



**CURSO DE MEDICINA**

**NATHÁLIA DOS SANTOS FARIAS**

**A INVESTIGAÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL DA SÍFILIS COMO  
ESTRATÉGIA PARA A MELHORIA DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL**

**Salvador**

**2021**

**Nathália dos Santos Farias**

**A INVESTIGAÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL DA SÍFILIS COMO  
ESTRATÉGIA PARA A MELHORIA DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de graduação em Medicina da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública como requisito para aprovação no quarto ano do curso de Medicina, pelo componente curricular Metodologia da Pesquisa III.

Orientadora: Sandra Renata Amaral Noronha  
Marques

**Salvador**

**2021**

## AGRADECIMENTOS

Viver o processo do TCC, diante de todas as circunstâncias que se impuseram com a pandemia, só foi possível para mim graças ao meu sistema de suporte. Não foi (e nem deve ser) fácil para ninguém seguir em frente com nossas metas pessoais e profissionais em meio ao turbilhão de fatos, agravos e sentimentos que nos assolam desde o início disso tudo. No entanto, foi necessário seguir, adaptar e até mudar os planos. E ter com quem compartilhar os desafios e as dores, mas também as conquistas e pequenas felicidades, faz toda a diferença.

Quero agradecer a Deus, a meus pais - Eliane e Messias - e a minha família, fontes inesgotáveis de apoio e encorajamento em cada passo. Sem vocês, nada seria! Amo-lhes imensamente.

A Antonio, meu namorado, por ser companheiro nas palavras e atitudes, me tranquilizando e fortalecendo.

Aos meus amigos pregressos e aos desta faculdade, por dividirem as levezas e as angústias da nossa jornada, tornando-a mais navegável. Em especial a Duda, minha dupla de tudo, que me contagiou e ajudou enormemente com sua paixão por pesquisa.

Por fim, a Dra. Sandra Renata, orientadora desse trabalho e minha primeira mentora na medicina, que confiou a mim a responsabilidade de investigar esse brilhante tema.

Muito obrigada!

*“O correr da vida embrulha tudo. A vida é assim: esquenta e esfria, aperta e daí afrouxa, sossega e depois desinquieta. O que ela quer da gente é coragem.”*

Guimarães Rosa

## RESUMO

Farias, NS. A investigação da transmissão vertical da sífilis como estratégia para a melhoria da assistência pré-natal. Estudo transversal retrospectivo. 2021. Trabalho de Conclusão de Curso – Medicina. Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Salvador – Bahia.

**Introdução:** A avaliação inicial da criança exposta a sífilis congênita, a ser realizada na maternidade/casa de parto, deve considerar, além do exame físico e da comparação do seu teste não treponêmico periférico com o materno, o histórico materno quanto ao tratamento adequado da sífilis no pré-natal. Apesar de ser um tratamento barato, eficaz e disponível na atenção primária de saúde, diversos fatores sociais, políticos, econômicos e individuais podem dificultar o acesso da gestante às medidas de intervenção que podem evitar a transmissão vertical da sífilis. **Objetivo:** Investigar oportunidades de melhoria na assistência pré-natal que estejam relacionadas ao desfecho da sífilis congênita em Salvador. **Métodos:** Estudo transversal realizado com 56 gestantes que fizeram pré-natal em unidades de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) em um Distrito Sanitário (DS) de Salvador, Bahia, em 2019 ou 2020, e que apresentaram notificação de sífilis gestacional neste período e de sífilis congênita até setembro de 2020. A busca nominal para casos de sífilis na gestação e de sífilis congênita foi feita pela Subcoordenadoria de Informações em Saúde (SUIS) da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador na base de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), sendo o DS com maior número de notificações de sífilis gestacional o de São Caetano (290 casos em 2019 e 198 casos até setembro de 2020). Em seguida, foram utilizados nome completo e data de nascimento para identificar as gestantes que também constavam na lista de sífilis congênita de São Caetano e foram acessadas suas Fichas de Notificação de Sífilis em Gestante do SINAN para verificar, dentre outras informações, se houve tratamento adequado conforme estágio clínico da sífilis. **Resultados:** 56 gestantes ( $25 \pm 5$  anos) foram incluídas, sendo 66% pardas e 18% com Ensino Fundamental incompleto. 29% das gestantes estavam no terceiro trimestre gestacional e 29% tinham sífilis primária. Cinquenta e quatro (96%) gestantes apresentaram teste não-treponêmico reagente e 93% tiveram o teste treponêmico confirmatório também reagente. Dezesesseis (29%) parcerias sexuais foram tratadas concomitantemente à gestante e 24% dos parceiros não realizou nenhum esquema de tratamento. Por fim, 59% das gestantes realizaram o tratamento adequado conforme estágio clínico da sífilis. **Conclusão:** Foram identificadas oportunidades de melhoria na assistência pré-natal no que tange à prevenção da transmissão vertical de sífilis, sendo as principais, o diagnóstico tardio da sífilis materna e a ausência de tratamento adequado conforme estágio clínico da sífilis gestacional.

**Palavras-chave:** sífilis congênita; pré-natal; transmissão vertical.

## ABSTRACT

Farias, NS. A investigação da transmissão vertical da sífilis como estratégia para a melhoria da assistência pré-natal. Estudo transversal retrospectivo. 2021. Trabalho de Conclusão de Curso – Medicina. Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Salvador – Bahia.

**Backgrounds:** The initial assessment of the child exposed to congenital syphilis, to be carried out in the maternity / delivery house, must consider, in addition to the physical examination and the comparison of his peripheral non-treponemal test with the maternal one, the maternal history regarding the appropriate treatment of syphilis in the prenatal. Despite being an inexpensive, effective, and available treatment in primary health care, several social, political, economic, and individual factors can make it difficult for pregnant women to access interventional measures that can prevent vertical transmission of syphilis. **Objective:** To investigate opportunities of improvement in prenatal care that are related to the outcome of congenital syphilis in Salvador. **Methods:** Cross-sectional study with 56 pregnant women who got prenatal care in primary health units of the Unified Health System in a health district of Salvador, Bahia, in 2019 or 2020, and presented notification of both gestational and congenital syphilis until September 2020. The nominal search for cases of syphilis during pregnancy and congenital syphilis was conducted by the Sub-Coordination of Health Information of the Municipal Health Secretariat of Salvador in the database of the Information System of Notifiable Diseases, and São Caetano was the health district with the highest number of notifications of gestational syphilis (290 cases in 2019 and 198 cases until September 2020). Then, full name and date of birth were used to identify pregnant women who were also on the congenital syphilis reports of São Caetano, and the Gestational Syphilis Notification Sheets of these selected women to verify, among other information, if there was adequate treatment according to the clinical stage of syphilis. **Results:** 56 pregnant women ( $25 \pm 5$  years) were included, being 66% brown and 18% with incomplete elementary school. 29% of pregnant women were in the third trimester of pregnancy and 29% had primary syphilis. 96% of pregnant women had a reagent non-treponemic test and 93% had a confirmatory treponemic test also reagent. 29% of sexual partnerships were treated concomitantly with pregnant women and 24% of partners did not undergo any treatment regimen. Finally, 59% of pregnant women underwent appropriate treatment according to the clinical stage of syphilis. **Conclusion:** Opportunities of improvement regarding the prevention of vertical transmission of syphilis were identified in prenatal care, the main ones being the late diagnosis of maternal syphilis and the lack of adequate treatment according to the clinical stage of gestational syphilis.

**Key-words:** congenital syphilis; prenatal care; vertical transmission.

## LISTA DE TABELAS

- Tabela 1. Características socioeconômicas e clínicas da amostra de pacientes (n=56) gestantes que apresentaram sífilis gestacional notificada em 2019 ou 2020 no Município de Salvador e cujo desfecho da gestação tenha sido um caso de sífilis congênita notificado em 2020 (até o mês de setembro) .....21
- Tabela 2. Dados sobre testagem e manejo da sífilis gestacional em gestantes que apresentaram esta condição notificada em 2019 ou 2020 no Município de Salvador e cujo desfecho da gestação tenha sido um caso de sífilis congênita notificado em 2020 (até o mês de setembro).....22
- Tabela 3. Dados acerca do manejo da sífilis nas parcerias sexuais das gestantes que apresentaram sífilis gestacional notificada em 2019 ou 2020 no Município de Salvador e cujo desfecho da gestação tenha sido um caso de sífilis congênita notificado em 2020 (até o mês de setembro).....23
- Tabela 4. Dados acerca do manejo adequado, conforme estágio clínico da sífilis, nas gestantes que apresentaram sífilis gestacional notificada em 2019 ou 2020 no Município de Salvador e cujo desfecho da gestação tenha sido um caso de sífilis congênita notificado em 2020 (até o mês de setembro).....24

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
DS	Distrito Sanitário
DST	Doença Sexualmente Transmissível
EBMSP	Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública
FTA Abs	Fluorescent treponemal antibody absorption
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IST	Infecção Sexual Transmissível
MS	Ministério da Saúde
PN	Pré-Natal
SESAB	Secretária da Saúde do Estado da Bahia
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
VDRL	Veneral disease research laboratory



## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVO .....</b>	<b>13</b>
	2.1 Objetivo primário .....	13
<b>3</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>13</b>
<b>4</b>	<b>MÉTODOS.....</b>	<b>17</b>
	4.1 Desenho de estudo.....	17
	4.2 População de estudo.....	17
	4.3 Seleção da amostra.....	17
	4.4 Critérios de inclusão .....	18
	4.5 Critérios de exclusão.....	18
	4.6 Variáveis independentes .....	18
	4.7 Variável dependente.....	19
	4.8 Análise estatística.....	19
	4.9 Considerações éticas .....	19
<b>5</b>	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>21</b>
<b>6</b>	<b>DISCUSSÃO .....</b>	<b>25</b>
<b>7</b>	<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>30</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>31</b>
	<b>ANEXO A – FICHA DE INVESTIGAÇÃO DA SÍFILIS EM GESTANTE DO SINAN.....</b>	<b>33</b>
	<b>ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP .....</b>	<b>35</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A sífilis congênita é uma doença infectocontagiosa de transmissão materno-fetal, provocada pela espiroqueta *Treponema pallidum*, podendo ser efetivamente evitada por práticas realizadas na rotina da assistência pré-natal.<sup>1</sup> O não diagnóstico ou tratamento incorreto da sífilis em qualquer idade gestacional implica em risco de 70 a 100% de transmissão vertical nas fases primária e secundária da doença, sendo que este risco cai para 1 a 2% em presença de diagnóstico e tratamento adequados.<sup>2</sup>

A notificação compulsória de sífilis congênita em todo o território nacional foi instituída na década de 80, através da Portaria n°542 de 22 de dezembro de 1986, e a da sífilis em gestantes, mediante a Portaria n°33 de 14 de julho de 2005.<sup>3</sup> Nos últimos dez anos, houve um progressivo aumento na taxa de incidência de sífilis congênita no Brasil: em 2008, a taxa era de 2,0/1.000 nascidos vivos e, em 2018, foi mais de quatro vezes maior, passando para 9,0 casos/1.000 nascidos vivos.<sup>4</sup>

Em 2018, foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) 62.599 casos de sífilis em gestantes (taxa de detecção de 21,4/1.000 nascidos vivos); 26.219 casos de sífilis congênita (taxa de incidência de 9,0/1.000 nascidos vivos); e 241 óbitos por sífilis congênita (taxa de mortalidade de 8,2/100.000 nascidos vivos). Dos casos notificados de sífilis congênita em 2018, 30,0% residiam na Região Nordeste e esta mesma região possuiu taxa de detecção de 9,6 casos/1.000 nascidos vivos, superior à taxa nacional.<sup>4</sup>

Os desfechos adversos da sífilis congênita incluem morte fetal precoce, natimorto, parto prematuro, baixo peso ao nascer, morte neonatal e infecção congênita em bebês.<sup>5</sup> Por este motivo, o Ministério da Saúde (MS) estabeleceu uma avaliação inicial da criança exposta ou com sífilis congênita, a ser realizada na maternidade/ casa de parto, considerando: histórico materno de sífilis quanto ao tratamento e seguimento na gestação; sinais e sintomas clínicos da criança (na maioria das vezes ausentes ou inespecíficos); e teste não treponêmico periférico da criança comparado com o da mãe. Tão importante quanto identificar e tratar crianças com sífilis congênita é reconhecer a diferença entre as crianças diagnosticadas e as crianças expostas, porém não infectadas, de modo a não as submeter a tratamento e procedimentos desnecessários, como exames invasivos e internações prolongadas<sup>6</sup>, além de evitar notificações indevidas no SINAN.

Assim sendo, é imprescindível a investigação do pré-natal para verificar, dentre outras questões, se a gestante realizou tratamento completo com penicilina benzatina, para o respectivo estágio clínico da sífilis e iniciado até 30 dias antes do parto.<sup>7</sup> Afinal, diversos fatores sociais, políticos, econômicos e individuais podem dificultar o acesso da gestante às medidas de intervenção que podem evitar a transmissão vertical da sífilis, de tal modo que, em 2014, o Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais do MS publicou o Protocolo de Investigação da Transmissão Vertical, em que propõe a criação de comitês estaduais e municipais para identificar os determinantes da transmissão vertical, com a finalidade de mapear problemas e propor soluções a partir de um protocolo de investigação pré-estabelecido.<sup>8</sup>

Igualmente importante neste contexto é o preenchimento criterioso da Ficha de Investigação (ou Notificação) da Sífilis em Gestante e a da Sífilis Congênita do SINAN (ANEXO A), que fornece aos órgãos de saúde competentes insumos para proporem estratégias de prevenção e enfrentamento a estes agravos.

Baseado nisso, o presente trabalho foi desenvolvido com o intuito de investigar oportunidades de melhoria na assistência pré-natal que estão relacionadas ao desfecho da sífilis congênita em casos notificados no município de Salvador.

## 2 OBJETIVO

### 2.1 Objetivo primário

Investigar oportunidades de melhoria na assistência pré-natal que estejam relacionadas ao desfecho da sífilis congênita em Salvador.

## 3 REVISÃO DE LITERATURA

A sífilis é uma infecção bacteriana sistêmica, exclusiva do ser humano, que evolui cronicamente, sujeita a surtos de agudização.<sup>9</sup> O agente etiológico é *Treponema pallidum*, uma bactéria espiroqueta, conhecida desde 1905<sup>10</sup> e, desde a década de 1940, tendo em vista a disponibilidade de recursos diagnósticos e tratamento simples, barato e “eficaz” (penicilina), a sífilis – em especial, congênita – é considerada completamente prevenível.<sup>11</sup>

A principal forma de transmissão é o contato sexual (sífilis adquirida), o que configura esta doença como uma infecção sexualmente transmissível (IST), mas tem particular importância a transmissão materno-fetal durante a gestação (transmissão vertical) de uma mulher com sífilis não tratada ou tratada inadequadamente, ou ainda durante o parto vaginal se a mãe tiver alguma lesão sifilítica.<sup>7</sup> A taxa de transmissão vertical de sífilis para o feto é elevada, sendo estimada em 70 a 100% no estágio primário da doença, 90% no secundário e 30% nos subsequentes, podendo ocorrer em qualquer fase, tanto da infecção quanto da gestação.<sup>11</sup> Quando não tratada, a sífilis adquirida materna pode alternar períodos sintomáticos e assintomáticos, com características clínicas, imunológicas e histopatológicas distintas, sendo divididas em três fases: primária, secundária e terciária; se não houver tratamento após o desaparecimento dos sinais e sintomas da sífilis secundária, a infecção entra em período de latência, que pode ser recente (no primeiro ano) ou tardio (após um ano).<sup>10</sup> A identificação do estado de infecção materna é bastante relevante para o tratamento adequado e consequente prevenção da infecção fetal.

Na sífilis primária, após um período de incubação que dura em torno de 10 a 90 dias, ocorre o aparecimento de uma lesão ulcerada e única no local de entrada da bactéria denominada cancro duro, com base endurecida, secreção serosa escassa e rica em treponemas. Tal lesão primária desaparece em aproximadamente duas semanas independentemente do tratamento.<sup>10,12</sup> As lesões sifilíticas facilitam a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), apresentando um risco em torno de 60% para esta coinfeção.<sup>9</sup> Quando não tratada

adequadamente, a sífilis primária evolui para a sífilis secundária, na qual o agente etiológico, agora já presente em todos órgãos e líquidos do corpo, causa alterações cutaneomucosas polimorfas, como as roséolas, erupções, placas mucosas acinzentadas, pápulas eritemo-acastanhadas, estas últimas habitualmente nas regiões genital, plantar e palmar.<sup>7,9,10</sup> Tais sinais e sintomas podem desaparecer, adentrando na sífilis latente, a qual é dividida em recente (até um ano de infecção) e em tardia (mais de um ano), apresentando duração variável.<sup>10</sup> Já a sífilis terciária pode surgir de um a quarenta anos após a infecção, com manifestações cutâneas, ósseas, cardiovasculares e neurológicas que podem levar o indivíduo à morte.<sup>7</sup>

O diagnóstico laboratorial da sífilis está fundamentado na pesquisa do agente etiológico ou na pesquisa de anticorpos, devendo para isso considerar a fase da doença.<sup>9</sup> As provas diretas demonstram a presença do *T. pallidum* em lesões primárias ou secundárias, podendo ocorrer a partir de exame em campo escuro, pesquisa direta com material corado e imunofluorescência direta.<sup>7,9</sup> Contudo, na prática clínica, os testes imunológicos são, certamente, mais utilizados, podendo ser divididos em treponêmicos – que detectam anticorpos específicos contra o agente, como o FTA Abs (Fluorescent treponemal antibody absorption), teste rápido etc. – e em não treponêmicos – que detectam anticorpos não específicos, como o VDRL (Venereal Disease Research Laboratory), sendo passíveis de quantificação, o que lhes confere importância também para o monitoramento da resposta ao tratamento.<sup>7</sup> Na triagem sorológica, é recomendada a combinação de testes sequenciais de diferentes tipos, um treponêmico e outro não treponêmico, sendo o primeiro a título de triagem e o segundo confirmatório.<sup>9,12</sup> Considerando a epidemia de sífilis no Brasil e a sensibilidade dos fluxos diagnósticos, recomenda-se iniciar a investigação pelo teste treponêmico, que é o primeiro a ficar reagente.<sup>7,10</sup> A testagem para sífilis está preconizada na primeira consulta de pré-natal (idealmente no primeiro trimestre), no início do terceiro trimestre (a partir da 28ª semana), no momento do parto ou em caso de aborto, exposição de risco e violência sexual, bastando um teste reagente, treponêmico ou não, para iniciar o tratamento, sem aguardar o resultado do segundo.<sup>6</sup>

A droga de escolha para tratamento da sífilis é a penicilina benzatina.<sup>7,9,12</sup> Embora outros antibióticos tenham sido utilizados para tratamento de sífilis em adultos, não são recomendados na gestação pela toxicidade ao feto ou por não atravessarem a barreira placentária.<sup>6</sup> O esquema terapêutico da gestante com sífilis deve ser iniciado até 30 dias antes do parto, variando em função do estágio clínico identificado: para quadros de sífilis recente (menos de 2 anos de evolução) – primária, secundária e latente recente, o tratamento é feito com penicilina G

benzatina 2,4 milhões UI, intramuscular (IM), dose única; para casos de sífilis tardia (mais de 2 anos de evolução) – latente tardia ou com duração ignorada e terciária, aplica-se uma dose total de 7,2 milhões UI de penicilina G benzatina, IM, fracionada em doses semanais de 2,4 milhões UI, por três semanas.<sup>6,7,12</sup> A medida mais efetiva para prevenção da transmissão vertical ao RN é o diagnóstico e o tratamento tanto da gestante quanto de sua parceria sexual, sendo esta última tratada presumivelmente com dose única de 2,4 milhões UI, independente da realização de testes, para evitar reinfecção.<sup>7</sup>

Apesar da existência de diagnóstico e tratamento disponíveis na Atenção Básica, na Bahia, segundo dados da Secretária da Saúde do Estado da Bahia (SESAB), no período de 2012 a 2018, foram notificados 17.057 casos de sífilis gestacional, com a taxa de detecção variando de 5,1 em 2012 a 21,2 casos em 2018 para cada 1.000 nascidos vivos, sendo que a maior parte dos casos foi detectada tardiamente, no 3º trimestre, comprometendo tratamento adequado e oportuno para prevenção da transmissão vertical.<sup>13</sup>

A alta prevalência dos casos de sífilis adquirida materna influencia diretamente no aumento dos casos de sífilis congênita, afecção grave, responsável por malformações em múltiplos órgãos, abortos, óbitos e natimortalidade. Entre 2007 e 2011, o número de casos desta doença na Bahia variou de 234 a 556, em um aumento aproximado de 140%, com um subregistro estimado neste período de 48,8%.<sup>14</sup> Entre 2012 e 2018, foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) 7.723 casos de sífilis congênita em menos de 1 ano de idade residentes na Bahia, tendo a taxa de incidência (1.000 nascidos vivos) saltado de 2,7 em 2012 para 7,3 em 2018.<sup>13</sup>

Ao nascimento, cerca de dois terços dos nascidos vivos portadores de sífilis congênita são assintomáticos.<sup>15</sup> Dentre os casos sintomáticos, são mais frequentes os seguintes sinais: hepatomegalia, icterícia, corrimento nasal (rinite sífilítica), rash cutâneo, linfadenopatia generalizada e anormalidades esqueléticas.<sup>6</sup> A prematuridade e o baixo peso ao nascer também são sinais que podem se manifestar na sífilis congênita, estando relacionados diretamente com óbitos fetais.<sup>15</sup>

Além dos sinais e sintomas clínicos da criança (na maioria das vezes, ausentes ou inespecíficos), o histórico materno de sífilis quanto ao tratamento e seguimento na gestação e a comparação entre teste não treponêmico periférico da criança e da mãe são aspectos a serem avaliados na avaliação inicial da criança exposta à sífilis, que deve ser feita na maternidade/casa

de parto. Considerando o histórico materno, se comprovado que a gestante foi diagnosticada e adequadamente tratada durante pré-natal, o RN é considerado exposto à sífilis, não se fazendo necessária a notificação imediata, e sim a realização do teste não treponêmico sérico da mãe e do RN ao mesmo tempo, para posterior manejo. As crianças com título maior que o materno em pelo menos duas diluições no teste não treponêmico periférico têm indicativo de sífilis congênita. As crianças com título menor ou igual ao materno que tenham exame físico normal são consideradas apenas expostas a sífilis, sem necessidade de tratamento imediato.<sup>6</sup>

Fica claro, portanto, que o diagnóstico e tratamento precoce da sífilis adquirida materna têm a capacidade de evitar a transmissão vertical e a literatura demonstra que as taxas de sífilis congênita são um verdadeiro evento sentinela da qualidade do pré-natal.<sup>1,2,11,14,16</sup> O principal questionamento é o seguinte: se, de um lado, o aumento das taxas de detecção da sífilis durante a gestação fala a favor de um melhor rastreio – e, conseqüentemente, maiores possibilidades de tratamento durante o PN –, por qual(is) motivo(s) também cresceram as taxas de incidência da sífilis congênita? O presente estudo se dedica a investigar, a partir da Ficha de Investigação da Sífilis em Gestante do SINAN, oportunidades de melhoria na assistência pré-natal, como a não realização ou inadequação do tratamento da sífilis gestacional, que estão relacionadas ao desfecho de sífilis congênita em casos notificados em 2020 em Salvador.

## **4 MÉTODOS**

### **4.1 Desenho de estudo**

Trata-se de um estudo observacional, transversal e retrospectivo, de caráter descritivo.

### **4.2 População de estudo**

Gestantes que estiveram em acompanhamento pré-natal (PN) em unidades de saúde da rede SUS de um Distrito Sanitário (DS) do município de Salvador em 2019 ou 2020, que apresentaram sífilis gestacional notificada neste mesmo período e cujo desfecho da gestação tenha sido um caso de sífilis congênita notificado em 2020 (até o mês de setembro).

### **4.3 Seleção da amostra**

A busca nominal para casos de sífilis na gestação e de sífilis congênita foi feita pela Subcoordenadoria de Informações em Saúde (SUIS) da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador na base de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), sendo que foram selecionados os casos de sífilis na gestação notificados no município de Salvador em 2019 e 2020 e os casos de sífilis congênita notificados em 2020 (até o mês de setembro).

Uma vez tendo sido gerada a lista nominal das gestantes (com os respectivos dados da notificação) que apresentaram sífilis gestacional notificada no município de Salvador em 2019 ou 2020, foi realizada a separação destas gestantes por Distrito Sanitário (DS) e, então, selecionado o DS com maior número de notificações de sífilis gestacional neste período, que foi São Caetano (290 casos de sífilis gestacional notificados em 2019 e 198 casos em 2020).

Para identificação correta dos casos de sífilis gestacional que resultaram em notificação de sífilis congênita em 2020 (até o mês de setembro) no DS de São Caetano, foram utilizadas as seguintes informações: nome completo, data de nascimento e/ou idade. Assim, foram encontradas 56 gestantes do DS de São Caetano que apresentaram sífilis gestacional notificada em 2019 ou 2020 e cujo desfecho da gestação tenha sido um caso de sífilis congênita notificado em 2020 (até o mês de setembro).

A partir destes nomes, foi realizada consulta às informações constantes nas notificações de sífilis na gestação das 56 gestantes selecionadas, guiada pela Ficha de Investigação da Sífilis em Gestante do SINAN (ANEXO A).



#### 4.4 Critérios de inclusão

- Mulheres gestantes;
- Ter realizado pré-natal em unidade de saúde da rede SUS em Salvador em 2019 e 2020;
- Ter diagnóstico de sífilis durante a gestação, identificado no SINAN no ano de 2019 ou 2020;
- Ter tido como desfecho da gestação um caso de sífilis congênita, identificado no SINAN no ano de 2020 (até o mês de setembro).

#### 4.5 Critério de exclusão

- Casos em que houver dúvida na identificação da gestante por qualquer incompatibilidade dos seguintes dados: nome completo, data de nascimento e/ou idade.

#### 4.6 Variáveis independentes

- Idade da mãe na data da notificação (anos);
- Escolaridade (0- analfabeta/ 1- 1a a 4a série incompleta do Ensino Fundamental (antigo primário ou 1o grau) / 2- 4a série completa do Ensino Fundamental/ 3- 5a a 8a série incompleta do Ensino Fundamental (antigo ginásio ou 1o grau)/ 4- Ensino Fundamental completo/ 5- Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2o grau)/ 6- Ensino médio completo/ 7- Educação superior incompleta/ 8- Educação superior completa / 9- Ignorado/ 10- Não se aplica);
- Raça/cor da mãe (1- branca/ 2- preta/ 3- amarela/ 4- parda/ 5- indígena/ 9- ignorado);
- Classificação clínica da sífilis materna (1- primária/ 2- secundária/ 3- terciária/ 4- latente/ 9- ignorado)
- Trimestre no momento de notificação da sífilis gestacional (1- 1º trimestre/ 2- 2º trimestre/ 3- 3º trimestre/ 4- IG ignorada/ 9- ignorado);
- Teste não treponêmico da mãe durante gestação (1- reagente/ 2- não reagente/ 3- não realizado/ 9- ignorado);
- Titulação (1/1; 1/2; 1/4; 1/8; 1/16; 1/32; 1/64; 1/128; 1/256; 1/512);

- Teste treponêmico confirmatório da mãe durante gestação (1- reagente/ 2- não reagente/ 3- não realizado/ 9-ignorado);
- Esquema de tratamento da mãe durante a gestação (1- benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI; 2- benzilpenicilina benzatina 4,8 milhões UI; 3- benzilpenicilina benzatina 7,2 milhões UI; 4- outro esquema; 5- não realizado; 9- ignorado);
- Tratamento do parceiro concomitante à gestante (1- Sim; 2- Não; 9- Ignorado);
- Esquema de tratamento do parceiro (1- benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI; 2- benzilpenicilina benzatina 4,8 milhões UI; 3- benzilpenicilina benzatina 7,2 milhões UI; 4- outro esquema; 5- não realizado; 9- ignorado).

#### **4.7 Variável dependente**

- Tratamento adequado conforme estágio clínico da sífilis materna, durante a gestação (definido por: benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM em dose única, para sífilis nos estágios primário, secundário e latente recente ou benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, 1x/semana por 3 semanas, totalizando 7,2 milhões UI, para sífilis no estágio terciário ou latente tardia; sim/não/não é possível concluir).

#### **4.8 Análise estatística**

As variáveis numéricas, por apresentarem distribuição normal, foram descritas por médias e desvios padrão. As variáveis categóricas foram descritas utilizando proporção (%). As análises foram realizadas a partir do programa SPSS (Versão 25, SPSS Inc., Chicago, Illinois, USA) e os dados foram armazenados no programa Microsoft Excel 2020.

#### **4.9 Considerações éticas**

O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (ANEXO B). O n° do CAAE do Projeto de pesquisa aprovado é 35627120.3.0000.5544.

Os dados de cada participante foram armazenados pelos pesquisadores responsáveis com total sigilo, sendo assegurado o respeito aos referenciais bioéticos de dignidade, liberdade, autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade. O presente trabalho requereu e

teve aprovada a dispensa de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em virtude da impossibilidade de contatar e recrutar as participantes da amostra.

## 5 RESULTADOS

No presente estudo, 56 pacientes gestantes foram incluídas, apresentando média de idade de  $25 \pm 5$  anos. A maioria das pacientes da amostra era parda (66%) e apresentava nível de escolaridade de 5ª à 8ª série incompleta do Ensino Fundamental (16%). Cerca de 50% das pacientes da amostra tiveram sua idade gestacional ignorada no instrumento de notificação, enquanto 29% estavam no 3º trimestre da gravidez. No que tange à classificação clínica da sífilis gestacional, 63% das pacientes apresentaram esta informação ignorada no instrumento de notificação, ao passo que 29% encontrava-se no estágio primário da doença (Tabela 1).

**Tabela 1.** Características socioeconômicas e clínicas da amostra de pacientes (n=56) gestantes que apresentaram sífilis gestacional notificada em 2019 ou 2020 no Município de Salvador e cujo desfecho da gestação tenha sido um caso de sífilis congênita notificado em 2020 (até o mês de setembro).

Variáveis	N
Tamanho da amostra	56
Idade	$25 \pm 5$ anos
Raça	
Branca	1 (2%)
Preta	11 (20%)
Parda	37 (66%)
Ignorada	7 (13%)
Escolaridade	
4ª série completa do Ensino Fundamental	1 (2%)
5ª à 8ª série incompleta do Ensino Fundamental	8 (16%)
Ensino médio incompleto	3 (6%)
Ensino médio completo	7 (14%)
Ignorada	32 (63%)
Trimestre gestacional	
1º trimestre	5 (9%)
2º trimestre	7 (13%)
3º trimestre	16 (29%)
IG ignorada	28 (50%)

## Classificação clínica da sífilis

Primária	16 (29%)
Secundária	3 (5%)
Latente	2 (4%)
Ignorada	35 (63%)

*IG – idade gestacional.*

Ao serem consultadas as informações sobre a testagem para sífilis gestacional na população estudada, verificou-se que 96% das gestantes tiveram teste não-treponêmico reagente e 30% apresentaram titulação de 1/16 no VDRL. Em relação ao teste treponêmico confirmatório, 93% apresentaram resultado também reagente. Quanto ao tratamento, cerca de 48% das gestantes foram manejadas com benzilpenicilina benzatina 7,2 milhões UI (Tabela 2); enquanto 12% das mulheres não realizaram nenhum tratamento e outros 12% tiveram esse dado ignorado no instrumento de notificação.

**Tabela 2.** Dados sobre testagem e manejo da sífilis gestacional em gestantes que apresentaram esta condição notificada em 2019 ou 2020 no Município de Salvador e cujo desfecho da gestação tenha sido um caso de sífilis congênita notificado em 2020 (até o mês de setembro).

Variáveis	N
Teste não-treponêmico	
Reagente	54 (96%)
Não realizado	1 (2%)
Ignorado	1 (2%)
Titulação do teste não-treponêmico (VDRL)	
1/1	1 (2%)
1/2	7 (13%)
1/4	14 (26%)
1/8	16 (30%)
1/16	4 (7%)
1/32	3 (6%)
1/64	5 (9%)

1/128	1 (2%)
1/256	2 (4%)
1/512	1 (2%)
Teste treponêmico confirmatório	
Reagente	52 (93%)
Ignorado	4 (7%)
Esquema de tratamento da gestante	
Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI	9 (16%)
Benzilpenicilina benzatina 4,8 milhões UI	5 (9%)
Benzilpenicilina benzatina 7,2 milhões UI	27 (48%)
Outro esquema	1 (2%)
Não realizado	7 (12%)
Ignorado	7 (12%)

---

*VDRL – Venereal Disease Research Laboratory.*

No que tange ao tratamento das parcerias sexuais concomitante ao das gestantes, 59% das pacientes apresentaram esta informação ignorada no instrumento de notificação e 29% não teve tratamento concomitante da parceria sexual (Tabela 3).

**Tabela 3.** Dados acerca do manejo da sífilis nas parcerias sexuais das gestantes que apresentaram sífilis gestacional notificada em 2019 ou 2020 no Município de Salvador e cujo desfecho da gestação tenha sido um caso de sífilis congênita notificado em 2020 (até o mês de setembro).

<b>Variável</b>	<b>N</b>
Tratamento da parceria concomitante à gestante	
Sim	7 (13%)
Não	16 (29%)
Ignorado	33 (59%)

No que tange à variável dependente tratamento adequado conforme estágio clínico, na notificação da maioria das gestantes (59%) constava esquema de tratamento adequado

conforme estágio clínico da sífilis, enquanto 27% da amostra não recebeu tal tratamento (Tabela 4).

**Tabela 4.** Dados acerca do manejo adequado, conforme estágio clínico da sífilis, nas gestantes que apresentaram sífilis gestacional notificada em 2019 ou 2020 no Município de Salvador e cujo desfecho da gestação tenha sido um caso de sífilis congênita notificado em 2020 (até o mês de setembro).

<b>Variável</b>	<b>N</b>
Tratamento adequado conforme estágio clínico da sífilis	
Sim	33 (59%)
Não	15 (27%)
Não é possível concluir	8 (14%)

## 6 DISCUSSÃO

O presente trabalho demonstrou oportunidades de melhoria na assistência pré-natal no que tange à prevenção da transmissão vertical de sífilis. Embora o rastreamento da sífilis gestacional na amostra estudada tenha sido muito satisfatório – 96% das gestantes tiveram teste não-treponêmico reagente e 93% apresentaram teste treponêmico confirmatório também reagente –algumas falhas foram identificadas a partir da análise das Fichas de Investigação da Sífilis em Gestante do SINAN, tais como o diagnóstico tardio da sífilis materna e o preenchimento não criterioso de importantes informações requeridas (raça e escolaridade maternas, trimestre de diagnóstico, classificação clínica da sífilis, esquema de tratamento da gestante e tratamento concomitante da parceria sexual).

Metade das notificações de sífilis gestacional analisadas não apresentava a informação acerca do momento de diagnóstico, enquanto 29% das mulheres tiveram o diagnóstico e a notificação de sífilis materna tardiamente, apenas no 3º trimestre gestacional, o que diminui as possibilidades de manejo adequado, haja vista a necessidade de iniciar o tratamento pelo menos 30 dias antes do parto. Tal informação encontra embasamento em estudo semelhante, conduzido por Lafeté et al (2016), que investigou os casos de sífilis congênita e materna notificados e não notificados na cidade de Montes Claros, norte de Minas Gerais, no período de janeiro de 2007 a julho de 2013, demonstrando que, das 93 gestantes incluídas, 22,6% só foram diagnosticadas no 2º ou 3º trimestre gestacional e 62,4% apresentaram diagnóstico tardio no momento do parto ou da curetagem.<sup>18</sup> Tais resultados – encontrados por Lafeté e por este trabalho – contrastam com a recomendação do MS, que preconiza a testagem para sífilis na primeira consulta de pré-natal (idealmente no primeiro trimestre), no início do terceiro trimestre (a partir da 28ª semana) e no momento do parto ou em caso de aborto, exposição de risco e violência sexual.<sup>6</sup>

A classificação clínica da sífilis gestacional restou ignorada no preenchimento de 63% das notificações, o que dificulta o estabelecimento de um tratamento eficaz, considerando que o estágio clínico da doença é informação crucial para a definição do esquema de tratamento. O presente estudo se propôs a analisar, como desfecho primário, se o esquema especificado em cada notificação foi adequado levando em conta a classificação clínica relatada. Assim, o esquema de 7,2 milhões UI de penicilina G benzatina, IM – aplicado a 48% das gestantes da amostra – sempre indicava tratamento adequado, já que é capaz de tratar qualquer estágio clínico da sífilis, servindo inclusive para os casos em que a informação da classificação clínica se encontrava ignorada na notificação. Por outro lado, nos casos em que se sabia a classificação



clínica, mas a gestante fora tratada com outro esquema não especificado, não foi possível concluir acerca da variável adequação do tratamento. Essa análise possibilitou concluir que 59% da amostra de gestantes recebeu tratamento adequado conforme estágio clínico da sífilis, enquanto quase um terço da amostra não o recebeu, indicando relevante perda de oportunidade na assistência pré-natal no que tange à prevenção da transmissão vertical da sífilis.

Apesar de esse ser um dado valioso para discutir a qualidade da assistência pré-natal ofertada à população estudada, sabe-se que a análise ideal do tratamento adequado deveria ser à luz de outras duas informações, além do estágio clínico da sífilis materna, quais sejam: tratamento concomitante da parceria sexual e início do tratamento até 30 dias antes do parto. Entretanto, o campo de tratamento concomitante da parceria sexual constava como ignorado em 59% das Fichas de Investigação acessadas, de modo que restou dificultada a análise da adequação do tratamento considerando esse aspecto. Dentre as notificações que detinham a informação, 29% acusaram que não houve tratamento concomitante da parceria sexual. Resultado similar foi encontrado por Oliveira et al (2020), que investigou 132 casos de sífilis congênita e 129 de sífilis materna notificados na cidade de Natal, Rio Grande do Norte, no período de janeiro de 2011 a dezembro de 2015, evidenciando que 38% dos parceiros não recebeu nenhum tratamento e 48,1% não recebeu tratamento concomitante à gestante.<sup>19</sup> Como motivo do não tratamento do parceiro, este mesmo estudo trouxe que as categorias mais destacadas foram “companheiro não estava mais em contato com a gestante” (41,7%) e “ausência da confirmação diagnóstica do companheiro” (19,4%).<sup>19</sup>

O início do tratamento até 30 dias antes do parto, por sua vez, não consta na Ficha de Investigação da Sífilis em Gestante do SINAN, sendo o seu levantamento possível apenas a partir da análise de prontuários e cartões de pré-natal. Os estudos de Magalhães et al (2013) e de Macêdo et al (2020), conduzidos em maternidades públicas do Distrito Federal entre 2009 e 2010 e do Nordeste entre 2013 e 2014, respectivamente, consideraram como tratamento adequado da sífilis materna aquele que: utilizou penicilina benzatina em doses preconizadas de acordo com a fase da doença, foi finalizado até 30 dias antes do parto e contou com tratamento concomitante do parceiro.<sup>20,21</sup> Para isso, o primeiro estudo coletou dados tanto nas fichas de notificação, quanto por meio de entrevistas com as 67 gestantes/puérperas participantes, constatando que 52,8% recebeu tratamento não adequado<sup>20</sup>; enquanto o segundo estudo – que contou com entrevista estruturada, consulta ao cartão de pré-natal, ficha de admissão, prontuário clínico, livros/sistemas informatizados laboratoriais – demonstrou que, dentre as 124

mulheres que trataram sífilis no pré-natal, 73,4% também receberam tratamento classificado como não adequado.<sup>21</sup> O presente trabalho apresentou como limitação, portanto, a ausência da busca de dados complementares em prontuários ou cartões de pré-natal das gestantes participantes, fato que fora planejado à época da elaboração do projeto e pleito perante o CEP, entretanto acabou sendo impossibilitado devido às restrições de circulação em ambientes hospitalares e ambulatoriais que foram impostas pela pandemia da COVID-19. Inclusive, a durante a realização deste trabalho, percebeu-se a necessidade de inclusão na Ficha de Investigação da Sífilis em Gestante do SINAN de um campo concernente ao início do tratamento da gestante até 30 dias antes da data provável de parto, favorecendo o acesso a esse dado de enorme relevância no contexto da transmissão vertical.

Outra limitação que se impôs a este estudo foi a má qualidade no preenchimento das fichas de notificação analisadas, evidenciada pelo alto percentual de vazios/ ignorados em inúmeros campos, chegando a pelo menos 50% em escolaridade materna, trimestre de diagnóstico, classificação clínica da sífilis e tratamento concomitante da parceria sexual. Essa questão foi acessada anteriormente em outros trabalhos, tais como o desenvolvido por Saraceni et al (2005)<sup>22</sup>, no contexto da sífilis congênita no município do Rio de Janeiro em 1999 e 2000, que selecionou as variáveis de importância para a análise dos dados deste agravo e identificou dez variáveis maternas e oito relacionadas à criança com percentual maior do que 20% de campos vazios e/ou preenchidos como ignorado. Tais achados corroboram com os encontrados neste trabalho, demonstrando uma sustentação de padrões insatisfatórios no preenchimento de instrumentos de notificação mesmo após 20 anos e, inclusive, promovendo reflexões sobre o comportamento dos profissionais de saúde frente esta atividade de singular valor para a vigilância epidemiológica.

Por outro lado, este estudo apresenta um diferencial metodológico interessante, pois foi um dos primeiros a selecionar a amostra por meio de concordância – utilizando nome completo, data de nascimento e/ou idade da gestante – da lista nominal de notificações de sífilis gestacional em 2019 e 2020 de determinado Distrito Sanitário com a lista nominal de notificações de sífilis congênita até setembro de 2020 do mesmo DS, garantindo, portanto, que todas as Fichas de Investigação da Sífilis em Gestante analisadas tiveram como desfecho, de fato, um caso de sífilis congênita em período subsequente. Uma limitação neste processo foi desconsiderar as gestantes que, porventura, tenham mudado de endereço e originado notificação de sífilis congênita em um DS diferente do que notificara a sífilis gestacional. No que tange à

escolha do DS analisado neste trabalho (São Caetano), seguiu-se o critério daquele que apresentou o maior número de notificações de sífilis gestacional no período selecionado, para que a amostra fosse o mais representativa possível da situação deste agravo de saúde no Município de Salvador. Para oferecer maior extrapolação aos resultados encontrados, sugere-se estudo posterior que englobe os dados de todos os DS, de modo a verificar se as principais oportunidades de melhoria apresentadas em São Caetano na prevenção da transmissão vertical da sífilis se sustentam no contexto global do município.

É válido ressaltar ainda que as oportunidades de melhoria na assistência pré-natal no cenário da sífilis em gestantes também devem ser analisadas à luz de outros eixos, tais como: a cobertura da rede diagnóstica e a disponibilidade de insumos para testagem e tratamento, a dificuldade de acesso a consultas e exames complementares pelas pacientes e seus parceiros, e a qualificação dos profissionais que realizam acompanhamento das gestantes. Nesse sentido, Domingues et al (2013) conduziu um estudo transversal com o objetivo de avaliar os conhecimentos, as práticas e as atitudes de 102 profissionais pré-natalistas da rede SUS do município do Rio de Janeiro e identificar as principais barreiras para a implantação dos protocolos assistenciais de manejo da sífilis na gestação. Foram reveladas diversas barreiras relacionadas tanto aos profissionais de saúde quanto aos usuários e ao contexto organizacional, que apresentam distribuição diferente conforme o tipo de serviço de saúde, exigindo abordagens diferenciadas, com destaque para as barreiras de acesso das gestantes e parceiros ao início precoce da assistência pré-natal, à testagem sorológica e ao tratamento adequado da sífilis, e para as barreiras relacionadas aos profissionais de saúde, com baixo conhecimento da situação da sífilis congênita na cidade, baixa familiaridade com os protocolos assistenciais e dificuldades na abordagem das IST, principalmente de profissionais sem especialização em obstetrícia/saúde da mulher. Tais achados demonstram que, independente do conhecimento e atitude do profissional, barreiras externas – relacionadas ao usuário, ao contexto organizacional, ou às características do próprio protocolo – podem afetar sua habilidade em seguir as recomendações.<sup>23</sup>

Os resultados encontrados neste trabalho reforçam a necessidade de, diante de caso suspeito de sífilis congênita, investigar-se sistematicamente o histórico de diagnóstico e tratamento da sífilis materna durante o pré-natal. Tal investigação sistemática, por meio do Protocolo de Investigação da Transmissão Vertical, teria duplo efeito positivo. Primeiramente, garantir que não haja notificação indevida de casos suspeitos de sífilis congênita, uma vez que,

segundo preconiza o MS, existindo comprovação do tratamento adequado, o recém-nato deve ser classificado apenas como exposto à sífilis, estando a confirmação da sífilis congênita sujeita à realização e comparação do teste não treponêmico sérico da mãe e do RN (título infantil maior que o materno em pelo menos duas diluições).<sup>6</sup> Em segundo lugar, a partir da confirmação de cada caso de sífilis congênita por meio da aplicação do Protocolo de Investigação, levantar-se-iam informações acerca das principais oportunidades de melhoria na assistência pré-natal para a prevenção da transmissão vertical da sífilis, permitindo a atuação no sentido de minimizá-las.

## 7 CONCLUSÃO

Este trabalho identificou importantes oportunidades de melhoria na assistência pré-natal no que tange à prevenção da transmissão vertical de sífilis, sendo as principais o diagnóstico tardio da sífilis materna e a ausência de tratamento adequado conforme estágio clínico da sífilis gestacional. Estes dados são extremamente úteis para guiar a atuação de profissionais e gestores de saúde, com vistas a minimizar as falhas no processo de prevenção da transmissão vertical e melhorar a qualidade da assistência pré-natal.

O estudo demonstra a necessidade da investigação sistemática das notificações de sífilis congênita, possibilitando uma posterior revisão das práticas pré-natais adotadas, inclusive para uma maior capacitação e posterior responsabilização dos profissionais de saúde perante um agravo cujo combate e eliminação são factíveis com os recursos do Sistema Único de Saúde.

## REFERÊNCIAS

1. Domingues RMSM, Saraceni V, Hartz ZMA, Leal MC. Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal. *Rev Saúde Pública*. 2013; 47(1):147-57.
2. Costa CV, Santos IAB, Silva JM, Barcelos TG, Guerra HS. Sífilis congênita: repercussões e desafios. *Arquivos Catarinenses de Medicina*. 2017; 46(3):194-202.
3. Serviço de Vigilância Epidemiológica; Coordenação do Programa Estadual DST/Aids-sp; Coordenadoria de Controle de Doenças; Secretaria de Estado da Saúde SP. Sífilis congênita e sífilis na gestação. *Rev Saúde Pública*. 2008; 42(4): 768-72.
4. Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico Sífilis: 2019. Brasília, DF: 2019 [acesso em: 05 mar. 2020]. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2019/boletim-epidemiologico-sifilis-2019>>.
5. Wijesooriya NS, Rochat RW, Kamb ML, Turlapati P, Temmerman M, Broutet N et al. Global burden of maternal and congenital syphilis in 2008 and 2012: a health system modelling study. *Lancet Glob Heal*. 1 de agosto de 2016; 4(8): e525–33.
6. Ministério da Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde; Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Sexualmente Transmissíveis. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais. Brasília, DF: 2019 [acesso em: 05 mar. 2020]. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-prevencao-da-transmissao-vertical-de-hiv>>.
7. Ministério da Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde; Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Sexualmente Transmissíveis. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). Brasília, DF: 2019 [acesso em: 05 mar. 2020]. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-atencao-integral-pessoas-com-infeccoes>>.
8. Ministério da Saúde; Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo de Investigação de Transmissão Vertical. Brasília, DF: 2014 [acesso em: 05 mar. 2020]. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2014/protocolo-de-investigacao-de-transmissao-vertical>>.
9. Matos MS, Machado MSC, Oliveira PM, Ramos E, Bari EA, Machado CAC. Manual de Ginecologia. Salvador: EBMSP/FBDC; 2017.
10. Ministério da Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde; Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Sífilis: Estratégias para diagnóstico no Brasil. Brasília, DF: 2010 [acesso em: 20 mar. 2020]. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sifilis\\_estrategia\\_diagnostico\\_brasil.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sifilis_estrategia_diagnostico_brasil.pdf)>.
11. Almeida MFG, Pereira SM. Caracterização Epidemiológica da Sífilis Congênita no Município de Salvador, Bahia. *J bras Doenças Sex Transm*. 2007; 19(3): 144-56.
12. Avelleira JCR, Bottino G. Syphilis: diagnosis, treatment and control. *Anais Brasileiros de Dermatologia*. 2006; 81(2): 111-26.
13. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Boletim Epidemiológico de Sífilis – 2019. Bahia: 2019 [acesso em: 20 mar. 2020]. Disponível em: <[http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2018/08/boletim\\_sifilis\\_2019.pdf](http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2018/08/boletim_sifilis_2019.pdf)>.

14. Brasileiro CSM. Incidência, distribuição e determinantes da sífilis congênita na Bahia. Salvador. Dissertação [Mestrado em Saúde Coletiva] – Universidade Federal da Bahia; 2014.
15. Sonda EC, Richter FF, Boschetti G, Casasola MP, Krumel CF, Machado CPH. Sífilis Congênita: uma revisão da literatura. *Rev Epidemiol Control Infect.* 2013; 3(1): 28-30.
16. Latgé DK, Hott DM, Gonçalves GP, Feijó JF, Storch L, Almeida SR et. al. Sífilis congênita: evidência de oportunidades perdidas durante o pré-natal. *Revista de Pediatria SOPERJ.* 2016; 16(2): 45-50.
17. Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Sífilis em gestante: Ficha de notificação/investigação. Brasília, DF: 2016 [acesso em: 04 nov. 2020]. Disponível em: <<http://portalsinan.saude.gov.br/sifilis-em-gestante>>.
18. Lafetá KRG, Martelli Júnior H, Silveira MF, Paranaíba LMR. Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle. *Rev Bras Epidemiol.* 2016; 19(1): 63-74.
19. Oliveira SIM, Saraiva COPO, França DF, Ferreira Júnior MA, Lima LBHM, Souza NL. Syphilis Notifications and the Triggering Processes for Vertical Transmission: A Cross-Sectional Study. *Int J Environ Res Public Health.* 2020; 17: 984.
20. Magalhães DMS, Kawaguchi IAL, Dias A, Calderon IMP. Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. *Cad Saúde Públida.* 2013; 29(6): 1109-1120.
21. Macêdo VC, Romaguera LMD, Ramalho MOA, Vanderlei LCM, Frias PG, Lira PIC. Sífilis na gestação: barreiras na assistência pré-natal para o controle da transmissão vertical. *Cad Saúde Colet.* 2020; 28(4): 518-558.
22. Saraceni V, Vellozo V, Leal MC, Hartz ZMA. Estudo de confiabilidade do SINAN a partir das Campanhas para a eliminação da sífilis congênita no Município do Rio de Janeiro. *Rev Bras Epidemiol.* 2005; 8(4): 419-424.
23. Domingues RMSM, Lauria LM, Saraceni V, Leal MC. Manejo da sífilis na gestação: conhecimentos, práticas e atitudes dos profissionais pré-natalistas da rede SUS do município do Rio de Janeiro. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2013; 18(5): 1341-1351.

## ANEXO A – FICHA DE INVESTIGAÇÃO DA SÍFILIS EM GESTANTE DO SINAN

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO FICHA DE INVESTIGAÇÃO SÍFILIS EM GESTANTE		Nº	
<b>Definição de caso:</b>					
<b>Situação 1</b> - Mulher assintomática para sífilis que, durante o pré-natal, o parto e/ou o puerpério, apresente pelo menos um teste reagente – treponêmico E/OU não treponêmico, com qualquer titulação –, sem registro de tratamento prévio.					
<b>Situação 2</b> - Mulher sintomática <sup>a</sup> para sífilis que, durante o pré-natal, o parto e/ou o puerpério, apresente pelo menos um teste reagente – treponêmico E/OU não treponêmico –, com qualquer titulação.					
a Para mais informações sobre a sintomatologia da sífilis, consultar o Guia de Vigilância em Saúde e/ou Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), disponível respectivamente em <a href="http://www.saude.gov.br/svs">www.saude.gov.br/svs</a> e <a href="http://www.aids.gov.br/pcdt">www.aids.gov.br/pcdt</a> .					
<b>Situação 3</b> - Mulher que, durante o pré-natal, o parto e/ou o puerpério, apresente teste não treponêmico reagente com qualquer titulação E teste treponêmico reagente, independentemente de sintomatologia da sífilis e de tratamento prévio.					
* Casos confirmados de cicatriz sorológica não devem ser notificados.					
Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	2 - Individual			
	2 Agravado/doença	<b>SÍFILIS EM GESTANTE</b>		3 Data da Notificação	
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (CID10) O98.1	Código (IBGE)	
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	7 Data do Diagnóstico		
Notificação Individual	8 Nome do Paciente	9 Data de Nascimento			
	10 (ou) Idade	11 Sexo	12 Gestante	13 Raça/Cor	
	14 Escolaridade	15 Número do Cartão SUS			
	16 Nome da mãe	17 UF			
Dados de Residência	18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito		
	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida,...)		Código	
	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)		24 Geo campo 1	
	25 Geo campo 2	26 Ponto de Referência		27 CEP	
	28 (DDD) Telefone	29 Zona		30 País (se residente fora do Brasil)	
	<b>Dados Complementares do Caso</b>				
	Ant. epid. gestante	31 Ocupação			
32 UF		33 Município de realização do Pré-Natal	Código (IBGE)	34 Unidade de realização do pré-natal: Código	
Dados laboratoriais	35 N° da Gestante no SISPRENATAL		36 Classificação Clínica		
	Resultado dos Exames				
	37 Teste não treponêmico no pré-natal		38 Título		
Tratamento / encerramento	39 Data				
	40 Teste treponêmico no pré-natal				
Ant. epidemiológicos da parceria sexual	41 Esquema de tratamento prescrito à gestante				
	42 Parceiro tratado concomitantemente à gestante				
43 Esquema de tratamento prescrito ao parceiro					



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

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

Sífilis em oestante

Sinan NET

SVS 29/09/2008

**ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

ESCOLA BAHIANA DE  
MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA -  
FBDC

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** A INVESTIGAÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL DA SÍFILIS COMO ESTRATÉGIA PARA A MELHORIA DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

**Pesquisador:** SANDRA RENATA AMARAL NORONHA MARQUES

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 35627120.3.0000.5544

**Instituição Proponente:**

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 4.270.154

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SALVADOR, 11 de Setembro de 2020

---

**Assinado por:**  
**Roseny Ferreira**  
**(Coordenador(a))**