



**FAPAC – FACULDADE PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS
INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS PORTO
COORDENAÇÃO DO CURSO DE MEDICINA**

**ANA MARGARETE SOUZA PEDREIRA
GABRIELLA TORRANO CARVALHO PIMENTEL**

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS CASOS NOTIFICADOS DE SÍFILIS EM
GESTANTES NO PERÍODO DE 2013 A 2017 NO MUNICÍPIO DE PORTO
NACIONAL, ESTADO DO TOCANTINS, BRASIL**

**PORTO NACIONAL – TO
2018**

**ANA MARGARETE SOUZA PEDREIRA
GABRIELLA TORRANO CARVALHO PIMENTEL**

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS CASOS NOTIFICADOS DE SÍFILIS EM
GESTANTES NO PERÍODO DE 2013 A 2017 NO MUNICÍPIO DE PORTO
NACIONAL, ESTADO DO TOCANTINS, BRASIL**

Artigo Científico submetido ao Curso de Medicina da FAPAC/ITPAC PORTO NACIONAL, como requisito parcial para a obtenção do Grau de Bacharel em Medicina.

Orientador: Prof. Mestre Arthur Alves
Borges de Carvalho

**PORTO NACIONAL – TO
2018**

**ANA MARGARETE SOUZA PEDREIRA
GABRIELLA TORRANO CARVALHO PIMENTEL**

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS CASOS NOTIFICADOS DE SÍFILIS EM
GESTANTES NO PERÍODO DE 2013 A 2017 NO MUNICÍPIO DE PORTO
NACIONAL, ESTADO DO TOCANTINS, BRASIL**

Artigo Científico submetido ao Curso de Medicina da FAPAC/ITPAC PORTO NACIONAL, como requisito parcial para a obtenção do Grau de Bacharel em Medicina.

Orientador: Prof. Mestre Arthur Alves Borges de Carvalho.

Artigo Científico apresentado e defendido em ____/____/____ e aprovado perante a banca examinadora constituída pelos professores:

Prof. Mestre Arthur Alves Borges de Carvalho

Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos Porto LTDA – Orientador

Profª. Ohana de Moura Arruda

Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos Porto LTDA – Examinadora 1

Profª. Ana Virginia Gama

Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos Porto LTDA – Examinadora 2

**PORTO NACIONAL – TO
2018**

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS CASOS NOTIFICADOS DE SÍFILIS EM
GESTANTES NO PERÍODO DE 2013 A 2017 NO MUNICÍPIO DE PORTO
NACIONAL, ESTADO DO TOCANTINS, BRASIL**

**EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF NOTIFIED CASES OF SYPHILIS IN
PREGNANT PEOPLE IN THE PERIOD FROM 2013 TO 2017 IN THE
MUNICIPALITY OF PORTO NACIONAL, STATE OF TOCANTINS, BRAZIL**

Ana Margarete Souza Pedreira¹

Gabriella Torrano Carvalho Pimentel¹

Professor Mestre Arthur Alves Borges de Carvalho²

¹ Acadêmica do Curso de Medicina – Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos

² Professor Assistente da Disciplina de Patologia – Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos
(orientador)

RESUMO: Introdução – A sífilis é uma doença infectocontagiosa causada pelo agente etiológico, *Treponema pallidum*, bactéria Gram-negativa. A transmissão vertical pode ocorrer em qualquer fase do período gestacional nas gestantes não tratadas ou tratadas inadequadamente. **Objetivo** – descrever o perfil epidemiológico dos casos notificados de sífilis em gestantes no período de janeiro de 2013 a dezembro 2017, no município de Porto Nacional, estado do TO, Brasil, observando os fatores maternos associados à ocorrência de casos de sífilis congênita, qualidade da atenção no pré-natal, diagnóstico, faixa etária, escolaridade, idade gestacional e tratamento da gestante infectada e do parceiro. **Metodologia** – Trata-se de um estudo transversal, descritivo, retrospectivo, realizada com o levantamento de dados secundários juntamente à Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde (MS), que processa informações das fichas do Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN). **Resultados** – Foram notificados 51 casos de sífilis em gestantes durante a assistência pré-natal após confirmarem diagnóstico por meio de dois exames: teste treponêmico (FTA-Abs) e teste não treponêmico (VDRL). **Discussão** – Quando a sífilis na gestante não é tratada, ou é parcialmente tratada, ou ainda o parceiro não é submetido à terapêutica, as consequências são variadas. Há maior chance de aborto, prematuridades, natimortalidade, deficiências anatômicas e funcionais em até cinco vezes mais do que uma gestação sem intercorrência. **Conclusão** – Apesar das estratégias já empregadas pelo MS, que busca medidas de controle com o intuito de diminuir/cessar o número de casos de sífilis na gestação, a erradicação parece estar distante na saúde pública.

Palavras-chave: Epidemiologia. Gestantes. Sífilis.

ABSTRACT: Introduction - Syphilis is an infectious disease caused by the etiologic agent, *Treponema pallidum*, Gram-negative bacteria. Vertical transmission may occur at any stage of the gestational period in untreated or inadequately treated pregnant women. **Objective** - to describe the epidemiological profile of the reported cases of syphilis in pregnant women from January 2013 to December 2017, in the city of Porto Nacional, State of TO, Brazil, observing the maternal factors associated with the occurrence of congenital syphilis, prenatal care, diagnosis, age range, schooling, gestational age and treatment of the infected pregnant woman and the partner. **Methodology** - This is a cross-sectional, descriptive, retrospective study carried out with the collection of secondary data together with the Health Surveillance Secretariat (SVS) of the Ministry of Health (MS), which processes information from the National System of Notification (SINAN). **Results** - 51 cases of syphilis were reported in pregnant women during prenatal care after confirming diagnosis through two tests: treponemal test (FTA-Abs) and non-treponemic test (VDRL). **Discussion** - When syphilis in the pregnant woman is not treated, or is partially treated, or the partner is not being treated, the consequences are varied. There is a greater chance of abortion, prematurity, stillbirth, anatomical and functional deficiencies up to five times more than nonintercurrent gestation. **Conclusion** - Despite the strategies already employed by the Ministry of Health, which seeks control measures to reduce / stop the number of cases of syphilis during pregnancy, eradication seems to be far from public health.

Keywords: Epidemiology. Pregnant women. Syphilis.

1 INTRODUÇÃO

A sífilis é uma doença infectocontagiosa causada pelo agente etiológico, *Treponema pallidum*, bactéria Gram-negativa do grupo das espiroquetas descoberta em 1905. O contato sexual é a principal via de transmissão, podendo também ser transmitida verticalmente por transfusão sanguínea ou contato direto com sangue contaminado. Consiste em grave problema de Saúde Pública em todo o mundo apesar dos baixos custos de métodos diagnósticos disponíveis e do tratamento desde 1950 (BRASIL, 2015a).

A transmissão vertical pode ocorrer em qualquer fase do período gestacional nas gestações não tratadas ou tratadas inadequadamente. A transmissão é mais frequente intraútero, mas pode ocorrer pelo canal do parto, caso haja lesões no canal de parto. A duração da exposição fetal e o estágio da sífilis materna influenciam a probabilidade de infecção, que ocorre entre 70% a 100% quando a mãe tem a sífilis primária ou secundária (BRASIL, 2017).

Visando promover medidas de prevenção e controle da transmissão fetal do *Treponema pallidum*, é realizada através do pré-natal a vigilância da infecção de sífilis em gestantes, com intuito de diagnosticar o estado sorológico e iniciar o tratamento materno precocemente (BRASIL, 2015b). A sífilis possui maior indicador de morbimortalidade materna e perinatal que o da transmissão vertical do vírus da imunodeficiência humana (HIV) (OPAS, 2010). A alta incidência de sífilis em gestantes e de sífilis congênita permanece desafiando os serviços de saúde (CAVALCANTE; PEREIRA; CASTRO, 2017).

De janeiro de 2005 a junho de 2014 foram notificados 100.790 casos de sífilis em gestantes no Brasil, dos quais 42,1% na Região Sudeste, 23,5% na Nordeste, 12,4% na Norte, 11,6% na Sul e 10,3% na Centro-Oeste. Em 2013, o número de casos total notificados no Brasil foi de 21.382, neste ano, observou-se taxa de detecção de 7,4 casos de sífilis em gestantes para cada 1.000 nascidos vivos, taxa superada pelas regiões Sudeste 8,7 e Centro-Oeste 8,5 (BRASIL, 2015c).

Apesar de muito se discutir no Brasil sobre o tema e da grande quantidade de artigos, revisões de literatura e relatos de casos publicados, manuais e protocolos do Ministério da Saúde sobre este assunto, são poucos os estudos que abordam as características epidemiológicas da ocorrência da sífilis gestacional no estado do Tocantins (TO). A realização deste estudo contribuirá com a epidemiologia da sífilis no estado do TO, tornando possível melhor planejamento em educação, promoção e prevenção nos grupos mais susceptíveis incitando ações para a redução da sífilis em gestantes e sífilis congênita.

Este trabalho teve como objetivo descrever o perfil epidemiológico dos casos notificados de sífilis em gestantes no período de janeiro de 2013 a dezembro 2017, no município de Porto Nacional, estado do TO, Brasil, observando os fatores maternos associados à ocorrência de casos de sífilis congênita, qualidade da atenção no pré-natal, diagnóstico, faixa etária, escolaridade, idade gestacional e tratamento da gestante infectada e do parceiro.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, descritivo, retrospectivo, a partir da análise de casos registrados de sífilis em gestantes no município de Porto Nacional, entre o período de 1 de janeiro de 2013 a 31 de dezembro de 2017.

Foi realizado um levantamento de dados secundários juntamente à Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde (MS), que processa informações das fichas do Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN). Também foram realizados levantamentos bibliográficos eletrônicos em bibliotecas virtuais e bases de dados como Scientific Eletronic Library Online (SciELO), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), e Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS).

Os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) utilizados foram “Epidemiologia”, “Gestantes” e “Sífilis”, reunindo informações existentes na literatura sobre a Sífilis Gestacional.

Após a coleta dos dados na Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), os resultados adquiridos foram analisados no programa Microsoft Excel 2010. Dessa forma, foi possível organizar padrões analíticos, sendo estas: “classificação clínica”, “diagnóstico precoce” e “tratamento do consorte”.

3 RESULTADOS

No período de 1 de janeiro de 2013 a 31 de dezembro de 2017 foram notificados 51 casos de sífilis em gestantes durante a assistência pré-natal após confirmarem diagnóstico por meio de dois exames: teste treponêmico (FTA-Abs) e teste não treponêmico (VDRL), tabela 1 e tabela 2.

No que se refere à distribuição do número de gestantes diagnosticadas por sífilis, segundo a realização de exames, verificou-se aumento progressivo do número total de casos notificados de 2013 a 2017, chegando ao máximo no ano de 2017, acarretando média de 10,2 (20%) casos por ano, gráfico 1.

Tabela 1 -Frequência por ano da notificação segundo teste treponêmico (FTA-Abs) no município de Porto Nacional – TO

ANO	2013	2014	2015	2016	2017	TOTAL
Ign/Branco	0	2	1	3	1	7
Reativo	3	2	8	8	9	30

Não reativo	0	1	0	0	0	1
Não realizado	0	2	3	1	7	13
Total	3	7	12	12	17	51

Fonte: Elaborada pelos autores com dados da Vigilância Epidemiológica de Porto Nacional - TO.

Tabela 2 -Frequência por ano da notificação segundo o teste não treponêmico (VDRL) no município de Porto Nacional – TO

ANO	2013	2014	2015	2016	2017	TOTAL
Ign/Branco	0	0	1	0	2	3
Reativo	3	7	10	12	13	45
Não realizado	0	0	1	0	2	3
Total	3	7	12	12	17	51

Fonte: Elaborada pelos autores com dados da Vigilância Epidemiológica de Porto Nacional - TO.

Referente ao semestre de gestação no qual foi realizado o diagnóstico, observou-se que 18 gestantes estavam no 2º trimestre de gestação (35,29%), evidenciando uma demora em realizar o diagnóstico, tabela 3.

Tabela 3 -Frequência por ano da notificação segundo o trimestre da gestante

TRIMESTRE	2013	2014	2015	2016	2017	TOTAL
1º TRIM	0	2	5	2	7	16
2º TRIM	2	2	3	8	3	18
3º TRIM	1	3	4	2	7	17
TOTAL	3	7	12	12	17	51

Fonte: Elaborada pelos autores com dados da Vigilância Epidemiológica de Porto Nacional - TO.

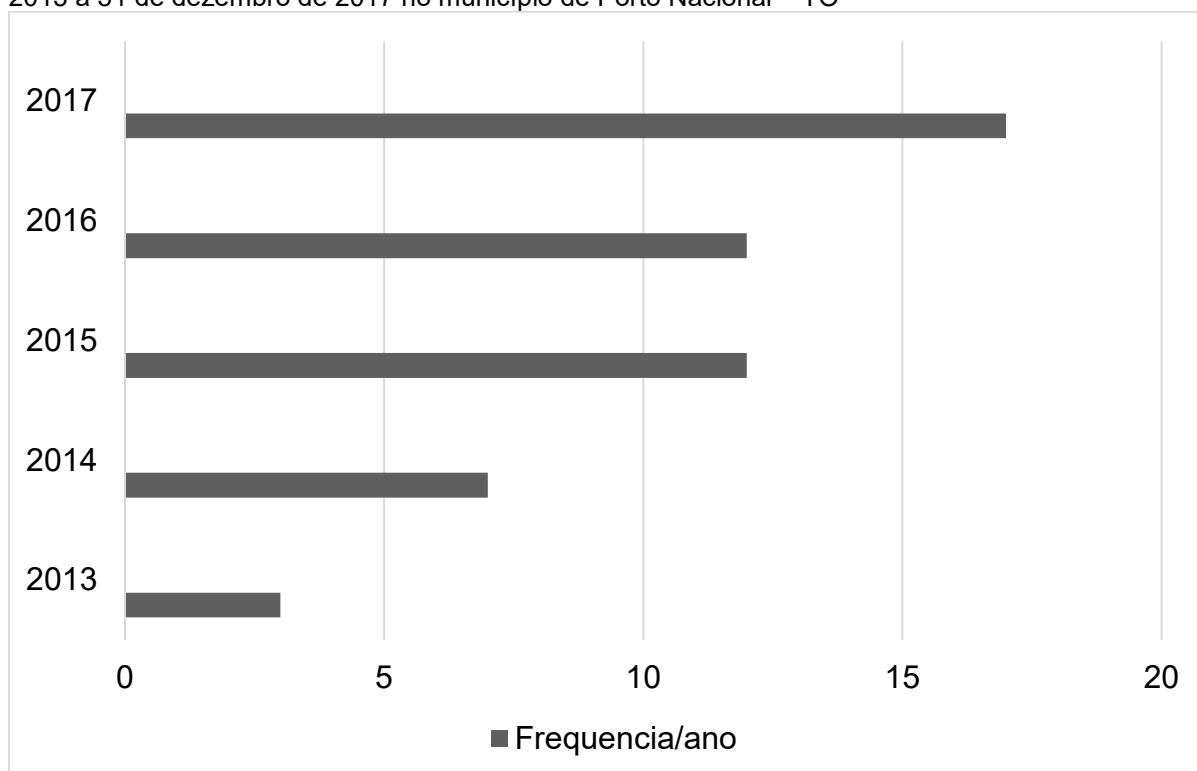
Observou-se que 24 gestantes (47,05%), após realizarem os testes treponêmicos e não treponêmicos, associados ao quadro clínico, foram diagnosticadas com sífilis primária, como mostra a tabela 4. Porém, 13 casos (25,49%) gestantes tiveram diagnóstico de sífilis e não foram classificadas segundo a fase da doença.

Tratar o parceiro sexual contra a sífilis é fundamental para que o ciclo da infecção cesse e impeça uma reinfecção que, por muitas vezes, é mais grave e de

pior curso clínico. No presente estudo, 23 parceiros foram tratados, correspondendo a (45,09%); 19 indivíduos (37,25%) não foram tratados e 9 indivíduos (17,64%) não foram notificados.

Apesar de ser um dos pioneiros na era de antibiótico, o tratamento de escolha para a Sífilis é a Penicilina. A dose varia de acordo com a classificação da sífilis: primária, secundária e terciária. Foram tratados 35 indivíduos (68,62%) com Penicilina Benzatina na dose de 2.400.000 Unidade Internacional (UI); 1 indivíduo (1,9%), penicilina Benzatina 4.800.000 UI; 9 indivíduos (17,64%), Penicilina Benzatina 7.200.000 UI; 3 indivíduos (5,88%) realizaram outro esquema; e apenas 2 indivíduos (3,9%) não realizaram/concluíram o esquema.

Gráfico 1 - Frequência por ano de notificação de sífilis gestacional no período de 01 de janeiro de 2013 a 31 de dezembro de 2017 no município de Porto Nacional – TO



Fonte: Elaborada pelos autores com dados da Vigilância Epidemiológica de Porto Nacional - TO.

Tabela 4: Classificação segundo a fase da sífilis nas gestantes de Porto Nacional - TO

CLASSIFICAÇÃO	2013	2014	2015	2016	2017	Total
Total	3	7	12	12	17	51
Ign/branco	0	1	4	3	5	13
Primária	3	2	7	6	6	24

Secundária	0	2	0	2	2	6
Terciária	0	2	1	1	1	5
Latente	0	0	0	0	3	3

Fonte: Elaborada pelos autores com dados da Vigilância Epidemiológica de Porto Nacional - TO.

O nível de escolaridade não foi notificado em 30 (58,82%) casos. Da 1ª série a 4ª série incompleto do ensino fundamental (EF) foi relatado 5 casos (9,8%); 4ª série completo, nenhum caso; entre a 5ª série a 8ª série incompleto do EF foi onde houve o maior número de casos, totalizando em 13 (25,49%); EF completo, foi relatado 1 caso (1,96%); Ensino médio (EM) incompleto, 4 casos (7,84%); EM completo, 6 casos (11,76%); quanto ao ensino superior (ES) incompleto, 1 caso (1,96%), enquanto não houve casos em indivíduos com ES completo.

A frequência da idade das gestantes com sífilis variou entre 14 anos a 41 anos. Nos limites de 14 anos a 19 anos completos foram encontrados 12 casos (23,52%); 20 anos a 29 anos completos, 26 casos (51,98%); 30 anos a 39 anos completos, 12 casos (23,52%); de 40 anos a 41 anos, 1 caso notificado (1,96%).

4 DISCUSSÃO

Por meio do presente estudo, foram identificadas sete (7) evidências sobre sífilis na gestação: (1) o aumento ano a ano no quantitativo de registro de sífilis gestacional no período analisado; (2) a qualidade da atenção pré-natal; (3) o momento do diagnóstico; (4) a maior incidência em gestantes com faixa etária entre 20 anos e 29 anos; (5) a maior incidência em gestantes com baixo nível de instrução; (6) número de gestantes com diagnóstico de sífilis, porém sem classificação da fase da doença; (7) número parceiros tratados, não tratados e os não notificados.

Houve aumento no número de casos de sífilis gestacional notificados ano a ano no município de Porto Nacional. Segundo alguns estudos relacionados aos casos de Sífilis no Brasil, essa ascensão se relaciona não somente ao número de casos que se multiplicaram, mas também com o aumento no número de notificações, representando melhorias no sistema de notificação atribuída à vigilância epidemiológica do Brasil, ao acesso das gestantes à consulta pré-natal e á

implantação das equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) (FONSECA; KALE; SILVA, 2015; XIMENES et al., 2008).

A Sífilis é uma infecção sexualmente transmissível causada pela bactéria *Treponema pallidum*, levando a sintomas agudos e crônicos, sendo considerado um problema de saúde pública a nível mundial. De acordo com a literatura, os sintomas no sexo feminino são mais discretos e, associado pela falta de informação e baixa busca por ajuda médica, o diagnóstico é tardio, principalmente na gestação. Nos anos 2000 (dois mil), quando foi criado o programa de atenção primária para identificar sífilis por meio de consultas seguindo o calendário de atendimento pré-natal, realização de exames, busca ativa de gestantes e a notificação compulsória, houve aumento da expectativa de vida para a gestante quanto para o feto (CARVALHO; BRITO, 2014).

As equipes de ESF são compostas por multiprofissionais: os agentes comunitários de saúde, técnicos de enfermagem, enfermeiros, médicos, cirurgião-dentista, os quais devem atuar juntos em atividades de prevenção da sífilis congênita, através de busca ativa das gestantes que não estão realizando acompanhamento nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), identificação dos fatores de risco, realização de consulta de pré-natal das gestantes de baixo risco e o desenvolvimento de atividades educativas que devem iniciar desde a fase escolar (BRASIL, 2012).

Sabe-se ainda que, todos os profissionais de saúde devem ser capazes de identificar o quadro clínico e saber classificar os estágios da sífilis corretamente, assim como a interpretar os resultados dos testes que desempenham função importante no controle do agravo, permitindo a definição do diagnóstico e o monitoramento da resposta terapêutica. A prevenção, o diagnóstico e o tratamento de gestantes e parcerias sexuais com sífilis devem ser priorizados, principalmente, na atenção básica. Além disso, saber classificar o estágio da doença permite fazer o diagnóstico diferencial e tratar a gestante da forma correta, uma vez que cada classificação tem sua própria linha de tratamento e, caso não seja realizado de forma correta, o infectado continua contaminado e transmitindo a doença (BRASIL, 2015b).

Os diagnósticos diferenciais da sífilis dependem da classificação e da fase em que a doença se encontra. A sífilis primária pode ser confundida com herpes genital, cancro mole, donovanose, linfogranuloma venéreo, câncer, úlcera amebiana,

leishmaniose, trauma. A sífilis secundárias e confunde com farmacodermias, doenças exantemáticas não vesiculosas, hanseníase virchowiana, colagenoses. E a forma já a terciária tem como diagnóstico diferencial a tuberculose, leishmaniose, esporotricose, aneurismas congênitos, tumor intracraniano, distúrbios psiquiátricos (BRASIL, 2007).

É de suma importância salientar que, a realização do pré-natal tem como objetivo principal amparar a mulher desde o início da gestação, assegurando o nascimento de uma criança em ótimas condições de saúde. (ARAÚJO et al., 2012; BRASIL, 2005). Dessa forma, o pré-natal representa o momento mais importante para diagnosticar a sífilis na gestante, sendo essa assistência, considerada uma ferramenta importante no para a cura e a erradicação da enfermidade no ciclo familiar.

Entre as ações do pré-natal, destacam-se a captação precoce da gestante, o acompanhamento da gravidez, a realização teste rápido não treponêmico (VDRL) na primeira consulta, no terceiro trimestre de gestação e outro no momento do parto. Percebe-se que o pré-natal é o momento ideal para que o médico responsável pelo acompanhamento gestacional possa aconselhar e realizar o tratamento da gestante e dos contactantes sexuais acometidos pelo agente infeccioso (CARVALHO; BRITO, 2014). Em grávidas que tiveram sífilis em qualquer fase da vida, registrado com tratamento adequado e seguimento com VDRL comprovados através de Cartão da Gestante, receituário ou prontuário, deve ser compulsório a coleta de sangue para o exame do VDRL para diagnóstico de reinfecção (BRASIL, 2007).

Em relação à faixa etária pode-se perceber que, ao longo dos anos na série histórica estudada, a mais acometida foi a população entre 20 anos a 29 anos por ser o auge da fase reprodutiva representando 26 indivíduos (51,98%). Este achado foi semelhante com os resultados de outro estudo realizado no Brasil, congruentes com os achados desta pesquisa. (SOUZA; BENITO, 2016).

A sífilis na gestação tem sido associada ao baixo nível socioeconômico, apesar de não ser considerada uma doença restrita às camadas economicamente desfavorecidas, no entanto, pouca escolaridade e baixa renda podem indicar pouco acesso aos serviços de saúde (SOUZA; BENITO, 2016; MAGALHÃES et al., 2013). Segundo as notificações do estudo 5 (9,8%) das gestantes diagnosticadas com sífilis cursaram de 1ª a 4ª série incompleta do EF e 30 (58,82%) são dados ignorados ou em branco.

Quando a sífilis na gestante não é tratada, ou é parcialmente tratada, ou ainda o parceiro não é submetido à terapêutica, as consequências são variadas. Há maior chance de aborto, prematuridades, natimortalidade, deficiências anatômicas e funcionais em até cinco vezes mais do que uma gestação sem intercorrência (CAMPOS, 2010). Quanto ao momento da infecção e as consequências para o feto, é consolidado na literatura que quanto mais recente for a infecção, menor a chance do feto ser infectado, porém as sequelas são maiores; em contrapartida, quanto mais perto do parto a gestante for infectada, maior a chance do feto contaminar, porém com sequelas menos graves (ALBURQUEQUE, 2014). Diante disso, é notório que o acompanhamento médico deve ser rigoroso e a promoção de saúde deve abranger todas as classes econômicas, principalmente a mais baixa. Segundo estudo, a população classificada como baixo nível socioeconômico tem uma assistência pré-natal inadequada e tratamento ineficaz (por não completar os ciclos de antibiótico), propiciando uma maior continuidade da transmissão entre indivíduos (BARBOSA, 2017).

A partir dos dados analisados, pode-se observar também a maior frequência do exame não treponêmico VDRL em relação ao treponêmico (FTA-Abs) no diagnóstico de sífilis gestacional. O primeiro exame utiliza como prova antígenos específico da membrana plasmática das células agredidas pelo *Treponema pallidum*. Já o segundo utiliza anticorpos antitreponêmicos fluorescentes, logo é mais específico. Acontece que em idosos, portadores de hepatite crônica, lúpus eritematoso sistêmico, hanseníase, mononucleose e gravidez, podem ocorrer elevação dos títulos de VDRL, porém inferior a 1/16, que são considerados falso-positivos, sendo interpretados por médicos como doença existente (PIRES, 2014). A explicação plausível que mostra o maior número de casos de VDRL do que o FTA-Abs pode ser justificado pela própria gestação, não sendo interpretado clinicamente pelo médico, levando ao diagnóstico errôneo de sífilis gestacional.

Em relação à terapêutica, as mulheres que adquiriram sífilis e seus parceiros devem ser informadas a respeito da transmissão sexual para que possam, durante o tratamento, evitar relações sexuais ou praticá-las de forma segura com preservativo. Para fazer o controle é realizado mensalmente o VDRL, sendo esperada a diminuição dos títulos. A primeira dose do tratamento deve ser dada no hospital, quando a gestante está na fase secundária da doença, pois há risco de desenvolver a Reação de Jarish-Herxheimer e grande risco de abortamento. Lembrando que

quando os parceiros não são tratados é caracterizado tratamento materno inadequado, logo o recém-nascido (RN) será considerado um caso de sífilis congênita (BRASIL, 2007).

A primeira escolha para o tratamento da sífilis é a penicilina G benzatina, utilizando a dose adequada para cada fase da infecção e ter concluído toda a terapêutica até 30 dias antes do parto. O uso de tetraciclina, doxiciclina e estolato de eritromicina, estão contraindicados durante a gestação, por causa de risco de alterações ósseas e do esmalte dentário do feto; toxicidade da gestante, devido a tetraciclina e doxiciclina e litíase intra-hepática fetal, causado pelo estolato (BRASIL, 2007).

Os esquemas de tratamento da sífilis em gestantes, segundo Brasil (2018) incluem: Penicilina G benzatina 2,4 milhões (UI), intramuscular (IM), dose única (1,2 milhões UI em cada glúteo) para sífilis recente (com menos de 2 anos de evolução), casos da sífilis primária, secundária e latente recente; Penicilina G benzatina 2,4 milhões UI, IM, semanal, por 3 semanas com dose total de 7,2 milhões UI, IM para sífilis tardia (com mais de 2 anos de evolução), ou seja, as sífilis latente tardia ou latente com duração ignorada e sífilis terciária; Já na neurosífilis usa-se penicilina cristalina 18-24 milhões UI/dia, endovenosa (EV), administrada em doses de 3-4 milhões de UI, a cada 4 horas ou por infusão contínua, por 14 dias.

Gestantes ou lactantes alérgicas à penicilina, após realizar teste de sensibilidade, deverão passar pelo processo de dessensibilização e em seguida serem tratadas com penicilina no hospital. Caso esse processo não seja possível, deverão ser tratados com eritromicina 500 miligramas, uso interno, via oral, de seis em seis horas por 15 dias, em caso de sífilis recente e 30 dias para tardia, no entanto, estas gestantes não serão consideradas adequadamente tratadas em relação à transmissão fetal para sífilis, o que torna obrigatório que, após o nascimento do RN, seja feita a averiguação e o tratamento do mesmo (BRASIL, 2007).

As notificações realizadas no SINAN são um meio de controle da sífilis gestacional e congênita, sustentando o planejamento da saúde, determinando prioridades de intervenção e respostas, e também permite a avaliação de seu impacto. A ficha de notificação deve ser preenchida corretamente e de forma completa por todo profissional de saúde no exercício de sua função (BRASIL, 2007; SOUZA; BENITO, 2016).

5 CONCLUSÃO

Apesar das estratégias já empregadas pelo MS, que busca medidas de controle com o intuito de diminuir/cessar o número de casos de sífilis na gestação, a erradicação parece estar distante na saúde pública.

A vigilância epidemiológica é um importante aliado por meio de ações conjuntas com as Secretarias Municipais de Saúde e a ESF permitindo identificar mudanças nos fatores determinantes de saúde, mediante a coleta de dados que geram informações, proporcionando a realização de programação das ações municipais de controle. Cada novo caso é considerado uma falha no processo que foi construído para sua eliminação. As ESFs são de grande relevância por serem o primeiro contato com as famílias, formando um laço de confiança e respeito entre o profissional de saúde (médicos, enfermeiros, agentes de saúde, dentistas e técnicos de enfermagem) e os usuários, facilitando a adesão ao tratamento principalmente entre os parceiros das gestantes infectadas.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, Greicy Machado Aguiar de; CHAVES, Edna Maria Camelo; SAMPAIO, Luis Rafael Leite; DIAS, Katia Cilene Ferreira; PATROCÍNIO, Manoel Claudio Azevedo; VASCONCELOS, Silvânia Maria Mendes. Complicações da sífilis congênita: uma revisão de literatura. **Rev. Ped. Moder.**, Fortaleza, v. 50, n. 16, p. 254-258, 2014. Disponível em: <http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?id_materia=5822&fase=imprime>. Acesso em: 04 out. 2018.
- ARAÚJO, Cinthia Lociks de; SHIMIZU, Helena Eri; SOUSA, Artur Iuri Alves de; HAMANN, Edgar Merchán. Incidência da sífilis congênita no Brasil e sua relação com a estratégia saúde da família. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 479-486, jun. 2012. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/rsp/2012.v46n3/479-486/pt/>>. Acesso em: 04 out. 2018.
- ARAÚJO, Cinthia Lociks de; SHIMIZU, Helena Eri; SOUSA, Artur Iuri Alves de; HAMANN, Edgar Merchán. Perfil epidemiológico dos casos de sífilis gestacional. **Rev. Enferm. Online UFPE**, Recife, v. 11, n. 5, p. 1864–1874, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46n3/3477.pdf> >. Acesso em: 04 out. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Programa Nacional de DST e Aids. **Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis: Manual de bolso**. Brasília, DF, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília – DF, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT): atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis (IST)**. Brasília, DF, 2015a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical de HIV, sífilis e hepatites virais**. Brasília, DF, 2015b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Saúde Brasil 2014: uma análise da situação de saúde e das causas externas**. Brasília, DF, 2015c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical de HIV, sífilis e hepatites virais**. Brasília, DF, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical de HIV, sífilis e hepatites virais**. Brasília, DF, 2018.

CAMPOS, Ana Luiza de Araujo; ARAÚJO, Maria Alix Leite; MELO, Simone Paes de; GONÇALVES, Marcelo Luiz Carvalho. Epidemiologia de sífilis gestacional em Fortaleza, Ceará, Brasil: um agravado sem controle. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 9, p. 1747-1755, 2010. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/csp/2010.v26n9/1747-1755/pt>>. Acesso em: 04 out. 2018.

CARVALHO, I. S.; BRITO, R. S. Sífilis congênita no Rio Grande do Norte: estudo descritivo do período 2007- 2010. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 23, n. 2, p. 287-294, jun. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ress/v23n2/1679-4974-ress-23-02-00287.pdf>>. Acesso em: 04 out. 2018.

FONSECA, S. C.; KALE, P. L.; SILVA, K. S. Pré-natal em mulheres usuárias do Sistema Único de Saúde em duas maternidades no Estado do Rio de Janeiro, Brasil: a cor importa. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 15, n. 2, p. 209-217, abr./jun. 2015. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v15n2/1519-3829-rbsmi-15-02-0209.pdf>>. Acesso em: 04 out. 2018.

LEITÃO, Eslei Judson Lisboa; CANEDO, Maria Clara de Melo; FURIATTI, Marcela Franco; OLIVEIRA, Larissa Rávila Sacch de; DIENER, Leonardo Santos; LOBO, Marcell Paiva; CASTRO, Marcos Filipe Leal Marra de; BARBOSA, Dyego Frederick

Simão; SILVEIRA, Jeanne Braz da; MACHADO, Fábio Rabello da Mata; MACEDO, Jefferson Lessa Soares de. Sífilis gestacional como indicador de qualidade do pré-natal no centro de saúde nº 2 - Samambaia – DF. **Com. Ciências e Saúde**, Brasília, v. 20, n. 4, p. 307-314, 2009. Disponível em: <http://www.escs.edu.br/pesquisa/revista/2009Vol20_4sifilisgestacional.pdf>. Acesso em: 23 out. 2018.

MAGALHÃES, Daniela Mendes dos Santos; KAWAGUCHI, Inês Aparecida Laudares; DIAS, Adriano; CALDERON, Iracema de Mattos Paranhos. Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 29, v. 6, p. 1109-1120, jun. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n6/a08v29n6.pdf>>. Acesso em: 25 set. 2018.

ORGANIZACIÓN PAN-AMERICANA DE LA SALUD. **Análisis de lasituación al año 2010**: eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y de la sífilis congénita enla Región de las Américas. Washington: Organización Pan-Americana de la Salud; 2012. Disponível em: <http://www.paho.org/clap/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=273&Itemid=>>. Acesso em: 25 set. 2018.

SINAN – Sistema de Informações de Agravos de Notificações.
Notificação/Investigação Sífilis em Gestantes 2013-2017. Porto Nacional (TO): Secretária de Vigilância Epidemiológica de Porto Nacional (TO), 2018.

SOUZA, Warlei Nunes; BENITO, Linconl Agudo Oliveira Benito. Perfil epidemiológico da sífilis congênita no Brasil no período de 2008 a 2014. **Universitas: Ciências da Saúde**, Brasília, v. 14, n. 2, p. 97-104, jul./dez. 2016. Disponível em: <<https://www.publicacoesacademicas.uniceub.br/cienciasaude/article/view/3811>>. Acesso em: 25 set. 2018.