



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA**

ZILDETE CIBELE GRANJA AMORIM

**ÓBITOS INFANTIS POR SÍFILIS CONGÊNITA EM
ARACAJU-SE DE 2007 A 2016**

ARACAJU-SE

2017

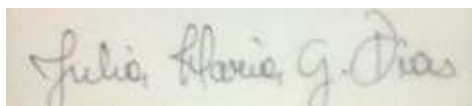
ZILDETE CIBELE GRANJA AMORIM

ÓBITOS INFANTIS POR SÍFILIS CONGÊNITA EM ARACAJU-SE DE 2007 A 2016

Monografia apresentada ao
Departamento de Medicina da
Universidade Federal de Sergipe
como requisito parcial para a
obtenção do título de graduado
em Medicina pela Universidade
Federal de Sergipe.

Aprovada em: ____/____/2017.

Zildete Cibele Granja Amorim
Doutoranda



Prof.^a. PhD. Júlia Maria Dias Gonçalves
Orientadora

Prof. José Carlos Martins de Oliveira
Examinador

ZILDETE CIBELE GRANJA AMORIM

**ÓBITOS INFANTIS POR SÍFILIS CONGÊNITA EM
ARACAJU-SE DE 2007 A 2016**

Monografia apresentada ao
Departamento de Medicina da
Universidade Federal de Sergipe
como requisito parcial para a
obtenção do título de graduado
em Medicina pela Universidade
Federal de Sergipe.

Doutoranda: Zildete Cibele Granja Amorim

Orientadora: Prof.^a. PhD. Júlia Maria Dias Gonçalves

Aracaju/SE

2017

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus pelo dom da vida e por ter me proporcionado chegar até aqui e por todas as graças alcançadas até hoje.

Dedico esta, bem como todas as minhas demais conquistas, aos meus amados pais Otaviano Celso e Maria Gorett que são a base da minha vida, sempre me ensinaram a ser uma pessoa do bem e a ajudar o próximo, incentivaram e investiram nos meus estudos -um dos maiores legados que os pais podem dar aos filhos-, minhas irmãs tenho muito orgulho de ser a caçulinha desse trio perfeito, Giselle e Sandra- Que falta vocês me fazem! Meu precioso sobrinho Arthur que titia tanto ama. Meu noivo e companheiro Igor, que esteve comigo nesses quatro dos seis anos do curso de medicina, obrigada pela compreensão e pelos diários momentos de felicidades, sem você esse caminho seria mais árduo.

Agradeço aos professores da Universidade Federal de Sergipe que sempre estiveram dispostos a ajudar e contribuir para um melhor aprendizado em especial a minha orientadora Dra. Júlia Dias sem a senhora não seria possível a realização desse trabalho, obrigada pelo incentivo e pelas palavras de carinho e apoio quando eu me sentia desmotivada.

Aos meus amigos de infância e da medicina, pelas alegrias, tristezas e dores compartilhadas. Com vocês essa jornada se tornou mais leve. Em especial Bruna, Vivian, Amanda e minha amiga Luzana que tenho um carinho imenso.

LISTA DE ABREVIACÕES

TABELA DE ABREVIATURAS

AB - Atenção Básica

ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

DATASUS – Departamento de informática do sistema único de saúde

DNA - Ácido Desoxirribonucleico

DST - Doença Sexualmente Transmissíveis

FEBRASGO - Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia

HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana

LCR - Líquido cefalorraquidiano

MEC - Ministério da Educação e Cultura

MS - Ministério da Saúde

OMS - Organização Mundial da Saúde

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde

PCDT - Protocolo Clínico e Diretrizes terapêuticas

PHPN - Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento

PMAQ-AB - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

PET - Saúde Programa de Educação para a Saúde

RN - Recém-Nascido

RPR - Rapid Test Reagin

SINAN - Sistema de Informação Nacional de Agravos e Notificação

TPI - Treponema Pallidum

TRUST - Tolidine Red Unheated Serum Test

VDRL - Venereal Disease Research Laboratory

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

REVISÃO DE LITERATURA

QUADRO 1. Testes diagnósticos para Sífilis

QUADRO 2. Época de realização dos testes para detecção de sífilis em gestantes

QUADRO 3. Valores de exame liquórico em RN com suspeita de neurosífilis

QUADRO 4. Tratamento da sífilis congênita no período neonatal, de acordo com a situação clínico laboratorial da mãe

ARTIGO

QUADRO 1 Número de óbitos infantis por sífilis congênita em Aracaju-SE entre os anos de 2007 a 2016

GRÁFICO 1. Gráfico dos bairros com maior incidência de notificação de óbito infantil por sífilis congênita em Aracaju SE

GRÁFICO 2- Distribuição de frequência da titulação do teste de mães com sífilis no momento do Parto/Curetagem em casos de óbito por sífilis congênita na cidade de Aracaju-SE no Período de 2007 a 201

GRÁFICO 3.Distribuição do grau de escolaridade das mães dos recém-nascidos que foram a óbito por sífilis congênita em Aracaju-SE no período de 2007 a 2016

GRÁFICO 4. Taxa de detecção de sífilis congênita em gestantes e taxa de incidência em menores de 1 ano na cidade de Aracaju SE

GRÁFICO 5. Taxa de detecção de sífilis congênita em gestantes e taxa de incidência em menores de 1 ano na cidade de São Caetano do Sul -SP

LISTA DE TABELAS

TABELA 1. Distribuição de frequência de dados temporais relacionados ao óbito por sífilis congênita na cidade de Aracaju-SE no período de 2007 a 2016

TABELA 2. Distribuição de frequência dos dados relacionados às variáveis do pré-natal das mães de recém-nascidos que foram a óbito por sífilis congênita na cidade de Aracaju-SE no período de 2007 a 2016

SUMÁRIO

I. INTRODUÇÃO.....	11
II. REVISÃO DA LITERATURA.....	13
1. HISTÓRICO.....	13
2. AGENTE ETIOLÓGICO.....	14
3. EPIDEMIOLOGIA.....	16
4. DIAGNÓSTICO DA SÍFILIS.....	21
4.1 DIAGNÓSTICO DA SÍFILIS CONGÊNITA.....	24
5. TRATAMENTO.....	27
6. MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS DA SÍFILIS CONGÊNITA.....	30
7. IMPORTÂNCIA DA PREVENÇÃO E SUA MAGNITUDE.....	31
8. PROGRAMAS DE SAÚDE DA MULHER	32
9. SISTEMA DE NOTIFICAÇÃO	33
10. SUBNOTIFICAÇÃO.....	34
11. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	36
III. NORMAS DE PUBLICAÇÃO.....	40
IV. ARTIGO CIENTÍFICO.....	52
RESUMO.....	53
ABSTRACT.....	54
RESUMEN.....	55
INTRODUÇÃO.....	56
MATERIAIS E MÉTODOS.....	57
RESULTADOS.....	59
DISCUSSÃO.....	61
CONCLUSÃO.....	64

REFERÊNCIAS
BIBLIOGRÁFICAS.....70

I. INTRODUÇÃO

A sífilis é uma doença sexualmente transmissível causada pela bactéria *Treponema pallidum*. Sua transmissão é hematogênica e pode ocorrer através de transfusões sanguíneas, transplante de órgãos, congenitamente e, principalmente, por meio de relações sexuais sem uso de preservativo (LIMA et al., 2013; LIMA et al, 2013).

O *Treponema pallidum* adentra pela mucosa e/ou pele através do contato muito íntimo (disseminação horizontal), por isso a via que mais facilita a transmissão é a sexual, as bactérias aderem à superfície das células do hospedeiro devido à fibronectina encontrada na superfície das células (MIMS et al, 1999). Nas mucosas, a penetração se dá por meio de ferimentos ou solução de continuidade, quando essas estão intactas, a sua penetração é facilitada através da Hialuronidase, uma enzima produzida pelo próprio *Treponema* com poder de destruir o ácido hialurônico dos tecidos, dessa maneira a bactéria multiplica-se neste local lentamente, permanecendo num período de incubação de três semanas, ocasionando uma infiltração de polimorfonucleares, plasmócitos e macrófagos e a partir daí pode atingir os linfonodos e a corrente sanguínea (JAWETZ et al, 2000)

A sífilis congênita é uma das formas de classificação da sífilis quando a transmissão é vertical, ou seja, da gestante infectada não tratada ou inadequadamente tratada para o conceito, por via transplacentária, durante a gestação ou no momento do parto, em qualquer estágio em que esteja a doença materna (SZWARCOWALD et al, 2007; LIMA et al, 2013). Com probabilidades de 50% a 100% na sífilis primária e secundária, 40% na sífilis latente precoce e 10% na sífilis tardia (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008). Na sífilis congênita, há infecção fetal por via hematogênica, em geral a partir do 4º mês de gravidez. A transmissão não sexual da sífilis é excepcional, havendo poucos casos por transfusões de sangue e por inoculação acidental. Quando a sífilis primária e secundária não tratada ocorrem na gravidez, ela afeta 100% dos fetos, e 50% dessas gestações irão resultar em parto prematuro ou morte perinatal (AZULAY, 2013). Desses recém-nascidos de mães não tratadas a grande maioria irão apresentar sequelas sensoriais, físicas ou de desenvolvimento podendo levar a óbitos e quando esse acontece observa-se que a

grande maioria acontece na primeira semana de vida. Classificamos a sífilis congênita nessa situação em precoce, quando se manifesta até os dois anos de idade e em tardia, quando as manifestações ocorrem após os dois anos de idade (SZWARCOWALD *et al*, 2007; LIMA *et al*, 2013).

Apesar de ser uma doença prevenível, com diagnóstico e tratamento efetivo disponíveis durante a gestação, a sífilis congênita persiste sendo um problema de saúde pública com destaque mundial e prioritário na política do Ministério da Saúde do Brasil (ARAUJO *et al*, 2006; SARACENI *et al*, 2005). Nesse sentido, em março desse ano foi sancionada a Lei nº 13.430/2017 (DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO, 2017) que fixa o terceiro sábado de outubro como Dia Nacional de Combate à Sífilis e à Sífilis Congênita.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), estima-se que aproximadamente 12 milhões de novos casos de sífilis na gestação ocorrem a cada ano mundo. Além disso, a mesma é responsável por cerca de 305 mil mortes fetais e neonatais a cada ano e deixa 215 mil crianças em maior risco de morrer por prematuridade, baixo peso ao nascer ou doença congênita (OMS, 2013).

No Brasil, foram notificados no SINAN (Sistema de Informação Nacional de Agravos e Notificação) 4.877 casos de sífilis congênita no ano de 2013, sendo que em Sergipe esse número foi de 195 casos, e desses 136 foram notificados no Município de Aracaju. Estudamos todos os casos de óbitos em Aracaju SE que ocorreram nos anos de 2007 a 2016 e obtivemos o quantitativo de 20 casos notificados nesse município, sendo que no ano de 2015 e 2016 não se tem registros de óbitos nesse município, não por melhoria na saúde pública, mas por subnotificação (SINAN/SMS-SE, 2017)

II.REVISÃO DE LITERATURA

1.HISTÓRICO

A história da sífilis está atrelada com a história da civilização moderna e é marcada por controvérsias que persistem até os dias atuais. A teoria do Novo Mundo sustenta que a doença era endêmica nas Américas e chegou na Europa através dos marinheiros de Colombo; já a teoria do Velho Mundo se apoia na tese de que as treponematoses já existiam em terras europeias e eram causadas por um único micro-organismo e que esse foi sofrendo variações com o decorrer do tempo de modo a adquirir características que aumentaram a sua virulência com o passar dos anos, permitindo a transmissão sexual e causando grandes epidemias (QUETEL,1992). A primeira epidemia de sífilis relatada na história ocorreu na Europa e data do final do século XV, até então a doença era desconhecida (SARACENI,2005).

Em 1495 surgiram os primeiros relatos médicos, na Batalha de Fornovo, na Europa, Alexandri, Cumano e Marcellus, médicos italianos que serviam no front, relataram aspectos clínicos da doença em soldados que apresentavam lesões semelhantes a grãos de milho na glândula e prepúcio, pústulas por todo o corpo, seguidas de dores terríveis em braços e pernas que deixavam os soldados desesperados. O sofrimento causado pela doença era mais repugnante que a lepra ou elefantíase, segundo consta em anotações de Alexandri (QUETEL,1992)

O termo lues ou lues venérea, cujo significado em latim é algo como peste, epidemia, surgiu no século XVI, em 1579, idealizado por Jean Fernel. Foi também denominado com outros nomes tais como mal gálico, mal venéreo, bubas e pudendragas, o nome sífilis, adotado até hoje surgiu em 1530, em um poema do escritor italiano Girolamo Fracastoro, intitulado Syphilis sive morbus gallicus, embora, sífilis como definição de um quadro patológico, começou a ser usado somente no final do século XVIII (SOUZA AT, 1996).

O agente etiológico da sífilis, a espiroqueta *Treponema pallidum*, assim denominada devido à dificuldade de se corar com as técnicas existentes na época,

foi descoberto em 1905 por Fritz Richard Schaudinn e Paul Erich Hoffmann na Alemanha. Em 1910, Wassermann desenvolveu o primeiro exame sorológico efetivo para a detecção da sífilis (SOUZA AT, 1996).

2. AGENTE ETIOLÓGICO

O agente causador da sífilis é uma bactéria o *Treponema pallidum* subespécie *pallidum*, descrito em Berlim, por Fritz Richard Schaudinn e Paul Erich Hoffman em 1905, que demonstraram espiroquetas em fluido de lesão secundária coradas pelo Giemsa (SINGH et. al, 2005). Em 1906 Landsteiner introduziu o uso do método de microscopia escuro e de campanha na detecção da espiroqueta da sífilis. Em 1910 o bacteriologista alemão August Wasserman (1866-1925) realizou o primeiro teste de sorologia da sífilis e em 1949 Nelson e Mayer conceberam o teste de imobilização de *Treponema pallidum* (TPI), o primeiro teste específico de *T. pallidum*(J.MED.LIFE,2014)

A bactéria pertence à ordem Spirochaetales, família Spirochaetaceae, onde se classificam quatro bactérias patogênicas e de grande importância para área médica e seis não patogênicas. As espécies patogênicas são o *Treponema pallidum* subespécie *pallidum*, causadora da sífilis, o *Treponema carateum*, responsável pela pinta, o *Treponema pertence*, agente da boubia ou framboesia e o *T. pallidum* subespécie *endemicum*, causador do bejel ou sífilis endêmica. Esses quatro agentes foram considerados iguais morfolologicamente, possuindo 95% de semelhança no DNA. Entretanto, com o avanço dos estudos sobre a doença e da tecnologia foi possível realizar o sequenciamento genético que definiu a presença da lipoproteína 15-kDa (tpp15) no gene que distinguiu *T. pallidum* subespécie *pallidum* do *T. pallidum* subespécie *pertenue* e *endemicum* (SINGH & ROMANOWSKI 1999). O *T. pallidum* é uma bactéria que tem o formato helicoidal com 10 a 20 voltas (FIGURA 1), medindo, aproximadamente, de 6 a 20 µm de comprimento e apenas 0,10 a 0,18 µm de diâmetro. À microscopia eletrônica, observa-se que possui um corpo

procariótico envolvido por duas estruturas membranosas (membrana citoplasmática e a membrana externa), entre as 4 quais se enrola um filamento helicoidal de estrutura fibrilar inserido em grânulos citoplasmáticos nas extremidades do microrganismo, denominado endoflagelo (filamento axial) sendo responsável por sua locomoção (NORRIS 1993).



FIGURA 1: Bactéria *Treponema pallidum*, separada para estudo da sua morfologia. Fonte: <https://biologia.laguia2000.com/microbiologia/una-bacteria-para-la-sifilis>

O *T. pallidum* tem como hospedeiro exclusivo o homem, não sendo cultivado in vitro. Sua membrana externa é composta predominantemente por lipídios e por poucos componentes proteicos, fato esse que dificulta o desenvolvimento de testes sorológicos e de vacinas. A maior parte do conhecimento sobre a fisiologia, o metabolismo e a estrutura antigênica advém de estudos realizados com a cepa Nichols, mantida em coelhos desde 1912 (SINGH & ROMANOWSKI 1999). Em 1998, o genoma do *T. pallidum* subespécie pallidum (Nichols) foi sequenciado. Essa bactéria apresenta um cromossoma circular de 1.138.006 pares de bases com 1.041 regiões de leitura aberta (ORF - open reading frames) (AVELLEIRA & BOTTINO 2006, HARPER ET AL. 2008, MATEJKOVA ET AL. 2008). Os fatores de virulência ainda não são bem conhecidos. Algumas

proteínas da membrana e várias hemolisinas têm sido imputadas como potenciais fatores associados à virulência desse agente (FRASER *et al.* 1998).

Estudos revelam que o principal meio de transmissão do agente sífilítico é a via sexual (genital, oral e anal). Outras formas de contágio acontecem pelo contato direto com lesões de mucosas ou cutâneas ricas em treponemas (principalmente em fetos durante o contato com lesões pelo canal de parto), por transfusão sanguínea de sangue contaminado, pela via placentária para o feto e, por fim, por via ocupacional. Todos os seres humanos são susceptíveis ao *Treponema pallidum*, do quantitativo de pessoas expostas ao risco de contaminação, cerca de 30% dessas irão culminar em doença. O risco de transmissão por parceiro sexual foi estimado em 60% (SARACENI, 2005).

3. EPIDEMIOLOGIA

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), estima-se que aproximadamente 12 milhões de novos casos de sífilis na gestação ocorram a cada ano no mundo. Além disso, a mesma é responsável por cerca de 305 mil mortes fetais e neonatais a cada ano e deixa 215 mil crianças em maior risco de morrer por prematuridade, baixo peso ao nascer ou doença congênita (OMS, 2013).

Devido a sua importância, todas as formas de sífilis, seja em adultos, gestantes e congênitas são de notificação obrigatória no país há, pelo menos, 5 anos e os óbitos infantis decorrente de sífilis congênitas começaram a ser de notificação compulsória a partir de 2006. Segundo dados do Boletim Epidemiológico de 2016, entre os anos de 2014 e 2015, a sífilis adquirida teve um aumento de 32,7%, a sífilis em gestantes 20,9% e congênita, de 19%(INFORMATIVO EPIDEMIOLOGICO Nº1/2016)

O Boletim epidemiológico de IST/AIDS do Ministério da Saúde (INFORMATIVO EPIDEMIOLOGICO Nº1/2016), evidenciou que o número de notificação de casos de sífilis na gestação tem aumentado a cada ano; de 2005 a junho de 2014 foram notificados no SINAN um total de 100.790 casos de sífilis em gestantes.

No ano de 2015, o número total de casos notificados de sífilis adquirida no Brasil foi de 65.878. No mesmo período, a taxa de detecção foi de 42,7 casos por 100 mil habitantes e a maioria eram homens, 36.835 (60,1%). No período de 2010 a junho de 2016, foi registrado um total de 227.663 casos de sífilis adquirida(MINISTÉRIO DA SAÚDE,2017).

No ano de 2015, a taxa de detecção da sífilis em gestantes foi de 11,2 casos a cada 1.000 nascidos vivos, totalizando em 33.365 casos da doença. No período de janeiro de 2005 a junho de 2016, foram notificados 169.546 casos. Com relação à sífilis congênita em 2015, foi notificado 19.228 casos da doença, uma taxa de incidência de 6,5 por 1.000 nascidos vivos. Entre 1998 a junho de 2016, foram notificados 142.961 casos em menores de um ano. O incremento entre os anos de 2013 e 2014 foi de 26,77% e entre os anos de 2014 e 2015 foi de 20,91% no número absoluto de casos novos diagnosticados.

De acordo com o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) nos anos de 2013 e meados de 2014, 55% das Unidades da Federação (UF) estavam aplicando penicilina benzatina na Atenção Básica (AB) .Para assegurar esse tratamento às grávidas, o Ministério da Saúde publicou a Resolução nº 3161/2011, orientando os profissionais sobre a administração desse antibiótico nas unidades de saúde e permitindo, inclusive, que essa administração seja feita pela equipe de enfermagem (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Porém, devido à falta de matéria prima para a produção da penicilina benzatina, droga de primeira escolha nos casos de sífilis em adultos e em gestantes, a partir de 2014, países de todo o mundo enfrentam o desabastecimento dessa medicação, afetando a sua produção e o tratamento de milhares de portadores da doença. Neste ano referido, o Governo Brasileiro, em caráter emergencial, adquiriu 2,7 milhões de frascos de penicilina benzatina, dando prioridade na prescrição para grávidas e seus parceiros (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO/MS, 2017).

Dezessete países e territórios das Américas forneceram dados indicando que podem ter eliminado a transmissão de mãe para filho de HIV e sífilis, de acordo com um novo relatório da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS), apresentado na véspera do Dia Mundial de Luta contra a Aids (1 de dezembro) do ano 2015. No entanto, estima-se que 2.500 crianças na região nasceram com o vírus em 2014. (OPAS/OMS, 2016)

Segundo dados da OPAS/OMS em informativo do dia 30 de novembro de 2015, 17 países (nove a mais do que em 2013) apresentaram dados consistentes com a eliminação das duas enfermidades, foram eles: Anguilla, Antígua e, Barbados, Bermudas, Canadá, Chile, Cuba, Dominica, Montserrat, Porto Rico, Saba e São Cristóvão e Névis. Esses países e territórios concentram 34% dos nascimentos da região. (OPAS/OMS, 2016)

Diversas propostas estão sendo levantadas para diminuir a incidência da sífilis congênita no Brasil, diante disso, a OPAS/OMS assinou em 20 de outubro de 2016 uma carta que irá fortalecer o apoio ao Brasil no combate à sífilis. Nessa carta foram apresentadas ações estratégicas para a redução da sífilis congênita no país com prazo previsto de um ano (OPAS/OMS, 2016)

Além da OPAS/OMS, outras 17 associações e conselhos de saúde vão ajudar o Ministério da Saúde brasileiro, estados e municípios, a combaterem a doença. O foco é detectar precocemente a doença no início do pré-natal e

encaminhar tratamento imediato com penicilina. De acordo com o Representante da OPAS/OMS no Brasil, Joaquín Molina, entre os papéis da OPAS/OMS no acordo está a compra emergencial de medicamentos e a elaboração de ações técnicas e estratégicas. “A situação da sífilis no Brasil e no mundo chama a atenção. A sífilis congênita é uma doença que tem cura, mas que ainda não foi alcançada em vários países por um conjunto de fatores, como a falta de penicilina no mercado mundial”, afirmou o representante da OPAS/OMS no Brasil, Joaquín Molina.

As ações estratégicas para redução da Sífilis Congênita no Brasil, coordenada pelo Ministério da Saúde brasileiro, tem como principais objetivos:

1. Promover a captação precoce da gestante na Atenção Básica para realização em tempo oportuno do pré-natal;
2. Fortalecer o pré-natal do parceiro;
3. Ampliar a cobertura de diagnóstico (por meio de teste rápido) e tratamento oportuno e das gestantes e parcerias sexuais principalmente no pré-natal na Atenção Básica, ou ainda nas maternidades e em situações de abortamento;
4. Incentivar os profissionais de saúde, em especial a equipe de enfermagem, para administração de penicilina benzatina na Atenção Básica, considerando que esse medicamento é o único seguro e eficaz na prevenção da sífilis congênita, conforme as evidências científicas;
5. Desenvolver ações de Educação Permanente em Saúde para qualificação de gestores e profissionais na temática da sífilis adquirida, sífilis na gestação e sífilis congênita;
6. Fortalecer ações de Comunicação em Saúde para dar visibilidade ao tema, com ênfase em gestores, profissionais e comunidade, destacando gestantes e parcerias sexuais;

7. Qualificar informações epidemiológicas, notificação e investigação, com seguimento clínico-laboratorial e fechamento dos casos de sífilis em gestantes e sífilis congênita;

8. Fortalecer ações conjuntas de gestores federal, estaduais e municipais, profissionais de saúde, comunidade e demais atores para prevenção da sífilis congênita;

9. Ampliar a criação e a implementação dos Comitês de Investigação de Transmissão Vertical de HIV e Sífilis nos estados, municípios ou regiões de saúde;

10. Implementar o processo de validação para certificação da eliminação da transmissão vertical de HIV e/ou sífilis nos municípios do país.

A carta foi assinada pelo Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS), Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), Conselho Federal de Enfermagem, Conselho Federal de Farmácia, Conselho Federal de Medicina, Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), Associação Brasileira de Enfermagem, Associação Médica Brasileira, Sociedade Brasileira de Doenças Sexualmente Transmissíveis, Sociedade Brasileira de Infectologia, Sociedade Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia da Infância e Adolescentes, Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, Sociedade Brasileira de Pediatria e Aids Healthcare Foundation. (OPAS/OMS, 2016)

4. DIAGNÓSTICO DA SÍFILIS

Quando não há manifestações clínicas da doença o diagnóstico é realizado através de exames sorológicos (QUADRO 1). A triagem é realizada, a

princípio, por métodos não treponêmicos - testes de rastreamento, por utilizarem antígenos não derivados do agente causal. Esses testes são de floculação e utilizam antígenos como a cardiolipina, reagina, lectina e o colesterol, baseando-se na suposição da formação de anticorpos anti-lipídicos durante a reação imune entre agressor e hospedeiro (FIUMARA, 1978; LIMA, 2002).

QUADRO 1. Testes diagnósticos para Sífilis.

TRIAGEM	CONFIRMAÇÃO
Testes Não Treponêmicos	Testes Treponêmicos

Fonte: SARACENI, 2005

A titulação é importante, pois será através dela que iremos fazer o controle do tratamento e da cura, comparando os títulos periodicamente. A sensibilidade do VDRL é de 70% na sífilis primária, 99% na sífilis secundária e cerca de 75% na terciária. Possui alta especificidade na sífilis congênita - 98% (FIUMARA, 1978; LIMA, 2002).

Os testes utilizados para o diagnóstico da sífilis são divididos em duas categorias: exames diretos e testes imunológicos. No momento da escolha dos testes, é importante considerar não somente os testes disponíveis, mas também o provável estágio da sífilis a ser diagnosticado. Por exemplo, no início da infecção, quando ainda não houve tempo suficiente para a produção de anticorpos anti-T. pallidum, o ideal é que seja realizada a pesquisa direta do T. pallidum (PDCT, 2015)

- Exames diretos: a pesquisa direta de *T. pallidum* na sífilis recente primária e secundária pode ser feita pela microscopia de campo escuro (sensibilidade de 74% a 86%). Quando isso não for possível, a pesquisa do treponema pode ser realizada por imunofluorescência direta, exame de material corado e biópsias.

- Testes imunológicos: na prática são os mais utilizados. Dividem-se em treponêmicos e não treponêmicos. Os testes treponêmicos: Detectam anticorpos específicos produzidos contra os antígenos do *T. pallidum*. São os primeiros a se tornarem reagentes, sendo importantes para a confirmação do diagnóstico. Na maioria das vezes, permanecem positivos mesmo após o tratamento pelo resto da vida do paciente; por isso, não são indicados para o monitoramento da resposta ao tratamento. Exemplos de testes treponêmicos: testes de hemaglutinação e aglutinação passiva (TPHA, do inglês *T. pallidum* Haemagglutination Test); teste de imunofluorescência indireta (FTA-²-Abs, do inglês Fluorescent Treponemal Antibody-Absorption); quimiluminescências (EQL, do inglês Electrochemiluminescence); ensaio imunoenzimático indireto (ELISA, do inglês Enzyme-Linked Immunosorbent Assay); testes rápidos (imunocromatográficos) (PDCT, 2015).

Os testes rápidos são práticos e de fácil execução, com leitura do resultado em, no máximo, 30 minutos. Podem ser realizados com amostras de sangue total colhidas por punção venosa ou por punção digital. Os testes não treponêmicos detectam anticorpos não específicos anticardiolipina para os antígenos do *T. pallidum*, e podem ser qualitativos ou quantitativos. Tornam-se reagentes cerca de uma a três semanas após o aparecimento do cancro duro. O teste qualitativo indica a presença ou ausência de anticorpo na amostra (PDCT, 2015)

O teste quantitativo permite a titulação de anticorpos. O resultado deve ser expresso em títulos (1:2, 1:4, 1:64, entre outros), sendo importante para o diagnóstico e monitoramento da resposta ao tratamento, logo, a queda do título é indicação de sucesso terapêutico. Exemplos de testes não treponêmicos com metodologia de floculação: VDRL (do inglês Venereal Disease Research Laboratory), RPR (do inglês Rapid Test Reagin) e TRUST (do inglês Tolidine Red Unheated Serum Test). O VDRL baseia-se em uma suspensão antigênica composta

por uma solução alcoólica contendo cardiolipina, colesterol e lecitina purificada e utiliza soro inativado como amostra. O RPR e o TRUST são modificações do VDRL que visam a aumentar a estabilidade da suspensão antigênica e permitir a leitura do resultado a olho nu. O teste não treponêmico mais comumente utilizado é o VDRL. Se a infecção for detectada nas fases tardias da doença, são esperados títulos baixos ($< 1:4$), que podem persistir por meses ou anos. Nesses casos, sem registro de tratamento e sem data de infecção conhecida, a pessoa é considerada portadora de sífilis latente tardia, devendo ser tratada.(PDCT, 2015)

As amostras com títulos elevados podem apresentar resultados falso-negativos quando triadas sem uma diluição adicional (1:8 ou 1:16), devido ao “fenômeno prozona”. Esse fenômeno consiste na falta de reatividade do teste realizado em uma amostra que, embora contenha anticorpos não treponêmicos, apresenta resultado não reagente quando é testada sem diluir. Decorre da relação desproporcional entre as quantidades de antígenos e anticorpos presentes na reação não treponêmica, gerando resultados falso-negativos. Resultados falso-positivos também podem ocorrer, pois as reaginas podem surgir em outras patologias (ex.: doenças reumáticas, gestação, drogadição). Por isso, para a confirmação do diagnóstico da sífilis, é necessária também a realização de um teste treponêmico(BRASIL, 2005).

Na gestante o teste VDRL deverá ser feito durante a gestação, no momento do parto, ou em uma outra oportunidade quando ela se apresentar ao serviço de saúde. O Ministério da Saúde preconiza a triagem sorológica pré-natal para a sífilis, com realização do VDRL na primeira consulta e, em sendo a mulher não reagente no primeiro teste, a repetição do mesmo no início do terceiro trimestre. (Quadro 2). Devido ao risco da gestante se reinfectar, recomenda-se um terceiro teste, no momento de admissão para o parto nas maternidades. (BRASIL, 2005).

QUADRO 2.Época de realização dos testes para detecção de sífilis em gestantes.

MOMENTO	JUSTIFICATIVA
---------	---------------

Primeira consulta do Pré-Natal	Prevenção de doença de transmissão vertical
Início do 3º trimestre (nas susceptíveis)	Prevenção de doença de transmissão vertical recém adquirida, diminuir prematuridade
Parto	Prevenção de doença de transmissão vertical recém adquirida, reinfeção
Aborto	Diagnóstico antes da gravidez

Fonte: SARACENI,2005.

Caso o teste na gestante seja reagente para o VDRL, o controle da cura deverá ser realizado através de exames mensais até o parto. A confirmação diagnóstica depende não só dos dados clínicos e epidemiológicos, mas também da interpretação sorológica sequencial, já que as falhas mais comuns relacionadas com a assistência pré-natal e à sífilis compreendem interpretação inadequada de títulos baixos de VDRL, como “cicatriz imunológica”, tratamento incompleto da gestante e do parceiro e seguimento sorológico inadequado. Por isso é necessário que se faça um teste confirmatório ou treponêmico(NADER e PEREIRA, 2004).

4.1 DIAGNÓSTICO DA SÍFILIS CONGÊNITA

O Ministério da saúde, através do Protocolo Clínico e Diretrizes terapêuticas (PCDT) de 2015 lançou quatro critérios para que seja considerado sífilis congênita. São eles:

Primeiro critério: Criança cuja mãe apresente, durante o pré-natal ou no momento do parto, teste para sífilis não treponêmico reagente com qualquer titulação e teste treponêmico reagente, que não tenha sido tratada ou tenha recebido tratamento inadequado;

Criança cuja mãe não foi diagnosticada com sífilis durante a gestação e, na impossibilidade de a maternidade realizar o teste treponêmico, apresente teste não treponêmico reagente com qualquer titulação no momento do parto;

Criança cuja mãe não foi diagnosticada com sífilis durante a gestação e, na impossibilidade de a maternidade realizar o teste não treponêmico, apresente teste treponêmico reagente no momento do parto;

Criança cuja mãe apresente teste treponêmico reagente e teste não treponêmico não reagente no momento do parto, sem registro de tratamento prévio.

Segundo critério: Todo indivíduo com menos de 13 anos de idade com pelo menos uma das seguintes evidências sorológicas: Titulações ascendentes (testes não treponêmicos);

Testes não treponêmicos reagentes após seis meses de idade (exceto em situação de seguimento terapêutico);

Testes treponêmicos reagentes após 18 meses de idade;

Títulos em teste não treponêmico maiores do que os da mãe, em lactentes;

Teste não treponêmico reagente com pelo menos uma das alterações: clínica, líquórica ou radiológica de sífilis congênita.

Terceiro critério Aborto ou natimorto cuja mãe apresente teste para sífilis não treponêmico reagente com qualquer titulação ou teste treponêmico reagente, realizados durante o pré-natal, no momento do parto ou curetagem, que não tenha sido tratada ou tenha recebido tratamento inadequado.

Quarto critério: Toda situação de evidência de infecção pelo *Treponema pallidum* em placenta ou cordão umbilical e/ou amostra da lesão, biópsia ou necropsia de criança, aborto ou natimorto.

O diagnóstico de recém-nascidos é um pouco mais complicado, quando comparando com o das gestantes, isso ocorre por causa da transferência de anticorpos maternos via transplacentária para o feto do tipo IgG. Dessa forma, qualquer teste poderá ser reagente, como também a dosagem de anticorpos IgM específico, pode estar negativo até o terceiro mês de vida do bebê, dificultando assim, a interpretação e ficando a implantação do tratamento baseada nos aspectos clínicos e de relevância no caso: identificação de sífilis na mãe, adequação do tratamento materno, tratamento do parceiro, presença de evidências clínicas, laboratoriais e radiológicas para sífilis congênita e comparação dos títulos sorológicos da mãe e RN. (DE LORENZI e MADI, 2001)

O teste do Líquido cefalorraquidiano (LCR), é realizado com o propósito de observar a celularidade, as proteínas e o VDRL. Se o resultado do VDRL for reagente, será diagnosticado como criança portadora de neurosífilis. A presença de leucocitose e a alta concentração de proteínas deverão ser utilizadas como auxílio no diagnóstico (BRASIL, 2005). São considerados os seguintes valores para diagnóstico de neurosífilis, conforme o QUADRO 3.

QUADRO 3: Valores de exame líquórico em RN com suspeita de neurosífilis.

PARÂMETRO	RN	>28 DIAS
Leucócitos	>25células/mm ³	>5 células/mm ³
Proteínas	>150mg/dl	>40mg/dl
VDRL	Reagente	Reagente

Fonte: Fonte: DDAHV/SVS/MS 2016

Deverá ser solicitado também outros exames direcionados aos principais órgãos que sofrem sequelas devido a sífilis congênita como o hemoleucograma, plaquetas, transaminases, bilirrubina total e direta, ecografia abdominal, função

renal, radiografia do tórax, exame oftalmológico, como o teste do olhinho, teste da orelhinha, Radiografia dos ossos longos (OPAS/OMS,2016).

5. TRATAMENTO

O tratamento da sífilis varia conforme a fase em que a doença estiver, que é determinada pelos sintomas e perfil sorológico. A droga de primeira escolha no tratamento da sífilis adquirida é a penicilina e sua dose varia também de acordo com a fase da doença. Na fase primária conhecida como cancro duro, utilizam-se 2.400.000 UI de penicilina benzatina via intramuscular (1,2 milhões em cada glúteo na mesma aplicação); na secundária que tem como características físicas lesões cutâneas não ulceradas ou na fase latente precoce (com menos de um ano de evolução), a opção é por 4.800.000 UI via intramuscular de penicilina benzatina, aplicadas em duas doses com intervalo de sete dias (2,4 milhões por cada dose, composta por 1,2 milhões em cada glúteo, na mesma aplicação); na fase terciária ou latente tardia que é a sífilis com mais de um ano de evolução ou duração ignorada, 7.200.000 UI via intramuscular, no mesmo esquema da fase anterior, porém em três vezes (Ciências Saúde, 2011).

Para o tratamento da criança com sífilis congênita, consideram-se dois momentos(MINISTÉRIO DA SAÚDE,2015).

- Período neonatal (até os 28 dias de vida);

Como a sífilis congênita pode se manifestar de várias formas na criança foi realizado o escalonamento para que, segundo a sequela e seu possível agravamento seja realizado o melhor esquema terapêutico. Foi escalonado da seguinte forma:

A – Para todos os RN de mães com sífilis não tratada ou inadequadamente tratada, independentemente do resultado do teste não treponêmico (ex.: VDRL) do RN, realizar: hemograma, radiografia de ossos longos e punção lombar*, além de outros exames, quando houver indicação clínica.

B – Para todos os RN de mães adequadamente tratadas, realizar o teste não treponêmico (ex.: VDRL) em amostra de sangue periférico do RN. Se reagente e com titulação maior do que a materna, e/ou na presença de alterações clí

C – Para RN de mães adequadamente tratadas, realizar o teste não treponêmico em amostra de sangue periférico do RN nicas, realizar hemograma, radiografia de ossos longos e análise do LCR.

Cada item desses, A, B e C ainda tem sua subdivisão e cada uma delas tem seu tipo de tratamento conforme o QUADRO 4.

QUADRO 4. Tratamento da sífilis congênita no período neonatal, de acordo com a situação clínico laboratorial da mãe.

SITUAÇÃO	ESQUEMA PROPOSTO
A1 – Presença de alterações clínicas e/ ou imunológicas e/ou radiológicas e/ou hematológicas	Penicilina cristalina, na dose de 50.000 UI/kg/dose, IV, a cada 12 horas (nos primeiros 7 dias de vida) e a cada 8 horas (após 7 dias de vida), durante 10 dias; OU Penicilina G procaína 50.000 UI/kg, dose única diária, IM, durante 10 dias
A2 – Presença de alteração líquórica	Penicilina cristalina , na dose de 50.000 UI/kg/dose, IV, a cada 12 horas (nos primeiros 7 dias de vida) e a cada 8 horas (após 7 dias de vida), durante 10 dias
A3 – Ausência de alterações clínicas, radiológicas, hematológicas e/ou líquóricas, e teste não treponêmico não reagente	Penicilina G benzatina, na dose única de 50.000 UI/kg, IM. O acompanhamento é obrigatório, incluindo o seguimento com teste não treponêmico sérico após conclusão do tratamento. Sendo impossível

	garantir o acompanhamento, o RN deverá ser tratado com o esquema A1
B1 – Presença de alterações clínicas e/ou radiológicas e/ou hematológicas, sem alterações liquóricas	Esquema A1
B2 – Presença de alteração liquórica	Esquema A2
C1 – Se o RN for assintomático e o teste não treponêmico for não reagente, proceder apenas ao seguimento clínico-laboratorial. Na impossibilidade de garantir o seguimento deve-se proceder ao tratamento do RN	Penicilina G benzatina, IM, na dose única de 50.000 UI/kg
C2 – Se o RN for assintomático e o teste não treponêmico for reagente, com título igual ou menor que o materno, acompanhar clinicamente. Na impossibilidade do seguimento clínico, investigar e tratar de acordo com alterações liquóricas	Esquema A1 (sem alterações de LCR) Esquema A2 (com alterações no LCR) Esquema A3 (penicilina G benzatina + seguimento obrigatório, se exames normais e LCR normal)

Fonte: DDAHV/SVS/MS.

- Período pós-neonatal (após 28 dias de vida).

Confirmando-se o diagnóstico, proceder ao tratamento segundo preconizado, observando-se o intervalo das aplicações que, para a penicilina cristalina, deve ser de quatro em quatro horas, e para a penicilina G procaína, de 12 em 12 horas, mantendo-se os mesmos esquemas de doses recomendados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015)

6. MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS DA SÍFILIS CONGÊNITA

As manifestações da sífilis congênita estão separadas conforme a sua classificação em sífilis precoce ou sífilis tardia.(HARRISON, 2013)

As manifestações precoces são aquelas que ocorrem nos primeiros 2 anos de vida constituindo lesões, os sinais e sintomas mais comuns são: febre, a anemia tem sido observada em mais de 90% dos bebês tendo como características, normocrômica e normocítica ou macrocítica, retardo no desenvolvimento, irritabilidade, rinite serosanguinolenta, lesões mucocutâneas (lesões bolhosas, ricas em treponemas, na palma das mãos, planta dos pés, ao redor da boca e do ânus), alterações ósseas (as alterações ósseas acometem geralmente as metáfises e as epífises de ossos longos, sobretudo o úmero, fêmur e tíbia), hepatoesplenomegalia ocorre em quase 50% dos pacientes com sífilis congênita precoce manifesta. Esse aumento do fígado e baço é causado por uma inflamação subaguda e hepatopiose extramedular compensatória, cerca de 30% dos pacientes apresentam icterícia por causa da presença de bilirrubina direta ou indireta, que depende da hemólise ou hepatite, linfadenopatia, leucocitose, trombocitopenia, dactilite e pseudoparilisia devido à osteocondrite. (HARRISON,2013)

Na forma tardia que ocorre depois de 2 anos de idade pode ocorrer ceratite e surdez assim como podem ocorrer casos de assintomáticos. A doença traz consigo alguns estigmas como dentes de Hutchinson, molaes em amora, nariz em sela e canelas em sabre (HARRISON,2013)

A sífilis congênita tardia tem como características principais afetar os ossos, tecidos moles, olhos, ouvidos e sistema nervoso central, porém poupa o sistema cardiovascular. Estas alterações são resultadas da cicatrização de lesões presentes no período precoce da sífilis congênita ou decorrente de processo inflamatório ativo. As lesões são : fronte olímpica, tíbia em lâmina de sabre ,dentes de Hutchinson, nariz em sela, rágades (cicatrizes lineares periorais), paresia juvenil, ceratite intersticial, surdez por lesão do 8º nervo craniano, porém essas manifestações tornaram-se raras, após o uso da penicilina para o controle da doença. (HARRISON, 2013).

7. IMPORTÂNCIA DA PREVENÇÃO E SUA MAGNITUDE

Embora a prevalência da infecção pelo *Treponema pallidum* tenha reduzido sensivelmente com a descoberta da penicilina tem-se observado tendência no recrudescimento dos casos de sífilis congênita, de acordo com os informes da Organização Mundial de Saúde, nos países subdesenvolvidos, em torno de 10% a 15% das gestantes seriam portadoras da bactéria. No Brasil, a prevalência de sífilis em gestantes era de 1,6% em um estudo realizado em 2004, cerca de quatro vezes maior que a infecção pelo HIV. Entre 2005 e junho de 2012, foram notificados no SINAN 57.700 casos de sífilis em gestantes, dos quais a maioria ocorreu nas Regiões Sudeste e Nordeste, com 21.941 (38,0%) e 14.828 (25,7%) casos, respectivamente (BRASIL, 2012).

Devido a esta magnitude desde 1986 tornou-se de notificação compulsória, visto que o risco de transmissão vertical do treponema está ao redor de 50% a 85% e a taxa de mortalidade perinatal é de até 40%. Em 1993 foi proposta a erradicação da doença para o ano 2000, uma vez que se trata de uma doença totalmente passível de prevenção, entretanto este objetivo não foi alcançado uma vez que novos casos surgem até hoje (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015)

Estudos mostraram uma prevalência de sífilis congênita de 2,3%, envolvendo puérperas infectadas, tratamento inadequado das pacientes e de seus parceiros e rastreamento inadequado dos filhos (FILHO et.al., 2007). Lembrando que o VDRL, e o tratamento imediato de gestantes diagnosticadas passou a ser rotina na consulta pré-natal para melhor efetividade no diagnóstico (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015)

A assistência à gestante, uma das atividades realizadas há mais tempo nos serviços públicos de saúde no país, foi, por muitos anos, orientada principalmente para melhorar os indicadores da saúde infantil (SERRUYA et al, 2004). Onde o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) tem como função assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao

recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania (MINISTÉRIO DA SAÚDE,2015)

As orientações e prevenções são ações essenciais que devem ser realizadas e que servem de parâmetros para avaliar a assistência prestada. Entre estas ações, encontram-se a captação precoce das gestantes (até o quarto mês de gestação), a realização de, no mínimo, seis consultas de acompanhamento pré-natal, a atualização do calendário vacinal da gestante, a realização de exames laboratoriais (classificação sanguínea, sumário de anti-HIV), e a realização de no mínimo dois testes de sífilis (Venereal Disease Research Laboratory - VDRL) (BRITO et al. 2009). Sendo encontrados como entraves a dificuldade no encaminhamento de fichas devido ao não treinamento profissional, além disso é necessário reconhecer que a necessidade da oferta de 6 consultas no pré-natal conforme oferecida pelo PHPN requer estrutura física de pessoal, o que muitas vezes não é realidade em muitas instituições da saúde.(FILHO *et,al* 2007)

BRITO e col. (2009) se propôs a avaliar a qualidade da assistência pré-natal através dos índices de sífilis. De acordo com seu estudo tal assistência é classificada como precária devido aos números elevados de sífilis congênita. Sendo apontados como entraves o baixo nível sócio econômico das gestantes associado ao baixo grau de instrução assim como a dificuldade de acesso a exames laboratoriais. A qualidade no preenchimento das fichas também deixa a desejar dificultando o acompanhamento dos casos, a subnotificação parecer ser um limitante em todas as esferas.

8. PROGRAMAS DE SAÚDE DA MULHER

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) e o Projeto Nascer foram fundamentais para a melhoria da assistência prestada pelos profissionais da saúde, pois além da humanização do cuidado, que é o foco do programa e do projeto, há a preocupação com a realização do VDRL duas vezes durante a gestação e no momento do parto (SOUZA et al. 2014), o que permite o diagnóstico e o tratamento materno, além da prevenção da transmissão vertical.

Também o PHPN se fundamenta no direito à humanização da assistência obstétrica e neonatal como condição para o adequado acompanhamento do parto e do puerpério (SERRUYA 2004).

O Projeto Rede Cegonha também constitui outra estratégia que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança, o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis, refletindo diretamente na redução dos índices de mortalidade materna no país (SOUZA et al. 2014).

O Pacto pela Saúde, aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde em 2006, apresenta como um de seus eixos o Pacto pela Vida, propondo nele a redução da mortalidade materna e infantil como prioridade básica, sendo um dos componentes para a execução dessa prioridade a redução das taxas de transmissão vertical do HIV e da sífilis. Em 2007, foi lançado oficialmente o Plano Nacional de Redução da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis, o qual tinha como metas a redução escalonada e regionalizada das taxas de transmissão mãe-filho do HIV e da sífilis até 2011.

9. SISTEMA DE NOTIFICAÇÃO

A sífilis congênita é de notificação compulsória em todo território brasileiro desde o ano de 1986; a sífilis em gestantes desde 2005; o óbito por sífilis congênita desde 2006 e a sífilis adquirida desde 2010(MANUAL/MS, 2014)

Notificação é a comunicação, por profissional de saúde ou qualquer cidadão, feita à autoridade sanitária, de uma doença ou agravo à saúde. Sua confiabilidade é dependente da capacidade de os profissionais de saúde diagnosticarem corretamente esses eventos (KOMKA e LAGO 2007).

Após o preenchimento da ficha de notificação seu conteúdo é transferido para meio informatizado, o Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN), nas Secretarias de Saúde, sendo consolidado a nível federal. Neste sentido foi

desenvolvido um estudo comparativo entre SINAN, SINASC, DATASUS E SIM, onde verificou-se que o SINAN apresentou lacunas as quais estão relacionadas com a subnotificação (SARACENI e LEAL, 2003).

São descritas variáveis relacionadas às gestantes portadoras de sífilis na ficha de notificação como: idade gestacional no tratamento, diagnóstico de sífilis na gravidez, forma clínica da sífilis materna, data do 1º VDRL, data do 2º VDRL, esquema de tratamento, parceiro tratado, etc. Assim como variáveis relacionadas a criança: etnia, assintomático, anemia, icterícia, hepatomegalia, diagnóstico radiológico, VDRL no Líquor, alterações liquóricas, e ainda, em muitos casos, esses campos de suma importância são ignorados pelo profissional e deixados em branco (SARACENI et al. 2005).

Dessa forma a qualidade do preenchimento das variáveis revelou uma situação desfavorável principalmente pelas variáveis serem indispensáveis ao diagnóstico da doença. Lembrando que a ficha de notificação de Sífilis Congênita possui instruções para preenchimento em anexo, que podem não estar sendo suficiente para esclarecer sobre o correto preenchimento da mesma (SARACENI et al. 2005).

10. SUBNOTIFICAÇÃO

Embora o controle da sífilis congênita esteja entre os objetivos das políticas brasileiras de saúde pública o que tem se observado nos últimos anos é o aumento do número de casos. Segundo dados do Ministério da Saúde a taxa de detecção de sífilis congênita por 1.000 nascidos vivos foi de 3,3 em 2011 para 6,5 em 2015 o estudo apontou que os óbitos neonatais e infantis associados à sífilis congênita estão sendo subnotificados. O estudo em questão foi feito com dados da Região Nordeste do país (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

Alguns fatores podem estar contribuindo para a alta taxa de subnotificação de óbitos relacionados à sífilis congênita, como por exemplo o fato de que essa enfermidade não está listada como uma possível escolha para a causa subjacente da morte, e deve ser registrada em uma das linhas do Registro de Morte.

A falta de reconhecimento e visibilidade de sífilis congênita como um importante problema de saúde pública também pode estar associada à subnotificação, especialmente nos casos de óbito fetal (SOEIRO et al 2014).

A subnotificação de óbitos no País é ainda um problema a ser enfrentado, especialmente nas regiões Norte e Nordeste. A omissão do registro do óbito em cartório, seja pela dificuldade de acesso ou pela falta de orientação, existência de cemitérios irregulares ou pela falta de conhecimento da população sobre a importância da Declaração de Óbito, compromete o real dimensionamento do problema e a identificação das ações adequadas de saúde para a diminuição das taxas de mortalidade. Da mesma maneira, a baixa qualidade das informações nas declarações de óbito, representada pelo grande contingente de causas mal definidas de óbito – imprecisões na declaração da “causa da morte” – e campos não preenchidos, prejudicam a análise dos fatores que influenciam a mortalidade e, consequentemente, dificulta as ações de intervenção (SOEIRO et al 2014).

É necessário que se tenha um esforço especial e mobilização dos gestores e das equipes de saúde para a identificação do óbito infantil e fetal, qualificação das informações e incorporação da avaliação dos serviços de saúde para melhoria da assistência. A responsabilização e o compromisso dos serviços de saúde sobre a população de sua área de abrangência e, neste caso, sobre a morte de uma criança, devem fazer parte do cotidiano dos serviços de saúde, com o propósito de se identificar os problemas, as estratégias e medidas de prevenção de óbitos evitáveis, de modo que o País diminua as desigualdades nas taxas de mortalidade e alcance melhores níveis de sobrevivência infantil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

11. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAUJO, E.C.; COSTA, K.S.G; SILVA, R.S.; AZEVEDO, V.N.G.; LIMA, F.A.S. Importância do pré-natal na prevenção da sífilis congênita. Rev. Paraense de Medicina, v. 20, n. 1, jan.-mar., 2006.

AZULAY, R.D. História da Sífilis. Anais Brasileiros de Dermatologia. V.63.n.1,p3-4. Jan/fev.1988. Disponível em <HTTP://www.anaisdedermatologia.org.br/public/artigo.aspx?id=564> acesso em: 15 jun.2013.

Boletim epidemiológico de IST/AIDS do Ministério da Saúde – MS; Boletim epidemiológico de IST Nº1;2016

BRASIL - Ministério da Saúde – MS; Boletim epidemiológico de sífilis 2012; ano Inº 1; 2012; http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/114programa_dst.pdf; acessado em 15 de setembro de 2014.

BRASIL, MS – Ministério da Saúde; Curso Básico de Vigilância Epidemiológica; Secretaria de Vigilância em Saúde Programa Nacional de DST e Aids; Série Manuais nº 78; Brasília, DF; 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). notificação de sífilis congênita. Brasília: MS, 2012

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

BRITO, E.S.V. de; JESUS, S.B. de; SILVA, M.R.F. da; Sífilis congênita como indicador de avaliação da assistência ao pré-natal no município de Olinda (PE), brasil; Rev. APS, v. 12, n. 1, p. 62-71, jan./mar. 2009.

DE LORENZI, D.R.S.; FIAMINGHI, L.C.; ARTICO G.R. Transmissão vertical da sífilis: prevenção, diagnóstico e tratamento. *Femina*. vol 37.n2. fev. 2009.

DE LORENZI, D.R.S.; MADI, J.M.; Sífilis Congênita como Indicador de Assistência Pré-natal. *Rev Bras Ginecol e Obstet*. v.23. n.10. p.647-652. 2001

DOMINGUES, R.M.S.M. *et al*. Manejo da sífilis na gestação: conhecimentos, práticas e atitudes dos profissionais pré-natalistas da rede SUS do município do Rio de Janeiro. *Rev Ciências&Saúde Coletiva*. V.18 n.5 p.1341-1351. 2013.

FILHO, E.A.F.; GARDENAL, R.V.C.; ASSUNÇÃO, L.A.; COSTA, G.R.; PERIOTTO, C.R.L.; VEDOVATTE, C.A.; OZZOBON L.R.; Sífilis congênita como fator de assistência pré-natal no município de campo grande – MS; DST – J bras Doenças Sex Transm; 2007; v.19 n.3-4 p.139-143 – ISSN: 0103-4065

GOULART, A.L.; SANTOS, A.M.N. Diagnóstico diferencial e tratamento das infecções congênitas. In: PRADO, F.C.; RAMOS, J.; VALLE, J.R.. Atualização terapêutica. 2005. 22ª ed. São Paulo. Artes Médicas; 2005, p.1424-9.

HARRISON, T.M.; Medicina interna; Porto Alegre: AMGH; 2013; volume 1 ; 18ª edição.

J Med Life. 2014 Mar15 v.7n.1 p. 4–10. Published online 2014 Mar 25 [Link]

KOMKA, M.R.; LAGO, E.G.. Sífilis congênita: notificação e realidade. *Scientia Medica*. Porto Alegre. v.17, n.4, p.205-211, out./dez.2007.

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

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Bases Técnicas para eliminação da sífilis congênita. Brasília: Programa Nacional de Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS. 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde –Departamento de DST, Aids e Hepatites virais. Boletim Epidemiológico da Sífilis. Ano I.nº01.ISSN:1517-1159. 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde –Departamento de DST, Aids e Hepatites virais. Boletim Epidemiológico da Sífilis. Ano I.nº02, 2014.

NADER, S. S.; PEREIRA, D. N. Atenção integral ao recém-nascido: guia de supervisão de saúde. Porto Alegre: Artmed, 2004. 160 p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). As doenças sexualmente transmissíveis (DSTs). Geneva: OMS, 2013.

PIRES, A.C.S.; OLIVEIRA, D. D.; ROCHA, G.M.N.M. ; SANTOS , A. dos; Ocorrência de sífilis congênita e os principais fatores relacionados aos índices de transmissão da doença no Brasil da atualidade - revisão de literatura; ISSN online 2178-2571; Uningá Review V.19,n.1,pp.58-64 (Jul - Set 2014); V.19,n.1,p.58-64 (Jul - Set 2014);

QUETÉL, C. The History of syphilis. Baltimore: Johns Hopkins Paperbacks..Tradução de: Le Mal de Naples, Histoire de la syphilis. 1992.

SARACENI, V.; GUIMARÃES, M.H.F.S; FILHA, M.M.T.; LEAL, M.C. Mortalidade perinatal por sífilis congênita: indicador da qualidade da atenção à mulher e à criança. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p.1244-1250, jul.-ago., 2005.

SARACENI, V.; VELLOZO, V.; LEAL, M. do C.; HARTZ, Z.M. de A.; Estudo de confiabilidade do SINAN a partir das Campanhas para a eliminação da sífilis congênita no Município do Rio de Janeiro; Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro; Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – Fiocruz, Rio de Janeiro - RJ; Rev Bras Epidemiol; v.8n.4p.419-24.2005.

SERRUYA, S.J.; CECATTI, J.G.; LAGO, T.di G. do; O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais; Cad. saúde Pública, Rio de Janeiro, v.20n.5p.1281-1289, set-out, 2004.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO (SINAN). Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb>. Acesso em: 05 de Julho de 2017.

SOUZA, D.M.do N.; COSTA, C. da; CHAGAS, A.C.M.A.; OLIVEIRA, L.L. de; ORIÁS, M.O.B.; DAMASCENO, A.K. de C.; Sífilis congênita: reflexões sobre um agravo sem controle na saúde mãe e filho; Rev enferm UFPE on line., Recife-PE, v.8 n.1 p.160-5, jan., 2014

SZWARCWALD, C.L.; JUNIOR, A.B.; MIRANDA, A.; PAZ, L.C. Resultados do estudo sentinela-parturiente, 2006: desafios para o controle da sífilis congênita no Brasil. DST – J. Bras. Doenças Sex. Transm., v. 19, n.3-4, p.128-133, 2007.

II. NORMAS DE PUBLICAÇÃO

REVISTA BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

A Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (RBMFC) é uma publicação científica trimestral da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), que tem como objetivo publicar Artigos Originais, Perspectivas, Debates e discussões sobre todos os aspectos da Medicina de Família e Comunidade e da Atenção Primária à Saúde, incluindo a prática clínica, a formação profissional, a organização dos serviços, e as políticas públicas relacionadas à MFC e à APS.

A RBMFC está aberta para Submissões online de artigos originais e inéditos, sujeitos ao Processo de avaliação por pares. Por favor, antes de submeter seu artigo verifique as Diretrizes para Autores que se encontram no item Sobre da revista.

1. APRESENTAÇÃO E PREPARO DOS MANUSCRITOS

1.1. Formato: os textos devem ser formatados em arquivo DOC. O padrão de formatação exigido é Word for Windows – versão 6.0 ou superior, página padrão A4, fonte Arial (tamanho 11), espaçamento entre linhas 1,5 e numeração sequencial em todas as páginas. Margem esquerda e superior 3cm e margem direita e inferior 2cm. **Notas de rodapé não são permitidas.** Os conceitos e opiniões expressos nos manuscritos, bem como a exatidão e a procedência das citações, são de exclusiva responsabilidade do(s) autor(es).

IMPORTANTE:

- Os arquivos DOC não devem conter nomes e instituição de nenhum dos autores do artigo.
- Durante o processo de submissão do manuscrito até a publicação do artigo, a identificação de autoria é informação restrita aos Editores da RBMFC, sendo incluída somente no campo de cadastro de metadados, durante a submissão eletrônica.

1.1.1 Originalidade: no sentido de fortalecer a **originalidade científica dos artigos publicados na RBMFC é necessário que os Artigos Originais explicitem quatro pontos obrigatórios na seção Discussão, organizados em subtópicos: (1) Resumo dos principais achados do estudo; (2). Fortalezas e limitações do estudo; (3) Comparação com a literatura já existente; e (4) Implicações para a pesquisa na área e/ou para a prática dos profissionais.**

1.2 Apresentação (arquivo DOC)

1.2.1 Título: deve ser apresentado nos idiomas Português, Inglês e Espanhol. Os autores também devem fornecer um título resumido no idioma do artigo. **O título completo deve ser conciso e representar com precisão o conteúdo do artigo.** Evitar títulos longos e com abreviaturas. **Os títulos devem ser chamativos a fim de atrair o interesse dos leitores para facilitar a divulgação dos conteúdos publicados na RBMFC.**

1.2.2 Resumos: devem ser apresentados em Português, Inglês (*Abstract*) e Espanhol (*Resumen*), estruturados no formato "Objetivo, Métodos, Resultados e Conclusão" dependendo da seção. O limite de palavras pode variar de acordo com a seção de submissão. Devem ser evitadas abreviaturas nos resumos.

1.2.3 Palavras-chave: em Português, Inglês (*keywords*) e Espanhol (*palabras clave*): mínimo de 3 e máximo de 5 palavras-chave ou descritores do conteúdo do trabalho de acordo com o vocabulário estruturado e trilingue DeCS – Descritores em Ciências da Saúde da BIREME (Centro Latino Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde).

Observação: a versão final do título, resumo e das palavras-chave para os idiomas inglês e espanhol ficarão sob responsabilidade da própria Revista.

1.3 Texto principal: de acordo com a estrutura recomendada para cada seção da RBMFC. Observação: a designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

1.3.1 Nomenclatura: devem ser observadas as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

1.4 Ilustrações (tabelas, quadros, gráficos, e figuras) devem ser enviadas junto ao texto principal, conforme a ordem de aparecimento. Todo o material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto sempre como figuras, exceto as tabelas, os quadros e gráficos que têm indicações próprias. As fórmulas e equações devem ser descritas no texto. As ilustrações devem ser confeccionadas em programas digitais que permitam boas condições para editoração e reprodução. São consideradas ilustrações:

1.4.1 Tabelas (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.).

1.4.2 Quadros (elementos demonstrativos com informações textuais).

1.4.3 Gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações).

1.4.4 Figuras (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, como também por meio de desenhos ou fotografias).

1.4.5 Fórmulas e Equações (expressões matemáticas ou químicas) devem ser apresentadas na sequência normal do texto, destacando-as para facilitar a leitura e compreensão. Por exemplo, no parágrafo as fórmulas e equações devem estar centralizadas e identificadas por algarismos arábicos consecutivos colocados entre parêntese na extrema direita da linha (Exemplo 2), enquanto que sua citação no texto deve ser indicada pela palavra seguida do número entre parênteses, conforme abaixo:

Exemplo 1:

[...] conforme mostra a equação (1).

[...] conforme mostra a fórmula (2).

Exemplo 2:



$$x^2 + y^2 + z^2 \quad (2)$$

1.5 Referências: é de responsabilidade dos autores citar as referências diretas das fontes originais de pesquisa, formatadas no estilo ABNT e limitadas às citações no texto.

1.5.1 Utilizar o sistema numérico, no qual as referências devem seguir a mesma ordem numérica crescente e devem ser indicadas com algarismos sobrescritos e numeradas segundo a ordem de aparecimento no texto.

1.5.2 Identificar as referências tabelas e legendas, por meio de números arábicos sobrescritos após o texto - um pouco acima da linha do texto, após a pontuação. Exemplo:

- Com base nos achados histológicos, os FHM foram divididos em cinco tipos histológicos.⁴
- Marcadores imunohistoquímicos para histiócitos e células derivadas do mesênquima, como a alfa-1 antitripsina, “têm se mostrado úteis na discriminação entre os FHM e as neoplasias de origem epitelial.”⁸

As referências citadas somente em tabelas ou em legendas devem ser numeradas de acordo com a sequência estabelecida pela primeira identificação no texto da tabela ou figura particular.

1.5.3 Informar as URLs (links ativos) para as referências online. Dar preferência para links persistentes como o DOI (Digital Object Identifier).

1.5.4 Idiomas: a RBMFC aceita manuscritos em Português, Inglês ou Espanhol.

2. ÉTICA EM PESQUISA

2.1 Princípios éticos: a pesquisa deve ter sido conduzida dentro dos padrões exigidos pelos órgãos de ética em pesquisa e aprovada pela comissão de ética da instituição onde a pesquisa foi realizada.

A Plataforma Brasil é uma base nacional e unificada de registros de pesquisas envolvendo seres humanos para todo o sistema CEP/Conep. Ela permite que as pesquisas sejam acompanhadas em seus diferentes estágios - desde sua submissão até a aprovação final pelo CEP e pela Conep, quando necessário - possibilitando inclusive o acompanhamento da fase de campo, o envio de relatórios parciais e dos relatórios finais das pesquisas (quando concluídas). Pela Internet é possível a todos os envolvidos o acesso, por meio de um ambiente compartilhado, às informações em conjunto, diminuindo de forma significativa o tempo de trâmite dos projetos em todo o sistema CEP/CONEP.

2.2 Parecer CEP: todos os trabalhos que envolverem pesquisas com seres humanos deverão vir acompanhados da devida autorização do Comitê de Ética correspondente (parecer CEP aprovado), na forma de "documento suplementar" (item 04 da submissão eletrônica).

2.3 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: casos clínicos devem submeter documento suplementar com Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assinado pelo paciente ou seu responsável legal autorizando a publicação do caso.

O Conselho Editorial da RBMFC se reserva o direito de solicitar informações adicionais sobre os procedimentos éticos executados na pesquisa.

2.4 Plágio: significa copiar ou assinar uma obra - em partes ou totalmente reproduzida- sem dar os devidos créditos ao autor original. Considerado crime de violação de direito autoral previsto no código penal brasileiro e na lei 9610. **Para evitar plágio, sugerimos aos autores que estejam atentos às recomendações a seguir:**

2.4.1 Paráfrase: coloque a ideia com suas próprias palavras. Certifique-se para não copiar literalmente mais de duas palavras em uma linha do texto. Caso utilize trechos maiores é necessário colocá-los entre aspas.

2.4.2 Citação: siga as diretrizes de formatação de documentos do estilo Vancouver. Envolve a adição dos nomes dos autores e a data da publicação ou informação similar. Não citar corretamente pode constituir plágio. Ao citar uma fonte, utilize a frase exatamente como aparece no texto original. Citações em bloco, ou seja, citações de 40 palavras ou mais, são desaconselhadas.

2.4.3 Citando citação: essa prática envolve a adição de um número de página ou um número de parágrafo, no caso de conteúdo web.

2.4.4 Auto citação: caso os autores utilizem ideias próprias, porém já publicadas anteriormente, devem se auto citar. Utilizar material já publicado sem referenciá-lo adequadamente denomina-se autoplágio.

IMPORTANTE:

- Em caso de identificação de plágio no manuscrito, tanto por nossos avaliadores como pelos editores, a submissão será rejeitada e arquivada e os autores informados na sequência.

2.5 A RBMFC publica somente artigos inéditos e que não estejam sob avaliação em nenhum outro periódico científico. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea a outro periódico o artigo será desconsiderado pelos editores.

3. CONFLITO DE INTERESSES

Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

4. FONTES DE FINANCIAMENTO

4.1 Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.

4.2 Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).

4.3 No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

5. SUBMISSÃO ELETRÔNICA

A submissão de artigos para a RBMFC é feita eletronicamente apenas, e os textos deverão ser remetidos por meio da plataforma SEER, acessada em www.rbmf.org.br. O cadastro no sistema e posterior acesso, por meio de login e senha, são obrigatórios para a submissão de trabalhos, bem como para acompanhar o processo editorial em curso.

Durante o processo de submissão eletrônica, o autor correspondente deverá seguir os seguintes passos:

Passo 1. Iniciar submissão

Selecionar a seção a que se destina o artigo de acordo com as [Políticas de Seção](#) da RBMFC;

selecionar o idioma do artigo;

ler e aceitar as Condições para submissão;

ler e aceitar a Declaração de Direito Autoral.

Passo 2. Transferência do manuscrito

Fazer *upload* do arquivo do manuscrito em formato DOC, DOCX ou ODT; para garantir o anonimato dos autores, esse arquivo não deve conter nome de nenhum dado que possa revelar a identidade dos autores;

substituir palavras no texto, como nome de instituições, cidade, estado, país, local onde a pesquisa foi realizada, por **XXXXXXXXXX** e só devem ser reveladas pelo autor no manuscrito final após aprovação;

remover a identificação do autor das propriedades do documento.

Passo 3. Metadados da submissão (Indexação)

Selecionar o idioma do artigo para preencher o formulário;
preencher todos os campos do formulário, inclusive os que não possuem asterísco (* Indica campo obrigatório) de acordo com a norma gramatical vigente. O uso de caixa alta somente para siglas;

o sistema apresenta os dados do autor correspondente e este deve inserir os demais autores clicando em "Incluir autor", localizado antes do campo "Título";

inserir nomes dos autores na ordem de publicação (no formato: somente iniciais maiúsculas). Exemplo: João Francisco da Silva;

informar o e-mail individual de cada autor;

informar ORCID. O identificador ORCID pode ser obtido no [registro ORCID](#). Você deve aceitar os padrões para apresentação de iD ORCID e incluir a URL completa (por exemplo: <http://orcid.org/0000-0002-1825-0097>);

usar o campo URL para informar o [Currículo Lattes](#);

informar afiliações institucionais (no formato: Instituição (SIGLA). Cidade, Estado). A afiliação do autor deve incluir somente local onde o autor trabalha atualmente ou a universidade onde a pesquisa foi realizada, se o autor for aluno da pós-graduação dessa universidade;

selecionar o País da instituição informada;

declarar eventuais conflitos de interesses dos autores

informar um resumo da biografia (Ex.: departamento e área). Não é necessário incluir histórico de formação do autor.

o título completo deve ser chamativo, conciso e representar com precisão o conteúdo do artigo. Evitar títulos longos e com abreviaturas.

resumo deve ser estruturado no formato "Objetivo, Métodos, Resultados e Conclusão" dependendo da seção. O limite de palavras pode variar de acordo com as [Políticas de Seção](#). Devem ser evitadas abreviaturas.

inserir assunto e palavras-chave de acordo com [Descritores em Ciências da Saúde da BIREME](#). Use a ferramenta [MeSH on Demand](#) para identificar termos que melhor descrevem seu texto.

Passo 4. Transferência de documentos suplementares

arquivo PDF do parecer aprovado do Comitê de Ética em Pesquisa para trabalhos que envolverem pesquisas com seres humanos;

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para casos clínicos;

declaração de conflitos de interesses dos autores quando houver.

Passo 5. Confirmação da submissão

Verifique se todos os documentos submetidos estão na lista e para finalizar clique em "Concluir submissão".

6. CRITÉRIOS DE AUTORIA

Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo. O reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos:

6.1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados;

6.2. Redação do manuscrito ou;

6.3 Revisão crítica relevante do conteúdo intelectual.

Essas três condições devem ser integralmente atendidas. No Passo 1 da submissão eletrônica de artigos, os autores deverão concordar com a responsabilidade de autoria, marcando a primeira caixa de seleção das Condições para Submissão.

6.4 Autores: devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: a) concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada.

6.5 Após a aprovação do artigo, e antes da publicação final, todos os autores deverão especificar suas contribuições individuais na elaboração do artigo, enviando para o e-mail rbmfc@sbmfc.org.br “declaração de autoria e de responsabilidade”, em formato PDF, com as assinaturas digitalizadas.

7. AGRADECIMENTOS

Quando existirem agradecimentos a colaborador(es) que não se enquadra(m) na condição de autor(es), estes deverão compor um texto num arquivo DOC a parte, que deverá ser transferido na forma de "documento suplementar" (item 04 da submissão eletrônica). Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos.

8. ACOMPANHAMENTO DO PROCESSO DE AVALIAÇÃO DO MANUSCRITO

8.1 O autor poderá acompanhar o fluxo editorial do artigo pela plataforma SEER. As decisões sobre o artigo serão comunicadas por e-mail e disponibilizadas na plataforma SEER.

8.2 O contato com a Secretaria Editorial da RBMFC deverá ser feito através da plataforma SEER ou pelo e-mail rbmfc@sbmfc.org.br

9. DÚVIDAS E ESCLARECIMENTOS ADICIONAIS

Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade - SBMFC

Rua Evaristo da Veiga, 16 sala 401

Centro – Rio de Janeiro – RJ – Brasil
CEP: 20031-040

Endereço eletrônico: rbmfc@sbmfc.org.br

Condições para submissão

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

1. Declaro que participei de forma significativa na construção e formação deste estudo ou da análise e interpretação dos dados, como também na redação deste texto, tendo, enquanto autor, responsabilidade pública pelo conteúdo deste. Declaro que nem o presente trabalho nem outro com conteúdo semelhante de minha autoria foi publicado ou submetido à apreciação do Conselho Editorial de outra publicação.
2. O arquivo do manuscrito está em formato doc tamanho A4 – formato de letra Fonte Arial, tamanho 11, espaçamento entre linhas 1,5 e numeração seqüencial em todas as páginas no canto inferior direito. Margem esquerda/superior 3cm e direita/inferior 2cm.
3. Em caso de submissão a uma seção com avaliação pelos pares (ex.: artigos), as instruções disponíveis em Assegurando a avaliação pelos pares cega foram seguidas.

O arquivo DOC não contém nome e instituição de nenhum dos autores do artigo e nem nas propriedades do arquivo:

- palavras como nome de instituições, cidade, estado, país, local onde a pesquisa foi realizada foram substituídas por XXXXXXXXXXXX e só serão reveladas pelo autor no manuscrito final após aprovação;
- a identificação do autor foi retirada das propriedades do documento.

4. Cópia do parecer do CEP. Os trabalhos que envolverem pesquisas com seres humanos estão acompanhados da devida autorização do Comitê de Ética correspondente, na forma de "documento suplementar" (item 04 da submissão eletrônica). Número de aprovação pelo CEP no método.
5. URLs (links) para as referências foram informadas quando possível.

Inseri os links DOI quando possível. Pesquisar em:

<http://www.crossref.org/SimpleTextQuery/>

6. O texto segue os padrões de estilo e requisitos bibliográficos descritos em Diretrizes para Autores, na página Sobre a Revista.

Declaração de Direito Autoral

Esta revista proporciona acesso público a todo seu conteúdo, seguindo o princípio de que tornar gratuito o acesso a pesquisas gera um maior intercâmbio global de conhecimento. Tal acesso está associado a um crescimento da leitura e citação do trabalho de um autor. Para maiores informações sobre esta abordagem, visite Public Knowledge Project, projeto que desenvolveu este sistema para melhorar a qualidade acadêmica e pública da pesquisa, distribuindo o OJS assim como outros software de apoio ao sistema de publicação de acesso público a fontes acadêmicas. Os nomes e endereços de e-mail neste site serão usados exclusivamente para os propósitos da revista, não estando disponíveis para outros fins.

Autores que publicam nesta revista concordam com os seguintes termos:

- a. Autores mantêm os direitos autorais e concedem à revista o direito de primeira publicação, com o trabalho simultaneamente licenciado sob a Licença Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0) que permite o compartilhamento do trabalho com reconhecimento da autoria e publicação inicial nesta revista.
- b. Autores têm autorização para assumir contratos adicionais separadamente, para distribuição não-exclusiva da versão do trabalho publicada nesta revista (ex.: publicar em repositório institucional ou como capítulo de livro), com reconhecimento de autoria e publicação inicial nesta revista.
- c. Autores têm permissão e são estimulados a publicar e distribuir seu trabalho online (ex.: em repositórios institucionais ou na sua página pessoal) a qualquer ponto antes ou durante o processo editorial, já que isso pode gerar alterações produtivas, bem como aumentar o impacto e a citação do trabalho publicado.

Política de Privacidade

Os nomes e endereços informados nesta revista serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou a terceiros.

III. ARTIGO CIENTÍFICO

ÓBITOS INFANTIS POR SÍFILIS CONGÊNITA EM ARACAJU-SE DE 2007 A 2016

CHILDLIKE DEATHS FOR CONGENITAL SYPHILIS IN ARACAJU-SE FROM 2007 TO 2016

ÓBITOS INFANTILES POR SÍFILIS CONGÉNITA EN ARACAJU ENTRE LOS AÑOS DE 2007 A 2016

Autores:

Zildete Cibeles Granja Amorim

Departamento de Medicina da Universidade Federal de Sergipe

Júlia Maria Dias Gonçalves

Professora adjunta do Departamento de Medicina da Universidade Federal de Sergipe

Não há conflito de interesses neste artigo.

Instituição:

Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe. Endereço: Rua Claudio Batista S/Nº Sanatório - CEP: 49.060-100

Correspondência: Zildete Cibeles Granja Amorim: Rua Quirino,nº 85A, Bloco 03, Apto. 408, Bairro: Inácio Barbosa, CEP 49040-690 - Aracaju-SE, Brasil. Telefone: (79) 99136-9452. zcgamorim@gmail.com

RESUMO

Objetivo. Os autores se propõem como objetivo deste estudo realizar a investigação do banco de dados de notificação dos casos de óbitos por sífilis congênita na cidade de Aracaju-se no período de 2007 a 2016 **Métodos.** Trata-se de um estudo descritivo, transversal, com análise quantitativa, utilizando-se exclusivamente dados secundários provenientes do sistema de informação de agravos de notificação- SINAN - do ministério da saúde no período de 2007 a 2016. Utilizou-se dados referentes aos óbitos por sífilis congênita notificados ao ministério da saúde e incluídos na base de dados do SINAN, as variáveis foram solicitadas junto ao núcleo de vigilância epidemiológica do estado de Sergipe e programa DST/AIDS. Para a análise estatística foi utilizado o software de domínio público epi- info 7 e confeccionadas tabelas de distribuição de frequências e gráficos **Resultados.** Notificou-se 20 casos de óbitos infantis por sífilis congênita no período de 2007 a 2016. Das vinte gestantes, dez (50,00%) não realizaram tratamento, nove (45,00%) das mulheres iniciaram o tratamento, porém todas foram tratadas inadequadamente. O óbito por sífilis congênita ocorreu em 80,00% dos casos antes de 24 horas. Os registros de notificação encontravam-se incompletos em sete variáveis estudadas. **Conclusão.** Os casos notificados de óbitos por sífilis estão em desacordo com a literatura. Metade das gestantes não realizaram tratamento. Das que realizaram tratamento quase metade o fez de forma incompleta. A maioria dos óbitos ocorreu nas primeiras 24 horas. O não preenchimento de itens importantes na ficha de notificação ocorreu em mais da metade das variáveis.

PALAVRAS-CHAVE: Prevalência. Sífilis Congênita. Subnotificação. Aracaju. Brasil.

ABSTRACT

I aim. The authors intend like objective of this study from 2007 to 2016 carries out the investigation of the database of notification of the cases of deaths for congenital syphilis in the city of Aracaju-se in the period **Methods.** It is the question of a descriptive, cross study, with quantitative analysis, when from 2007 to 2016 are used exclusively secondary data originating from the system of information of agravos of notification - SINAN - of the ministry of the health in the period. One used data referring to the deaths for congenital syphilis notified to the ministry of the health and included on basis of data of the SINAN, the variables were asked near the vigilance nucleus epidemiológica of the state of Sergipe and program DST/AIDS. For the statistical analysis epi was used the software of public power - info 7 and made charts of distribution of frequencies and graphic **Results.** 20 cases of childlike deaths were notified by congenital syphilis in the period from 2007 to 2016. Of twenty pregnant women, ten (50,00 %) did not carry out treatment, nine (45,00 %) of the women began the treatment, however they all were treated unsuitably. The death for congenital syphilis took place in 80,00 % of the cases before 24 hours. The notification registers were incomplete in seven studied variables. **Conclusion.** The notified cases of deaths for syphilis are in disagreement with the literature. Half of the pregnant women they did not carry out treatment. Of those who carried out treatment almost half the fez of incomplete form. Most of the deaths took place in the first 24 hours. The subnotification took place in more than the half of the variables.

KEY WORDS: Predominance. Congenital syphilis. Subnotification. Aracaju. Brazil.

RESUMEN

Objetivo. Los autores se proponen como objetivo de este estudio realizar la investigación del banco de datos de notificación de los casos de muertes por sífilis congénita en la ciudad de Aracaju en el período de 2007 a 2016 **Métodos.** Se trata de un estudio descriptivo, transversal, con análisis cuantitativo, utilizando exclusivamente datos secundarios provenientes del sistema de información de agravios de notificación-SINAN - del ministerio de salud en el período de 2007 a 2016. Se utilizaron datos referentes a las muertes por sífilis congénita notificados al ministerio de salud e incluidos en la base de datos del SINAN, las variables fueron solicitadas junto al núcleo de vigilancia epidemiológica del estado de Sergipe y programa ITS / SIDA. Para el análisis estadístico se utilizó el software de dominio público epi- info 7 y confeccionadas tablas de distribución de frecuencias y gráficos **Resultados.** Se notificó 20 casos de muertes por sífilis congénita en el período de 2007 a 2016. De las veinte gestantes, diez (50,00%) no realizaron tratamiento, nueve (45,00%) de las mujeres iniciaron el tratamiento, pero todas fueron tratadas inadecuadamente. El óbito por sífilis congénita ocurrió en el 80,00% de los casos antes de las 24 horas. Los registros de notificación se encontraban incompletos en siete variables estudiadas **Conclusión.** Los casos notificados de muertes por sífilis están en desacuerdo con la literatura. La mitad de las gestantes no realizaron tratamiento. De las que realizaron tratamiento casi la mitad lo hizo de forma incompleta. La mayoría de las muertes ocurrieron en las primeras 24 horas. La subnotificación ocurrió en más de la mitad de las variables.

PALABRAS CLAVE: Prevalencia. Sífilis Congénita. Subnotificación. Aracaju. Brasil.

INTRODUÇÃO

A sífilis é uma doença sexualmente transmissível causada pela bactéria *Treponema pallidum*. Sua transmissão é hematogênica e pode ocorrer através de transfusões sanguíneas, transplante de órgãos, congenitamente e, principalmente, por meio de relações sexuais sem uso de preservativo (LIMA et al., 2013; LIMA et al., 2013).

O *Treponema pallidum* adentra pela mucosa e/ou pele através do contato muito íntimo (disseminação horizontal), por isso a via que mais facilita a transmissão é a sexual, as bactérias aderem à superfície das células do hospedeiro devido à fibronectina encontrada na superfície das células (MIMS et al, 1999). Nas mucosas, a penetração se dá por meio de ferimentos ou solução de continuidade, quando essas estão intactas, a sua penetração é facilitada através da Hialuronidase, uma enzima produzida pelo próprio *Treponema* com poder de destruir o ácido hialurônico dos tecidos, dessa maneira a bactéria multiplica-se neste local lentamente, permanecendo num período de incubação de três semanas, ocasionando uma infiltração de polimorfonucleares, plasmócitos e macrófagos e a partir daí pode atingir os linfonodos e a corrente sanguínea (JAWETZ et al, 2000)

A sífilis congênita é uma das formas de classificação da sífilis quando a transmissão é vertical, ou seja, da gestante infectada não tratada ou inadequadamente tratada para o conceito, por via transplacentária, durante a gestação ou no momento do parto, em qualquer estágio em que esteja a doença materna (SZWARCWALD et al, 2007; LIMA et al, 2013). Com probabilidades de 50% a 100% na sífilis primária e secundária, 40% na sífilis latente precoce e 10% na sífilis tardia (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008). Na sífilis congênita, há infecção fetal por via hematogênica, em geral a partir do 4º mês de gravidez. A transmissão não sexual da sífilis é excepcional, havendo poucos casos por transfusões de sangue e por inoculação acidental. Quando a sífilis primária e secundária não tratada ocorrem na gravidez, ela afeta 100% dos fetos, e 50% dessas gestações irão resultar em parto prematuro ou morte perinatal (AZULAY et al, 2013). Desses recém nascidos de mães não tratadas a grande maioria irão apresentar sequelas sensoriais, físicas ou de desenvolvimento podendo levar a óbitos e quando esse acontece observa-se que a grande maioria acontece na primeira semana de vida. Classificamos a sífilis congênita nessa situação em precoce, quando se manifesta até os dois anos de

idade e em tardia, quando as manifestações ocorrem após os dois anos de idade (SZWARCOWALD et al, 2007; LIMA et al, 2013).

Apesar de ser uma doença prevenível, com diagnóstico e tratamento efetivo disponíveis durante a gestação, a sífilis congênita persiste sendo um problema de saúde pública com destaque mundial e prioritário na política do Ministério da Saúde do Brasil (ARAUJO et al., 2006; SARACENI et al., 2005). Nesse sentido, em março desse ano foi sancionada a Lei nº 13.430/2017 (DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO, 2017) que fixa o terceiro sábado de outubro como Dia Nacional de Combate à Sífilis e à Sífilis Congênita

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), estima-se que aproximadamente 12 milhões de novos casos de sífilis na gestação ocorrem a cada ano mundo. Além disso, a mesma é responsável por cerca de 305 mil mortes fetais e neonatais a cada ano e deixa 215 mil crianças em maior risco de morrer por prematuridade, baixo peso ao nascer ou doença congênita (OMS, 2013).

Os autores se propõem como objetivo deste estudo realizar a investigação do banco de dados de notificação dos casos de óbitos por sífilis congênita na cidade de Aracaju-se no período de 2007 a 2016 e identificar lacunas relacionadas a subnotificação.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, transversal, com análise quantitativa. utilizando-se exclusivamente dados secundários provenientes do sistema de informação de agravos de notificação- SINAN - do ministério da saúde no período de 2007 a 2016.

Utilizou-se dados referentes aos óbitos por sífilis congênita notificados ao ministério da saúde e incluídos na base de dados do SINAN, as variáveis foram solicitadas junto ao núcleo de vigilância epidemiológica do estado de Sergipe e programa DST/AIDS.

Para a análise estatística foi utilizado o software de domínio público epi- info 7 e confeccionadas tabelas de distribuição de frequências e gráficos.

População

A população alvo do estudo é formada por óbitos infantis por sífilis congênita na cidade de Aracaju-SE, ocorridos no período de 2007 a 2016.

Critérios de seleção

Crianças menores de 01 ano de vida que foram a óbito entre 2007 a 2016 com o diagnóstico de sífilis congênita.

Variáveis do estudo

Variáveis sociodemográficas / fonte: datasus:

- Ano de ocorrência
- Faixa Etária
- Sexo
- Cor/raça
- Idade da mãe
- Escolaridade da mãe

Variáveis relacionadas à assistência pré-natal e ao parto

- Realização de pré-natal
- Momento de diagnóstico da sífilis materna
- Início de tratamento
- Tratamento do parceiro

Variáveis relacionadas à investigação do óbito

- Classificação do óbito

Técnicas e instrumento de coleta

Os dados serão coletados utilizando o sistema de informática do SUS – DATASUS/SINAN , OPAS/OMS, para os dados dos anos 2007 a 2016.

Aspectos Éticos

Por se tratar de estudo realizado por meio da análise de um sistema de informação do SUS – DATA SUS/SINAN, é dispensável a utilização do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos envolvidos. O projeto foi aprovado pelo comitê de ética.

Análise de riscos e benefícios

Considerando ser um estudo realizado com dados constantes em um sistema de informação do SUS – DATA SUS/SINAN, não há riscos para os sujeitos envolvidos. Como benefício, os dados levantados permitirão o diagnóstico situacional, o que favorecerá a adoção de medidas preventivas para essa população.

O presente estudo é uma vertente de pesquisa anterior realizada com o Programa de Educação para a saúde – PET-Saúde, regulamentado pela portaria interministerial MS/MEC nº 421/2010 .

RESULTADOS

No período da análise do estudo que foi de 2007 a 2016 , foram notificados 20 casos de óbitos por sífilis congênita na cidade de Aracaju-SE.O ano em que mais casos foram notificados foi o ano de 2012 com cinco casos notificados,

seguido de 2007 com quatro casos; 2009 e 2013 com dois casos; 2008, 2011 e 2014 com um caso e nos anos 2015 e 2016 não foram notificados óbitos infantis por sífilis congênita **(QUADRO 1)**.

Foi observado 61,54% de óbitos com menos de 24 horas, seguido de 23,08% de óbitos que ocorreram em um dia. Entre o tempo do diagnóstico e o óbito, foi observado que o tempo mais frequente foi abaixo de 24 horas com 76,94% dos casos, seguido de diagnóstico de um dia com 15,38%. O tempo entre o nascimento e a notificação mais frequente foi abaixo de 24 horas com 80,00% dos casos seguido de um dia após do nascimento com 15,00% dos casos **(TABELA1)**.

Sobre os dados relacionados às variáveis do pré-natal, 55,00% das gestantes não realizaram o pré-natal, apenas 45,00% tiveram consultas prévias na gestação. O diagnóstico materno da sífilis foi em 70,00% dos casos, no momento do parto/curetagem e 30,00% foi durante o pré-natal. Em relação ao tratamento da gestante: 50,00% não realizaram, 45,00% realizaram de forma inadequada e em 5,00% dos casos esse item foi ignorado, em relação ao tratamento do parceiro: 85,00% dos parceiros não realizaram o tratamento, apenas 5,00% realizou o tratamento e em 5,00% dos casos esse item foi ignorado. Sobre o teste treponêmico: 55,00% das gestantes não realizaram e 45,00% foram reagentes **(TABELA 2)**

Sobre a localidade: 15,00% ocorreu no bairro Santa Maria, 15,00% no bairro Olaria e 15,00% no bairro 18 do Forte; nos bairros: Atalaia, Bugio, B. América, Cidade Nova, Coroa do Meio, Farolândia. B. Industrial, Lamarão, Mosqueiro, Santos Dumond e Porto Dantas 5,00% em cada **(GRÁFICO 1)**.

Os resultados do teste de titulação das gestantes com sífilis no momento do parto e/ou curetagem mostra que as grandes maiorias apresentavam alta titulação 1/128 **(GRÁFICO 2)**.

Sobre a escolaridade das gestantes, 45,00% tinha entre a 5ª e 8ª série do ensino fundamental incompleto, 15,00% possuía da 1ª a 4ª série do ensino fundamental incompleto; 10,00% com a 4ª série do ensino fundamental completo; 5,00% com ensino médio completo e em 25,00% dos casos esse item foi ignorado **(GRÁFICO3)**.

DISCUSSÃO

A região nordeste do Brasil encontra-se em 2º lugar em incidência de sífilis na gestante e sífilis congênita, o 1º lugar é no Sudeste com 28.261 e 20.509, respectivamente, dados acumulativos entre 1995 a 2013. Entre 1995 e 2013 foram notificados no Brasil 49.739 casos de sífilis na gestante desses, 16.657 foram na região nordeste correspondendo a 33,48% do agravo e 68.784 casos de sífilis congênita no Brasil e desses 16.559 foram na região do nordeste, correspondendo a 24,07% dos casos desse agravo no Brasil (SINAN 2017)

A alta taxa de detecção na região nordeste de gestantes sifilíticas, reflete nos seus altos índices de sífilis congênita. No ano de 2015 a taxa de detecção de sífilis em gestante foi de 6,22 e a taxa de incidência de sífilis congênita nessa região foi de 5,46 casos por 1000 nascidos vivos (MINISTÉRIO DA SAÚDE ,2017).

O estado de Sergipe acompanha a tendência brasileira de aumento do número de casos notificados tanto de sífilis na gestante quanto de sífilis congênita. No período de 2007 a 2013, foram notificados no Estado de Sergipe através de pesquisas no SINAN 1.342 casos de sífilis na gestante e 1.279 casos de sífilis congênita (SINAN 2017) ocorrendo 43 óbitos por sífilis congênita no Estado no mesmo período. Foram notificados 20 casos de óbitos por sífilis congênita em Aracaju/SE no período entre 2007 a 2016 (os dados dos anos 2014, 2015 e 2016 foram realizados de forma ativa na SMS/SE, pois esses dados não estão atualizados até a presente data no site do SINAN).

Em 2013, o estado ocupou o 9º lugar no Brasil em relação quantidade total de casos de sífilis congênita. Isso revela que apesar desse estado apresentar uma ampla cobertura de Programa de Saúde da Família, a assistência pré-natal tem se mostrado ineficiente em conter o avanço desses agravos, tendo em vista que Sergipe é o menor Estado da federação.(SINAN 2017).

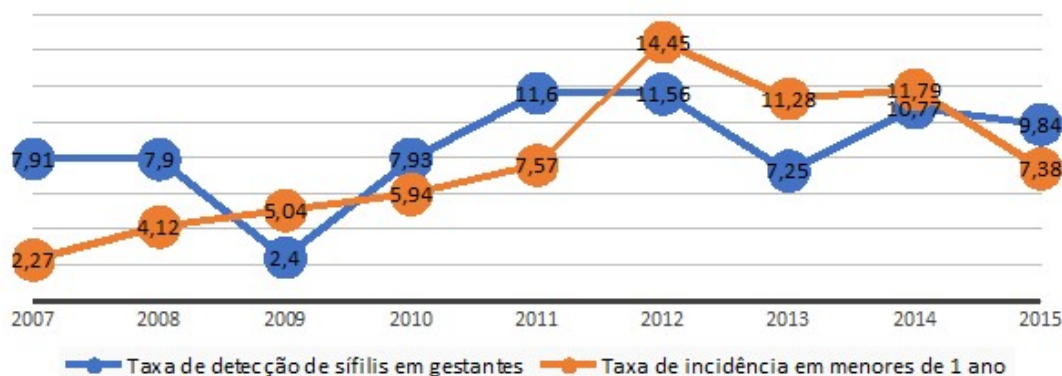
Fazendo um comparativo com a cidade de Aracaju-SE (GRÁFICO 1) e São Caetano do Sul- SP (GRÁFICO 2) que pela 3º vez, aparece como a líder no seletor grupo de cidades brasileiras com nível de desenvolvimento muito alto (IBGE, 2016) segundo o IDH da ONU dos municípios do país com Educação: **0,811**, Expectativa de vida: **0,887 (78,2 anos)**, Renda: **0,891 (2.043,74)**, IDHM Final: **0,862** . Entre os anos de 2007 a 2015 com relação a taxa de detecção de sífilis em gestantes e a taxa de incidência de sífilis congênita em menores de 1 ano (taxas por

1000 nascidos vivos) São Caetano do Sul- SP a taxa de incidência da sífilis congênita em menores de um ano em 2015 foi de 0,7 enquanto no mesmo ano na cidade de Aracaju-SE esse valor foi de 7,38, já a taxa de detecção de sífilis em gestantes no mesmo ano foi de 4,94 na cidade paulista e de 9,38 na capital Sergipana. Conseguimos dessa forma avaliar a discrepância dos dados obtidos e perceber que Aracaju-SE está muito longe dos valor que a OPAS (Organização Pan-Americana de Saúde) espera $<1,0$.

A realidade da sífilis congênita e do seu agravante maior – o óbito infantil- na cidade de Aracaju-SE, está longe da ideal, em que se busca o controle da doença e a diminuição dos casos, como também a melhor notificação desses por parte da equipe da saúde envolvida para um estudo mais próximo da realidade. Os resultados evidenciam falha no preenchimento das fichas de notificação, falha no pré-natal, falha no tratamento das gestantes e um crescente no número de casos em gestantes e a persistência da transmissão vertical, sinalizando, assim, para a ausência de uma política efetiva de controle da sífilis no município. A subnotificação é notória, principalmente nos últimos dois anos 2015 e 2016 período que não tem registros de óbitos infantis, esse fator foi um limitante para esse estudo, pois sabemos que estamos longe da realidade epidemiológica, como também estamos longe de atingir o objetivo maior que é a diminuição dos casos de óbitos infantis por sífilis congênita.

GRÁFICO 4 : Taxa de detecção de sífilis congênita em gestantes e taxa de incidência em menores de 1 ano na cidade de Aracaju-SE.

**Sífilis Congênita e em Gestantes – taxas por 1.000 nasc. vivos
na cidade de Aracaju**
População=623.766 habitante



Fonte: SINAN / SIM / IBGE NOTAS: (1) Dados atualizados em 08/09/2017 (2) Dados processados pelas áreas técnicas

GRÁFICO 5. Taxa de detecção de sífilis congênita em gestantes e taxa de incidência em menores de 1 ano na cidade de São Caetano do Sul -SP



.Fonte: SINAN / SIM / IBGE NOTAS: (1) Dados atualizados em 08/09/2017 (2) Dados processados pelas áreas técnicas

CONCLUSÃO

Os casos notificados de óbitos por sífilis estão em desacordo com a literatura. Metade das gestantes não realizaram tratamento. Das que realizaram tratamento quase metade o fez de forma incompleta. A maioria dos óbitos ocorreu nas primeiras 24 horas. A subnotificação ocorreu em mais da metade das variáveis

QUADRO 1. Número de óbitos infantis por sífilis congênita em Aracaju-SE entre os anos de 2007 a 2016.

ANO	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Total
N	4	1	2	4	1	5	2	1	0	0	20

Fonte: SINAN/COSIVS/DVS/SMS-ARACAJU, 2017

TABELA 1 Distribuição de frequência de dados temporais relacionados ao óbito por sífilis congênita na cidade de Aracaju-SE no período de 2007 a 2016

TEMPO ENTRE O DIAGNOSTICO E O OBITO	Frequência	Percentual
< 24 HORAS	10	76,92%
1 DIA	2	15,38%
9 DIAS	1	7,69%
Total	13	100%
TEMPO ENTRE O NASCIMENTO E A NOTIFICAÇÃO	Frequência	Percentual

<24 HORAS	16	80,00%
1 DIA APÓS O NASCIMENTO	3	15,00%
2 DIAS APÓS O NASCIMENTO	1	5,00%
Total	20	100%

Fonte: SINAN/COSIVS/DVS/SMS-ARACAJU, 2017

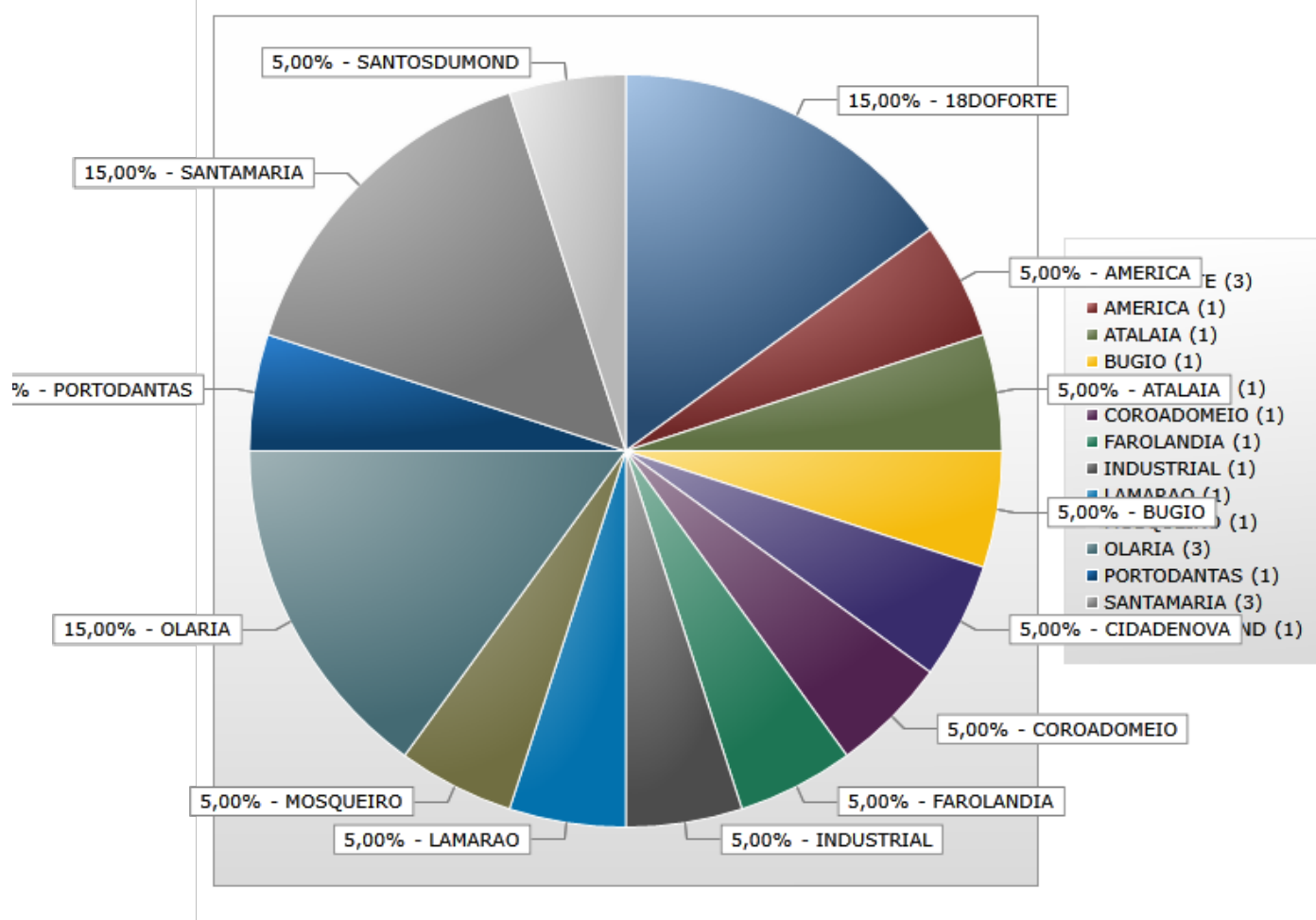
TABELA 2. Distribuição de frequência dos dados relacionados às variáveis do pré-natal das mães de recém-nascidos que foram a óbito por sífilis congênita na cidade de Aracaju-SE no período de 2007 a 2016

PRÉ-NATAL	Frequência	Percentual
REALIZADO	9	45,00%
NÃO REALIZADO	11	55,00%
TOTAL	20	100%
DIAGNÓSTICO MATERNO DE SÍFILIS	Frequência	Percentual
PARTO OU CURETAGEM	14	70,00%
PRÉ-NATAL	6	30,00%
TOTAL	20	100%
ESQUEMA DO TRATAMENTO DA GESTANTE	Frequência	Porcentagem
IGNORADO	1	5,00%
INADEQUADO	9	45,00%
NÃO REALIZADO	10	50,00%

TOTAL	20	100,00%
PARCEIRO TRATADO	Frequência	Percentual
IGNORADO	2	10,00%
NÃO	17	85,00%
SIM	1	5,00%
Total	20	100,00%
TESTE TREPONEMICO	Frequência	Percentual
NÃO REALIZADO	11	55,00%
REAGENTE	9	45,00%
TOTAL	20	100,00%

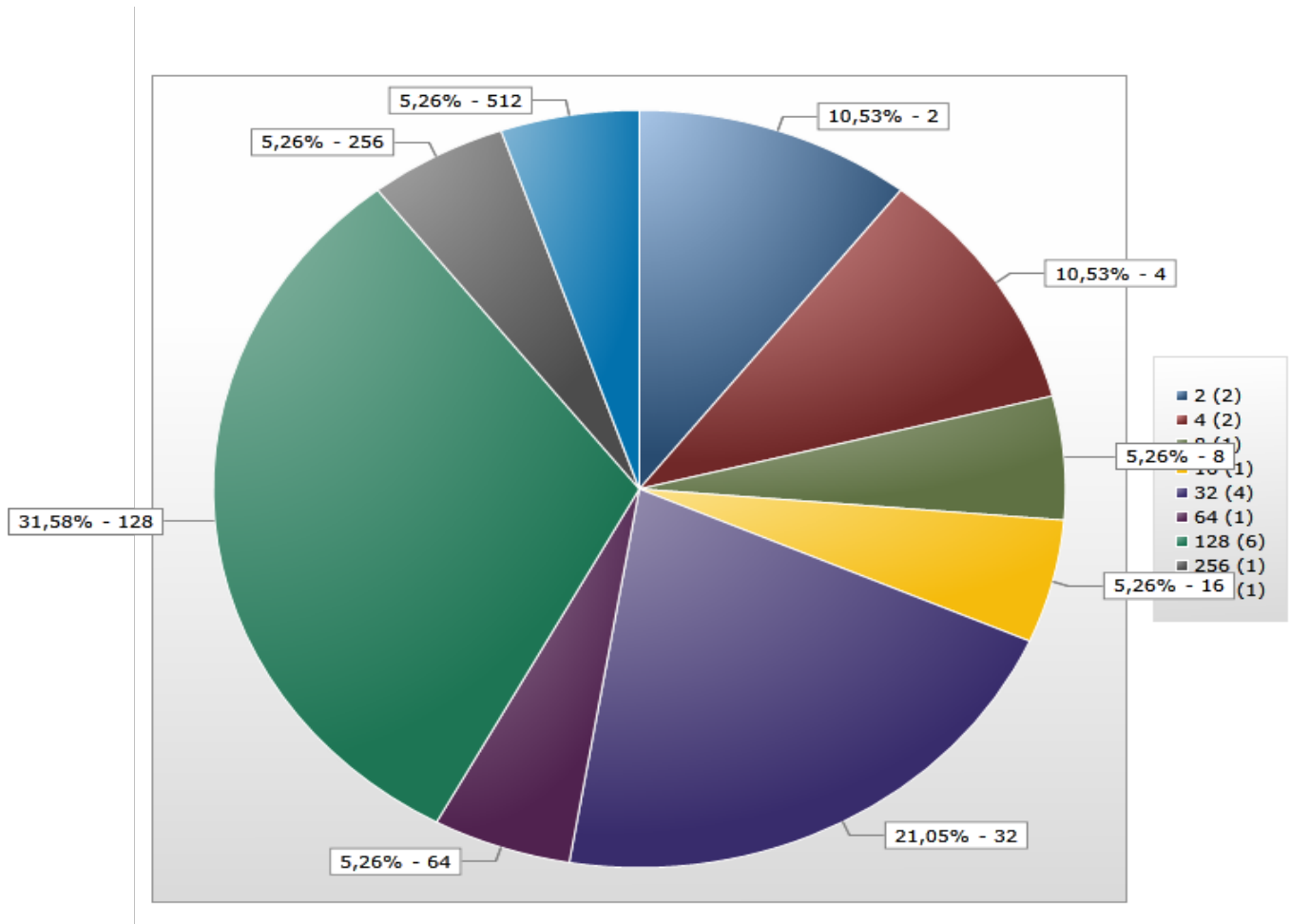
Fonte: SINAN/COSIVS/DVS/SMS-ARACAJU,2017

GRÁFICO 1- DISTRIBUIÇÃO POR BAIRRO DAS GESTANTES PORTADORAS DE SÍFILIS



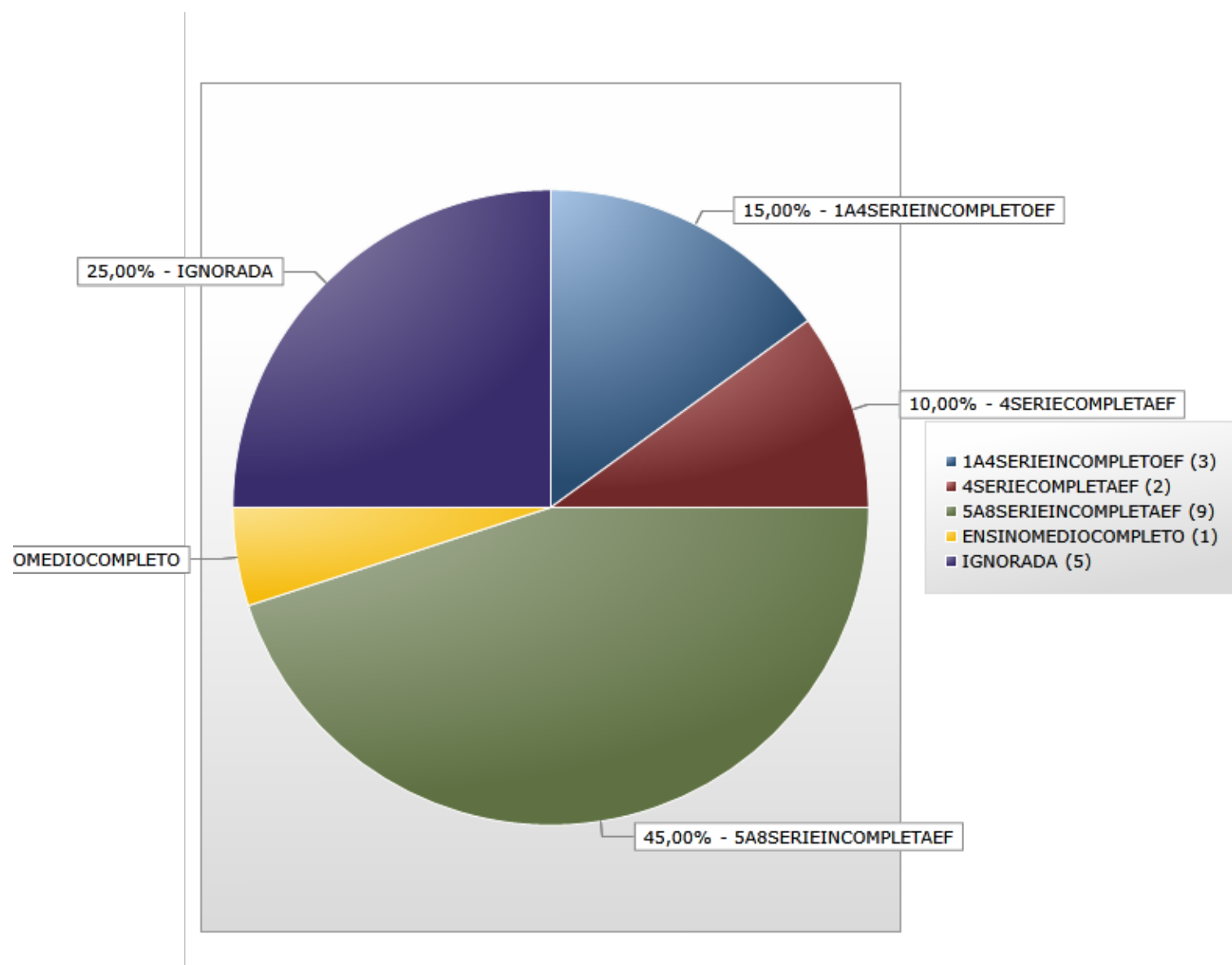
Fonte: SINAN/COSIVS/DVS/SMS-ARACAJU,201

GRÁFICO 2- Distribuição de frequência da titulação do teste de mães com sífilis no momento do Parto/Curetagem em casos de óbito por sífilis congênita na cidade de Aracaju-SE no Período de 2007 a 2016



Fonte: SINAN/COSIVS/DVS/SMS-ARACAJU,2017

GRÁFICO 3. Distribuição do grau de escolaridade das mães dos recém-nascidos que foram a óbito por sífilis congênita em Aracaju-SE no período de 2007 a 2016



REFERÊNCIAS

ARAUJO, E.C.; COSTA, K.S.G; SILVA, R.S.; AZEVEDO, V.N.G.; LIMA, F.A.S. Importância do pré-natal na prevenção da sífilis congênita. Rev. Paraense de Medicina, v. 20, n. 1, jan.-mar., 2006.

AZULAY, R.D. História da Sífilis. Anais Brasileiros de Dermatologia. V.63.n.1,p3-4. Jan/fev.1988. Disponível em <[HTTP://www.anaisdedermatologia.org.br/public/artigo.aspx?id=564](http://www.anaisdedermatologia.org.br/public/artigo.aspx?id=564)> acesso em: 15 jun.2013.

BRITO, E.S.V. de; JESUS, S.B. de; SILVA, M.R.F. da; Sífilis congênita como indicador de avaliação da assistência ao pré-natal no município de Olinda (PE), brasil; Rev. APS, v. 12, n. 1, p. 62-71, jan./mar. 2009.

HARRISON, T.M.; Medicina interna; Porto Alegre: AMGH; 2013; volume 1 ; 18ª edição.

LIMA, G.K.; DIAS, I.C.X; ARAÚJO, F.M.; SOUZA, S.B.; SALES, D.S.; FERREIRA, A.G.N. Educação em saúde sobre sífilis com um grupo de gestantes: um relato de experiência de acadêmicas de enfermagem. SANARE, Sobral, v.12, n.2, p.59-62, jun.-dez., 2013.

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

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde –Departamento de DST, Aids e Hepatites virais. Boletim Epidemiológico da Sífilis. Ano I.nº01.ISSN:1517-1159. 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde –Departamento de DST, Aids e Hepatites virais. Boletim Epidemiológico da Sífilis. Ano I.nº02, 2014.

SARACENI, V.; GUIMARÃES, M.H.F.S; FILHA, M.M.T.; LEAL, M.C. Mortalidade perinatal por sífilis congênita: indicador da qualidade da atenção à mulher e à

criança. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p.1244-1250, jul.-ago., 2005.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO (SINAN). Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb>. Acesso em: 05 de Julho de 2017.

SZWARCWALD, C.L.; JUNIOR, A.B.; MIRANDA, A.; PAZ, L.C. Resultados do estudo sentinela-parturiente, 2006: desafios para o controle da sífilis congênita no Brasil. DST – J. Bras. Doenças Sex. Transm., v. 19, n.3-4, p.128-133, 2007.

<http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0167255> (Acessado em 11.09.2017 às 18:15h)

<http://indicadoressifilis.aids.gov.br> (Acessado em 05.07.2017 as 18:34h)

<http://sage.saude.gov.br/gestor> (Acessado em 10.09.2017 as 20:00h)

<http://exame.abril.com.br/brasil/as-50-melhores-cidades-do-brasil-para-se-viver-segundo-onu> (Acessado em 10.09.2017 as 22:15h)

<http://www.mastereditora.com.br/review> (acessado em 10 de setembro de 2017)