

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS
CENTRO DE ESTUDOS SUPERIORES DE TABATINGA
LICENCIATURA EM CIENCIAS BIOLOGICAS

JHULY PRICILA SOARES RODRIGUES

**SIFILIS CONGENITA EM RECÉM-NASCIDOS NA MATERNIDADE CELINA
VILLACREZ RUIZ NO MUNICIPIO DE TABATINGA-AM**

TABATINGA-AM
2019

JHULY PRICILA SOARES RODRIGUES

**SIFILIS CONGENITA EM RECÉM-NASCIDOS NA MATERNIDADE CELINA
VILLACREZ RUIZ NO MUNICÍPIO DE TABATINGA-AM**

Trabalho de Conclusão de Curso, visando obtenção de nota final do curso de Licenciatura em Ciências Biológicas da Universidade do Estado do Amazonas, Centro de Estudos Superiores de Tabatinga-Am.

ORIENTADORA: Prof a. Dra. Cristiane Suely Melo de Carvalho

TABATINGA-AM

2019

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a minha família, em especial ao meu filho Lucas Gabriel e minha mãe Maria Julia que não mediram esforços em me ajudar, pelo apoio e incentivo dado em todos esses anos no período do curso, compreenderam minha ausência, durante a trajetória acadêmica.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por ter me iluminado nesta caminhada difícil, mas não impossível, me dando força para nunca desistir por mais complicado que fosse Deus foi meu guia.

Aos meus familiares, em especial aos meus pais Maria Julia e Pedro e irmãos Jhuly Wandreza e Jhon Wedson e minha cunhada Thalia pela compreensão e incentivo, e por acreditarem na minha capacidade.

Agradeço a meu filho Lucas Gabriel por muitas vezes estar estressada, cansada e nem sempre estive presente, a meu namorado Lucivaldo pelo carinho e paciência comigo o sentimento é de gratidão se hoje cheguei aqui foi por vocês.

A todos os professores pela dedicação no ato de ensinar, um muito obrigada pela disponibilidade e paciência com que se dispuseram em nos ensinar durante o decorrer do curso, aos colegas que cruzaram meu caminho em toda essa trajetória, me ajudando nos trabalhos em equipe.

As enfermeiras Tercia Cunha gerente de enfermagem e a enf^a Marli Gomes, enf^a Maria Perpetua responsável pelo setor de CCIH ao administrativo Daniel.

A coordenadoria e direção da Maternidade Celina Villacrez Ruiz, por me permitir realizar minha pesquisa.

Aos colegas da universidade pela amizade e momentos maravilhosos que compartilhamos.

A todos os meus amigos pelo carinho e apoio.

E finalmente, a minha orientadora Dra. Cristiane Suely Melo de Carvalho por ter acreditado na minha capacidade e ter tornado esse trabalho mais fácil, pela paciência empenho e dedicação para comigo no decorrer de meu trabalho.

A todos que, de uma forma ou de outra, tiveram a disponibilidade de colaborar comigo.

A todos, um muito obrigada!

EPÍGRAFE

**Feliz o homem que encontrou a sabedoria,
O homem que alcançou o entendimento!**

Provérbios 3:13

RESUMO

O presente trabalho trata-se da sífilis congênita que é um grande problema de saúde pública no Brasil, pois sabe-se que a sífilis não tratada pode ser transmitida ao feto através da via transplacentária por isso é necessário seu diagnóstico precoce através de exames como VDRL para um tratamento imediato com penicilina. É importante lembrar que a falta de informação por parte da saúde pública pode acarretar complicações para a gestante. O objetivo principal desta pesquisa é destacar as causas de sífilis congênita na Maternidade Celina Villacrez Ruiz, no município de Tabatinga, além de investigar os casos de sífilis congênita e os riscos causados a mãe e ao feto. Foram coletados dados através de um sistema chamado SINAN –sistema de informação de agravo de notificação contendo informações uteis e válidas das gestantes e recém-nascidos após criado duas tabelas de acordo com as informações contidas nos formulários. Para o desenvolvimento do trabalho a coleta de dados foi realizada de janeiro de 2017 a novembro de 2019 através de pesquisa. Com isso foram utilizados para o levantamento de dados três gráficos referentes aos anos, contendo meses e quantidades de recém-nascidos em cada ano somando num total de treze gestantes notificadas, onde mostra um aumento no ano de 2019. Contudo a falta de recursos em Tabatinga acaba tendo um desempenho abaixo das expectativas em relação a exames e diagnósticos de Sífilis Congênita, onde a falta de informação das mães acarreta o aumento da doença.

Palavras-chave: Sífilis Congênita. Recém-nascidos. Gravidez.

RESUMEN

El presente estudio se ocupa de la sífilis congénita, que es un importante problema de salud pública en Brasil, ya que se sabe que la sífilis no tratada puede transmitirse al feto a través de la ruta transplacentaria, por lo que es necesario su diagnóstico temprano a través de pruebas como VDRL. para tratamiento inmediato con penicilina. Es importante recordar que la falta de información por parte de la salud pública puede generar complicaciones para las mujeres embarazadas. El objetivo principal de esta investigación es destacar las causas de la sífilis congénita en la maternidad Celina Villacrez Ruiz, Tabatinga, e investigar los casos de sífilis congénita y los riesgos para la madre y el feto. Los datos fueron recolectados a través de un sistema llamado SINAN - sistema de información de reclamos de notificación que contiene información útil y válida de mujeres embarazadas y recién nacidos después de crear dos tablas de acuerdo con la información contenida en los formularios. Para el desarrollo del trabajo, la recolección de datos se realizó desde enero de 2017 hasta noviembre de 2019 a través de la investigación. Por lo tanto, se usaron gráficos de tres años para la recopilación de datos, que contenían meses y cantidades de recién nacidos cada año con un total de trece mujeres embarazadas notificadas, lo que muestra un aumento en 2019. Sin embargo, la falta de recursos en Tabatinga termina por debajo de las expectativas en relación con las pruebas y los diagnósticos de sífilis congénita, donde la falta de información de las madres conduce al aumento de la enfermedad

Palabras clave: Sífilis congénita. Recién nacidos. Embarazo.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1: Localização da Maternidade Celina Villacrez Ruiz.....	25
FIGURA 2: Maternidade Celina Villacrez Ruiz.....	26

LISTA DE TABELA

TABELA 1: Dados Relacionado A Gestante Pelo Sinan..... 32

TABELA 2: Dados Relacionado Aos Recém-nascidos Pelo Sinan..... 33

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO	11
2. REFERENCIAL TEÓRICO	12
2.2 TERATOGENESE	15
2.3 SÍFILIS CONGÊNITA	16
2.5 TRATAMENTO	21
2.6 DIAGNÓSTICO	22
2.7 PREVENÇÃO	23
3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	23
3.1 ÁREA DE ESTUDO	23
3.2 OBJETO DE ESTUDO	24
3.3 TIPO DE PESQUISA	25
3.4 PROCEDIMENTOS	25
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	26
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	35
ANEXOS	41

1.INTRODUÇÃO

Sabe-se que o ato sexual sem proteção pode acarretar alguns imprevistos como gravidez indesejada, ou até mesmo a presença de uma doença sexualmente transmissível como a sífilis que se não tratada pode ser transmitida ao feto, conhecida como sífilis congênita através da via transplacentária (ou seja pela placenta), Diante dos aspectos clínicos e epidemiológicos, a Sífilis Congênita é adquirida, por isso se considera uma doença infectocontagiosa e por isso sistêmica, com variadas manifestações cutâneas ao longo do tempo provocada por espiroqueta (SCHUST, 2017).

A gestação é um período importante na vida das mulheres, parceiros, familiares, é marcada por uma série de repercussões fisiológicas para as pessoas que vivenciam esse processo (GOMES, 2012).

A sífilis congênita é uma patologia decorrente da disseminação hematogênica do parasita *Treponema pallidum*, da gestante infectada não-tratada ou inadequadamente tratada para o seu conceito, por via transplacentária (SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE, 2008).

De acordo com o Boletim epidemiológico do Ministério da Saúde, apresentado no ano de 2017, a sífilis afeta um milhão de gestantes por ano em todo o mundo, levando a mais de 300 mil mortes fetais e neonatais e colocando em risco de morte prematura mais de 200 mil crianças. Na América Latina e Caribe, estima-se que entre 166.000 e 344.000 crianças nasçam com sífilis congênita anualmente. (BOLETIM EPIDEMIOLOGICO, 2017).

No Brasil foram detectados 37.426 casos de sífilis em gestantes no ano de 2016, nesse mesmo ano 20.474 casos de Sífilis congênicas foram identificados, onde a maior incidência é na Região Sudeste, no estado do Rio de Janeiro. No Amazonas foram detectados mais de 1.390 casos em gestantes, e de Sífilis congênita 499 casos, apenas em 2016. Dados desse Boletim mostram um aumento exponencial de casos em todo o Brasil de casos de Sífilis Congênita (BOLETIM EPIDEMIOLOGICO, 2017).

Quando a mulher adquire sífilis durante a gravidez, poderá haver infecção assintomática ou sintomática nos recém-nascidos. Mais de 50% das crianças infectadas são assintomáticas ao nascimento, com surgimento dos primeiros

sintomas, geralmente, nos primeiros 3 meses de vida. Por isso, é muito importante a triagem sorológica da mãe na maternidade (Ministério da Saúde, 2006).

A sífilis congênita apresenta, para efeito de classificação, dois estágios: precoce, diagnosticada até dois anos de vida e tardia, após esse período.

No entanto “durante esta fase podem ocorrer complicações que tornam uma gravidez normal ou de gestação de alto risco”. E para Lowdermilk (2008, p.683) “as grávidas podem ser designadas de alto risco por qualquer das diversas etiologias que podem conduzir a resultados indesejáveis” (MATOS, 2001, p.5)

Convém por isso referir que “estes fatores podem causar complicações, sendo estas manifestadas no decorrer da gravidez ou durante o trabalho de parto” (SILVA et al., 2013, p.2761).

Em conformidade com a Resolução SS nº 41 de 24/03/2005, deverá ser oferecido teste não treponêmico (VDRL) na primeira consulta de pré-natal para todas as gestantes, idealmente no primeiro trimestre de gestação e no início do terceiro trimestre. Na maternidade, realizar VDRL em toda mulher admitida para Parto (nascido vivo ou natimorto) ou curetagem (após aborto).

O principal objetivo deste trabalho foi verificar e investigar as principais causas de Sífilis Congênita e os riscos que essa doença infectocontagiosa causa para a mãe o feto, onde a investigação se deu através de uma coleta de dados referentes as gestantes de recém-nascidos, sabendo que a principal causa da contaminação por sífilis é através do contágio pelo ato sexual sem preservativo nos adultos e através da placenta nos fetos, esta coleta de dados será realizado na maternidade Cellina Villacrez Ruiz, no município de Tabatinga.

O tema do trabalho trata-se de sífilis congênita em recém-nascidos, cuja incidência tem vindo a aumentar na sociedade e dos casos de neonatos em risco deparados na Maternidade Celina Villacrez Ruiz em Tabatinga-Am. A escolha desse tema deu-se pelo fato desta problemática estar presente no local de pesquisa, onde foram presenciadas inúmeras gestantes com VDRL positivo cujo não realizaram o pré-natal que ocasionou no seu tratamento inadequado.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 SÍFILIS EM SEUS ASPECTOS GERAIS

O termo sífilis teve origem em um poema, com 1.300 versos, feito pelo médico e poeta Girolamo Fracastoro, no ano de 1530, em seu livro cujo título é *Syphilis Sive Morbus Gallicus* (“A sífilis ou mal gálico”), contando a história de um homem que por amaldiçoar o deus Apolo e sua punição coma doença denominada sífilis (BRASIL, 2010).

Duas teorias foram propostas para tentar explica a origem da sífilis, a primeira delas estava atribuída seria endêmica no Novo Mundo, conhecida como colombiana, teria sido introduzida no continente europeu por marinheiros espanhóis advindos da América, outra teoria é de que os *Treponemas* (agentes causadores da sífilis) endêmicos do continente africano, sofreu mutações e adaptações. (AVELLEIRA; BOTINO, 2006)

A Sífilis é uma doença infectocontagiosa causada por uma bactéria Gram-negativa que tem formato de espiroqueta denominada *Treponema pallidum*. Historicamente data-se a Sífilis a mais de 500 anos na Europa, não havendo tratamento até meados do século XX devido à falta de medicação adequada (DE LORENZI et al., 2009).

Muitas colocações errôneas são assim feitas em relação a contaminação pela sífilis como ressalta Santos e Anjos (2009)

Muitas pessoas tem a concepção de que a sífilis (SF) é apenas uma Doença Sexualmente Transmissível (DST), até mesmo em algumas escritas é possível perceber na conceituação do autor com essa abordagem, no entanto, esta não é transmitida penas pelo contato sexual ou de forma congênita (SANTOS; ANJOS, 2009)

Considerado o principal modo de transmissão da sífilis por via sexual, com estimativa de 30% de adquirir caso o infectado tenha contato sexual com outro indivíduo, outras formas menos cogitadas são pelo contato direto com a lesão ativa, pela via transplacentária, pela transfusão sanguínea, pela inoculação acidental. (CLEINMAN; MAY, 2018)

A sífilis quando adquirida pode ser classificada como recente, quando for diagnosticado com menos de 1 ano de evolução, com suas formas primária, secundárias e latente recente, e tida como tardia quando com mais de um ano de evolução da doença, nas formas latentes, tardia e terciária. (HILDEBRAND, 2010)

Um destaque para os tipos de sífilis em seu estado recente e tardia assim estão caracterizada de acordo com os estágio de evolução a doença e a multiplicação do *Treponema*, Santos e Anjos (2009, p.23) dizem que:

Na sífilis primária a lesão específica é o cancro duro ou protossifiloma, ocorrendo no local onde foi infectado, durante a terceira semana surge um pápula de cor rósea, que evolui para vermelho, sem ainda causar qualquer tipo de indicio inflamatórios, depois de três semanas começa a aparecer nódulos duros, sendo que 90% a 95% aparecem na região genital. (SANTOS; ANJOS, 2009)

Os autores ressaltam que na sífilis secundária os sintomas são mais visíveis

Geralmente se inicia entre quatro e oito semanas após a lesão primária, podendo resultar em cefaleia, mal-estar, dor nos olhos, artralgia, meningite, rinite e rouquidão, enxatema no corpo e face, na região palmar, linfadenopatia, cancro primário residual, condiloma plano, hetapoesplenomegalia, placas mucosas e alopecia (SANTOS; ANJOS, 2009, p.35).

Conforme Smeltzer e Bare (2005) a evolução para a outra fase seria a tardia, na qual apenas 20 e 40% dos infectados chegam a esse nível, assim colocam sobre a sífilis terciária:

Apresenta-se como uma doença inflamatória lentamente progressiva e nesse estágio tem grande potencial de evoluir e afetar múltiplos órgãos. As manifestações mais comuns são: aortite, neurosífilis, psicose, paresia, acidente vascular cerebral ou meningite (SMELTZER; BARE, 2005, p.67).

Os testes sorológicos não-treponêmicos como VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) e RPR (Rapid Plasm Reagin) são testes com formatos quantitativos, de suma importância para o diagnóstico e seguimento pós-terapêutico, devendo ser solicitados sempre que se suspeitar de sífilis em qualquer de suas fases, para todos os pacientes portadores de DST e na rotina do pré-natal. (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA, 2008)

Em relação ao tratamento da sífilis e causas da doença, destaca-se da seguinte forma:

Se tratada precocemente é facilmente curável. No entanto, poderá ter consequências graves (nomeadamente alterações do SNC, cardiovasculares, ósseas, oftalmológicas e auditivas), caso não se interrompa antecipadamente o curso natural da doença (ZILHÃO et al., 2004, p.90)

Os procedimentos para a hora do parto da gestante portadora de sífilis deve ser com a carteira, na carteira deve-se anotar os “3D” – Data, Droga e Dose do tratamento da grávida assim como do seu parceiro sexual e ela deve levar a carteira

na admissão para o parto, independente de ela ter realizado o VDRL no pré-natal, que é o teste não treponêmico, deve novamente fazer o exame (BERTOLINI, 2016)

2.2 TERATOGENESE

As mulheres em seu ciclo vital, passam por uma das fases mais lindas de suas vidas, porém a grande maioria logo que engravida não segue os procedimentos cabíveis para estarem cientes de qualquer interferência no seu período gestacional. Muitos desses defeitos são detectados durante a gravidez, ou após o parto. Embora o embrião esteja todo protegido no útero, certos agentes podem causar interferências no desenvolvimento embrionário, após a exposição da mãe a esses agentes, eles são conhecidos como *teratógeno* (MOORE, 2012).

Segundo Moore (2012. p.303) um teratógeno “é qualquer agente capaz de produzir um defeito congênito ou aumentar a incidência de defeito na população”. De acordo com Sadler (2013) existem fatores que determinam a capacidade de um agente causar defeitos congênitos, esses foram definidos com *princípios da teratologia*, são eles:

1. A suscetibilidade ao agente patogênico, de modo como o fenótipo vai aderir ou não o ambiente exposto, muitas vezes o genoma da mãe influencia no sistema de defesa do concepto.
2. O estágio do desenvolvimento do concepto também influencia na suscetibilidade e na má formação congênita, através dos teratógenos, podendo ser mais propício no período embrionário.
3. A exposição e quantidade poderão ajudar na manifestação anormal na presença de um teratógeno.
4. Os teratógenos agem de modo específico nas células e tecidos, podendo gerar danos a célula e aos demais órgãos suscetíveis ao teratógeno.
5. As manifestações do desenvolvimento anormal podem levar a morte, malformação, distúrbios funcionais e retardo no crescimento (SADLER, 2013, p. 89).

Esses agentes causadores de problemas no pré-natal podem ser agentes infecciosos, incluem vírus, a radiação, agentes farmacêuticos e também químicos, como o uso de tabaco durante a gravidez, os hormônios também são agentes, os metais pesados assim como doenças maternas. (SADLER, 2013).

Moore (2012) destaca que órgãos e outras partes do embrião em formação mais suscetíveis nos períodos de diferenciação rápida, podendo causar limitações no desenvolvimento mental durante a embriogênese. O autor ressalta que os teratógenos não causam interferência enquanto o embrião ainda não se torna

visível, porém este pode acometer de matar o embrião quando este está no estágio primário de sua diferenciação celular.

A Teratogênese tem como agentes infecciosos o vírus da rubéola, o citomegalovírus, o vírus da herpes simples, a Varicela, o vírus da Imunodeficiência Adquirida, a toxoplasmose e a sífilis congênita, causando a maioria dos defeitos em fetos em formação, ou até mesmo o aborto por parte da mãe portadora de um desses vírus (MOORE et al., 2012)

2.3 SÍFILIS CONGÊNITA

Uma das grandes estratégias da OMS (Organização Mundial da Saúde) é a eliminação da sífilis congênita, podendo ser 100% previsível, considerado um sério problema na saúde pública brasileira e no mundo, causando consequências gravíssimas como óbito fetal, abortamentos, sequelas permanentes pelo diagnóstico tardio, e seus tratamentos inadequados devido à falta de informação pela população no geral (BERTOLINI, 2016).

As primeiras descrições da sífilis congênita são atribuídas a Lopez de Villalobos e Fracastoro. Para estes autores, a sífilis congênita estava relacionada ao contágio durante o parto, ou a uma transmissão pelo aleitamento materno ou cruzado (SACARENCI, 2005).

Quanto mais avançada a doença materna, maior o risco de transmissão para o feto, conforme postulado por Kassowitz (1876) e Wicher e Wicher (2001) chamam a atenção para o fato de existirem duas possibilidades para a ocorrência de sífilis congênita. Na primeira, a mulher já tem sífilis e engravida, na segunda, a mulher grávida se infecta com o espiroqueta.

A sífilis congênita é caracterizada como a disseminação hematogênica do *Treponema pallidum* da gestante não tratada ou inadequadamente tratada para o feto (MACHADO; TERRA 2006).

A maior taxa de ocorrência de sífilis de gestante para o feto, via transmissão vertical é intrauterina alcançando uma taxa de 80%, podendo ocorrer a transmissão durante a passagem do feto pelo canal onde ocorre o parto (BRASIL, 2015)

A sífilis congênita é dividida em dois períodos: a precoce até o segundo ano de vida e a tardia surge após segundo ano de vida (REVISTA SAÚDE PÚBLICA, 2008).

A síndrome clínica da sífilis congênita precoce surge até o 2º ano de vida e deve ser diagnosticada por meio de uma avaliação da situação materna e de avaliações clínica, laboratorial e de estudos de imagem na criança. (SEGUNDA OPINIÃO FORMATIVA, 2015).

Sobre os tipos de consequências e sintomas na sífilis precoce pode-se destacar os seguintes:

Ocorrendo nos dois primeiros anos de vida, caracteriza-se pelo baixo peso ao nascer, anemia, icterícia, desconforto respiratório, choro débil, rinorreia sanguinolenta, linfadenopatia, trombocitopenia e pseudoesplenomegalia, podendo ter casos de neurosífilis em 40 a 60% das crianças portadoras da bactéria. (HIDELBRAND, 2010, p.98).

A síndrome clínica da sífilis congênita tardia surge após o 2º ano de vida. Da mesma forma que a sífilis congênita precoce, o diagnóstico deve ser estabelecido por meio da associação de critérios epidemiológicos, clínicos e laboratoriais. (SEGUNDA OPINIÃO FORMATIVA, 2015).

Quando a sífilis congênita aparece após dois anos de idade é chamada de tardia e seus principais sintomas são a ceratite intersticial, articulação de Clunton, envolvimento ósseos, surdez por lesão do oitavo para craniano e neurosífilis. (HIDELBRAND, 2010,p.68).

Magalhães et al. (2011) afirma que “a sífilis na gestação é um grave problema de saúde pública, responsável por altos índices morbimortalidade intrauterina”. Causando em aproximadamente 50% das gestações acometidas consequências perinatais adversas. Segundo o Ministério da Saúde (2006), uma das mais graves e com maior risco de transmissão é a sífilis, sempre acometendo durante o período gravídico-puerperal.

Damasceno et al. (2014) argumenta que os fatores associados a infecção congênita por Sífilis se relacionam desde o período de não realização do pré-natal, a gravidez na adolescência, o uso de drogas ilícitas, baixo nível econômico, acesso limitado a serviços de saúde pública. Diante disso o descaso com a saúde pública, é fator agravante diante de tantos casos de Sífilis congênita.

Para uma melhor identificação seria a classificação de acordo com a proposta de Guinsburg e Santos (2010) que assim classificariam as mães portadoras de sífilis

O ideal, em termos de diagnóstico de sífilis congênita, seria identificar cinco grupos de pacientes: 1) Mães infectadas e recém-nascidos infectados, com sinais clínicos da infecção; 2) Mães infectadas e recém-nascidos infectados sem sinais clínicos da infecção; 3) Mães infectadas e recém-nascidos não infectados; 4) Mães soronegativas infectadas e recém-

nascidos infectados, mas sem sinais clínicos da infecção; 5) Mães não infectadas. (GUINSBURG; SANTOS 2010, p.59).

Ela é considerada uma doença que pode agravar tanto a saúde da mãe quanto a do bebê, causando vários tipos de dano. Diante disso o MS (2006) ressalta as consequências de uma gestante com sífilis, da seguinte maneira

É uma doença multifacetada que, quando presente na gestação, pode levar efeitos deletérios, tanto para mãe como para o feto, caso não seja diagnosticada e tratada, o mais precoce possível. Sua evolução é vista por estágios que se alternam entre sintomáticos e assintomáticos, podendo afetar qualquer órgão do corpo humano. As alterações fisiopatogênicas observadas na gestante são as mesmas que ocorrem na mulher que não se encontra grávida. Quando não tratada, acarreta vários problemas, podendo compreender distúrbios dermatológicos, neurológicos, ósseos e cardiovasculares (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

A infecção por sífilis congênita pode ser adquirida em qualquer fase ou estágio da gravidez, essas infecções ditas como primárias pela mãe, podem levar a variados defeitos congênitos, e se não houver o tratamento, ocorrem natimortos cerca em 25% dos casos (MOORE, 2012).

A transmissão da sífilis congênita é variável dependendo de fatores como o tempo em que o bebê foi exposto ao *Treponema*, a quantidade de bactérias que a mãe é portadora, o tipo de virulência, a infecção também por HIV ou outra causa de imunodeficiência, sendo que quanto adquirida recentemente, a maior quantidade da bactéria estará circundando causando danos mais severos no feto a ser atingido (LOUREIRO, 2009).

Muitas são as consequências no feto, podendo causar inúmeros problemas, como ressaltado anteriormente, o recém-nascido pode apresentar vários distúrbios. Como ressalta o autor, sobre os agravos da doença:

A sífilis no recém-nascido se apresenta com um quadro clínico variado, a criança contaminada por via placentária apresenta sintomas como rinite hemorrágica, erupção eritematopapulosa, placas mucosas, condiloma plano, fissuras periorificiais radiadas, pênfigo sífilítico, microadenopatia e hepatoesplenomegalia, choro intenso e plaquetopenia, entre outras manifestações possíveis na sífilis congênita recente, até ceratite intersticial, tibia em sabre, gomas, hidrartose bilateral de Clutton e ainda outras manifestações tardias (DO PROGRAMA, 2008).

Os casos detectados antes da gravidez, podem inibir e minimizar a relevância da doença no feto, assim como o cuidado com a mãe para o caso de ocorrência de um aborto espontâneo, ou um agravo ainda maior.

O tratamento do recém-nascido com sífilis congênita deve ser realizado com penicilina procaína ou cristalina, por 10 dias, na dependência do

acometimento ou não do sistema nervoso central (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005)

Segundo Maia *et al.* 2015 as infecções perinatais conhecidas como Torchs (toxoplasmose, outras infecções como parvovirose, HIV/AIDS, varicela zoster, hepatites B e C, rubéola, citomegalovirose, herpes e sífilis) são associadas a risco mais elevado de morbimortalidade neonatal.

A Sífilis congênita pode melhor representar as deficiências no acesso e manuseio dos serviços de saúde do país, principalmente na população menos favorecida, podendo ser evitada, caso esse sistema de saúde faça o acompanhamento. (LOUREIRO, 2009)

Quando se trata de estabelece uma variante de idade para a incidência de sífilis congênita não se consegue um padrão na qual se pode qualificar um grupo, podendo atingir jovens, adultos, como ressalta o autor citado abaixo:

A sífilis em gestantes e congênita permanece como doença a ser prevenida e controlada; no entanto, dificilmente consegue-se estabelecer um grupo de risco para a doença. Alguns estudos descrevem características mais comuns nessa população, como predomínio da cor negra e parda, escolaridade inferior a 8 anos, idade de 20 a 29 anos, início da atividade sexual precoce e estado civil solteiro (RODRIGUES, 2004, p.45).

As medidas mais eficazes para a prevenção da sífilis congênita estão ligadas ao rastreamento da sífilis durante o pré-natal, com teste de VDRL, que deverá ser realizado o mais rápido possível, e depois deverá repetir-se por volta da 28^a semana e 38^a semana de gestação. (ARAÚJO *et al.*, 2010).

A realização do pré-natal de forma incompleta ou inadequada, seja pelo início tardio ou por falta de comparecimento às consultas também representa importante fator para explicar diversos casos de sífilis congênita (ARAÚJO *et al.*, 2010, p.25).

Não é necessário o isolamento dos recém-nascidos portadores de sífilis congênita, mas as precauções mundiais são particularmente muito importantes para a manipulação destes pacientes, passadas as primeiras 24 horas após o início da antibioticoterapia, o risco de transmissão da doença é mínimo. (GUINSBURG; SANTOS, 2010)

. Quanto mais antiga for a doença contraída pela mãe, menor será o risco de transmissão para o feto. A Sífilis congênita pode ser transmitida por uma gestante que tenha a Sífilis anterior à gravidez ou pela infecção contraída durante a mesma e a cada gravidez sucessiva não tratada, a chance de transmissão vai se reduzindo,

porém, o risco pode não ser eliminado por completo, persistindo a cada gestação (COSTA et al, 2010).

2.4 O AGENTE CAUSADOR

O agente etiológico causador da sífilis seja via sexual ou via vertical é causada por um microrganismo denominado *Treponema pallidum*, descoberto em 1905 por Fritz Schaudinn e Erick Hoffman. (LOUREIRO, 2009)

A classificação do agente etiológico está descrita na taxonomia da seguinte maneira, com a Ordem Spirochaetales, disposta assim:

Pertencente ao gênero *Treponema*, da família dos *Treponemataceae*, que inclui ainda dois outros gêneros: *Leptospira* e *Borrelia*. O gênero possui quatro espécies patogênicas e pelo menos seis não patogênicas. As patogênicas são o *Treponema pallidum sub sp pallidum*, causador da sífilis, o *Treponema cateum*, responsável pela pinta, e o *Treponema pertenue*, agente da boubá ou framboesia. O Bejel ou sífilis endêmica é atribuído à variante *T. pallidum subsp endemicum*. (AVELLEIRA; BOTINO, 2006, p.46).

É uma bactéria do tipo espiroqueta, com tamanho de 0,1 a 0,2 micrometros de espessura e 5 a 20 micrometros de comprimento. Possuindo um formato de corpo enovelado, totalizando de nove a 12 voltas, com seu flagelo periplásmico com uma membrana exterior, um cilindro de protoplasma. (LOUREIRO, 2009).

Não possui uma membrana celular, é protegido por um envelope, com três camadas ricas em moléculas de ácido N-acetil murâmico e N-acetil glucosamina, com flagelos que tem início na extremidade distal da bactéria ao longo do eixo longitudinal, movendo-se por rotação do seu corpo no entorno dos filamentos. (AVELLEIRA; BOTINO, 2006)

Tido como um microrganismo anaeróbico, com reprodução por fissão transversal binária, não podendo ser reproduzido *in vitro*, sendo seu único reservatório natural o homem, no entanto animais como rato e o coelho também possam ser infectados. (LOUREIRO, 2009)

O organismo com seus agentes de defesa tenta inibir o processamento e multiplicação da bactéria causadora da sífilis, mas como o sistema imunológico está enfraquecido, pode levar a casos mais graves, o autor citado abaixo destaca como funciona a defesa do organismo em relação ao *T. pallidum*:

A resposta a penetração do *T. pallidum* a defesa local desenvolve uma erosão e exulceração no ponto de inoculação, enquanto a disseminação sistêmica resulta na produção de complexos imunes circulantes que podem depositar-se em qualquer órgão. Entretanto, a imunidade humoral não tem capacidade de proteção. A imunidade celular é mais tardia, permitindo ao *T. pallidum* multiplicar e sobreviver por longos períodos (AVALLEIRA et al., 2006).

Lorenzi e Madi (2001), afirmam, que embora a prevalência da infecção pelo *Treponema pallidum* tenha diminuído sensivelmente com a descoberta da penicilina na década de 40, a partir da década de 60 e, de maneira mais acentuada, na década de 80, porém observa-se uma crescente na população mundial no recrudescimento da sífilis, entre a população em geral e, de forma particular, dos casos de sífilis congênita, tornando-a um dos mais desafiadores problemas dos planos de governo na saúde do país.

2.5 TRATAMENTO

Em 1928 com a descoberta da Penicilina por Fleming e com o reconhecimento da indicação deste antimicrobiano para o tratamento da Sífilis é que se observou o declínio da prevalência da Sífilis em meados da Segunda Guerra Mundial. Porém, nos anos 1960 e, principalmente, da década de 1980, detectou-se um recrudescimento mundial da sífilis, fato este atribuído à maior liberação sexual e o aumento do uso das drogas injetáveis (DE LORENZI et al., 2009).

O tratamento da gestante infectada pelo *T. pallidum* deve ser realizado com penicilina G benzatina, droga que é capaz de atingir níveis séricos bactericidas no feto. (Ministério da Saúde; 1999)

Qualquer outro tratamento ou o tratamento instituído nos trinta dias que antecedem o parto é considerado inadequado para a prevenção da sífilis congênita (SHEFFIELD et al., 2002).

Hoje a penicilina é a droga de escolha para todas as apresentações da sífilis na gestação. Não há relatos consistentes na literatura de casos de resistência treponêmica à droga (BRASIL, 2015 b; COUTO et al., 2006). De acordo com Guinsburg (2010) a terapêutica no tratamento da mãe até o primeiro trimestre de gravidez sempre ou costuma evitar infecção do feto. Após isso, o feto também se torna infectado.

Em alguns casos a mãe infectada pode ter alergia a penicilina, para isso usa-se drogas alternativas, como a eritromicina, não trata completamente a SC, os estudos com relação ao uso de drogas alternativas ainda é muito pouco, como o ceftriaxone e a azitromicina, em gestantes luéticas, todas não apresentando enorme eficiência como a penicilina, essas drogas ainda estão em estudos ou em testes. (GUINSBURG; SANTOS, 2010).

Após o tratamento, todas as gestantes devem ser acompanhadas por meio de exames clínicos e testes sorológicos. O VDRL deve ser repetido mensalmente, durante os seis primeiros meses após o tratamento, e trimestralmente, durante o segundo ano ou até sua negativação (COUTO et al., 2006).

Em casos de detecção de mães com a sífilis, vários exames são realizados para um melhor conhecimento sobre o quadro clínico da sífilis no feto, estes exames estão presentes também em procedimentos comuns sem a mãe portar a sífilis, estes são o Teste sorológico não treponêmico no sangue periférico do recém-nascido, hemograma completo, Raio-X dos ossos longos, exames de líquido e pesquisa de outras infecções congênicas de transmissão sexual. (GUINSBURG; SANTOS, 2010).

2.6 DIAGNÓSTICO

Segundo o Ministério da Saúde, a sífilis congênita é consequência da disseminação do *Treponema pallidum* através da corrente sanguínea da gestante infectada para o seu concepto. A transmissão pode ocorrer durante toda a gestação, sendo o risco maior nas gestantes com sífilis primária ou secundária (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

De acordo com Van, Meheus e Piot (2000), há várias suposições sobre o diagnóstico com antígenos:

Dizem que os testes, que são de floculação, utilizam antígenos como a reagina, formado da cardiolipina, a lecitina e o colesterol, baseados na suposição da formação de anticorpos anti-lipídicos durante a reação imune entre agressor e hospedeiro. (VAN; MEHEUS; PIOT, 2000, p.68).

Para o diagnóstico da Sífilis podem ser realizados testes laboratoriais que são divididos em duas categorias: Os Testes não Treponêmicos podem ser qualitativos que demonstram a presença ou ausência anticorpo na amostra, sendo

o mais comumente utilizado e que possui a metodologia de floculação são é o VDRL (BRASIL, 2010).

Já os Testes Treponêmicos são específicos contra os componentes celulares do *T.pallidum* e úteis para confirmação do diagnóstico (BRASIL, 2015).

As Provas Diretas são aquelas que objetivam demonstrar a presença do *T.pallidum*, e não estão sujeitas aos falsos positivos. É indicado na fase inicial, quando os micro-organismos são numerosos (BRASIL, 2015).

2.7 PREVENÇÃO

Guinsburg e Santos (2010) ressaltam quanto a prevenção dos casos de sífilis congênita da seguinte maneira:

A melhor prevenção da sífilis congênita é feita pelo tratamento adequado da gestante sífilítica e de seu parceiro, o que implica a necessidade, em termos amplos, de uma boa assistência médica à população e, em termos mais restritos, de garantir o acesso e frequência indispensável ao cuidado pré-natal. (GUINSBURG; SANTOS, 2010).

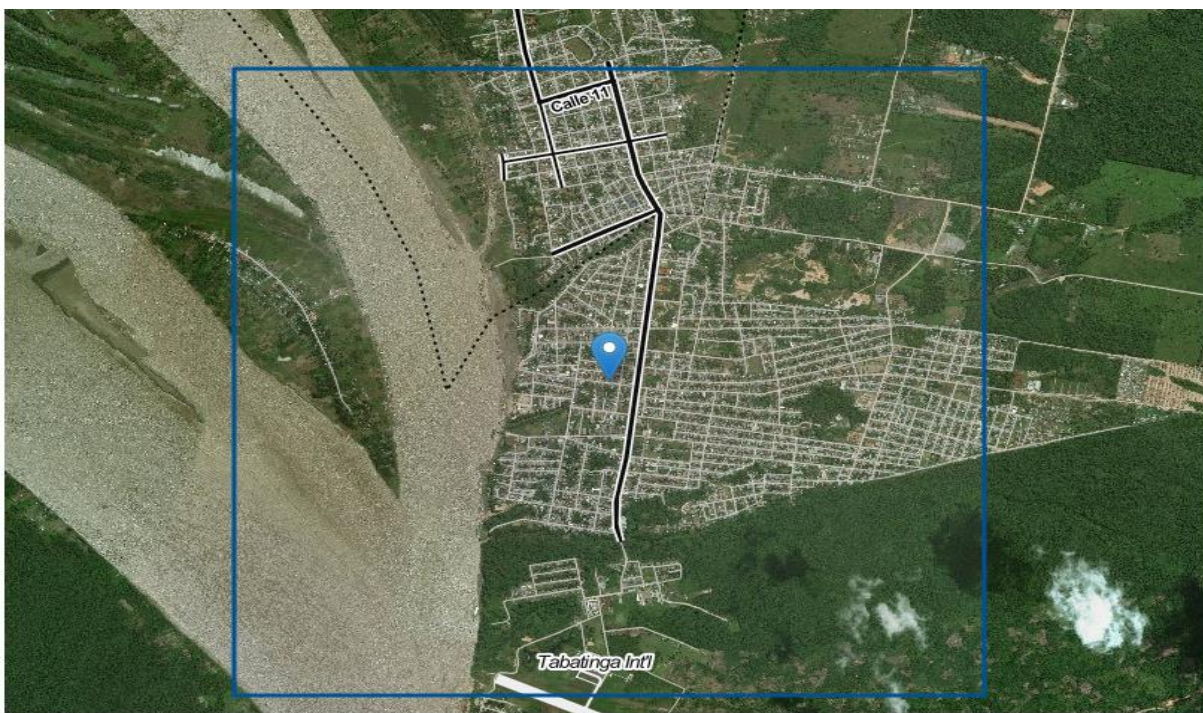
Ter sempre uma boa assistência condiciona a gestante e ao seu filho um tratamento bem adequado, porém há muita necessidade dos sistemas de saúde para o diagnóstico e tratamento da sífilis congênita, dentre alguns fatores estão a falta de pessoal especializado para os procedimentos, assim como medicamentos. Os exames também são as melhores formas de prevenir um caso mais sério da Sífilis, VDRL ou RPR podem ajudar muito, assim como os exames feitos pelos parceiros da paciente contribuem para a identificação e cuidado. (GUINSBURG, 2010).

3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1 ÁREA DE ESTUDO

Tabatinga é uma cidade do Estado do Amazonas. O município se estende por 3224,9 km² e contava com 52.272 habitantes no último censo. A densidade demográfica é de 16,2 habitantes por km² no território do Município situado a 73 metros de altitude, e tem as seguintes coordenadas geográficas: latitude 4° 15' 12" Sul, longitude: 69° 56'19" oeste.

FIGURA 01- Localização da Maternidade Celina Villacrez Ruiz



Fonte: Google Maps (2019)

3.2 OBJETO DE ESTUDO

A coleta de dados foi realizada na Maternidade Celina Villacrez Ruiz, no município de Tabatinga localizada no Bairro Vila Paraiso Rua 1ª de Fevereiro, inaugurada em fevereiro de 2014 a Maternidade torna-se referência no atendimento à população do Alto Solimões.

Em quase 2 anos de funcionamento cerca de 2,5 mil partos foram realizados, a mesma vem se destacando por conta da política de parto humanizado, onde garante a parturiente o direito a u acompanhante. Outro diferencial é incentivar que as mães dos municípios da calha do Alto Solimões tenham parto normal, que oferece menos riscos tanto para mãe quanto para o bebê. Outras ferramentas de proteção à vida usadas na maternidade são o incentivo ao aleitamento materno, cujas atividades de sensibilização das gestantes iniciam antes mesmo do nascimento dos bebês.

A maternidade beneficia moradores de municípios da região da calha do Alto Solimões como Atalaia do Norte, Benjamin Constant, São Paulo de Olivença, Santo Antônio do Içá, Amaturá, Jutaí, Tonantins e Fonte Boa. Por se localizar na tríplice fronteira atende ainda pacientes da Colômbia e Peru.

FIGURA 2 -Maternidade Celina Villacrez Ruiz



Fonte: Radar amazônico (2019)

3.3 TIPO DE PESQUISA

O presente estudo baseia-se em uma pesquisa quantitativa que tem o objetivo de verificar estatisticamente uma hipótese a partir da coleta de dados concretos, pois será utilizado um método de abordagem com intuito de conhecer as características de uma determinada realidade sobre sífilis congênita.

O método de investigação quantitativo é um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis (Fortin, 1999).

3.4 PROCEDIMENTOS

A pesquisa foi realizada através de um sistema chamado **SINAN-Sistema de Informação de Agravos de Notificação** ficha de notificação e investigação de sífilis congênita e sífilis em gestante, são dois formulários diferenciados, com o objetivo principal de ajudar a obter informações úteis, favoráveis e válidas, porém foi utilizado apenas o formulário de Sífilis Congênita.

Será demonstrado duas tabelas uma com informações do recém-nascido como: evidência de *Treponema pallidum*, diagnóstico clínico, sinais e sintomas e tratamento realizado após o nascimento e outra com informações da gestante como: idade, cor, escolaridade, se realizou o pré-natal e diagnóstico de sífilis materna.

Após a coleta dos dados foram utilizados 3 gráficos, 1 para cada ano sendo descritos por meses mostrando a quantidade de recém-nascidos com SC.

Onde foram utilizadas como descritores para a busca: sífilis congênita, tendo como público alvo gestantes e recém-nascidos notificados no período de 2017 a 2019.

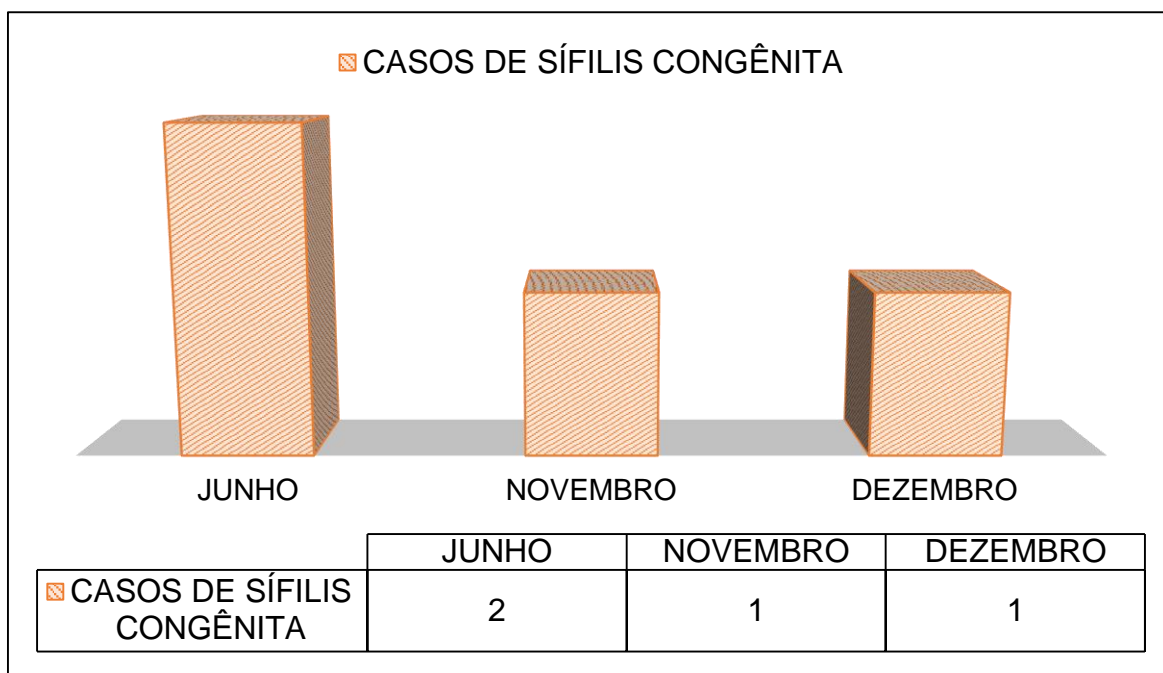
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Considerando-se os critérios adotados para pesquisa, foram identificados um total de treze recém-nascidos notificados, nos anos de 2017 a 2019. Sendo que em 2017 quatro gestantes foram internadas, mas apenas duas foram notificadas, pois as outras gestantes já foram notificadas dos postos de saúde.

Durante a coleta de dados pode-se observar que os anos onde houve casos, não foram divergentes em quantidade, assim como casos entre mães diagnosticadas com seus filhos. Em 2017, 2018 e metade de 2019, foram detectados treze casos de recém-nascidos com Sífilis Congênita, igualmente o número de gestantes notificadas que deram entrada sendo portadora de Sífilis.

O gráfico 01 mostra que foram detectados na maternidade quatro casos de Sífilis Congênita em meses diferentes no ano de 2017 onde demonstra que no início do ano não obtiveram casos, vindo aparecer dois casos no mês de junho, voltando apresentar novamente um caso no mês de novembro e um no mês de dezembro.

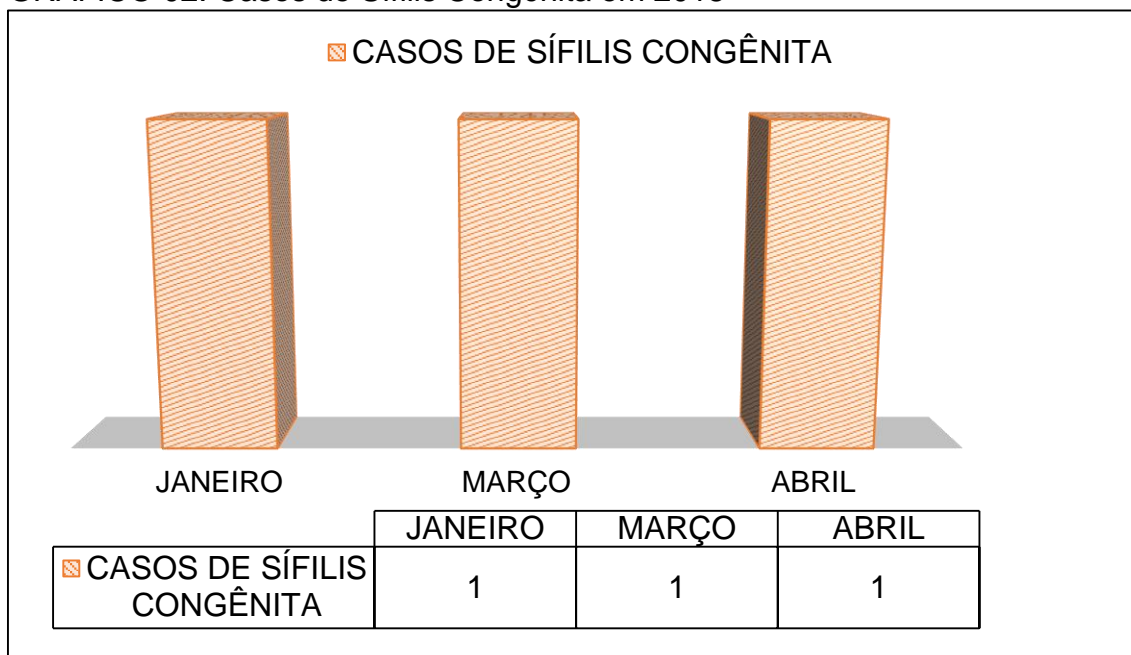
Gráfico 1. Casos de Sífilis Congênita em 2017



Fonte: Maternidade Celina Villacrez Ruiz

No ano de 2018, nasceram um total de 1.460 nascidos vivos, sendo 717 do sexo feminino e 748 do sexo masculino e 383 RN indígenas. Foram notificados 3 casos de recém-nascidos com sífilis congênita nesse ano, nos meses de Janeiro, Março, Abril nos outros meses não houve casos (GRÁFICO 02).

GRÁFICO 02. Casos de Sífilis Congênita em 2018

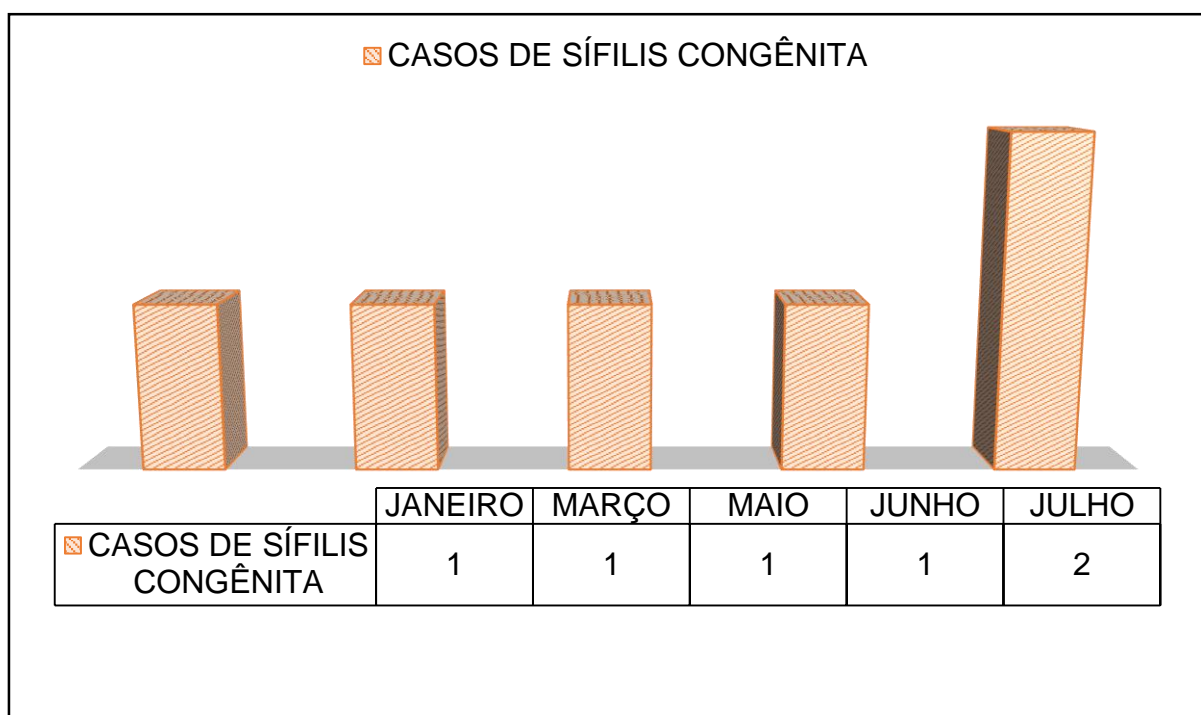


Fonte: Maternidade Celina Villacrez Ruz

O gráfico abaixo mostra os dados referentes ao ano de 2019, onde consta que até o mês de julho, foram notificados 5 (cinco) casos de bebês com Sífilis Congênita, podem-se observar ainda uma sequência de meses, já no mês de julho houve dois casos após esse mês não apresentou caso sendo que os dados foram coletados até o mês de novembro do respectivo ano.

Observa-se que os meses apresentam a mesma quantidade de casos, com exceção no mês de julho onde houve um aumento significativo referentes as constantes nos anos anteriores (2017, 2018), mostra ainda que nos meses de agosto, setembro e outubro não foram notificados casos de Sífilis Congênita, visto que a pesquisa de dados ocorreu até o mês de novembro onde não apresentou nenhum caso, não constando o mês de dezembro. (Gráfico 03).

GRÁFICO 03- Casos de SC em 2019



Fonte: Maternidade Celina Villacrez Ruiz

Pode-se perceber que nos anos de 2017 e 2018, os casos de Sífilis Congênita se alternavam entre os meses, não seguindo uma regularidade, no entanto, em 2019 a demanda nos meses aumentou, porém os casos são seguidos nos meses de maio a junho.

De acordo com o Boletim Epidemiológico da Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas – SUSAM (2015), O Estado do Amazonas, no período de 2007 a

2014, notificou 2.630 casos de sífilis em gestantes. O município de Manaus tem 68,7% (1.807) destes casos, seguido de 3,84% (101) em Itacoatiara, 3,11% (82) em Parintins, 2,51% (66) em Tefé, 1,37% (36) em Maués e 1,33% (35) em Tabatinga. No período de 2007 a 2014, no Estado do Amazonas foram notificados no SINAN 1.450 casos de sífilis congênita. O município de Manaus concentra 81% desses casos, seguindo de 3,7% (56) em Itacoatiara, 2,5% (36) em Maués e 2,4% (35) em Parintins.

Conforme o mesmo boletim citado acima, os casos de Sífilis em gestantes em 2007 a 2014 somam trinta e cinco casos. Já para Sífilis Congênita somam dez casos, porém como observado na presente pesquisa já foram detectados treze casos de Sífilis Congênita no município, isso mostra uma grande crescente de casos da doença.

Gubert et al. (2012) fizeram um levantamento entre 2007 a 2010 sobre a epidemiologia dos casos de Sífilis congênita em município de Sobral, no Ceará, e de acordo com os dados obtidos pela pesquisa apontam que 2007, 2008 e 2010 os casos de SC mantiveram uma uniformidade, porém em 2010 os casos subiram para 9 casos. Eles concluíram que as mães das crianças que adquiriram sífilis congênita possuem baixo nível social e comportamento de risco que as colocam em vulnerabilidade para contrair doenças sexualmente transmissíveis. Constatou-se também que houve deficiências na assistência à saúde em todos os casos, contribuindo para a incidência dos casos.

Moreira et al. (2017) realizando estudos em Porto Velho entre 2009 a 2014, pode constatar os casos do estado de Rondônia foram menos que apenas no município estudado, os autores notaram uma crescente muito grande nos casos de SC em Porto Velho, em 2009 foram 7 casos, 9 casos em 2010, 12 casos em 2011, 29 casos em 2012, 42 casos em 2013 e 78 casos em 2014. Os mesmos concluíram que a análise dos dados de SC no município de Porto Velho encontrou possíveis problemas quanto ao diagnóstico precoce e tratamento adequado das gestantes e recém-nascidos. Apesar de o pré-natal ter sido realizado por grande parte das mulheres, o diagnóstico durante o pré-natal não se deu em mesma proporção, evidenciando falha no diagnóstico precoce dos casos de sífilis na gestação. Além disso, a maioria das mulheres e seus parceiros não foram tratados corretamente.

Moreira-Silva (2018) fez um estudo no estado do Espírito Santo para casos de Sífilis Adquirida e Sífilis Congênita no ano de 2017, foram identificados 734 casos

de Sífilis Congênita e ocorrendo dois óbitos devido a doenças. Os casos mencionados foram juntamente coletados de acordo com os fatores socioeconômicos das pacientes, pode-se constatar que poucas fizeram testes ou foram diagnosticada, o que mostra um despreparo na identificação da doença.

Cavalcante et al. (2017) fez um levantamento de casos de sífilis em gestantes e sífilis congênita em Palmas, Tocantins, de 2007 a 2014, e constatou 171 casos de sífilis em gestantes e 204 casos de Sífilis Congênita no local estudado, sendo que no ano de 2014 ocorreu o maior número de casos. A maioria das mães de casos de sífilis congênita notificados não receberam tratamento (54,4%), e parte importante recebeu tratamento inadequado (40,7%). A realização do tratamento adequado da gestante, ao longo da série histórica, manteve-se baixa.

Motta et al. (2008) ressalta que a capacitação de profissionais para atuarem de modo eficaz para diagnóstico e tratamento da gestante e seu parceiro durante o pré-natal, além de fornecerem esclarecimento às gestantes sobre a gravidade da doença, consequências para o feto, modo de transmissão, medidas de prevenção e necessidade de tratamento, são estratégias fundamentais para melhor participação da gestante no próprio cuidado de saúde e do seu filho.

Almeida e Pereira (2007) fizeram um levantamento de casos de Sífilis Congênita entre 1997 á 2002 em Salvador, Bahia, e constataram que durante esse período 741 casos foram registrados, estes mantendo sempre casos não constatados durante o pré-natal, ou mesmo quando os profissionais da área não estavam preparadas para a atuação. Os autores ressaltam que as taxas de incidência foram acima do parâmetro nacional estabelecido para o controle e as características analisadas, tanto referentes aos casos quanto às mães, apontam baixa resolutividade na rede básica de saúde, com relação à atenção à saúde da mulher, especificamente na assistência pré-natal, assinalando uma possível inferência da inefetividade da atenção pré-natal, como preditor da sífilis congênita. A ausência de uniformidade nas ações de vigilância, com relação a investigação, notificação e registro, possivelmente contribuíram para a baixa qualidade das informações, urge a implementação de ações mais significativas para o controle desse agravo, de treinamentos sobre definição de caso de sífilis congênita e uniformidade da conduta de vigilância.

Araújo et al. (2006) dispõe que como a sífilis é facilmente diagnosticada pelo VDRL e, com eficácia tratada pela penicilina, a não realização do pré-natal é

considerada como um dos principais fatores responsáveis pelos casos de sífilis congênita. A realização do pré-natal de forma incompleta ou inadequada, seja pelo início tardio ou por falta de comparecimento às consultas também representa importante fator para explicar diversos casos de sífilis congênita.

Nunes *et al*/2015 fizeram um estudo no estado de Goiás de 2007 a 2014 para saber casos de Sífilis Congênita e Sífilis em Gestantes, seus resultados mostram que foram notificados 3.890 casos de SG e 663 casos de SC em todo o estado de Goiás. Do total de casos de SC, 99,0% (657) foram notificados em menores de 1 ano de idade, 75,2% deles (499) nascidos de mães que realizaram pré-natal. Somente em 2014, foram notificados 236 casos de SC, representando 35,6% do total de notificações em todo o período estudado.

Lorenzi e Madi 2001 revelam que Indiscutivelmente, a despeito das iniciativas para erradicá-la, a sífilis congênita ainda persiste em nosso país. A má qualidade do pré-natal, apesar do número de consultas registradas nos Cartões de Gestante, e a falta de capacitação e atualização dos profissionais de saúde no manejo das DST, frequentemente por omissão dos governos em investir no preparo de seus recursos humanos, são todos fatores a serem considerados. É necessário também destacar a importância do comprometimento de todos os profissionais de saúde quando o objeto de discussão é saúde da população.

TABELA 1: Dados relacionados a gestante notificadas pelo SINAN

Gestante	Idade	Cor	Escolaridade	Pré-natal	Diagnostico de sífilis materna
G1	17 anos	Indígena	Ignorado	Sim	No pré-natal
G2	23 anos	Indígena	Ens. Médio completo	Sim	No pré-natal
G3	20 anos	Parda	5° a 8° serie incompleto	Sim	No pré-natal
G4	28 anos	Indígena	1° a 4° serie incompleto	Sim	No momento do parto
G5	22 anos	Parda	Ens. Médio completo	Sim	No pré-natal
G6	19 anos	Parda	5° a 8° serie incompleto	Sim	No pré-natal
G7	19 anos	Parda	5° a 8° serie incompleto	Sim	No pré-natal
G8	24 anos	Indígena	1° a 4° serie incompleto	Sim	No pré-natal
G9	24 anos	Parda	1° a 4° serie incompleta	Não	Ignorado
G10	16 anos	Indígena	Ignorada	Sim	No pré-natal
G11	25 anos	Parda	Ens. Médio completo	Não	Após o parto
G12	19 anos	Parda	Ens. Médio incompleto	Não	No momento do parto
G13	30 anos	Indígena	Analfabeto	Não	Após o parto

Fonte: Soares, 2019

Na tabela 1, estão representados os dados relacionados as genitoras chamadas na tabela como **G1** assim em diante, onde mostra a variação nas idades das mães entre 16 e 30 anos, pode-se observar que o número de gestantes indígenas e pardas estão similares, na escolaridade a maioria não tem o ensino médio completo, apresentando assim uma escolaridade abaixo do segundo grau,

mostra ainda que as gestantes 1 e 10 são as gestantes de menor idade e indígenas quanto a sua escolaridade demonstra ignorada quer dizer que se tem ausência dessa informação, dando ênfase na gestante 13 de maior idade indígena, analfabeta não realizou o pré-natal e só foi descoberto a sífilis após o parto o que demonstra que a escolaridade é essencial para todos, e que a falta de informação quanto ao assunto prevalece na comunidade indígena, quatro não realizaram o pré-natal em consequência da não realização acarretou descobrir a sífilis no momento do parto ou após o parto.

Sá et al.(2001) Diz que os resultados desta investigação indicaram que a sífilis no período gestacional ocorre em mulheres jovens (média de idade de 28 anos), com pouca escolaridade e baixa renda.

Donalizio et, al.(2009) Em outros dois estudos, realizados em Sergipe e São Paulo, os autores encontraram semelhante faixa etária, mulheres adultas jovens.

Oliveira (2011) realizou uma Pesquisa sobre os casos notificados de sífilis congênita em menores de um ano no período de 1998 a 2008 verificou que a maioria dos casos era de conceptos de mães jovens (entre 20 e 29 anos), com pouca escolaridade, adeptas ao pré-natal, diagnosticadas no período gestacional e cujos parceiros sexuais não aderiram ao tratamento concomitante.

Valderrama et al. (2001) O baixo nível sócio-econômico está associado à baixa escolaridade, esta, por sua vez, está relacionada à falta de conhecimento sobre DST e a importância dos cuidados do pré-natal.

Salvo (1994) A realização do pré-natal de forma incompleta ou inadequada, seja pelo início tardio ou por falta de comparecimento às consultas também representa importante fator para explicar diversos casos de sífilis congênita.

É de suma importância demonstrar os resultados obtidos com a pesquisa para que a população entenda os riscos que essa doença pode causar assim como as complicações, frisar sobre a importância do pré-natal no período gestacional, a realização dos exames.

TABELA 2: Dados relacionado aos recém-nascidos pelo SINAN

Recém-nascidos	Evidencia de <i>T. pallidum</i>	Diagnostico clinico	Sinais e sintomas	Tratamento
RN 1	Ignorado	Assintomático	Não	Penicilina G Cristalina 100.000 UI kg dia
RN 2	Não realizado	Assintomático	Não	Cefranoma
RN 3	Ignorado	Assintomático	Não	Penicilina G Cristalina 100.000 UI kg dia
RN 4	Não realizado	Assintomático	Não	Penicilina cristalina 165.000
RN 5	Não realizado	Não se aplica	Não se aplica	Penicilina G Cristalina 100.000 UI kg dia
RN 6	Não realizado	Assintomáticos	Não	Não realizado
RN 7	Ignorado	Assintomático	Não	Penicilina B. 2400.00
RN 8	Ignorado	Sintomático	Não	Ignorado
RN 9	Ignorado	Ignorado	Não	Penicilina G Cristalina 100.000 UI kg dia
RN 10	Ignorado	Assintomático	Não	Penicilina G Cristalina 100.000 UI kg dia
RN 11	Ignorado	Assintomático	Não	Penicilina G Cristalina 100.000 UI kg dia
RN 12	Não realizado	Assintomático	Não	Penicilina G Cristalina 100.000 UI kg dia
RN 13	Não realizado	Sintomático	Não	Penicilina G Cristalina 100.000 UI kg dia

Fonte: Soares, 2019

Na tabela 02, estão descritas as informações obtidas através do **SINAN**, com relação aos recém-nascidos identificados da tabela como **RN**, demonstrando que para a evidência de *T. pallidum*, não foram realizados exames ou simplesmente estes foram ignorados o que significa que se tem ausência dessa informação, quanto ao diagnóstico clínico apenas 2 foram sintomáticos, sendo que os mesmos

não apresentaram sinais e sintomas porém apenas um sintomático realizou o tratamento o outro foi classificado como ignorado ou seja se tem ausência dessa informação quanto aos sinais e sintomas não foi apresentado em nenhum recém-nascido, em questão ao tratamento, grande parte dos recém-nascidos foram tratados com Penicilina G Cristalina 100.000 UI kg dia, apenas um não realizou o tratamento com exceção de outros que foram tratados por um medicamento alternativo o qual não se sabe o motivo da troca de medicação

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do estudo contemplado, pode-se observar que a saúde pública ainda precisa de um grande empenho, ou ser melhor estudado no Brasil, pois o índice de Sífilis Congênita continua aumentando, e se trata de uma doença que não acomete somente a gestante mas sim seu bebê.

Tabatinga por se tratar de um município pequeno sem muitos recursos, acaba deixando a desejar em relação a exames específicos para sífilis precisos aos recém-nascidos ocasionando assim a não realização do mesmo por parte das mães que na maioria das vezes não tem informações por parte dos profissionais de saúde, quanto aos exames a serem realizados no recém-nascido após o parto.

Quanto de tratamento, há casos em que a genitora precisa trocar a medicação, por exemplo: a penicilina que pode causar alergia, podendo ocorrer também ao bebe, podendo causar resistência a esse medicamento ocasionando a sua troca.

Portanto conclui-se que é preciso informações à população, publicações por parte da saúde pública quanto a importância do teste rápido, do pré-natal e do tratamento precoce, campanhas de prevenção a sífilis, e a conscientização da população quanto a importância do preservativo, para assim minimizar os casos de Sífilis Congênita no Município de Tabatinga. Tendo em vista o índice de partos com gestantes VDRL positivo, é de suma importância o acompanhamento médico incluindo o pré-natal, o enfermeiro deve estar sempre alerta aos sinais e sintomas da gestante durante o período gravídico para então prestar assistência no período puerperal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS

- ALMEIDA, S. M. ALMEIDA, M. F. G. **Caracterização epidemiológica da sífilis congênita no município de Salvador**, Bahia. DST – J bras Doenças Sex Trans 2007
- 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. **Revista Paraense de Medicina** V.20 (1) janeiro – março, Pará, 2006
- ARAUJO. E. C.; COSTA, R. S. S, AZEVEDO, V. N. G., LIMA, F. A. S. **Importância do pré-natal na prevenção da Sífilis Congênita**. Pará.2010
- AVELLEIRA, J. C. R. **Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle Syphilis: diagnosis, treatment and control**. An Bras Dermatol, 2006.
- BERTOLINI D. V. **Atenção ao parto, nascimento e seguimento da mãe e bebê com sífilis CRT DST/AIDS PROGRAMA ESTADUAL SP**. 2016
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Sífilis: Estratégias para Diagnóstico no Brasil. Ministério da Saúde**, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, p.100, 2010. Disponível em http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/page/2012/50768/manual_sifilis_miolo_pdf_53444.pdf> Acesso em 20/05/18.
- BRASIL – MINISTÉRIO DA SAÚDE [homepage na internet]. **Sífilis congênita – aspectos epidemiológicos** [citado em 19 Dez 2010]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=3217
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais Secretaria de Vigilância em Saúde Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT): atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis (IST)**, 2015 b.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Doenças infecciosas e parasitárias : guia de bolso** . 8. ed. rev. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Programa Nacional de DST e AIDS. AIDS: **Boletim Epidemiológico. AIDS/DST**. Documento Eletrônico Disponível em: <www.aids.gov.br>. Brasília: PN DST/AIDS; 2004.
- 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.

CAVALCANTE, P. A. M. PEREIRA, R. B. L. CASTRO, J. G. D. **Sífilis gestacional e congênita em Palmas, Tocantins, 2007-2014.** Epidemiol. Serv. Saude, Brasília, 26(2):255-264, abr-jun 2017.

CENTRO DE REFERÊNCIA E TREINAMENTO EM DST/Aids
(www.crt.saude.sp.gov.br) e no Centro de Vigilância Epidemiológica

COORDENAÇÃO NACIONAL DE DST E AIDS. Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde; 1999.

COUTO, JCF; ANDRADE, GMQ; TONELLI, E. **Infecções Perinatais.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

CLEINMAN ;MAY, . **Sífilis congênita.** 2018.

COSTA, M. C. **Doenças sexualmente transmissíveis na gestação: uma síntese de particularidades.** An. bras. dermatol, 2010.

CRUZ V. S, ANJOS K. F. **SÍFILIS: UMA REALIDADE PREVENÍVEL. SUA ERRADICAÇÃO, UM DESAFIO ATUAL,** Revista Saúde e Pesquisa. 2009 (www.cve.saude.sp.gov.br).

DAMASCENO, C. A. C., ARAUJO, E. C., CORVELO, T. C. O. **Aspectos imunopatogenicos da sífilis materno-fetal: revisão de literatura.** Pará, 2012.

DE LORENZI, DRS. et al. **Transmissão vertical da sífilis: prevenção, diagnóstico e tratamento.** Femina, v. 37, n. 2, p. 83-90, 2009.

DONALÍSIO MR, FREIRE JB, MENDES ET. **Investigação da sífilis congênita na microrregião de Sumaré, Estado de São Paulo, Brasil – desvelando a fragilidade do cuidado à mulher gestante e ao recém-nascido.** Epidemiol Serv Saude 2007; 16:165-73.

FORTIN, Marie-Fabienne (1999). **O Processo de Investigação: Da Concepção à Realização.** Edição técnica, Loures, Lusociência.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFANCIA. **Como prevenir a transmissão vertical do HIV e da Sífilis no seu Município.** 2008

GOMES, Aline Grill; DONELLI, Tagma Marina Schneider; PICCININI, Cesar Augusto;

GOMES, Limcarla Fabiole de Sousa, (2012). **Diagnóstico de enfermagem em gestantes: revisão integrativa de literatura.** (Monografia), Universidade federal de Ceará, Fortaleza. Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/4619> 12/ 12/2013

GUBERT, F. A. LINHARES, M. **Análise dos Casos de Sífilis Congênita em Sobral, Ceará: Contribuições para Assistência Pré-Natal.** DST - J bras Doenças Sex Transm 2012.

GUINSBURG R. SANTOS A. M. N. **CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS E TRATAMENTO DA SÍFILIS CONGÊNITA** Documento Científico – Departamento de Neonatologia. Sociedade Brasileira de Pediatria, São Paulo, 2010.

HILDEBRAND, V. L. C., **Sífilis congênita: fatores associados ao tratamento das gestantes e seus parceiros.** (Dissertação), Rio de Janeiro, 2010.

INAGAKI ADM, Oliveira LAR, Oliveira MFB, Santos RCS, Araújo RM, Alves JAB, et al. **Soroprevalência de anticorpos para toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus, sífilis e HIV em gestantes sergipanas.** Rev Soc Bras Med Trop 2009; 42:5326.

LORENZI, D.; MADI, J. M. **Sífilis Congênita como Indicador de Assistência Pré-natal.** *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia.* Rio Grande do Sul, 2001, v. 23,. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v23n10/8489.pdf> >. Acesso em: 20 maio de 18.

LOUREIRO, M. D. R., **Infecção pelo Treponema pallidum em gestantes e sua transmissão vertical.** Mato Grosso do Sul. 2009.

LORENZI, D. R. S. MADI J. M. **Sífilis Congênita como Indicador de Assistência Pré-natal.** RBGO - v. 23, nº 10, 2001

LOWDERMILK, Deitra Leonard; PERRY, Shannon E ; BOBAK, Irene M. (2008). “**O Cuidado em Enfermagem Materna**”. in LOWDERMILK Deitra Leonard e PERRY, Shannon. **Enfermagem na maternidade.** 7ª ed, Lusodidacta, Lisboa.

LOWDERMILK, Dietra Leonard (2008). “**Avaliação inicial e promoção da saúde**” in Dietra Leonard Lawdermilk e Perry Shannon. **Enfermagem na Maternidade.**7ª ed, Lusoditacta, Portugal.

LOWDERMILK, Dietra Leonard; PERRY, Shannon E (2008). **Enfermagem na Maternidade.**7ªed, Lusoditacta, Portugal.

MAIA, M. M. M.. **Prevalência de infecções congênitas e perinatais em gestantes HIV positivas da região metropolitana de Belo Horizonte.** Rev. Bras. Ginecol. Obstet. vol.37 no.9 Rio de Janeiro Sept. 2015. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032015000900421>. Acesso em: 20 mar. 2015.

MANDACARÚ, P. M. P., TURCHI1M. D. **Sífilis gestacional e congênita e sua relação com a cobertura da Estratégia Saúde da Família, Goiás, 2007-2014: um estudo ecológico.** Epidemiol. Serv. Saude, Brasília, 27(4):e2018127, 2018

MAGALHÃES D M. S. I A. L. KAWAGUCHI A. DIAS I. M. P. CALDERON. A **sífilis na gestação e sua influência na morbimortalidade materno-infantil.** Com. Ciências Saúde -, 2011

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Programa Nacional de DST e AIDS. AIDS: Boletim Epidemiológico. AIDSDST. Documento Eletrônico Disponível em: <www.aids.gov.br>. Brasília: PN DST/AIDS; 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. **Diretrizes para controle da sífilis congênita: manual de bolso**. 2a ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_sifilis_bolso.pdf. Acesso 22 de maio de 2018

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual de condutas na sífilis congênita**. Brasília: Brasília: Programa Nacional de Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS, Ministério da Saúde; 2005.

MOORE. K. I, PERSUAD, M.G, TORCHIA. **Embriologia básica**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

MOREIRA, A. F. K. OLIVEIRA, D. M., ALENCAR, L. N. **Perfil dos casos notificados de sífilis congênita**. Cogitare Enferm. (22)2: e48949, 2017.

MOREIRA-SILVA, S. F. **Análise dos dados da sífilis adquirida, sífilis em gestantes e sífilis congênita no estado do Espírito Santo**. 2018.

MOTTA, I. A. DELFINO, I. R. S. SANTOS, L. V. **Sífilis congênita: por que sua prevalência continua tão alta?**. Rev Med Minas Gerais 2018

NUNES, P. S., ZARA1, A. L. S. A., ROCHA D. F. N. C., MARINHO T. A., Secretaria do Estado da Saúde, São Paulo, 2008

OLIVEIRA DR, Figueiredo MSN. **Abordagem conceitual sobre a sífilis na gestação e o tratamento de parceiros sexuais**. Enferm Foco (Brasília) 2011; 2:108-11.

RODRIGUES C. S, GUIMARÃES M. D. C. **Grupo Nacional de Estudo sobre Sífilis Congênita. Positividade para sífilis em puérperas: ainda um desafio para o Brasil**. Revista Panam Salud Publica 2004

SÁ, RAM, Bornia RBG, Cunha AA, Oliveira CA, Rocha GPG, Giordano EB. **Sífilis e gravidez: avaliação da prevalência e fatores de risco nas gestantes atendidas na Maternidade Escola – UFRJ**. DST J Bras Doenças Sex Transm 2001; 13:6-8.

SADLER T. W. **EMBRIOLOGIA MÉDICA**. Ilustração Jan Langman. Tradução. Dizia Balteiro Pereira de Campos. Guanabara KOOGAN. 2013

SALVO AF - **Controle serológico (VDRL) del embarazo em prevencion de la sífilis congênita. Evaluación de 3 años**. Dermatologia. 1994; 10 (3): 174-78.

SANTOS, V. C., ANJOS, K. F. **Sífilis: uma realidade prevenível, sua erradicação, um desafio atual**. (2009)

SARACENI, V. A sífilis, **a gravidez e a sífilis congênita**. Gerencia DST/AIDS. Rio de Janeiro. 2005.

SEGUNDA OPINIÃO FORMATIVA. **O que pode acontecer com bebê filho de mãe portadora de sífilis?**. Telessaúde. Rio Grande do Sul. 2015

SERVIÇO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA COORDENAÇÃO DO PROGRAMA. **Sífilis congênita e sífilis na gestante**. Revista saúde pública. São Paulo. 2008

SHEFFIELD JS, Sanchez PJ, Morris G, Maberry M, Zeray F, Mcintire DD, et al. **Congenital syphilis after maternal treatment for syphilis during pregnancy**. Am J Obstet Gynecol 2002; 186:569-73.

SILVEIRA E. P. R. **Perfil sorológico para sífilis em uma coorte de homens que fazem sexo com homens**, 1994 a 1998, em São Paulo, Brasil [Dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2002.

SILVA, Kássia Danielle de Moura; SANTOS, Sônia Maria Josino dos; ALBUQUERQUE, Thaíse Torres de; ROCHA, Fabiana Lucena, ARAÚJO. Thelma Leite de. (2013) **Intervenções de Enfermagem nas Gestações de Alto Risco: Estudo Bibliométrico**. Rio Norte, Brasil, Volume 17(2759-2761). Disponível em: http://www.abeneventos.com.br/anais_senpe/17senpe/pdf/1751po.pdf 13/12/2014

SMELTZER, S C.; BARE, B. G. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 10. ed. [S. I.]: Guanabara kaoogan, 2005.

TERRA M R MACHADO. B. L. **A sífilis na gestação: uma problemática atual**, 2016



VALDERRAMA J; ZACARIAS F; MAZIN R. – **Sífilis materna y sífilis congênita em América Latina um problema grave de solución sencilla**. Rev Panam Salud Publica. 2001; 16 (3): 211-217.

VAN DYCK E, Meheus AZ, Piot P. Diagnostic au laboratoire des maladies sexuellement transmissibles. Genève: Organisation Mondiale de la Santé; 2000.

WICHER, V; WICHER, K. **Pathogenesis of maternalfetal yphilis revisited**. Clinical Infectious Diseases. 2001

ZILHAO, R. A., VIEIRA. C. REIS, G., GUEDES. **Sífilis Congênita**. Nascer e crescer. 2004

ANEXOS

 REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DA SAÚDE ESTADO DE SÃO PAULO SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE		 SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO FICHA DE NOTIFICAÇÃO / INVESTIGAÇÃO SÍFILIS CONGÊNITA		Nº	
Definição de caso: Primeiro critério: toda criança, ou aborto, ou natimorto de mãe com evidência clínica para sífilis e/ou com sorologia não treponêmica reagente para sífilis com qualquer titulação, na ausência de teste confirmatório treponêmico, realizada no pré-natal ou no momento do parto ou curetagem, que não tenha sido tratada ou tenha recebido tratamento inadequado. Segundo critério: todo indivíduo com menos de 13 anos de idade com as seguintes evidências sorológicas: titulações ascendentes (testes não-treponêmicos); e/ou testes não-treponêmicos reagentes após 6 meses de idade (exceto em situações de seguimento terapêutico); e/ou testes terapêuticos reagentes após 18 meses de idade; e/ou títulos em teste não-treponêmico maiores do que os da mãe. Em caso de evidência sorológica apenas, deve ser afastada a possibilidade de sífilis adquirida. Terceiro critério: todo indivíduo com menos de 13 anos de idade, com teste não-treponêmico reagente a evidência clínica ou líquórica ou radiológica de sífilis congênita. Quarto critério: toda situação de evidência de infecção pelo <i>Treponema Pallidum</i> em placenta ou cordão umbelical e/ou amostra da lesão, biópsia ou necrópsia de criança, aborto ou natimorto.					
Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	2 - Individual			
	2 Agravado/doença	SÍFILIS CONGÊNITA		3 Data da Notificação	
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (CID10) A 5 0.9	6 Código (IBGE)	
Notificação Individual	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	7 Data do Diagnóstico		
	8 Nome do Paciente	9 Data de Nascimento			
	10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante	13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9-Ignorado	
	14 Escolaridade	15 Número do Cartão SUS	16 Nome da mãe		
Dados de Residência	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito	
	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida,...)		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 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	30 País (se residente fora do Brasil)		
	Dados Complementares				
	Antecedentes Epit. da gestante / mãe	31 Idade da mãe Anos	32 Raça/cor da mãe 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9-Ignorado	33 Ocupação da mãe	
34 Escolaridade 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica					
35 Realizou Pré-Natal nesta gestação 1-Sim 2-Não 9-Ignorado		36 UF	37 Município de Realização do Pré-Natal	Código (IBGE)	
38 Unidade de Saúde de realização do pré-natal Código					
Dados da Mãe da gestante / mãe	39 Diagnóstico de sífilis materna 1 - Durante o pré-natal 2 - No momento do parto/curetagem 3 - Após o parto 4 - Não realizado 9 - Ignorado				
	40 Teste não treponêmico no parto/curetagem 1-Reagente 2-Não reagente 3-Não realizado 9-Ignorado		41 Título	42 Data	
	43 Teste confirmatório treponêmico no parto/curetagem 1-Reagente 2-Não reagente 3-Não realizado 9-Ignorado				
Trat. da gestante / mãe	44 Esquema de tratamento 1-Adequado 2-Inadequado 3-Não realizado 9-Ignorado		45 Data do Início do Tratamento	46 Parceiro(s) tratado(s) concomitantemente a gestante 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	
	SÍFILIS CONGÊNITA 09/01/2008 COREL MR SINAN NET SVS 05/12/2007				

Ant. Epitem. da Criança	47 UF	48 Município de nascimento / aborto / natimorto	Código (IBGE)	49 Local de Nascimento (Maternidade/Hospital)	Código		
	50 Teste não treponêmico - Sangue Periférico 1-Reagente 2-Não reagente 3-Não realizado 9-Ignorado					51 Título 1:	52 Data
Dados de Laboratório da Criança	53 Teste treponêmico (após 18 meses) 1-Reagente 2-Não reagente 3-Não realizado 4 - Não se aplica 9-Ignorado					54 Data	
	55 Teste não treponêmico - Líquor 1-Reagente 2-Não reagente 3-Não realizado 9-Ignorado					56 Título 1:	57 Data
	58 Titulação ascendente 1 - Sim 2 - Não 3 - Não realizado 9-Ignorado					59 Evidência de <i>Treponema pallidum</i> 1 - Sim 2 - Não 3 - Não realizado 9-Ignorado	
	60 Alteração Líquórica 1 - Sim 2 - Não 3 - Não realizado 9-Ignorado					61 Diagnóstico Radiológico da Criança: Alteração do Exame dos Ossos Longos 1 - Sim 2 - Não 3 - Não realizado 9-Ignorado	
Dados Clínicos da Criança	62 Diagnóstico Clínico 1 - Assintomático 3 - Não se aplica 2 - Sintomático 9 - Ignorado		63 Presença de sinais e sintomas 1 - Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Icterícia <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Esplenomegalia <input type="checkbox"/> Osteocondrite <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Rinite muco-sanguinolenta <input type="checkbox"/> Hepatomegalia <input type="checkbox"/> Lesões Cutâneas <input type="checkbox"/> Pseudoparalisia				
	64 Esquema de tratamento 1 - Penicilina G cristalina 100.000 a 150.000 UI/Kg/dia - 10 dias 2 - Penicilina G procaina 50.000 UI/Kg/dia - 10 dias 3 - Penicilina G benzatina 50.000 UI/Kg/dia 4 - Outro esquema 5 - Não realizado 9 - Ignorado						
Evolução	65 Evolução do Caso 1 - Vivo 2 - Óbito por sífilis congênita 3 - Óbito por outras causas 4 - Aborto 5 - Natimorto 9 - Ignorado					66 Data do Óbito	
	Observações Adicionais:						
Investigador	Município / Unidade de Saúde				Código da Unid. de Saúde		
	Nome	Função		Assinatura			
<p>INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO</p> <p>Nenhum campo deverá ficar em branco.</p> <p>Na ausência de informação, usar categoria ignorada.</p> <p>7 - Anotar a data do diagnóstico ou da evidência laboratorial e/ou clínica da doença de acordo com a definição de caso vigente no momento da notificação.</p> <p>8 - Nome do Paciente: preencher com o nome completo da criança (sem abreviações); se desconhecido, preencher com Filho de: (o nome da mãe).</p> <p>9 - Data do nascimento: deverá ser anotada em números correspondentes ao dia, mês e ano.</p> <p>10 - Idade: anotar a idade somente se a data de nascimento for desconhecida.</p> <p>40 - 50 - 55 - Sorologia não treponêmica: VDRL (Venereal Diseases Research Laboratory) e RPR (Rapid Plasma Reagin); indicados para a triagem e seguimento terapêutico.</p> <p>43 - 53 - FTA-Abs (Fluorescent Treponemal Antibody-absorption), MHA-Tp (Microhemagglutination <i>Treponema pallidum</i>), TPHA (<i>Treponema pallidum</i> Hemagglutination), ELISA (Enzyme-Linked Immunosorbent Assay); indicados na confirmação diagnóstica e exclusão de resultados de testes não-treponêmicos falsos positivos. Em crianças, menores 18 meses de idade, a performance dos testes treponêmicos pode não ser adequada para definição diagnóstica.</p> <p>44 - Esquema de Tratamento da mãe:</p> <p>Esquema de Tratamento Adequado: É todo tratamento completo, com penicilina e adequado para a fase clínica da doença, instituído pelo menos 30 dias antes do parto e parceiro tratado concomitantemente com a gestante.</p> <p>Esquema de Tratamento Inadequado: * É todo tratamento feito com qualquer medicamento que não a penicilina; ou tratamento incompleto, mesmo tendo sido feito com penicilina; ou tratamento não adequado para a fase clínica da doença; ou a instituição do tratamento com menos de 30 dias antes do parto; ou elevação dos títulos após o tratamento, no seguimento; ou quando o(s) parceiro(s) não foi(ram) tratado(s) ou foi(ram) tratado(s) inadequadamente, ou quando não se tem essa informação disponível.</p> <p>53 - Refere-se ao resultado do teste treponêmico, confirmatório, realizado após os 18 meses de idade da criança. Informar - Não se aplica - quando a idade da criança for menor que 18 meses.</p> <p>58 - Titulação ascendente - Refere-se à comparação dos títulos da sorologia não treponêmica da criança após cada teste realizado durante o esquema de seguimento (VDRL com 1mes, 3, 6, 12 e 18 meses).</p> <p>59 - Evidência de <i>T. pallidum</i> - Registrar a identificação do <i>Treponema pallidum</i> por microscopia em material colhido em placenta, lesões cutâneo-mucosas da criança, cordão umbilical, ou necrópsia, pela técnica de campo escuro, imunofluorescência ou outro método específico.</p> <p>60 - Alteração líquórica - Informar detecção de alterações na celularidade e/ou proteínas ou outra alteração específica no líquido da criança.</p> <p>63 - Em relação ao tratamento da criança com sífilis congênita consultar o Manual de Sífilis Congênita - Diretrizes para o Controle, 2005.</p> <p>65 - Informar a evolução do caso de sífilis congênita: Considera-se óbito por sífilis congênita - o caso de morte do recém-nato, após o nascimento com vida, filho de mãe com sífilis não tratada ou tratada inadequadamente. Considera-se Aborto - toda perda gestacional, até 22 semanas de gestação ou com peso menor ou igual a 500 gramas. Considera-se Natimorto - todo feto morto, após 22 semanas de gestação ou com peso maior que 500 gramas.</p>							
SIFILIS CONGÊNITA	09/01/2008	COREL	MR	Sinan NET	SVS	05/12/2007	



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA SAÚDE
ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE



SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE NOTIFICAÇÃO / INVESTIGAÇÃO
SÍFILIS EM GESTANTE

N°

Definição de caso: gestante que durante o pré-natal apresente evidência clínica de sífilis e/ou sorologia não treponêmica reagente, com teste treponêmico positivo ou não realizado.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	2 - Individual		3 Data da Notificação
	2 Agravado/doença	SÍFILIS EM GESTANTE		Código (CID10) O98.1
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)	
Notificação Individual	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	7 Data do Diagnóstico	
	8 Nome do Paciente	9 Data de Nascimento		
	10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11 Sexo F - Feminino	12 Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4 - Idade gestacional Ignorada 9 - Ignorado	13 Raça/Cor 1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 9 - Ignorado
Dados de Residência	14 Escolaridade 0 - Analfabeto 1 - 1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2 - 4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3 - 5ª à 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4 - Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5 - Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6 - Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7 - Educação superior incompleta 8 - Educação superior completa 9 - Ignorado 10 - Não se aplica			
	15 Número do Cartão SUS	16 Nome da mãe		
	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito
	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 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	30 País (se residente fora do Brasil)	
Dados Complementares do Caso				
Ant. epít. 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 1 - Primária 2 - Secundária 3 - Terciária 4 - Latente 9 - Ignorado	
	37 Teste não treponêmico no pré-natal 1 - Reagente 2 - Não Reagente 3 - Não Realizado 9 - Ignorado		38 Título	39 Data
Tratamento gestante	40 Teste treponêmico no pré-natal 1 - Reagente 2 - Não reagente 3 - Não realizado 9 - Ignorado			
	41 Esquema de tratamento prescrito à gestante 1 - Penicilina G benzantina 2.400.000 UI 2 - Penicilina G benzantina 4.800.000 UI 3 - Penicilina G benzantina 7.200.000 UI 4 - Outro esquema 5 - Não realizado 9 - Ignorado			
Ant. epidemiológicos da parceria sexual	42 Parceiro tratado concomitantemente à gestante 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			
	43 Esquema de tratamento prescrito ao parceiro 1 - Penicilina G benzantina 2.400.000 UI 2 - Penicilina G benzantina 4.800.000 UI 3 - Penicilina G benzantina 7.200.000 UI 4 - Outro esquema 5 - Não realizado 9 - Ignorado			