in northern Australia. Commun Dis. Intell. Q. Rep. v.40, n.1, E7-10, 2016.

CAVALCANTE, P.A.M, PEREIRA, R.B.L, CASTRO, J.G.D. Syphilis in pregnancy and congenital syphilis in Palmas-TO, Brazil Epidemiol. Serv. Saude, v.26, n.2, p.1-10, 2017 <https://doi.org/10.5123/S1679-49742017000200003>

CDC- Centers for Disease Control and Prevention, STD treatment guidelines, 2015, <http://www.cdc.gov/std/tg2015/>

CDC-Centers for Disease Control and Prevention, "STD surveillance,"2017, <http://www.cdc.gov/std/stats16/syphilis.htm>.

CDC-Centers for Disease Control and Prevention. New CDC Report: STDs Continue to Rise in the U.S.. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services; 2019a <https://www.cdc.gov/std/stats/>

CDC-Centers for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted Disease Surveillance 2017. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services; 2019b <https://www.cdc.gov/std/stats/>

CDC-Centers for Disease Control and Prevention. Risk behaviors among reported primary and secondary syphilis cases for 2013-2017. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services; 2019c <https://www.cdc.gov/std/stats/>

CHOUDHRI, Y. et al. Infectious and congenital syphilis in Canada, 2010–2015. Can. Comm. Dis. Rep., v. 44, n.2, p.43–48, 2018. <https://doi.org/10.14745/ccdr.v44i02a02>

ECDC. European Centre for Disease Prevention and Control. Syphilis and congenital syphilis in Europe –A review of epidemiological trends (2007–2018) and options for response. Stockholm: ECDC; 2019. Catalogue number TQ-02-19-499-EN-N, 2019. <https://doi.org/10.2900/454006>

FRANCO GM, PIRES LA, OLIVEIRA KBNS, PIANTA CHA, VALE TC, FERREIRA TS. Neurosífilis – Revisão de Literatura e relato de casos do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora. Rev Bras Neurol. 2004; 40(3):15-27.

GARBIN. A.J.I. et al. Reemerging diseases in Brazil: sociodemographic and epidemiological characteristics of syphilis and its under-reporting. Rev Soc Bras Med Trop., v.52:e20180226, p. 1-4, 2019. <https://doi.org/10.1590/0037-8682-0226-2018>

GOMEZ, G.B. et al. Untreated maternal syphilis and adverse outcomes of pregnancy: a systematic review and meta-analysis. Bull World Health Organ. v.91, n.3, p.217-226, 2016.

HO, E.L, LUKEHART, S.A.. Syphilis: using modern approaches to understand an old disease. J Clin Invest. V.21, n.12, p.4584-4592. 2011. <https://doi.org/10.1172/JCI5717>

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2019 – Fernandópolis/SP.

JUNCO-FERNÁNDEZ, A. et al. Increasing syphilis in Rhode Island: Return of an old foe Rhode Island Med. J. v. 102, n.1, p. 5053-5060, 2019.

KEBEDE, K.M. et al. The epidemiology of syphilis in Ethiopia: a protocol for systematic review and metaanalysis covering the last three decades. Systemat. Rev.. v.8, n.210, p.1-6, 2019. <https://doi.org/10.1186/s13643-019-1136-z>

KNELL ROB. Syphilis sailed the ocean blue: why a bent femur won't overturn Columbus theory. December 8, 2014 12.58am EST

KOJIMA, N.; KLAUSNER, J. D. An update on the global epidemiology of syphilis. Curr Epidemiol. Rep. v.5, n.1, p.24–38, 2018. <https://doi.org/10.1007/s40471-018-0138-z>.

LAGO, A.C.O; GOMES, D.S. Epidemiological profile and maternal-fetal transmission of syphilis in pregnant women of Cascavel (PR). J. Bras. Doenças Sex. Transm., v. 28, n.1, p.29-35, 2016. <https://doi.org/10.5533/DST-2177-8264-201628106>

LUPPI, C.G. et al. Surveillance of syphilis in the state of São Paulo, Brazil. Sex. Trans. Infect. v;93:A105, 2017. <http://dx.doi.org/10.1136/sextrans-2017-053264.270>

MARINHO DE SOUZA, J. et al. Mother-to-child transmission and gestational syphilis: Spatial-temporal epidemiology and demographics in a Brazilian region. PLoS Negl Trop Dis v.13, n.2, e0007122, p.1-8, 2019. <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0007122>

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Sífilis: Estratégias para diagnóstico no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.[citado em 2016 fev. 10]. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sifilis_estrategia_diagnostico_brasil.pdf

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico de Sífilis 2018: Volume 49/Nº 45/Out. 2018. Disponível em: www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/boletim-epidemiologico-de-sifilis-2018

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Manual Técnico para o Diagnóstico de Sífilis: Brasília –

DF/2016. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2016/manual-tecnico-para-diagnostico-da-sifilis>

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico de Sífilis 2019: Número Especial/Out. 2019. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2019/boletim-epidemiologico-sifilis-2019>

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Nota Informativa nº 2: SET/2017

NEWMAN, L, et al. Global Estimates of the prevalence and Incidence of four curable sexually transmitted infections in 2012 based on systematic review and global reporting. PloS One. v.10, n.12, e0143304, 2015. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0143304>

OMS - Organização Mundial de Saúde, 2015. Estimativas da OMS. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5879:organizacao-mundial-da-saude-publica-novas-estimativas-sobre-sifilis-congenita&Itemid=812

PADHIYAR, J.K.; PATEL, N.H.; BUCH, J.; CHHIBBER, A. Is latent syphilis new normal among clinical presentations of syphilis? Study from a tertiary care institute. Nepal J. Dermatol., Ven. Leprol., v:17, n.1, p.27-31, 2019. <http://dx.doi.org/10.3126/njdv.v17i1.23247>

PEELING, R. W.; MABEY, D. Celebrating the decline in syphilis in pregnancy: a sobering reminder of what's left to do. The Lancet. Glob. Health. v.4, e503–e504, 2016. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(16\)30154-1](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(16)30154-1)

PEELING, R.W. et al. Syphilis. Nat Rev Dis Primers. v.3, n.1, p.70-73, 2017. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2017.73>.

PERES , M.L.A.H.S; FERREIRA , W.F.S.; OLIVEIRA, E.M. Sífilis congênita: uma problemática em saúde pública. Revista da Universidade Vale do Rio Verde; v. 17, n. 1, p.1-12,. 2019.

PORTARIA nº 542, de 22 de dezembro de 1986. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0004_03_10_2017.html

PORTARIA nº 33, de 14 de julho de 2005. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2005/prt0033_14_07_2005.html

PORTARIA nº 2.472, de 31 de Agosto de 2010. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt2472_31_08_2010.html

RAC, M.W.F.; BRYANT, S.N.; MCINTIRE, D. D. et al. Progression of ultrasound findings of fetal syphilis after maternal treatment. *Am. J. Obst. Gynecol.*, v.211, n.4, p.426.e1–426.e6, 2014. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2014.05.049>

RAC, M.W.F.; REVELL, P.A.; EPPES, C.S. Syphilis during pregnancy: a preventable threat to maternal-fetal health. *Am. J. Obst. Gynecol.*, v.216, n.4, p.352–363, 2017. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2016.11.1052>

RADOLF, J.D. et al. *Treponema pallidum*, the syphilis spirochete: making a living as a stealth pathogen. *Nat. Rev. Microbiol.* v.14, p.744–759, 2016. <https://doi.org/10.1038/nrmicro.2016>

ROCHA, D.F.N.C. et al. Epidemiology of HIV, syphilis, and hepatitis B and C among manual cane cutters in low-income regions of Brazil. *BMC Infect. Dis.* v.18, n. 546, p. 1-10, 2018. <https://doi.org/10.1186/s12879-018-3439-4>

RODRIGUES, M.F.; JARDIM, A.C.D.; IMBIRIBA M.M.B.G. Epidemiological profile of congenital syphilis in the state of Pará/Brazil, in the period from 2007 to 2017, *Intern. J. Develop. Res.*, v.8, n.12, p.24799-24802, 2018.

SALES, F.J. et al. Prevalence of syphilis acquired in the municipality of Patos de Minas, Minas Gerais. *Rev. Pre. Infec. Saúde.* v;4, p.73-88, 2018. <https://doi.org/10.26694/repis.v4i0.7388>

SARACENI, V. et al. Vigilância epidemiológica da transmissão vertical da sífilis: dados de seis unidades federativas no Brasil. *Rev. Panam. Salud Publica.* v. 41:e44, p.1-12, 2017.

SCHILLINGER, J.A. et al. The epidemiology of syphilis in New York City: historic trends and the current outbreak among men who have sex with men, 2016. *Sex.*

Transm. Dis. v.45, 9S Suppl 1:S48-s54, 2018.
<https://doi.org/10.1097/OLQ.0000000000000796>.

SCHUMACHER, C.M. et al. Investigation of Early Syphilis Trends Among Men Who Have Sex With Men to Identify Gaps in Screening and Case-Finding in Baltimore City, Maryland. Sex. Trans. Dis. v.45, n.2, p.69-74, 2018.
<https://doi.org/10.1097/OLQ.0000000000000700>

SILVA. I.M.D.; LEAL, E.M.M.; PACHECO, H.F. et al. Perfil epidemiológico da sífilis congênita. Rev Enferm UFPE on line,, v.13, n.3, p.604-613, 2019.
<https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i03a236252p604-613-2019>

STAFFORD, I. A. et al. Challenges in the contemporary management of syphilis among pregnant women in New Orleans, LA. Hindawi Infect. Dis. Obstet. Gynec., v.2019, Article ID 2613962, p.1-7, 2019. <https://doi.org/10.1155/2019/2613962>

STAMM, L. V. Syphilis: antibiotic treatment and resistance. Epidemiol. Infect. v.143, p.1567–1574, 2015. <https://doi.org/10.1017/S0950268814002830>

TORRONE EA, MORRISON CS, CHEN PL, KWOK C, FRANCIS SC, et al. (2018) Correction: Prevalence of sexually transmitted infections and bacterial vaginosis among women in sub-Saharan Africa: An individual participant data meta-analysis of 18 HIV prevention studies. PLOS Medicine 15(6): e1002608.
<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002608>

UNEMO M, BRADSHAW CS, HOCKING JS et al. Sexually transmitted infections: challenges ahead. Lancet Infect. Dis. (publicado on-line em 9 jul. 2017) 2017(8):e235-e2792017 – Citação dentro do Boletim Epidemiológico.

VAZQUEZ, A.M.; SPITERI, O.M.G; GAUCI, A.J.A. Syphilis and congenital syphilis in Europe. ECDC- European Centre for Disease Prevention and Control. Catalogue number TQ-02-19-499-EN-N. 2019; 99p. <https://doi.org/10.2900/454006>

WHO - World Health Organization.. Information note on the use of dual HIV/Syphilis rapid diagnostic tests (RDT). 2017.
<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/dual-hiv-syphilis-diagnostic-tests/en/>

WHO - World Health Organization. Global health sector strategy on sexually transmitted infections, 2016-2021: Towards ending STIs. Report No.: WHO/RHR/16.09. Geneva: WHO; jun.2016. Disponible em: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/ghss-stis/en/>.

WONG T, LATHAM-CARMANICO C., Expert Working Group for the Canadian Guidelines on Sexually Transmitted Infections. Syphilis. In: editors. Canadian Guidelines on Sexually Transmitted Infections, 2010. Ottawa (ON): Public Health Agency of Canada; 2010. Disponible em: https://www.canada.ca/en/public-health/services/infectious-diseases/sexual-health-sexually-transmitted-infections/canadian-guidelines/sexually-transmitted-infections/canadian-guideline_s-sexually-transmitted-infections-27.html

ANEXO I – FICHA DE NOTIFICAÇÃO/CONCLUSÃO – SINAN

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO FICHA DE NOTIFICAÇÃO/CONCLUSÃO		Nº	
Dados Gerais	1 Tipo de Notificação		2 - Individual		
	2 Agravado/doença		Código (CID10)	3 Data da Notificação	
	4 UF	5 Município de Notificação		Código (IBGE)	
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7 Data dos Primeiros Sintomas	
Notificação Individual	8 Nome do Paciente		9 Data de Nascimento		
	10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4 - Idade gestacional Ignorada 5 - Não 6 - Não se aplica 9 - Ignorado	13 Raça/Cor 1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 9 - Ignorado	
	14 Escolaridade 0 - Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4 - Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5 - Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6 - Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7 - Educação superior incompleta 8 - Educação superior completa 9 - Ignorado 10 - Não se aplica				
	15 Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe		
	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)
	Conclusão				
Conclusão	31 Data da Investigação		32 Classificação Final 1 - Confirmado 2 - Descartado		
	33 Critério de Confirmação/Descarte 1 - Laboratorial 2 - Clínico-Epidemiológico		Local Provável da Fonte de Infecção		
	34 O caso é autóctone do município de residência? 1 - Sim 2 - Não 3 - Indeterminado		35 UF 36 País		
	37 Município		Código (IBGE)	38 Distrito	
	39 Bairro		40 Doença Relacionada ao Trabalho 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		
	41 Evolução do Caso 1 - Cura 2 - Óbito pelo agravo notificado 3 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado		42 Data do Óbito		
	43 Data do Encerramento				
Informações complementares e observações					
Observações adicionais					
Investigador	Município/Unidade de Saúde		Cód. da Unid. de Saúde		
	Nome		Função		
	Assinatura				
Notificação/conclusão		Sinan NET		SVS 27/09/2005	

ANEXO II – FICHA DE NOTIFICAÇÃO/INVESTIGAÇÃO DE SÍFILIS EM GESTANTES – SINAN

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO FICHA DE INVESTIGAÇÃO SÍFILIS EM GESTANTE		Nº	
Definição de caso:					
Situação 1 - Mulher assintomática para sífilis que, durante o pré-natal, o parto e/ou o puerpério, apresente pelo menos um teste reagente – treponêmico E/OU não treponêmico, com qualquer titulação –, sem registro de tratamento prévio.					
Situação 2 - Mulher sintomática ^a para sífilis que, durante o pré-natal, o parto e/ou o puerpério, apresente pelo menos um teste reagente – treponêmico E/OU não treponêmico –, com qualquer titulação.					
<small>a Para mais informações sobre a sintomatologia da sífilis, consultar o Guia de Vigilância em Saúde e/ou Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), disponível respectivamente em www.saude.gov.br/svs e www.aids.gov.br/pctd.</small>					
Situação 3 - Mulher que, durante o pré-natal, o parto e/ou o puerpério, apresente teste não treponêmico reagente com qualquer titulação E teste treponêmico reagente, independentemente de sintomatologia da sífilis e de tratamento prévio.					
<small>* Casos confirmados de cicatriz sorológica não devem ser notificados.</small>					
Dados Gerais	1 Tipo de Notificação		2 - Individual		
	2 Agravado/doença		Código (CID10)	3 Data da Notificação	
	SÍFILIS EM GESTANTE		O98.1		
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)		
6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)			Código	7 Data do Diagnóstico	
Notificação Individual	8 Nome do Paciente			9 Data de Nascimento	
	10 (ou) Idade	11 Sexo	12 Gestante	13 Raça/Cor	
	1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	F - Feminino	1 - 1º Trimestre 2 - 2º Trimestre 3 - 3º Trimestre 4 - Idade gestacional Ignorada 9 - Ignorado	1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 9 - Ignorado	
	14 Escolaridade				
	0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica				
15 Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe			
Dados de Residência	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito	
	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	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/encerramento	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
Sífilis em gestante		Sinan NET	SVS 29/09/2008

ANEXO III – FICHA DE NOTIFICAÇÃO/INVESTIGAÇÃO DE SÍFILIS CONGÊNITA

– SINAN

SINAN		SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO		Nº			
República Federativa do Brasil		Ministério da Saúde		FICHA DE NOTIFICAÇÃO / INVESTIGAÇÃO SÍFILIS CONGÊNITA			
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} .							
<small>a Ver definição de sífilis em gestante (situações 1, 2 ou 3).</small>							
<small>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.</small>							
<small>c Para fins de notificação de caso de sífilis congênita, não se considera o tratamento da parceria sexual da mãe.</small>							
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.							
<small>d Nessa situação, deve ser sempre afastada a possibilidade de sífilis adquirida.</small>							
<small>e Seguimento da criança exposta: 1, 3, 6, 12 e 18 meses de idade</small>							
Situação 3: Evidência microbiológica ^f de infecção pelo <i>Treponema pallidum</i> em amostra de secreção nasal ou lesão cutânea, biópsia ou necropsia de criança, aborto ou natimorto.							
<small>f Detecção do <i>Treponema pallidum</i> por meio de exames diretos por microscopia (de campo escuro ou com material corado).</small>							
Dados Gerais	1 Tipo de Notificação		2 - Individual				
	2 Agravado/doença		SÍFILIS CONGÊNITA		3 Código (CID10) A 5 0.9		
	4 UF	5 Município de Notificação		6 Código (IBGE)			
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)			7 Código	7 Data do Diagnóstico		
Notificação Individual	8 Nome do Paciente			9 Data de Nascimento			
	10 (ou) Idade		11 Sexo	12 Gestante			
	1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano		M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	6 - Não se aplica			
	14 Escolaridade		10 - Não se aplica		13 Raça/Cor		
15 Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe					
Dados de Residência	17 UF	18 Município de Residência		19 Código (IBGE)			
	20 Bairro		21 Logradouro (rua, avenida,...)		22 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							
Antecedentes Epiid. da gestante/mãe	31 Idade da mãe		32 Raça/cor da mãe		33 Ocupação da mãe		
	Anos		1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9-Ignorado				
	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		37 Município de Realização do Pré-Natal		
	1-Sim 2-Não 9-Ignorado				Código (IDGE)		
	38 Unidade de Saúde de realização do pré-natal						
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							
Trat. da gestante/mãe	40 Teste não treponêmico no parto/curetagem			41 Título		42 Data	
	1-Reagente 2-Não reagente 3-Não realizado 9-Ignorado			1:			
43 Teste treponêmico no parto/curetagem							
1-Reagente 2-Não reagente 3-Não realizado 9-Ignorado							
44 Esquema de tratamento			45 Data do Início do Tratamento		46 Parceiro(s) tratado(s) concomitantemente a gestante		
1- Adequado 2- Inadequado 3- Não realizado 9- Ignorado					1-Sim 2-Não 9-Ignorado		
Sífilis Congênita			Sinan NET		SVS 04/08/2008		

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		51		Título	
Dados do Laboratório da Criança	1-Reagente 2-Não reagente 3-Não realizado 9-Ignorado				1:		52	
	53		Teste treponêmico (após 18 meses)		54		Data	
	1-Reagente 2-Não reagente 3-Não realizado 4 - Não se aplica 9-Ignorado							
	55		Teste não treponêmico - Líquor		56		Título	
	1-Reagente 2-Não reagente 3-Não realizado 9-Ignorado				1:		57	
58		Titulação ascendente		59		Evidência de <i>Treponema pallidum</i>		
1 - Sim 2 - Não 3 - Não realizado 9-Ignorado				1 - Sim 2 - Não 3 - Não realizado 9-Ignorado				
60		Alteração Líquórica		61		Diagnóstico Radiológico da Criança: Alteração do Exame dos Ossos Longos		
1 - Sim 2 - Não 3 - Não realizado 9-Ignorado				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			
Tratamento	64		Esquema de tratamento		4 - Outro esquema			
	1 - Penicilina G cristalina 100.000 a 150.000 UI/Kg/dia - 10 dias				5 - Não realizado			
Evolução	65		Evolução do Caso		66		Data do Óbito	
	1 - Vivo 2 - Óbito por sífilis congênita 3 - Óbito por outras causas 4 - Aborto 5 - Natimorto 9 - Ignorado							
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 par 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.

**ANEXO IV– UNIDADES DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE FERNANDÓPOLIS
CONTENDO LOCALIZAÇÃO E TELEFONE**

<u>CÓDIGO CNES</u>	<u>NOME DA UNIDADE</u>	<u>ENDEREÇO</u>	<u>BAIRRO</u>	<u>TELEFONE</u>
2093324	Santa Casa de Fernandópolis	Av. Afonso Cafaro, nº 2630	Jardim Santista	3465-6122
2076047	CADIP	Avenida Brasília, nº 756	Parque das Nações	3442 7733
2716429	UBS Heitor Maldonado	Rua Curió, nº 196	Araguaia	34423936
2044048	UBS DR. Alexandre Zilenovski	Avenida Carlos Barozi, nº 515	Brasilândia	3442-5396
2061805	UBS João Garcia Pelayo	Rua das Américas, nº 765	Distrito de Brasitânia	3489-1147
2076446	UBS Dr. Antonio Milton Zambom	Rua Benedita Cruz, nº 747	Bernardo Pessuto	34423922
3945960	UBS André Malavazzi	Rua Luiz Guiacheto, nº 125	Cecap	34625193
2053896	UBS Antonio Santilio	Rua Paulino Maximino Duran, nº 309	Jardim Santa Cecília	34425567
2059428	UBS José V. Mendonça Filho	Rua Pernambuco, nº 3728	Jardim Guanabara	34425600
2076438	UBS Carlos Gandolfi	Rua Airton Marques de Souza, nº 269	Ipanema	34622962
5659523	UBS Américo Possari	Avenida Rubens Padilha Meato, nº 933	Jardim Paraiso	34633354
6544894	UBS Antonio Pivato	Avenida Belo Horizonte, nº 629	Jardim Paulista	34627019
3945987	UBS Dr. Paulo Sano	Rua Pastor Alcides Pereira de Souza, nº 174	CDHU Albino Mininel	34623921
2053853	UBS Dr. Waltrudes Baraldi	Avenida da Saudade, nº 1011	Jardim Planalto	34425681
2039141	UBS Dr.	Avenida Pedro	Jardim Por do	34425769

	Gercino Mazi	Ferrari, nº 1595	Sol	
7986580	UBS Pastor Marcelino Deungaro	Rua Kazuyoshi Beppu, nº 355	Condomínio Morada do Sol	34626144
7948220	UBS Dr. José Ferreira Maia	Rua Romildo José Sandrin, nº 184	Rosa Amarela	34424952
5522331	UBS Dionísio Pereira Marques	Avenida Moacir Ferrari, nº 199	Santa Barbara	34426666
5657857	UBS Antonio Modesto da Silva	Avenida Anhanguera, nº 577	Uirapuru	34632200
5212030	UBS Dr. Écio Vidotti	Rua Brasília, nº 704	Parque das Nações	34634620
9812741	ESF Adhemar Monteiro Pacheco	Rua Eurípedes Teixeira de Rezende, nº 131	Universitário	34422115

ANEXO V – AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA DA SAÚDE**SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA EM BANCO DE DADOS**

Eu, Claudemir Aloisio Prandi Junior, responsável principal pelo projeto intitulado Perfil Epidemiológico e Distribuição Demográfica dos Casos de Sífilis Notificados à Secretaria Municipal de Saúde de Fernandópolis, o qual pertence ao curso de Mestrado em Ciências Ambientais, da Universidade Brasil, venho através deste solicitar autorização ao Sr. Secretário de Saúde Flávio Carlos Ferreira para coleta de dados registrados em prontuários no Centro de Atendimento a Doenças Infecto Parasitárias (CADIP), no período de outubro à novembro de 2018.

O estudo tem o objetivo de traçar o perfil epidemiológico dos casos de sífilis e gonorreia notificados à Secretaria Municipal de Saúde de Fernandópolis, por meio de sua Divisão de Vigilância Epidemiológica, no período de Janeiro de 2007 à Dezembro de 2017.

Esta pesquisa está sendo orientada pela Professora Dr.^a Dora Inés Kozusny-Andreani.

Contando com a vossa colaboração, coloco-me à disposição para qualquer esclarecimento.


Claudemir Aloisio Prandi Junior


Flávio Carlos Ray Ferreira
Secretário de Saúde
RG: 33.423.298-8
CPF: 227.082.974-0

Deferido
10/09/18

ANEXO VI – DISPENSA DO TCLE

DISPENSA DO TCLE (TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO)

Pesquisador Responsável: Claudemir Aloisio Prandi Junior

Endereço: Avenida dos Arnaldos, nº 1674 – Jardim Água Vermelha.

CEP: 15600-000 – Fernandópolis/SP

E-mail: prandijr@hotmail.com

Solicito a dispensa da aplicação do Termo De Consentimento Livre E Esclarecido do projeto de pesquisa intitulado “Perfil Epidemiológico e Distribuição Demográfica dos Casos de Sífilis notificados à Secretaria Municipal de Saúde de Fernandópolis”, com a seguinte justificativa: Trata-se de pesquisa retrospectiva com uso de prontuários.

Declaro:

- Que o acesso aos dados registrados em prontuário de pacientes ou em bases de dados para fins da pesquisa científica será feito somente após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética;
- O acesso aos dados será supervisionado por uma pessoa que esteja plenamente informada sobre as exigências de confiabilidade;
- Assegurar o compromisso com a privacidade e a confidencialidade dos dados utilizados preservando integralmente o anonimato e a imagem do sujeito bem como a sua não estigmatização;
- Assegurar a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e /ou econômico-financeiro;
- O pesquisador responsável estabeleceu salvaguardas seguras para confidencialidades dos dados de pesquisa;
- Os dados obtidos na pesquisa serão usados exclusivamente para finalidade prevista no protocolo;
- Os dados obtidos na pesquisa somente serão utilizados para o projeto vinculado.

Devido à impossibilidade de obtenção do TCLE (Termo De Consentimento Livre E Esclarecido) de todos os sujeitos, assino este termo para salvaguardar seus direitos.


Pesquisador Responsável

Fernandópolis, 10 de Setembro de 2018.