

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM ÁREA PROFISSIONAL DE SAÚDE (UNI E
MULTIPROFISSIONAL)

CAROLINA SILVA DE SOUSA

Caracterização epidemiológica da sífilis congênita em um município do interior do Brasil

Uberlândia

2023

CAROLINA SILVA DE SOUSA

Caracterização epidemiológica da sífilis congênita em um município do interior do Brasil

Trabalho de Conclusão de Residência
apresentado à Faculdade de Medicina da
Universidade Federal de Uberlândia como
requisito parcial para obtenção do título de
especialista.

Área de concentração: Atenção Integral ao
Paciente com Necessidades Especiais.

Orientadora: Prof. Dra. Efigenia Aparecida
Maciel de Freitas.

Uberlândia

2023

CAROLINA SILVA DE SOUSA

Caracterização epidemiológica da sífilis congênita em um município do interior do Brasil

Trabalho de Conclusão de Residência
apresentado à Faculdade de Medicina da
Universidade Federal de Uberlândia como
requisito parcial para obtenção do título de
especialista.

Orientadora: Prof. Dra. Efigenia Aparecida
Maciel de Freitas.

Uberlândia, 2023.

Banca Examinadora:

Maria Alexandra Fontinelle Pereira – Mestre FAMED/EBSERH

Luiz Roberto da Silva – Mestre em Genética FMRP USP

Efigenia Aparecida Maciel de Freitas – Profª Doutora FAMED/UFU

Luana Araújo Macedo Scalia – Profª Doutora FAMED/UFU

RESUMO

INTRODUÇÃO: A disseminação hematogênica do *Treponema pallidum* tem como resultado a sífilis congênita, a maioria dos bebês afetados por essa doença não apresenta sintomas visíveis ao nascer. No entanto, durante os primeiros anos de vida, a criança pode desenvolver sequelas motoras, cognitivas, neurológicas, visuais e auditivas. **OBJETIVO:** Descrever a distribuição dos casos notificados de sífilis congênita em Uberlândia-MG, no período de 2013 a 2021. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo descritivo, transversal e de abordagem quantitativa, por meio da análise de registros do Sistema de Informação de Agravos de Notificação. A população deste estudo engloba todas as notificações de sífilis congênita divulgadas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN-net), no período 2013 a 2021 na cidade de Uberlândia-MG. A tabulação dos dados foi feita através do programa Excel. **RESULTADO:** No período estudado, foram identificados 428 casos de sífilis congênita, houve um aumento de notificação de casos entre 2013 e 2020, sendo que em 2019 o aumento foi de 12,3%, comparado ao ano de 2013. Foi identificado maior concentração geográfica de casos nos bairros de periferia. Houve maior número de casos entre as mães com 8 a 11 anos de estudo, havendo missing de 24,5%, 88% das mães realizaram o pré-natal e 10% não realizaram. Os dados mostraram que 42% das mães tinham entre 20 a 25 anos de idade, e mais de 20% tinham menos de 20 anos. Quanto ao momento do diagnóstico 15% deles foram no momento do parto/curetagem. No que diz respeito à adesão ao tratamento pelo parceiro, observou-se que a grande maioria (60%) não realizou o tratamento. Com relação a apresentação clínica 92% foram assintomáticos e 5% foram sintomáticos. O tratamento com Penicilina G cristalina 100.000 a 150.000 Unidade Internacional (UI) foi o mais utilizado (55,6%). **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Verificou-se que há um maior risco para o agravamento em filhos de mães no auge do menacme, de baixa escolaridade e, também, para a população que reside em periferias, em regiões da cidade estigmatizadas. Ressalta-se importância da capacitação das equipes de saúde, sobretudo da enfermagem. É fundamental ressaltar também, a grande responsabilidade do Estado em investir em políticas públicas que visem aprimorar a qualidade do pré-natal e ampliar o seu alcance para toda a população.

Palavras-chave: sífilis; sífilis congênita; cuidado pré-natal.

ABSTRACT

INTRODUCTION: The hematogenous spread of *Treponema pallidum* results in congenital syphilis, and most babies affected by this disease do not present visible symptoms at birth. However, during the first years of life, the child may develop motor, cognitive, neurological, visual, and auditory sequelae. **OBJECTIVE:** Describe the distribution of reported cases of congenital syphilis in Uberlândia-MG, from 2013 to 2021. **METHODOLOGY:** This is a descriptive, cross-sectional, and quantitative study, through the analysis of records from the Notifiable Diseases Information System. The population of this study includes all notifications of congenital syphilis disclosed in the Notifiable Diseases Information System (SINAN-net), from 2013 to 2021 in the city of Uberlândia-MG. Data tabulation was done using Excel software. **RESULTS:** During the studied period, 428 cases of congenital syphilis were identified, with an increase in case notification between 2013 and 2020, and in 2019 the increase was 12.3% compared to 2013. A greater geographic concentration of cases was identified in peripheral neighborhoods. There were more cases among mothers with 8 to 11 years of education, with a missing rate of 24.5%, 88% of the mothers received prenatal care, and 10% did not. The data showed that 42% of the mothers were between 20 and 25 years old, and over 20% were under 20. Regarding the timing of diagnosis, 15% of them were at the time of delivery/curettage. Regarding adherence to partner treatment, it was observed that the vast majority (60%) did not receive treatment. As for clinical presentation, 92% were asymptomatic and 5% were symptomatic. Treatment with crystalline Penicillin G 100,000 to 150,000 International Units (IU) was the most used (55.6%). **FINAL CONSIDERATIONS:** It was found that there is a higher risk for the disease in children of mothers at the peak of their reproductive years, with low educational levels, and also for the population residing in peripheral and stigmatized areas of the city. The importance of training healthcare teams, especially nursing, is emphasized. It is also essential to highlight the great responsibility of the state in investing in public policies that aim to improve the quality of prenatal care and expand its reach to the entire population.

Keywords: Syphilis. Syphilis, Congenital; Prenatal Care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 -	Distribuição dos casos notificados de sífilis congênita de acordo com o ano de notificação. Uberlândia-MG, 2013-2021, (n=428).....	14
Figura 1 -	Distribuição geográfica dos casos de sífilis em gestante no período de 2013 a 2021 em Uberlândia – MG.....	15

LISTA DE TABELA

Tabela 1 -	Distribuição dos casos notificados de sífilis congênita em cada setor censitário do município. Uberlândia-MG, 2013-2021, (n=428).....	16
Tabela 2 -	Dados sociodemográficos das mães das crianças notificadas com sífilis congênita de acordo com a etnia. Uberlândia-MG, 2013-2021 (n=428).....	16
Tabela 3 -	Dados sociodemográficos das mães das crianças notificadas com sífilis congênita de acordo com a escolarização e realização do pré-natal. Uberlândia-MG, 2013-2021 (n=428).....	17
Tabela 4 -	Dados sociodemográficos das mães das crianças notificadas com sífilis congênita de acordo com a idade. Uberlândia-MG, 2013-2021 (n=428).....	17
Tabela 5 -	Momento do diagnóstico com relação ao ano de diagnóstico. Uberlândia, MG, 2013-2021. (n=428).....	18
Tabela 6 -	Tratamento do Parceiro de acordo com ano de diagnóstico. Uberlândia, MG, 2013-2021. (n = 428).....	18
Tabela 7 -	Diagnóstico Clínico. Uberlândia, MG, 2013-2021. (n=428).....	19
Tabela 8 -	Tipos de sintomas. Uberlândia, MG, 2013-2021. (n=428).....	19
Tabela 9 -	Tipos de tratamento do recém-nascido. Uberlândia, MG, 2013-2021. (n=428).....	20

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária a Saúde
ESF	Equipes de Saúde da Família
MS	Ministério da Saúde
MG	Minas Gerais
NASF	Núcleo Ampliado de Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
RN	Recém-Nascido
SINAN-net	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
UAI	Unidade de Atendimento Integrado
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UI	Unidade Internacional

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	09
2	OBJETIVOS.....	12
2.1	Objetivo geral.....	12
2.2	Objetivos específicos.....	12
3	METODOLOGIA.....	12
3.1	Tipo de estudo.....	12
3.2	Local de estudo e população.....	12
3.3	Procedimento de coleta de dados e questões éticas.....	13
3.4	Análise de dados.....	13
4	RESULTADOS.....	14
4.1	Frequência de notificação por ano.....	14
4.2	Distribuição geográfica dos casos de sífilis congênita.....	14
4.3	Dados sociodemográficos das mães das crianças notificadas com sífilis congênita de acordo com a etnia, escolaridade e idade.....	16
4.4	Momento do diagnóstico e tratamento do parceiro.....	17
4.5	Apresentação clínica, presença de sinais e sintomas e tipos de tratamento do recém-nascido.....	19
5	DISCUSSÃO.....	20
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	26
	REFERÊNCIAS.....	28
	ANEXO A – FICHA DE NOTIFICAÇÃO/INVESTIGAÇÃO DE SÍFILIS CONGÊNITA.....	32

1 INTRODUÇÃO

A sífilis é um problema antigo de saúde pública conhecido há muitos anos. Esta doença é provocada pela espiroqueta *Treponema pallidum*, descoberta em 1905. A via sexual é a principal forma de transmissão da infecção, que resulta na forma adquirida. A sífilis gestacional ocorre em gestantes com a enfermidade que não foi tratada ou que passou por tratamento inadequado. A infecção pode ocasionar a forma congênita, na qual a bactéria é transmitida ao conceito por via transplacentária (SOUZA; RODRIGUES; GOMES, 2018).

A sífilis gestacional é uma doença de notificação compulsória, segundo a Portaria 33 de 14 de julho de 2005 (BRASIL, 2018). Quando não tratada durante a gestação, resulta em considerável proporção de mortes fetais, neonatais precoces e alta probabilidade de transmissão vertical, principalmente nas fases primária e secundária (SARACENI *et al.*, 2017).

Em 2010, a sífilis adquirida teve sua notificação compulsória implantada; a taxa de detecção aumentou para 42,5 casos por 100 mil habitantes em 2016, sendo que, em 2010, era de 2,0 casos por 100 mil habitantes (BRASIL, 2017a). No ano de 2021, houve 167.523 casos de sífilis adquirida notificados no SINAN, com uma taxa de detecção de 78,5 casos por 100.000 habitantes. Além disso, foram relatados 74.095 casos de sífilis em gestantes, com uma taxa de detecção de 27,1 casos por 1.000 nascidos vivos. Foram identificados 27.019 casos de sífilis congênita, com uma taxa de incidência de 9,9 casos por 1.000 nascidos vivos. Houve também 192 óbitos devido a sífilis congênita, com uma taxa de mortalidade de 7,0 óbitos por 100.000 nascidos vivos. (BRASIL, 2022).

Durante a série histórica, as taxas de detecção de sífilis adquirida aumentaram continuamente até 2018 e permaneceram estáveis em 2019, quando alcançaram 77,8 casos por 100.000 habitantes. Em 2020, a pandemia de Covid-19 teve um impacto significativo na redução da taxa de detecção de sífilis em 24,1% em comparação com 2019. No entanto, em 2021, a taxa de detecção de sífilis adquirida voltou aos níveis pré-pandêmicos, com 78,5 casos por 100.000 habitantes (BRASIL, 2022).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) projetou acabar com a sífilis congênita até 2015, sendo que, no Brasil, o controle da sífilis faz parte das metas do Pacto pela Saúde. Em várias regiões do Brasil, mesmo com essa projeção, existem estudos que apontam as dificuldades no controle dessa doença (LAFETÁ *et al.*, 2016).

A disseminação hematogênica do *Treponema pallidum* tem como resultado a sífilis congênita, sendo que a transmissão acontece da gestante infectada não tratada ou tratada de forma inadequada para o seu conceito, na maioria das vezes, por via transplacentária. O estágio da sífilis na mãe e o tempo de exposição do feto no útero são os principais fatores que determinam a probabilidade de transmissão vertical do *Treponema pallidum*. Acontece aborto espontâneo, morte perinatal ou natimorto em aproximadamente 40% dos conceitos de mães com sífilis precoce não tratada que foram infectados. Mais da metade das crianças infectadas são assintomáticas ao nascimento, e durante os primeiros meses de vida, surgem os primeiros sintomas (SÃO PAULO, 2016).

O conceito inicia a doença já na sua fase secundária, por conta da transmissão hematogênica da sífilis. Outra via de transmissão na fase gestacional, além da transplacentária, é a que o microrganismo pode migrar da placenta para a câmara amniótica, atingindo também o feto, sendo essa uma forma muito rara de infecção. A transmissão do *Treponema pallidum*, por meio do contato direto da criança com o canal de parto, ocorre somente se houver lesões genitais maternas. A transmissão durante o aleitamento materno ocorre somente se existir lesão mamária por sífilis, acontecimento que também é muito raro. A sífilis não é transmitida para a criança através do leite materno (SÃO PAULO, 2016).

É sabido que a maioria dos bebês afetados pela sífilis congênita não apresenta sintomas visíveis ao nascer (COSTA *et al.*, 2017). No entanto, durante os primeiros anos de vida, a criança pode desenvolver sequelas motoras, cognitivas, neurológicas, visuais e auditivas, o que é uma grande preocupação para os médicos que tratam a doença (LIMA *et al.*, 2019; SANTOS, 2020).

Apesar das várias estratégias de prevenção que foram implementadas para evitar esses problemas, estudos indicam que muitas vezes as oportunidades de prevenção da infecção e suas consequências para as crianças são perdidas, o que sugere possíveis falhas nas estratégias de prevenção em todos os níveis de cuidado de saúde, desde a atenção primária até os níveis secundário e terciário (ANDRADE *et al.*, 2018).

Segundo o Boletim Epidemiológico sobre sífilis, divulgado em 2022, entre 1999 e junho de 2022, o SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) registrou um total de 293.339 casos de sífilis congênita em bebês com menos de um ano de idade. Desse total, 129.949 (44,3%) foram relatados na região Sudeste, 87.925 (29,9%) no Nordeste, 34.599 (11,8%) no Sul, 24.812 (8,5%) no Norte e 16.054 (5,5%) no Centro-Oeste. (BRASIL, 2022).

Para os serviços de saúde, a sífilis se apresenta como um grande desafio, principalmente porque estudos apontam como principal fator responsável pela elevada incidência da sífilis congênita em todo o mundo a assistência ao pré-natal inadequada. Nesse sentido, a garantia do acesso ao serviço de saúde, especialmente no que se refere à qualidade da assistência ao pré-natal e no momento do parto, é determinante para a redução da incidência de sífilis congênita (BRASIL, 2012).

Este projeto de pesquisa delimitou-se em descrever o perfil epidemiológico dos casos notificados de sífilis congênita no município de Uberlândia. A ideia deste estudo surgiu devido ao aumento considerável de casos notificados de sífilis gestacional e congênita nos últimos anos, bem como das consequências da sífilis congênita, principalmente em relação às deficiências causadas, sendo importante ressaltar que a sífilis foi reconhecida há pelo menos 100 anos como doença, porém, mesmo após a descoberta da Penicilina, ainda é perceptível a grande demanda de pessoas diagnosticadas com esta patologia. (TEIXEIRA, 2015).

O Ministério da Saúde (MS) oferece subsídios para atenção à mulher durante o pré-natal, parto e puerpério, entretanto, inúmeras políticas de atendimento não são totalmente cumpridas ou não são eficazes na resolução das situações de saúde (TEIXEIRA, 2015). Diante do exposto, ficam os seguintes questionamentos: qual é a caracterização epidemiológica da sífilis congênita e o perfil das mães notificadas com sífilis? Quais as principais consequências causadas pela sífilis congênita e qual o motivo do elevado número de casos mesmo em meio às políticas públicas já existentes?

Espera-se que os dados desta pesquisa possam contribuir na reorganização do fluxo de atendimento, diagnóstico, acompanhamento e tratamento, atualmente preconizados no município de Uberlândia-MG. A análise e discussão desta pesquisa tem potencial para disparar uma reflexão sobre a necessidade de melhoria da qualidade da assistência às gestantes durante o pré-natal, bem como diminuir a incidência das doenças com tratamento adequado e prevenir a transmissão transplacentária e vertical, diminuindo danos à saúde do recém-nascido, além de reduzir a morbimortalidade pela sífilis congênita. Também, contribuirá para o fortalecimento das medidas de detecção precoce das gestantes e seus parceiros, ajudando a garantir uma assistência contínua e integral dessa população e envolvendo toda equipe multiprofissional na gestão dos casos diagnosticados.

Esses dados serão divulgados em eventos científicos e poderão subsidiar outras pesquisas semelhantes na área, pois há uma carência de dados disponíveis voltados para a questão da sífilis no município ora estudado.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar a distribuição dos casos notificados de sífilis congênita em Uberlândia-MG, no período de 2013 a 2021.

2.2 Objetivo Específico

Descrever e discutir o perfil epidemiológico das mães e das crianças notificadas com sífilis congênita no município de Uberlândia-MG, no período de 2013 a 2021, tentando compreender os fatores relacionados à permanência de casos no município.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

Foi realizado um estudo descritivo, transversal e de abordagem quantitativa, por meio da análise de registros do Sistema de Informação de Agravos de Notificação.

3.2 Local do estudo e população

O estudo foi realizado no município de Uberlândia-MG, que encontra-se localizado na mesorregião do Triângulo Mineiro/Alto Paranaíba, Estado de Minas Gerais (MG), região Sudeste do Brasil, com estimativa de 706.597 habitantes (IBGE, 2021), está dividida em quatro setores censitários: Central/Norte, Leste, Oeste e Sul. Há um total de 53 Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), onde atuam três Unidades de Apoio à Saúde da Família, nove Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF), 74 Equipes de Saúde da Família (ESF), com 69 equipes na zona urbana, cinco equipes na zona rural, oito Unidades Básicas de Saúde (UBS) Convencionais e oito Unidades de Atendimento Integrado (UAI) (UBERLÂNDIA, 2018).

Atualmente, em Uberlândia-MG, os casos diagnosticados e confirmados de Sífilis em gestantes são notificados por todas as unidades de saúde da rede municipal, incluindo o Hospital de Clínicas de Uberlândia-MG, Hospital e Maternidade Municipal Doutor Odelmo Leão Carneiro de Uberlândia-MG e o setor de saúde privada do município. Após a notificação compulsória, as fichas são enviadas ao setor de Vigilância Epidemiológica. Este estudo utilizou os dados extraídos destas fichas digitadas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação, sendo assim, a população deste estudo engloba todos os 428 casos de sífilis congênita notificados no SINAN, no período de 2013 a 2021, em Uberlândia-MG.

3.3 Procedimento de coleta de dados e questões éticas

A coleta de dados foi realizada a partir da revisão do banco de dados do DATASUS através de sua ferramenta de tabulação desenvolvida online Tabnet. Os dados relacionados a distribuição geográfica de casos foram solicitados por e-mail para o setor de Vigilância Epidemiológica de Uberlândia, pois são dados que não são filtrados pela plataforma online do DATASUS.

Dessa forma, como são dados secundários de domínio público, dispensa-se a submissão e parecer do comitê de ética e pesquisa. Ressalta-se que, durante todo o desenvolvimento da pesquisa, se atentou às normas nacionais e internacionais de ética em pesquisa envolvendo seres humanos em conformidade à Resolução 466, de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que dispõe sobre pesquisas com seres humano, mesmo se tratando de dados secundários de domínio público.

3.4 Análise de dados

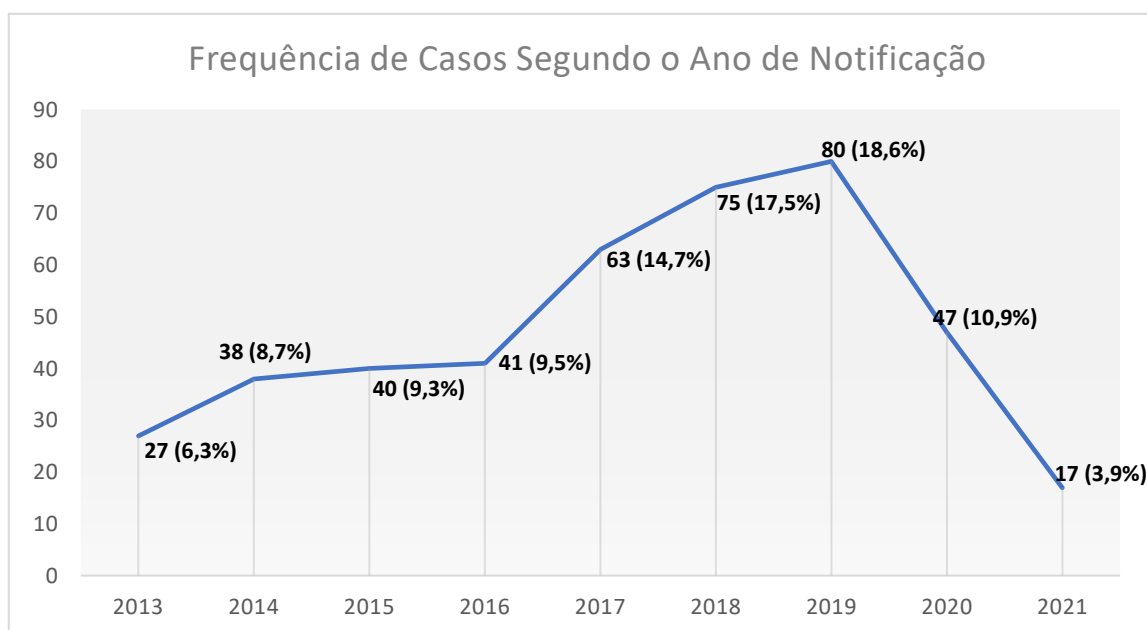
Na tabulação dos dados, foi utilizado o programa Excel, para elaboração dos gráficos, tabelas e tratamento estatístico. Os dados foram apresentados em gráfico e tabelas.

4 RESULTADOS

4.1 Frequência de notificação por ano

O gráfico abaixo apresenta um panorama dos casos referentes ao período de 2013 a 2021. Aqui, vemos que houve um aumento de notificação de casos entre 2013 e 2020, sendo que em 2019 o aumento foi de 12,3%, comparado ao ano de 2013. Além disso, verifica-se o decréscimo dos casos a partir de 2020, sendo que em 2021 registrou-se o menor número de notificações desde 2013.

Gráfico 1 - Distribuição dos casos notificados de sífilis congênita de acordo com o ano de notificação. Uberlândia-MG, 2013-2021, (n=428)

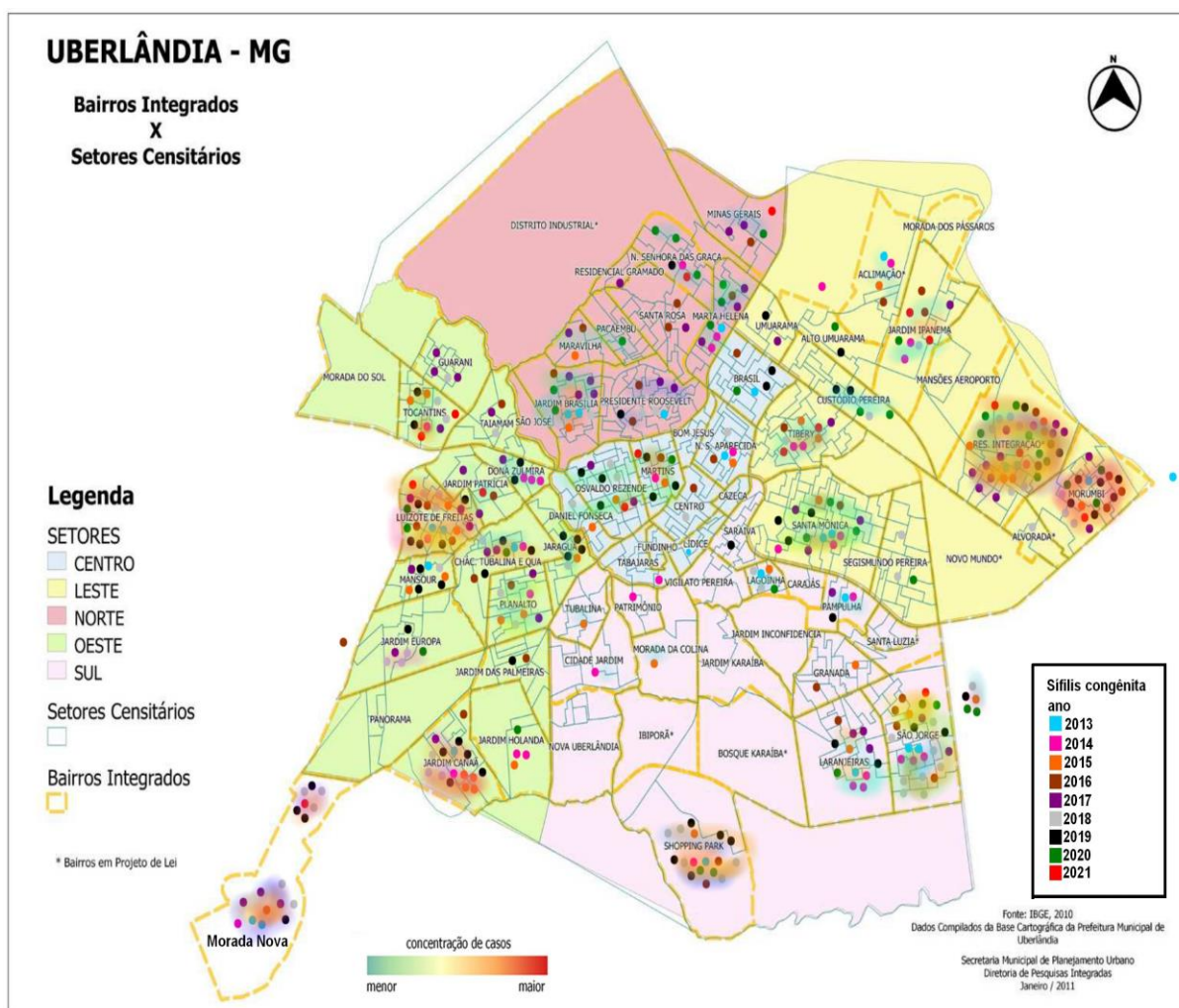


Fonte: Adaptado de Uberlândia (2023).

4.2 Distribuição geográfica dos casos de sífilis congênita

Na figura 1 abaixo, é possível verificar a localização dos casos de sífilis congênita identificados no período de 2013 a 2021, no município de Uberlândia - MG. Nota-se a existência de casos em quase todos os bairros, porém, há maior concentração nos bairros de periferia, sendo a região com maior concentração de casos na cidade o setor oeste (34%) e leste (31%) (tabela 1).

Figura 1 – Distribuição geográfica dos casos de sífilis em gestante no período de 2013 a 2021 em Uberlândia – MG



Fonte: Adaptado de Uberlândia (2023).

Tabela 1 - Distribuição dos casos notificados de sífilis congênita em cada setor censitário do município. Uberlândia-MG, 2013-2021, (n=428)

Ano	Setores Censitários				Total
	Leste	Oeste	Norte	Sul	
2013	9	8	4	6	27
2014	13	12	4	9	38
2015	12	17	3	8	40
2016	13	10	9	9	41
2017	17	22	15	9	63
2018	18	30	5	22	75
2019	23	35	3	19	80
2020	19	5	10	13	47
2021	9	6	1	1	17
Total (%)	133 (31)	145 (34)	54 (12)	96 (22)	428 (100)

Fonte: Adaptado de Uberlândia (2023).

4.3 Dados sociodemográficos das mães das crianças notificadas com sífilis congênita de acordo com etnia, escolaridade e idade

Consoante os dados da tabela 2, observa-se semelhança entre mães brancas (46%) e não brancas (46,4%) com relação ao número de casos de sífilis congênita no período e no município estudados.

Tabela 2 - Dados sociodemográficos das mães das crianças notificadas com sífilis congênita de acordo com a etnia. Uberlândia-MG, 2013-2021 (n=428)

Ano	Etnia					Total
	Ign/Branco	Branca	Preta	Amarela	Parda	
Diagnóstico						
2013	5	10	-	-	12	27
2014	5	21	3	-	9	38
2015	4	13	3	-	20	40
2016	6	22	3	-	10	41
2017	2	35	3	-	23	63
2018	-	38	6	2	29	75
2019	2	35	8	-	35	80
2020	1	17	3	-	26	47
2021	3	8	3	-	3	17
Total	28(6%)	199(46%)	32(7%)	2(0,4%)	167(39%)	428

Fonte: Adaptado de Uberlândia (2023).

Na tabela 3, é possível observar que houve maior número de casos entre as mães com 8 a 11 anos de estudo, 180 (42%) e 94 (21,9%) mães respectivamente, 379 (88%) mães realizaram o pré-natal, sendo que 43 (10%) não realizaram. Destaca-se que, para a escolaridade, houve *missing* de 105 (24,5%) mães.

Tabela 3 - Dados sociodemográficos das mães das crianças notificadas com sífilis congênita de acordo com a escolarização e realização do pré-natal. Uberlândia-MG, 2013-2021 (n=428)

Escolarização	Realização do pré-natal			Total (%)
	Ign/Branco	Sim	Não	
Ign/Branco	2	85	18	105(24,5)
Analfabeto	-	3	-	3(0,7)
≤ 4 anos	1	30	4	35(8,1)
≤ 8 anos	1	163	16	180(42)
≤ 11 anos	2	88	4	94(21,9)
≥ 11 anos	-	7	-	7(1,6)
Não se aplica	-	3	1	4(0,9)
Total (%)	6(1,4)	379(88)	43(10)	428(100)

Fonte: Adaptado de Uberlândia (2023).

Os dados da tabela 4 mostram que 42% das mães das crianças notificadas com sífilis congênita no período pesquisado tinham entre 20 a 25 anos de idade, e mais de 20% das mães tinham menos de 20 anos.

Tabela 4 - Dados sociodemográficos das mães das crianças notificadas com sífilis congênita de acordo com a idade. Uberlândia-MG, 2013-2021 (n=428)

Idade da mãe em anos	Casos confirmados (%)
≤ 15	7 (1)
16 –I 19	90(21)
20 –I 25	180(42)
26 –I 30	85(19)
≥ 31	66(15)
Total	428

Fonte: Adaptado de Uberlândia (2023).

4.4 Momento do diagnóstico e tratamento do parceiro

Ao analisar a tabela 5, percebe-se que houve mais diagnósticos de sífilis congênita durante o pré-natal (72%), sendo que 15% dos diagnósticos foram no momento do parto/

curetagem.

Tabela 5 – Momento do diagnóstico com relação ao ano de diagnóstico. Uberlândia, MG, 2013-2021. (n=428)

Ano Diagnóstico	Momento do Diagnóstico					Total
	Ign/Branco	Durante o pré-natal	No momento do parto/curetagem	Após o parto	Não realizado	
2013	1	25	1	-	-	27
2014	3	24	2	8	1	38
2015	1	25	7	7	-	40
2016	1	30	4	6	-	41
2017	1	44	13	3	2	63
2018	3	51	16	5	-	75
2019	2	67	7	4	-	80
2020	-	33	11	2	1	47
2021	-	12	4	1	-	17
Total (%)	12 (2)	311(72)	65(15)	36(8)	4(0,9)	428(100)

Fonte: Adaptado de Uberlândia (2023).

No que diz respeito à adesão ao tratamento pelo parceiro, observou-se que a grande maioria (60%) dos parceiros das mães não realizou o tratamento. Nesse aspecto, é importante ressaltar que, durante todos os anos do estudo, a não adesão ao tratamento pelo parceiro foi predominante (tabela 6).

Tabela 6 – Tratamento do parceiro de acordo com ano de diagnóstico. Uberlândia, MG, 2013-2021. (n = 428)

Ano Diagnóstico	Tratamento do parceiro			Total
	Ign/Branco	Sim	Não	
2013	5	1	21	27
2014	10	8	20	38
2015	2	14	24	40
2016	3	16	22	41
2017	4	16	43	63
2018	12	23	40	75
2019	9	19	52	80
2020	14	8	25	47
2021	4	1	12	17
Total (%)	63 (14)	106 (24)	259 (60)	428 (100)

Fonte: Adaptado de Uberlândia (2023).

4.5 Apresentação clínica, presença de sinais e sintomas e tipos de tratamento do recém-nascido

Observando a tabelas 7, compreende-se que, dos casos notificados de sífilis congênita no período pesquisado, 92% foram assintomáticos e 5% foram notificados como sintomáticos. Conforme mostra a tabela 8, destes sintomáticos, 16 crianças apresentaram icterícia e oito apresentaram esplenomegalia e hepatomegalia, 10 crianças apresentaram outros sintomas, como é possível observar na mesma tabela.

Tabela 7 – Diagnóstico Clínico. Uberlândia, MG, 2013-2021. (n=428)

Diagnóstico clínico	Casos (%)
Assintomático	397 (92)
Sintomático	23 (5)
Não se aplica	5 (1)
Ignorado	3 (0,7)
Total	428

Fonte: Adaptado de Uberlândia (2023).

Tabela 8 – Tipos de sintomas. Uberlândia, MG, 2013-2021. (n=428)

Sintoma	Sim
Icterícia	16
Rinite	1
mucosanguinolenta	
Anemia	4
Esplenomegalia	8
Hepatomegalia	8
Osteocondrite	2
Lesões cutâneas	5
Outros sintomas	10

Fonte: Adaptado de Uberlândia (2023).

Outros sintomas descritos foram: insuficiência respiratória por prematuridade, plaquetopenia em cinco crianças, microcefalia em duas crianças, irritabilidade, restrição do crescimento, hidropisia fetal, descamação superficial, caroidite e ascite. Dos 428 casos notificados, 5 evoluíram para óbito.

Observa-se na tabela 9 abaixo uma maior prescrição de tratamento com Penicilina G cristalina 100.000 a 150.000 Unidade Internacional (UI) (55,6%). Destaca-se, também, a prescrição de Penicilina G procaína 50.000 UI (16,5%).

Tabela 9 – Tipos de tratamento do recém-nascido. Uberlândia, MG, 2013-2021. (n=428)

Tipo de tratamento	Crianças tratadas (%)
1*	238 (55,6)
2*	71(16,5)
3*	27 (6,3)
4*	68 (15,8)
5*	19 (4,4)
9*	5 (1,6)
Total	428 (100)

Fonte: Adaptado de Uberlândia (2023). * 1 Penicilina G cristalina 100.000 a 150.000 UI/Kg/dia-10dias; 2 Penicilina G procaína 50.000 UI/Kg/dia-10dias; 3 Penicilina G benzatina 50.000 UI/Kg/dia; 4 Outro esquema; 5 Não realizado; 9 Ignorado.

5 DISCUSSÃO

No período estudado, observa-se que os números de casos de sífilis congênita tiveram um crescente aumento de notificações entre os anos de 2013 a 2019, com maior ocorrência nos anos de 2017 a 2019 no município de Uberlândia-MG. Outros estudos realizados em Minas Gerais também observaram essa tendência de crescimento de casos da sífilis congênita, o que remete a um problema de saúde pública a ser enfrentado ainda hoje no estado (AMORIM *et al.*, 2021; LIMA, 2021; GOMES *et al.*, 2020).

A nível nacional, o aumento do número de casos neste período também é evidente, pois, de acordo com o Boletim Epidemiológico de Sífilis de 2022, até 2018, a taxa de incidência de sífilis congênita aumentou consideravelmente, chegando a 9,1 casos por 1.000 nascidos vivos, representando um aumento de 2,8 vezes em relação aos anos de 2011 a 2018. Embora tenha havido uma queda de 5,2% entre 2018 e 2020, ocorreu um aumento de 14,6% entre 2020 e 2021 (BRASIL, 2022).

A taxa de incidência de sífilis congênita foi maior nas regiões Nordeste e Sudeste do que a média nacional, enquanto o Rio de Janeiro teve a maior taxa de detecção de sífilis em gestantes e incidência de sífilis congênita em 2021, com 62,6 gestantes e 26,0 casos por 1.000 nascidos vivos, respectivamente. (BRASIL, 2022).

Alguns autores citam que esse aumento considerável da sífilis neste período pode estar relacionado à escassez mundial de penicilina G benzatina, que se iniciou em 2014 e foi

acompanhada de um surto de sífilis, sendo este medicamento a primeira e única opção (padrão ouro) para o tratamento da sífilis (GUIMARÃES, 2017; AMORIM *et al*, 2021). Apesar disso, mesmo com a regularização dessa situação, as notificações continuaram aumentando. Outro motivo a ser considerado como causa de aumento da incidência da doença é a maior adesão dos profissionais à realização da devida notificação (BRASIL, 2017b).

Neste estudo, a partir de 2020, as notificações começam a ter um decréscimo considerável. Essa diminuição na quantidade de notificações de sífilis congênita, no mesmo período, também foi observada em outros estudos e pode estar relacionada à pandemia de COVID-19, que impactou significativamente o sistema de saúde em todo o mundo. A pandemia exigiu uma mudança na forma como os serviços de saúde foram prestados, com muitos recursos sendo direcionados para o tratamento e prevenção do COVID-19, o que pode ter desviado a atenção de outras doenças infecciosas, como a sífilis (BRASIL, 2022; TEIXEIRA, MOURÃO E SANTANA, 2023).

Além disso, a pandemia também levou a medidas de distanciamento social, o que pode ter dificultado o acesso aos serviços de saúde, incluindo o pré-natal e o diagnóstico de sífilis congênita. Mulheres grávidas podem ter evitado consultas presenciais e exames durante a pandemia, o que pode ter levado a uma subnotificação de casos de sífilis congênita.

O presente estudo pôde evidenciar que houve maior concentração de casos de sífilis congênita nas regiões periféricas da cidade. O município onde a pesquisa foi realizada possui algumas áreas com ocupação de pessoas sem teto, que não são legalizadas, os chamados “assentamentos”, essas áreas estão localizadas nas periferias da cidade em meio aos bairros, em maior quantidade nas regiões leste e oeste, que foram as regiões com mais casos de sífilis congênita identificados nesta pesquisa. Uma região da cidade chamada Residencial Integração, que atualmente é regularizada e concentra alguns bairros, era formada por assentamentos antigos e ocupações irregulares que só foram regularizados após pressão popular, apesar disso, mesmo após ser oficialmente reconhecido como bairro, ainda ocorrem estigmas associados a processos de segregação e exclusão social e espacial (AMORIM E RIBEIRO, 2021). Todo esse contexto social, pode ter influência também, para a maior concentração de casos nessas regiões. Ainda existem regiões com moradias não regularizadas na cidade em questão e, por isso, não possuem assistência das Unidades Básicas de Saúde da Família e essa situação pode acentuar este problema na cidade, pois muitas gestantes acabam nem tendo acesso ao pré-natal, por exemplo.

Neste estudo não foi encontrado diferença significativa entre mães brancas e não brancas, porém, alguns outros estudos realizados neste mesmo município, no estado de Minas Gerais e em outras cidades do Brasil, apontam que as gestantes não brancas com cor de pele parda e negra são mais acometidas pela doença em questão (AMORIM *et al.* 2021; SANTOS, COSTA e GUIMARAES, 2020; GOMES *et al.*, 2020).

Com relação à escolaridade, é possível observar nesta pesquisa que existe maior número de casos de sífilis entre gestantes com baixa escolaridade. Esse dado também foi evidenciado em um estudo realizado por Saraceni *et al.*, (2017), que analisou dados sobre sífilis em gestante em seis unidades federativas do Brasil, onde, em todas essas capitais, o número de gestantes com sífilis com até oito anos de escolarização é maior. A baixa escolaridade está ligada ao menor acesso à informação e, conseqüentemente, a um menor entendimento da importância das medidas de prevenção de doenças (NOGUCHI *et al.*, 2018).

Com os dados obtidos através deste estudo foi encontrado que a maioria das mães dos conceptos acometidos pela sífilis congênita possui de 8 a 11 anos de estudo, o que corresponderia ao nível fundamental e médio, além disso, outra característica do perfil sociodemográfico a ser destacada está relacionada a idade, uma vez que o número de mulheres infectadas com a doença neste estudo, foi maior entre os 20 a 25 anos de idade. Isso reflete o contexto social da sífilis, onde maiores incidências são encontradas em populações em condições mais vulneráveis, o que no Brasil remete a um cenário de mulheres pardas ou negras, com pouca formação educacional e possivelmente sujeitas à exclusão social (SANTOS, COSTA e GUIMARAES, 2020; AMORIM *et al.* 2021). No que se refere à idade, tal acontecimento pode ser justificado, também, pelo fato dessas mulheres estarem susceptíveis a sexo desprotegido e por estarem no ápice da atividade sexual (SILVA *et al.*, 2017), por isso, as ações educativas para a redução do número de casos devem ser mais centradas em mulheres com idade entre 20 a 39 anos (OLIVEIRA *et al.*, 2019).

Na análise dos dados feita a partir deste estudo, identificamos que 88% das mães das crianças notificadas com sífilis realizaram o pré-natal. Com relação ao momento do diagnóstico de sífilis congênita, a maioria foi realizado durante o pré-natal (72%), e 15% foi realizado no momento do parto/curetagem. Esses dados se assemelham aos encontrados em outros estudos (LIMA *et al.*, 2019; GOMES *et al.*, 2020) e condiz, também, com os dados nacionais. De acordo com o Boletim Epidemiológico de Sífilis de 2022, ao longo do tempo houve um aumento gradual no número de casos de sífilis congênita em que as mães receberam cuidados pré-natais, chegando a 82,7% em 2021. Esse mesmo Boletim evidenciou

que em 57,4% dos casos de sífilis congênita, o diagnóstico da sífilis materna, foi realizado durante o pré-natal. Não obstante, nota-se que a melhoria das taxas de realização de pré-natal e de diagnóstico de sífilis materna durante a gestação não foi suficiente para quebrar a cadeia de transmissão do agravo. Em 2021, 31,5% das mães tiveram diagnóstico de sífilis no momento do parto/curetagem, e 5,5% após o parto (BRASIL, 2022).

O diagnóstico de sífilis no momento do parto indica que a infecção não foi identificada ou tratada adequadamente durante o pré-natal. De acordo com estudos nacionais, a qualidade do atendimento pré-natal no Brasil é insuficiente, levando em consideração fatores como a quantidade de consultas pré-natal e o momento de início do acompanhamento, bem como a realização de exames de rotina e as orientações sobre parto e amamentação. Além disso, ao avaliar a estrutura das unidades de saúde e os processos de atendimento de pré-natal, foram identificadas inadequações no acesso, na promoção da saúde e na qualidade do cuidado prestado às gestantes, tanto em nível individual quanto coletivo (SOARES E AQUINO, 2021).

É fundamental que os serviços de saúde, principalmente a Atenção Primária à Saúde (APS), realizem a identificação precoce de gestantes e ofereçam testes de rastreamento para a sífilis em um momento oportuno. Com essa abordagem, é possível fornecer às gestantes informações e orientações necessárias para prevenir a sífilis, além de possibilitar o tratamento adequado em tempo hábil. (AMORIM *et al.*, 2021; LIMA, 2021; GOMES *et al.*, 2020).

Um dos obstáculos a ser considerado para a redução dos casos de sífilis congênita é o tratamento do parceiro, este se apresenta como uma grande dificuldade e é um dado concordante em vários outros estudos realizados em diferentes regiões do Brasil (LIMA *et al.*, 2020; FERREIRA, ROLIM E BOMFADA, 2021; LEAL *et al.*, 2020). Esta pesquisa mostrou que 60% dos parceiros das mães não realizaram o tratamento, sendo que em todos os anos do estudo houve maioria na não adesão ao tratamento pelo parceiro. Os motivos pelos quais os homens não utilizam os serviços de saúde são relacionados a obstáculos socioculturais, históricos e institucionais. Tais obstáculos incluem estereótipos de gênero, horários inflexíveis relacionados a emprego, dificuldades de acesso ao serviço de saúde e falta de compreensão da relevância do diagnóstico e tratamento de doenças. Por essa razão, é essencial que profissionais de saúde implementem medidas para incluir homens no cuidado com a saúde (SANTOS, ARAUJO E GUIMARÃES, 2022). A não adesão dos parceiros ao tratamento adequado, em razão da própria negação do homem a se submeter ao tratamento por motivos socioculturais, pode revelar um quadro de relação abusiva vivido entre a mulher e seu

parceiro, pois, com a recusa deste, a mulher, mesmo se propondo a fazer o tratamento, ainda permanece em situação de vulnerabilidade, estando numa condição propícia a uma reinfecção, uma vez que seu parceiro, com o qual mantém relações, não se submeteu ao tratamento, subsistindo, assim, a possibilidade de transmissão do homem para a mulher e da gestante para o feto.

A falta de atenção dos órgãos públicos para a questão do tratamento inadequado de gestantes e parceiros é um fator crucial na incidência da sífilis congênita (LIMA *et al.*, 2019). Nesse cenário, destaca-se a relevância do pré-natal masculino ser realizado pelo parceiro da gestante, visto que ele pode ser a fonte de infecção e de reinfecções futuras (SANTOS, ARAUJO E GUIMARÃES, 2022). Portanto, é fundamental que sejam implementadas políticas públicas com o objetivo de aprimorar a adesão dos parceiros ao tratamento adequado, reduzindo a possibilidade de reinfecção e minimizando as deficiências na administração do tratamento das mulheres (LEAL *et al.*, 2020; FERREIRA, ROLIM E BOMFADA, 2021).

A maioria dos casos deste estudo foram notificados como assintomáticos (92%), dos sintomáticos, o que ocorreu com maior frequência foi a icterícia, seguido de esplenomegalia e hepatomegalia. Outros estudos obtiveram resultados semelhantes com a maioria dos casos assintomáticos com a icterícia como sintoma mais comum, e descrevem também, complicações como hepatomegalia, esplenomegalia e lesões cutâneas (COSTA, ARAUJO E ITANI, 2022; ALMEIDA *et al.*, 2021; FERRO *et al.* 2020).

É importante ressaltar que o diagnóstico de sífilis congênita é um processo mais complicado do que o diagnóstico de sífilis durante a gravidez, uma vez que mais da metade dos recém-nascidos (RN) não apresentam sintomas ao nascer ou apresentam sintomas leves ou pouco específicos, o que torna o diagnóstico difícil e requer exames mais especializados e dispendiosos (BRASIL, 2015). Embora muitos recém-nascidos possam não apresentar sintomas no momento do nascimento, é possível que surjam sinais clínicos precoces em crianças com menos de dois anos ou manifestações tardias após essa idade (COSTA, ARAUJO E ITANI, 2022).

Para garantir a detecção precoce da sífilis congênita em bebês cujas mães não foram tratadas ou receberam tratamento inadequado, é recomendado que sejam realizados exames de VDRL, hemograma, radiografia de ossos longos e punção liquórica, mesmo que não apresentem sintomas ao nascer. Em um estudo realizado na cidade de Porto Alegre,

constatou-se que 25% dos recém-nascidos assintomáticos apresentaram alterações em pelo menos um desses exames (ROCHA *et al.*, 2021).

Os profissionais de saúde devem estar alertas para sinais e sintomas que não são característicos de crianças com sífilis congênita, mas que podem indicar complicações ou outras patologias associadas, apesar de serem inespecíficos. Além disso, é fundamental que seja realizado um exame físico completo no recém-nascido a fim de identificar precocemente as manifestações clínicas da doença em questão. Essa abordagem é crucial para minimizar as sequelas da infecção, especialmente porque bebês que apresentam sintomas ao nascer têm maior risco de morte em comparação com aqueles que são assintomáticos (ROCHA *et al.*, 2021).

Com relação ao tratamento, o mais utilizado neste estudo foi a penicilina G cristalina 100.000 a 150.000 UI (55,6%) e a penicilina G procaína 50.000 UI (16,5%). No Brasil, em 2021, o esquema de tratamento mais utilizado também foi a penicilina G cristalina e em segundo a penicilina G procaína (BRASIL, 2022).

A base do tratamento para crianças com sífilis congênita é a benzilpenicilina, que pode ser administrada nas formas potássica ou cristalina, procaína ou benzatina. A escolha do tipo de droga a ser utilizada depende da titulação do teste não treponêmico da criança em relação ao da gestante, do tratamento recebido pela mãe durante a gravidez e dos exames clínicos e laboratoriais realizados no recém-nascido. Em caso de não negatização ou elevação do VDRL em até 18 meses, o tratamento deve ser reiniciado. O tratamento para o RN varia de acordo com a condição, sendo que para aqueles sem alterações, a penicilina benzatina é o tratamento de base, com dose única de 50.000 UI/kg por via intramuscular. (LOPES *et al.*, 2021).

Não foi possível apresentar dados específicos sobre o tratamento da mãe neste estudo, pois o sistema no qual foi realizado esta pesquisa não oferecia esta informação. Porém, o tratamento da mãe durante a gestação é importante e exerce muita influência sobre a transmissão vertical e também sobre o tratamento a ser realizado no RN.

Para evitar intervenções desnecessárias no RN, é essencial que o tratamento da sífilis na gestante seja cuidadosamente avaliado. Vários fatores devem ser considerados para que o tratamento seja adequado, incluindo o risco de reinfecção, início do tratamento até 30 dias antes do parto, administração adequada da penicilina benzatina com intervalos de doses apropriadas, escolha da terapia com base no estágio clínico da doença e queda dos títulos em testes não treponêmicos em pelo menos duas diluições em três meses ou quatro diluições em seis meses após a conclusão do tratamento (LOPES *et al.*, 2021).

Na realização deste estudo, foram encontradas algumas limitações que são comuns em pesquisas com dados secundários, pois dependem da cobertura e qualidade dos registros. Por isso, existe a possibilidade de sub-registros, subnotificações e informações registradas de forma inadequada. Alguns campos das fichas não são preenchidos e são apresentados como dados ignorados e isso pode estar relacionado à falta de atenção ou de conhecimento dos profissionais que preenchem a ficha, o que torna mais difícil analisar detalhadamente o perfil das mulheres.

Por fim, estes dados podem ser relevantes para a elaboração de políticas públicas relacionadas a esse tema, para que se possa alcançar a população alvo, corroborando na tomada de decisão e implantação de intervenções nas instituições de saúde (ANDRADE *et al.*, 2019).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na presente pesquisa, foi possível caracterizar os casos notificados de sífilis congênita no município estudado, possibilitando um melhor entendimento sobre quais as populações vulneráveis a essa doença e quais motivos para alta incidência da sífilis congênita nos últimos anos. Sendo assim, há um maior risco para o agravo em filhos de mães no auge do menacme, de baixa escolaridade e, também, para a população que reside em periferias, em regiões da cidade estigmatizadas, onde possivelmente são negligenciadas e excluídas de maneira em que as políticas públicas de saúde não as alcançam de forma integral e eficaz.

É importante ressaltar que a diminuição das notificações não significa necessariamente uma redução real na incidência de sífilis congênita, mas pode representar uma subnotificação dos casos. Por isso, é essencial que sejam realizados esforços para aumentar a conscientização sobre a importância do pré-natal e do diagnóstico precoce da sífilis congênita, mesmo durante a pandemia.

Foi possível observar, também, a alta taxa de parceiros que não realizam o tratamento, o que é uma das principais barreiras a serem quebradas, para que tenhamos uma redução no número de casos significativa, com isso se faz necessário novos estudos para se entender os motivos da não adesão ao tratamento dos parceiros e buscar formas de mudar essa realidade.

Diante deste estudo, imperioso se faz ressaltar a importância da capacitação das equipes de saúde, sobretudo da enfermagem no que se refere à educação em saúde tanto para

o atendimento adequado como para um aconselhamento mais categórico sobre a responsabilidade dos pais com a saúde de seus filhos, com intuito de prevenção/redução da sífilis congênita no país. É fundamental ressaltar também, a grande responsabilidade do Estado em investir em políticas públicas que visem aprimorar a qualidade do pré-natal e ampliar o seu alcance para toda a população.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, A. S. *et al.* Sífilis na gestação, fatores associados à sífilis congênita e condições do recém-nascido ao nascer. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 30, 2021.
- ANDRADE, H. S. *et al.* Caracterização epidemiológica dos casos de sífilis em mulheres. **Ciência & Saúde**, Rio Grande do Sul, v. 12, n. 1, p. e32124, 2019.
- AMORIM, E. K. R. *et al.* Tendência dos casos de sífilis gestacional e congênita em Minas Gerais, 2009-2019: um estudo ecológico. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 30, 2021.
- AMORIM, P. H. S.; RIBEIRO F., V. **Da segmentação à fragmentação socioespacial: análise do residencial integração-setor leste de uberlândia (mg)**. 2021. Disponível em: https://editorarealize.com.br/editora/anais/enanpege/2021/TRABALHO_COMPLETO_EV154_MD1_SA165_ID333719112021235755.pdf. Acesso em: 20 set. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Agenda de ações estratégicas para redução da sífilis no Brasil**. Brasília, 2017a. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/agenda-de-acoes-estrategicas-para-reducao-da-sifilis-no-brasil>. Acesso em: 20 set. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica nº32: atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília, DF, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico de Sífilis**. Brasília, DF, n. 01, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2022/boletim-epidemiologico-de-sifilis-numero-especial-out-2022/view>. Acesso em: 19 dez. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical de HIV, sífilis e hepatites virais**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais. **Boletim epidemiológico de sífilis**. Brasília, DF, v. 48, n. 36, 2017b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais. **Boletim epidemiológico de sífilis**. Brasília, DF, v. 49, n. 45, 2018.
- CAVALCANTE, A. N. M. *et al.* Fatores associados ao seguimento não adequado de crianças com sífilis congênita. **Revista de Saúde Pública**, v. 53, 2019.
- COSTA, C.V. *et al.* CONGENITAL SYPHILIS: REPERCUSSIONS AND CHALLENGES. **Arq. Catarin Med**, jul-set; 46(3):194-202, 2017.

- COSTA, R. L.S.; ARAÚJO, A. S.; ITANI, A. P. B. Consequências da sífilis congênita para o recém-nascido: um estudo de revisão. **Revista Ciência (In) Cena**, v. 1, n. 16, 2022.
- FERREIRA, F.K.S; ROLIM, A. C. A.; BONFADA, D. Perfil dos casos de sífilis congênita no Rio Grande do Norte: estudo de série temporal. **Revista Ciência Plural**, v. 7, n. 2, p. 33-46, 2021.
- FERRO, R. P. *et al.* Caracterização dos casos de sífilis congênita com ênfase no esquema terapêutico em uma maternidade filantrópica no ES. **J Hum Growth Dev**, v. 30, n. 2, p. 283-290, 2020.
- GOMES, F. T. *et al.* Perfil epidemiológico dos casos de sífilis congênita no estado de Minas Gerais no período de 2007 a 2017. **Scientia Plena**, v. 16, n. 3, 2020.
- GUIMARÃES, K. Conselho Federal de Farmácia. **Falta mundial de penicilina afeta doentes**. Brasília, DF, 2017. Disponível em: <http://www.cff.org.br/noticia.php?id=4445&titulo=Falta+mundial+ de+ penicilina+ afeta+doentes>. Acesso em: 20 maio 2022.
- IBGE. **Cidades**: Uberlândia- MG. Rio de Janeiro, 2021. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/>. Acesso em: 10 out. 2022.
- LAFETÁ, K. R. G. *et al.* Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 19, p. 63-74, 2016.
- LEAL, T. L. S. L. *et al.* Perfil epidemiológico dos casos de sífilis congênita no Maranhão. **Revista Eletrônica Acervo Científico**, v. 8, p. e2936-e2936, 2020.
- LIMA, E. V. A. **Fatores relacionados à assistência das gestantes com Sífilis e recém-nascidos com Sífilis Congênita na região de saúde de Unaí-Minas Gerais no período de 2014 a 2019**. 2021. Tese de Doutorado. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/50221>. Acesso em: 07 dez 2022.
- LIMA, T. M. *et al.* Perfil epidemiológico de pacientes com sífilis congênita e gestacional em um município do Estado de São Paulo, Brasil. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife, 19 (4): 873- 880 out-dez., 2019.
- LOPES, A. B. *et al.* Ampla abordagem sobre a sífilis congênita: revisão narrativa. **Revista Eletrônica Acervo Científico**, v. 37, p. e9075-e9075, 2021.
- NOGUCHI, T. F. B. *et al.* Prevalência de sífilis em gestante em uma cidade do sul de minas gerais: análise documental. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, Três Corações, v. 16, n. 3, 2018.
- OLIVEIRA, K. T. A. *et al.* Caracterização da sífilis em gestantes no município de Codó–Maranhão no período de 2012 a 2017. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, Campinas, n. 19, p. e236-e236, 2019.

ROCHA, A. F. B. *et al.* Complicações, manifestações clínicas da sífilis congênita e aspectos relacionados à prevenção: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, 2021.

SANTOS, A. A. A.; ARAÚJO, F. A. G.; GUIMARÃES, T. M. M. Qualidade da assistência pré-natal associada à incidência de sífilis congênita: revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 14, p. e541111436854-e541111436854, 2022.

SANTOS, A. L. G. **Cuidados dispensados a recém-nascidos com sífilis congênita**. 2020. Tese de Doutorado. Disponível em: https://repositorio.unifametro.edu.br/bitstream/123456789/477/1/ANDR%C3%89A%20LIMA%20GOMES%20DOS%20SANTOS_TCC.pdf. Acesso em: 22 out. 2022.

SANTOS, R. R.; COSTA, V. M. S.; GUIMARÃES, L. C. G. A incidência de sífilis congênita em porto nacional-to no período de 2016 a 2019. **Saúde integral: da teoria à prática vol. I**, Maringá, p. 20, 2020.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. Centro de Controle de Doenças. Programa Estadual de DST/Aids. **Guia de bolso para o manejo da sífilis em gestantes e sífilis congênita**. São Paulo, 2016.

SARACENI, V. *et al.* Vigilância epidemiológica da transmissão vertical da sífilis: dados de seis unidades federativas no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 41, p. e44, 2017.

SILVA, L. C. V. G. *et al.* Perfil dos casos de sífilis congênita em um município do sul de Mato Grosso. **Journal Health NPEPS**, Tangará da Serra, v. 2, n. 2, p. 380-390, 2017.

SOARES, M. A. S.; AQUINO, R. Associação entre as taxas de incidência de sífilis gestacional e sífilis congênita e a cobertura de pré-natal no Estado da Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, p. e00209520, 2021.

SOUZA, O. B. S.; RODRIGUES, R. M.; GOMES, R. M. L. Análise epidemiológica de casos notificados de sífilis. **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 94-98, 2018.

TEIXEIRA, M. A. **Ações de controle da sífilis em gestantes na Estratégia Saúde da Família na cidade de Nova Iguaçu/RJ**. Acervo de Recursos Educacionais em Saúde-Uma-SUS, Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/7997?show=full>. Acesso em 20 de maio de 2022.

TEIXEIRA, P. M. G.; MOURÃO, H. H. S.; SANTANA, F. N.S. Incidência e prevalência de Sífilis Congênita na pandemia do SarsCov2, no Brasil, em comparação aos 2 anos pré pandêmicos. **Brazilian Journal of Development**, v. 9, n. 3, p. 12435-12449, 2023.

UBERLÂNDIA (Minas Gerais). **Projeto Básico para as Unidades de Atendimento Integrado, Unidades de Atenção Primária à Saúde (UBSF, NASF, UBS, APS/UAI) e Núcleos de Apoio à saúde da Família do Setor Oeste, Central/Norte, Leste e Outras**.

Uberlândia, 2018. Disponível em: http://www.uberlandia.mg.gov.br/uploads/cms_b_arquivos/19345.pdf. Acesso em: 29 mar. 2022.

UBERLÂNDIA (Minas Gerais). Secretaria Municipal de Saúde. Setor de Vigilância Epidemiológica. **DATASUS**. Uberlândia, 2023. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/>. Acesso em: 22 out. 2022.

ANEXO A – FICHA DE NOTIFICAÇÃO/INVESTIGAÇÃO DE SÍFILIS CONGÊNITA

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO FICHA DE NOTIFICAÇÃO / INVESTIGAÇÃO SÍFILIS CONGÊNITA		Nº
Definição de caso: Situação 1: Todo recém-nascido, natimorto ou aborto de mulher com sífilis ^a não tratada ou tratada de forma não adequada ^{b,c} . a Ver definição de sífilis em gestante (situações 1, 2 ou 3). b Tratamento adequado: tratamento completo para estágio clínico da sífilis com penicilina benzatina, INICIADO até 30 dias antes do parto. Gestantes que não se enquadram nesses critérios serão consideradas como tratadas de forma não adequada. c Para fins de notificação de caso de sífilis congênita, não se considera o tratamento da parceria sexual da mãe. Situação 2^d: Toda criança com menos de 13 anos de idade com pelo menos uma das seguintes situações: - Manifestação clínica, líquórica ou radiológica de sífilis congênita E teste não treponêmico reagente; - Títulos de teste não treponêmicos do lactente maiores do que os da mãe, em pelo menos duas diluições de amostras de sangue periférico, coletadas simultaneamente no momento do parto; - Títulos de testes não treponêmicos ascendentes em pelo menos duas diluições no seguimento da criança exposta ^e ; - Títulos de testes não treponêmicos ainda reagentes após seis meses de idade, em criança adequadamente tratada no período neonatal; - Testes treponêmicos reagentes após 18 meses de idade, sem diagnóstico prévio de sífilis congênita. d Nessa situação, deve ser sempre afastada a possibilidade de sífilis adquirida. e Seguimento da criança exposta: 1, 3, 6, 12 e 18 meses de idade. Situação 3: Evidência microbiológica ^f de infecção pelo <i>Treponema pallidum</i> em amostra de secreção nasal ou lesão cutânea, biópsia ou necrópsia de criança, aborto ou natimorto. f Detecção do <i>Treponema pallidum</i> por meio de exames diretos por microscopia (de campo escuro ou com material corado).				
Dados Gerais	1 Tipo de Notificação		2 - Individual	
	2 Agravado/doença		Código (CID10)	
	SÍFILIS CONGÊNITA		A 5 0.9	
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)	
Notificação Individual	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	
	7 Data da Notificação		Código (IBGE)	
	8 Nome do Paciente		9 Data do Diagnóstico	
	10 (ou) Idade		11 Sexo M - Masculino ☐ F - Feminino ☐ I - Ignorado	
Dados de Residência	12 Gestante		13 Raça/Cor	
	14 Escolaridade		10 - Não se aplica	
	15 Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe	
	17 UF		18 Município de Residência	
Antecedentes Epid. da gestante / mãe	19 Distrito		Código (IBGE)	
	20 Bairro		21 Logradouro (rua, avenida,...)	
	22 Número		23 Complemento (apto., casa, ...)	
	24 Geo campo 1		25 Geo campo 2	
Dados do Lab. da gestante / mãe	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)	
	31 Idade da mãe		32 Raça/cor da mãe	
Trat. da gestante / mãe	33 Ocupação da mãe		34 Escolaridade	
	35 Realizou Pré-Natal nesta gestação		36 UF	
	37 Município de Realização do Pré-Natal		Código (IBGE)	
	38 Unidade de Saúde de realização do pré-natal		Código	
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		41 Título		42 Data
43 Teste treponêmico no parto/curetagem		44 Esquema de tratamento		45 Data do Início do Tratamento
46 Parceiro(s) tratado(s) concomitantemente a gestante		1-Sim 2-Não 9-Ignorado		

Ant. Epidem. da Criança	47 UF	48 Município de nascimento / aborto / natimorto	Código (IBGE)	49 Local de Nascimento (Maternidade/Hospital)	Código
Dados do Laboratório da Criança	50 Teste não treponêmico - Sangue Periférico 1-Reagente 2-Não reagente 3-Não realizado 9-Ignorado			51 Título 1:	52 Data
	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 ☐ Icterícia ☐ Anemia ☐ Esplenomegalia ☐ Osteocondrite ☐ Outro _____ ☐ Rinite muco-sanguinolenta ☐ Hepatomegalia ☐ Lesões Cutâneas ☐ Pseudoparalisia		
Tratamento	64 Esquema de tratamento 1 - Penicilina G cristalina 100.000 a 150.000 UI/Kg/dia - 10 dias 2 - Penicilina G procaína 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	

OBSERVAÇÕES PARA O PREENCHIMENTO

7 - Anotar a data do diagnóstico ou da evidência laboratorial e/ou clínica da doença de acordo com a definição de caso vigente no momento da notificação.

10 - Idade: anotar a idade somente se a data de nascimento for desconhecida. Em caso de Aborto será colocado 00 e 1-Hora.

43 e 53 - FTA-Abs (Teste de anticorpos treponêmicos fluorescentes com absorção), MHA-TP (Ensaio de microhemaglutinação), TPHA (Ensaio de hemaglutinação para *Treponema pallidum*), ELISA (Ensaio imunossorvente ligado à enzima), teste imunológico com revelação quimioluminescente e suas derivações, TPPA (Ensaio de aglutinação passiva de partículas para *Treponema pallidum*), e testes rápidos treponêmicos: indicados para o diagnóstico da sífilis em gestantes e crianças maiores de 18 meses. O teste rápido, especialmente no momento do parto, é indicado como preferencial, de acordo com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para a Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais.

44 - Esquema de Tratamento da mãe:

Esquema de Tratamento Adequado:

É todo tratamento completo para estágio clínico da sífilis com penicilina benzatina, INICIADO até 30 dias antes do parto. Gestantes que não se enquadrem nesses critérios serão consideradas como tratadas de forma não adequada.

Esquema de Tratamento Inadequado:

É todo tratamento feito com qualquer medicamento que não a penicilina; ou- tratamento incompleto, mesmo tendo sido feito com penicilina; ou tratamento não adequado ao estágio clínico da sífilis; ou tratamento iniciado com menos de 30 dias antes do parto.

53 - Refere-se ao resultado do teste treponêmico realizado após os 18 meses de idade da criança. Informar - Não se aplica - quando a idade da criança for menor que 18 meses. Resultados reagentes em testes realizados em amostras de criança com idade inferior a 18 meses devem ser sempre analisados juntamente com os resultados

dos testes executados em amostra da mãe, pois é necessário considerar a possibilidade de transferência de anticorpos IgG maternos ao feto.

58 - Titulação ascendente - Refere-se à comparação dos títulos da sorologia não treponêmica da criança após cada teste realizado durante o esquema de seguimento (VDRL com 1 mês, 3, 6, 12 e 18 meses).

59 - Evidência de *T. pallidum* - Detecção do *Treponema pallidum* por meio de exames diretos por microscopia (de campo escuro ou com material corado) em amostra de secreção nasal ou lesão cutânea, biópsia ou necropsia de criança, aborto ou natimorto.

60 - Alteração líquórica - Informar detecção de alterações na celularidade e/ou proteínas ou outra alteração específica no líquido da criança;

63 - Em relação ao tratamento da criança com sífilis congênita consultar o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais.

65 - Informar a evolução do caso de sífilis congênita:

Considera-se **óbito por sífilis congênita** - o caso de morte do recém-nato, após o nascimento com vida, filho de mãe com sífilis não tratada ou tratada inadequadamente.

Considera-se **Aborto** - toda perda gestacional, até 20 semanas de gestação ou com peso menor ou igual a 500 gramas.

Considera-se **Natimorto** - todo feto morto, após 20 semanas de gestação ou com peso maior que 500 gramas.