

Centro Universitário de Anápolis – UniEVANGÉLICA  
Curso de Medicina

**Situação clínico-epidemiológica da sífilis gestacional em Anápolis – Goiás: uma análise retrospectiva**

Isabela Cristina Moreira

Lohane Damas Moreira

Lorena Gomes Abadia

Matheus Vallim Machado

Ricardo Caldeira dos Santos Filho

Anápolis, Goiás

2020

Centro Universitário de Anápolis – UniEVANGÉLICA  
Curso de Medicina

**Situação clínico-epidemiológica da sífilis gestacional em Anápolis – Goiás: uma análise retrospectiva**

Trabalho de Curso apresentado à disciplina de Iniciação Científica do Curso de Medicina da UniEVANGÉLICA, sob a orientação da Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Constanza Thaise Xavier Silva.

Anápolis, Goiás  
2020

**TRABALHO DE CURSO**  
**PARECER FAVORÁVEL DO ORIENTADOR**

À

**Coordenação de Iniciação Científica**

**Faculdade da Medicina – UniEVANGÉLICA**

Eu, Prof<sup>(a)</sup> Orientador \_\_\_\_\_ venho,  
respeitosamente, informar a essa Coordenação, que os(as)  
acadêmicos(as) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_,  
estarão sob minha supervisão para desenvolver o trabalho de curso  
intitulado \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_. O  
projeto em anexo foi revisado e aprovado e será seguido até a conclusão do mesmo.

**Observações:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Anápolis, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
**Professora Orientadora**

## RESUMO

A sífilis é uma doença infecciosa causada pelo *Treponema pallidum* transmitida – principalmente – por via sexual e vertical. Suas manifestações mais prevalentes são através da pele, mucosas, aparelho cardiovascular e sistema nervoso central. Essa doença apresenta um amplo quadro clínico, dividido em sífilis adquirida, gestacional e congênita. O tratamento preconizado é com penicilina benzatina, com doses variáveis conforme fase da doença. As principais medidas profiláticas são a relação sexual segura com preservativo, tratamento das gestantes e parceiros e diagnóstico precoce. O objetivo do trabalho foi descrever a situação clínico-epidemiológica da sífilis gestacional (SG) em Anápolis – Goiás entre os anos de 2012 a 2018. Trata-se de um estudo epidemiológico, observacional, descritivo e transversal de natureza quantitativa. O trabalho evidenciou um aumento significativo de casos de sífilis gestacional entre os anos estudados, passando de 34 casos em 2012 para 132 casos em 2018. Após a análise dos demais dados colhidos, percebeu-se também uma predominância sociodemográfica da faixa etária de 19 a 29 anos, etnia parda e escolaridade de ensino médio incompleto. Quanto aos dados clínicos, foi identificado predomínio das sífilis primária e latente, teste não treponêmico positivo no pré-natal em 344 casos e testes treponêmicos positivos em 433 casos. O tratamento utilizado preferencialmente para a sífilis gestacional foi penicilina G benzatina 2.400.000 UI e penicilina G benzatina 7.200.000 UI, com um altíssimo índice de não tratamento do parceiro. A partir desses dados e da literatura analisada, podemos evidenciar um aumento do número de casos na sífilis gestacional durante o período estudado, devido, entre outros fatores, à melhora no sistema de diagnóstico e tratamento e ao aumento da incidência da sífilis. Recomenda-se a melhor difusão das informações para potencializar o avanço do diagnóstico e tratamento da sífilis associado a estratégias no pré-natal e políticas que abranjam também o parceiro.

**Palavras-chave:** sífilis, epidemiologia, prevenção e controle

## ABSTRACT

Syphilis is an infectious disease caused by *Treponema pallidum* transmitted - mainly - sexually and vertically. The most prevalent manifestations are through the skin, mucous membranes, cardiovascular system and central nervous system. This disease presents a broad clinical condition, divided into acquired, gestational and congenital syphilis. The recommended treatment is benzathine penicillin, with varying doses according to the phase of the disease. The main prophylactic measures are safe sexual intercourse with condoms, treatment of pregnant women and partners and early diagnosis. The objective of this study was to describe the clinical and epidemiological situation of gestational syphilis (SG) in Anápolis - Goiás from 2012 to 2018. This is an epidemiological, observational, descriptive and cross-sectional study of quantitative nature. The study showed a significant increase in cases of gestational syphilis between the years studied, from 34 cases in 2012 to 132 cases in 2018. After analyzing the other data collected, was noted a sociodemographic predominance of the age group from 19 to 29 years, brown ethnicity and incomplete high school education. Regarding clinical data, a predominance of primary and latent syphilis was identified, positive non-treponemal prenatal test in 344 cases and positive treponemal tests in 433 cases. The preferred treatment for gestational syphilis was penicillin G benzathine 2,400,000 IU and penicillin G benzathine 7,200,000 IU, with a very high rate of non-treatment of the partner. From these data and from the analyzed literature, we can evidence an increase in the number of cases in gestational syphilis during the study period, due, among other factors, to the improvement in the diagnosis and treatment system and the increased incidence of syphilis. Better dissemination of information is recommended to further advance the diagnosis and treatment of syphilis associated with prenatal strategies and policies that also include the partner.

**Key-words:** Syphilis, Epidemiology, Prevention and Control

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>08</b>
<b>2. METODOLOGIA.....</b>	<b>10</b>
<b>2.1. Tipo de estudo .....</b>	<b>10</b>
<b>2.2. Casuística .....</b>	<b>10</b>
<b>2.3. Análise de dados .....</b>	<b>11</b>
<b>3. RESULTADOS .....</b>	<b>12</b>
<b>4. DISCUSSÃO .....</b>	<b>19</b>
<b>5. CONCLUSÃO .....</b>	<b>22</b>
<b>6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>23</b>
<b>7. ANEXOS.....</b>	<b>26</b>
<b>ANEXO I Fichas de Notificação/Investigação Sífilis Gestacional.....</b>	<b>26</b>
<b>ANEXO II Parecer do CEP.....</b>	<b>28</b>

## 1. INTRODUÇÃO

A sífilis é uma doença infecciosa de caráter sistêmico, passível de prevenção e que, quando não tratada precocemente, pode evoluir para um quadro crônico com sequelas irreversíveis, causada pelo *Treponema pallidum*, descrito pela primeira vez em 1905, por Schaudinn e Hoffmann. É transmitida por via sexual e vertical, raramente via transfusão sanguínea. É doença de notificação obrigatória<sup>1,2</sup>. Quando essa infecção atinge gestantes e estas não realizam o tratamento ou realizam inadequadamente, pode atingir o feto, recebendo a denominação de sífilis congênita (SC). A transmissão vertical da sífilis pode ocorrer em qualquer período gestacional ou durante o parto<sup>3</sup>.

Existem várias doenças que podem ser transmitidas durante a gravidez, porém a sífilis possui as maiores taxas de infecção, variando de 70 a 100% nas fases primária e secundária, e reduzindo para 30% nas fases latente tardia e terciária da infecção materna<sup>4</sup>.

A baixa renda da população com sífilis gestacional é um fator de risco para o aparecimento de sífilis congênita, associada a fatores como baixo peso ao nascer, mortalidade infantil e aumento do número de partos<sup>5</sup>. A média de idade entre as gestantes que adquirem sífilis é de 28 anos, além de estar associada a baixa escolaridade<sup>6</sup>.

Os testes utilizados para o diagnóstico da sífilis são divididos em duas categorias: exames diretos e testes imunológicos. Dentre os exames diretos, o principal é a pesquisa direta da bactéria em microscopia de campo escuro, capaz de diagnosticar a doença nos estágios primário e secundário. Já os testes imunológicos, na prática os mais utilizados, dividem-se em treponêmicos e não treponêmicos; os testes treponêmicos detectam anticorpos específicos produzidos contra os antígenos do *T. pallidum* e são os primeiros a se tornarem reagentes, sendo importantes para a confirmação do diagnóstico. Os testes não treponêmicos detectam anticorpos não específicos anticardiolipina para os antígenos do *T. pallidum*, e podem ser qualitativos ou quantitativos<sup>7</sup>.

O significado de testes positivos, treponêmicos ou não, no soro dos recém-nascidos, é limitado em razão da transferência passiva de anticorpos Imunoglobulina G (IgG) maternos que, no entanto, tendem progressivamente a diminuir até a sua negatificação, em alguns meses. Na ocorrência de sífilis congênita, ao contrário, os títulos se mantêm ou ascendem, caracterizando uma infecção ativa. O ideal é a realização do teste confirmatório treponêmico na gestante a partir de todo teste não-treponêmico reagente (a partir de títulos de 1:1 o teste não-treponêmico é considerado reagente)<sup>8</sup>.

No ano de 2016, foram notificados 87.593 casos de sífilis adquirida, 37.436 casos de sífilis em gestantes e 20.474 casos de sífilis congênita - entre eles, 185 óbitos - no Brasil<sup>9</sup>. A penicilina é eficaz contra o patógeno e representa a droga de escolha durante a gravidez. No entanto, este tratamento nem sempre é capaz de prevenir a infecção fetal, mesmo quando administrado com um regime recomendado. O insucesso do tratamento também foi relatado em mulheres tratadas no primeiro trimestre, embora o risco de transmissão de uma mãe infectada para o feto parece ser maior em mulheres grávidas tratadas durante o terceiro trimestre.

Mundialmente, essa doença ainda afeta um número elevado de gestantes. Estima-se que, em 2008, cerca de 1,36 milhão de gestantes apresentavam sífilis ativa, com inúmeros desfechos negativos, representados por perdas fetais com 22 ou mais semanas gestacionais, óbitos neonatais, recém-natos prematuros ou com baixo peso ao nascer e recém-natos infectados. As Américas apresentam a segunda maior prevalência de sífilis na gestação e o terceiro maior número de casos. No Brasil, o número de notificações para sífilis gestacional tem aumentado. Na ausência de tratamento, a transmissão vertical da sífilis é elevada, podendo alcançar valores próximos a 100% nas formas recentes da doença. Entretanto, o diagnóstico e tratamento oportuno são altamente eficazes e reduzem a transmissão vertical em até 97%<sup>10</sup>.

Uma série de rotinas diagnósticas e protocolos de atendimento são recomendados pelo Ministério da Saúde a fim de conferirem seguimento de cuidado às crianças nascidas de mães diagnosticadas com sífilis na gestação, parto ou puerpério. A conduta a ser adotada baseia-se em vários aspectos determinados e descritos em protocolos; em suma, com exceção dos recém-nascidos assintomáticos, com Venereal Disease Research Laboratory (VDRL) não reagente e nascidos de mães tratadas adequadamente, todos os demais recém-nascidos com diagnóstico materno de sífilis devem ser submetidos aos procedimentos de rastreamento na maternidade<sup>6</sup>.

Desta forma, considerando a importância da sífilis gestacional como doença de alta incidência e graves consequências para o feto, o objetivo deste estudo foi descrever a situação clínico-epidemiológica da sífilis gestacional em Anápolis – Goiás entre os anos 2012 e 2018. Os objetivos específicos foram: verificar a incidência da sífilis gestacional entre os anos estudados; descrever as características sociodemográficas em relação a gestante/mãe: faixa etária e etnia, escolaridade; identificar as características clínico-epidemiológicas em relação a gestante/mãe: em que trimestre gestacional ocorreu o diagnóstico de sífilis materna, se o parceiro foi tratado concomitantemente com a gestante e a fase da classificação clínica e descrever a prevalência do resultado do teste não treponêmico e qual o esquema de tratamento realizado pela gestante.



## **2. METODOLOGIA**

### **2.1. Tipo de estudo**

Trata-se de um estudo epidemiológico, observacional, descritivo e transversal de natureza quantitativa para estudo do perfil clínico-epidemiológico dos casos notificados de sífilis gestacional em Anápolis-GO entre os anos 2012 e 2018, sendo tomadas como fonte de informação as Fichas de Notificação/Investigação Sífilis Gestacional (Anexo I) do Departamento de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde de Anápolis.

### **2.2. Casuística**

O estudo foi realizado no município de Anápolis – GO que se situa a 53 km da capital Goiana e 139 km da capital federal. Junto com essas duas cidades, faz do eixo Goiânia-Anápolis-Brasília, a região mais desenvolvida do Centro-Oeste.

Segundo o último censo em Anápolis do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2016 a população é de 350.753 habitantes.

Compõem a população de estudo todas as pessoas inscritas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), vinculados no Departamento de Epidemiologia da Secretaria Municipal de Saúde de Anápolis, no período de janeiro de 2012 a dezembro de 2018.

A coleta de dados foi realizada a partir das Fichas de Notificação/Investigação da sífilis gestacional no Departamento de Epidemiologia da Secretaria Municipal de Saúde de Anápolis, que autorizou a coleta mediante assinatura do Termo de Instituição Coparticipante e do Termo Autorização de Manuseio de Dados. O trabalho foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – UniEVANGÉLICA, e aprovado com o número de parecer 2.572.929 (Anexo II).

As características avaliadas foram:

- Dados sociodemográficos em relação a gestante/mãe: faixa etária, etnia e escolaridade;
- Características clínico-epidemiológicas em relação a gestante/mãe: quando ocorreu o diagnóstico de sífilis materna, classificação clínica, realização ou não de TNT e TT juntamente com seus resultados, se o (s) parceiro (s) foi(foram) tratado(s) concomitantemente com a gestante e qual o esquema de tratamento realizado pela gestante e parceiro.

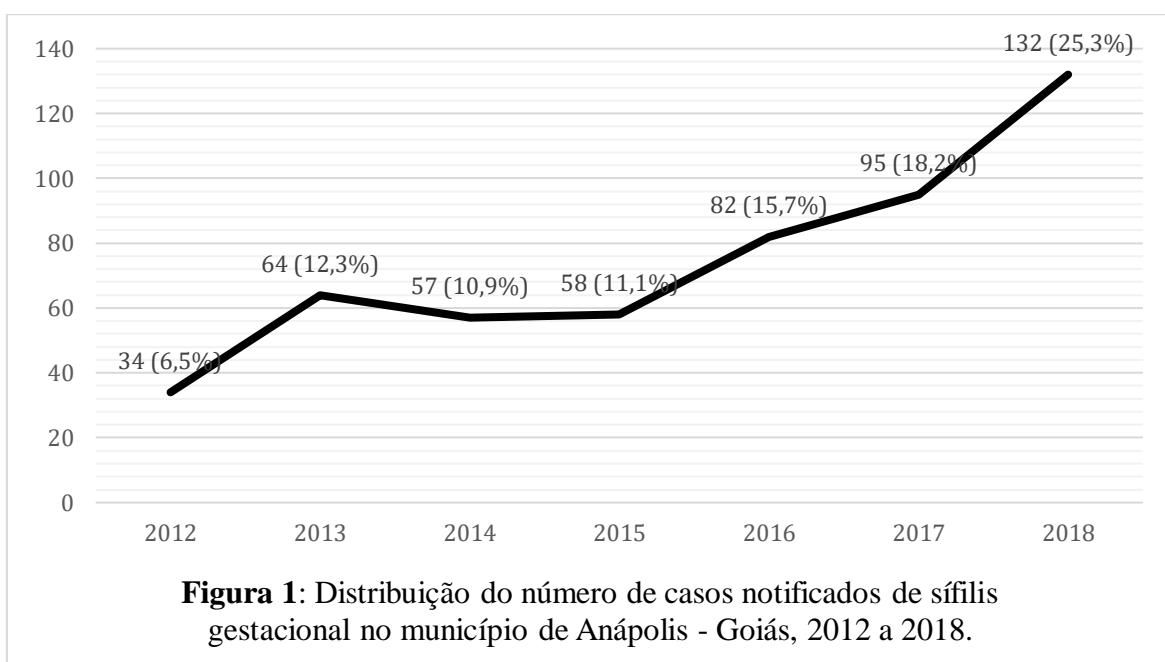
Os critérios de inclusão neste estudo foram casos de sífilis gestacional notificados no SINAN em Anápolis-GO entre os **anos de 2012 e 2018**, cujas fichas forneceram informações suficientes para análise dos casos e seguimento do estudo. Os critérios de exclusão neste estudo foram os casos de sífilis gestacional notificados antes ou após o período de estudado.

### **2.3. Análise de dados**

O programa Microsoft® Excel 2007 foi utilizado para tabulação dos dados e a análise estatística foi realizada pelo programa SPSS® for Windows®, versão 16.0. Para a realização da análise estatística descritiva foi adotado o teste qui-quadrado ( $\chi^2$ ). Foi utilizado como nível de significância o valor 5% ( $p < 0,05$ ) para todas as análises.

### 3. RESULTADOS

De acordo com os dados obtidos nas fichas de notificação da sífilis gestacional cadastradas no Departamento de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde de Anápolis – Goiás, no período de janeiro de 2012 a dezembro de 2018, a assistência foi oferecida a 522 pacientes. O ano de 2018 houve o maior número de casos notificados, apresentando 25,3% (132/522), seguido de 2017 com 18,2% (95/522) e 2016 com 15,7% (82/522). Observa-se uma ascensão no número de casos, com exceção do ano de 2014, que apresentou uma queda em relação ao ano anterior, com 12,3% dos casos totais (64/522) em 2013 para 10,9% (57/522) em 2014. A partir desse ano, houve uma crescente contínua na quantidade de notificações até o ano de término do estudo. O ano de 2012 apresentou 6,5% (34/522), enquanto 2015, por sua vez, 11,1% (58/522) (Figura 1).



A idade mínima encontrada foi de 13 anos e a máxima foi de 46 anos. A maioria dos casos foi encontrada entre a faixa etária de 19 a 29 anos, representando 58,1% (303/522) do total de notificações, seguido da faixa etária de 30 a 39 anos, com 19,7% (103/522). A média total de idade foi de 25,1 anos. Houve aumento nos números absolutos de casos referentes a todos os intervalos de idade analisados; contudo, não houve diferença estatisticamente significativa na distribuição por idade entre os anos estudados ( $p= 0,607$ ) (Tabela 1).

A maioria dos casos de sífilis gestacional ocorreu entre pessoas pardas, com 69,1% (361/522), como evidenciado na Tabela 1. Depois, aparece a cor branca, perfazendo 20,5%

(107/522) e cor preta, com 6,9% (36/522) das notificações. A análise do número de casos por raça/ano não evidenciou diferença estatisticamente significativa ( $p= 0,059$ ). Notou-se um aumento de 6 vezes na incidência de casos da etnia parda do ano de 2012 (16 casos) para 2018 (97 casos), colocando-a como etnia em que mais teve acréscimo durante o período, seguida pela etnia branca. Esta, por sua vez, teve aumento de 2,4 vezes entre os anos de 2012 (9 casos) e 2018 (22 casos) (Tabela 1).

A estatística evidenciou que os níveis de escolaridade com maiores índices de notificação de casos foram o ensino médio incompleto com 24,5% (128/522) e ensino médio completo com 24,0% (125/522). Após análise específica de cada ano, percebeu-se uma manutenção do perfil já descrito quanto à distribuição dos níveis de escolaridade ( $p= 0,001$ ) (Tabela 1).

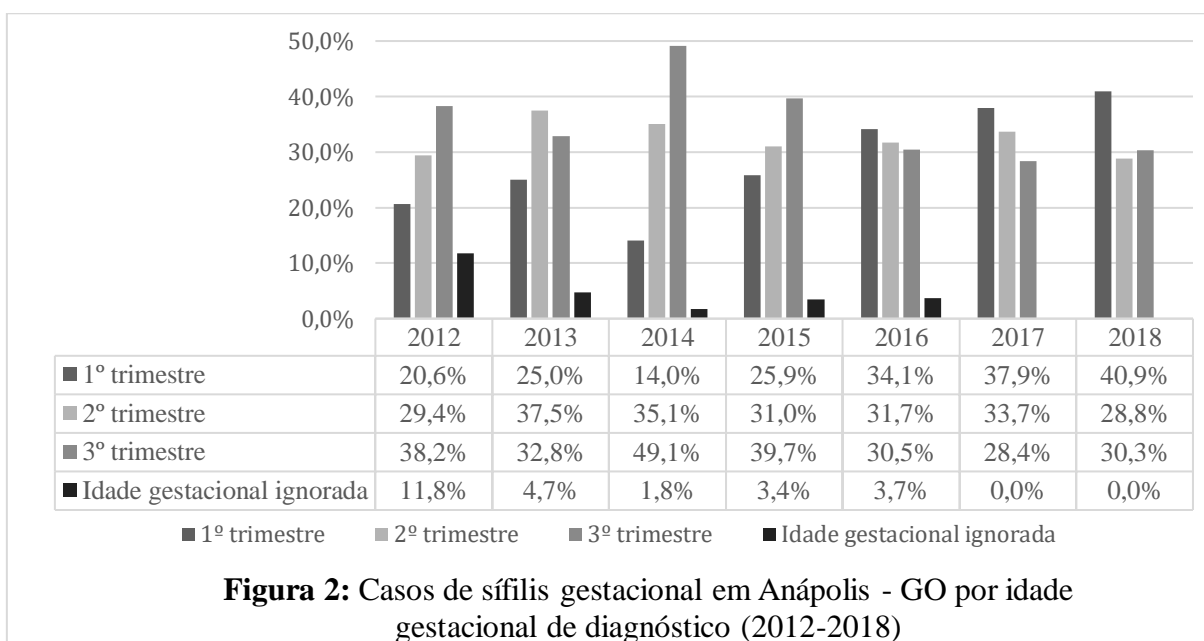
**Tabela 1:** Distribuição dos casos notificados de sífilis gestacional no município de Anápolis - Goiás, 2012 a 2018, por faixa etária, etnia e escolaridade.

<b>Faixa etária</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>p</b>
12 a 18 anos	95	18,2	0,607
19 a 29 anos	303	58,1	
30 a 39 anos	103	19,7	
40 a 49 anos	21	4,0	
<b>Etnia</b>			
Branca	107	20,5	0,059
Preta	36	6,9	
Amarela	8	1,5	
Parda	361	69,1	
Indígena	2	0,4	
Ignorada	6	1,2	
Sem dados	2	0,4	
<b>Escolaridade</b>			
Analfabetas	0	0	0,001
1ª a 4ª série incompleta do Ensino Fundamental	27	5,2	
4ª série completa do Ensino Fundamental (antigo primeiro grau)	19	3,6	
5ª a 8ª série incompleta do Ensino Fundamental	68	13,0	
Ensino fundamental completo	47	9,0	
Ensino médio incompleto	128	24,5	
Ensino médio completo	125	24,0	
Educação superior incompleta	9	1,7	
Educação superior completa	11	2,1	
Ignorado	58	11,1	
Sem dados	30	5,8	
<b>Total</b>	<b>522</b>	<b>100</b>	

A análise cruzada dos dados “idade gestacional da paciente” e “ano de notificação” revelou que no período de 2012 a 2018 ( $p= 0,002$ ) houve uma mudança no perfil de incidência

dos trimestres gestacionais diagnosticados. Até o ano de 2015 havia maior notificação durante o terceiro trimestre de gestação; a partir do ano de 2016, os casos notificados no primeiro trimestre assumiram a primeira posição, mantendo-se assim até o ano de 2018. No ano de 2012, o terceiro trimestre assumia o lugar de mais notificado com 38,2% (13/34), seguido do segundo trimestre, 29,4% (10/34) e primeiro trimestre, com 20,6% (7/34).

O primeiro trimestre continuou com o menor número de notificações até o ano de 2016, quando houve uma inversão no perfil, tornando-se o mais notificado, com 34,1% (28/82). No ano de 2018, esse novo perfil se manteve: primeiro trimestre com 40,9% (54/132); seguido do terceiro trimestre com 30,3% (40/132) e segundo trimestre com 28,8% (38/132). Contudo, em relação aos números absolutos de notificações durante o período, as porcentagens de diagnósticos feitos em cada um dos trimestres são semelhantes entre si (Figura 2).



Sobre a classificação clínica percebe-se que, quanto aos casos notificados no período de 2012 a 2018, houve predominância da sífilis latente com 58,0% (303/522). A sífilis primária segue a latente com 30,8% (161/522) ( $p= 0,001$ ) (Tabela 2).

Dentre as 522 notificações, uma parcela de 13,4% (70/522) gestantes não realizou teste não treponêmico durante o pré-natal e 1,7% (9/522) tiveram preenchimento da ficha ignorado. Houve realização do TNT no pré-natal em 443 das gestantes, com 77,7% (334/443) apresentando o teste reagente e 22,3% (99/443) apresentando o teste não reagente ( $p= 0,001$ ). Sobre os títulos das gestantes que realizaram o TNT no pré-natal: 66,8% (229/323) apresentaram títulos iguais ou maiores que 1:8.

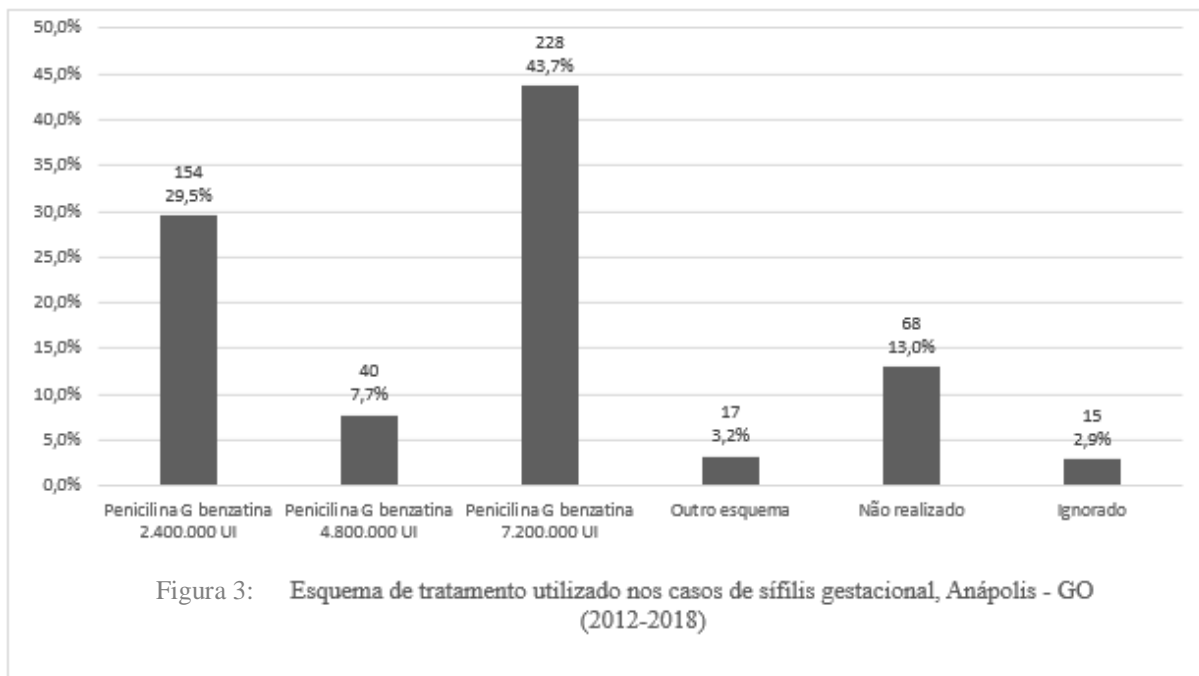
Quanto ao teste treponêmico (TT) realizado no pré-natal, 458 das 522 gestantes realizaram o exame, sendo reagente em 94,5% (433/458) dos testes. Em 11,1% (58/522) da amostra analisada, o TT não foi realizado e em 1,1% (6/522) foi ignorado na ficha de notificação ( $p= 0,005$ ). A análise ainda evidencia que das 70 mulheres que não realizaram o TNT, 68 delas realizam o TT, com 66 casos reagentes, 2 não reagentes e 2 ignorados. Todos os casos ignorados quanto ao preenchimento de realização de TNT realizaram o TT e foram reagentes (Tabela 2).

**Tabela 2:** Distribuição dos casos notificados de sífilis gestacional no município de Anápolis - Goiás, 2012 a 2018 por critérios clínicos e laboratoriais.

<b>Classificação clínica</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>p</b>
Sífilis primária	161	30,8	0,001
Sífilis secundária	22	4,2	
Sífilis terciária	11	2,1	
Sífilis latente	303	58,1	
Ignorado	12	2,3	
Sem dados	13	2,5	
<b>Teste não treponêmico no pré-natal</b>			
Reagente	344	65,9	0,001
Não reagente	99	19,0	
Não realizado	70	13,4	
Ignorado	9	1,7	
<b>Título do teste não treponêmico no pré-natal</b>			
< 1:8	115	22,0	0,001
≥ 1:8	229	43,9	
Não reagente	99	19,0	
Não realizado	70	13,4	
Ignorado	9	1,7	
<b>Teste treponêmico no pré-natal</b>			
Reagente	433	83,0	0,005
Não reagente	25	4,8	
Não realizado	58	11,1	
Ignorado	6	1,1	
<b>Total</b>	<b>522</b>	<b>100</b>	

A partir da observação dos diferentes esquemas de tratamento, houve predominância do uso de Penicilina G Benzatina, utilizada em 80,8% (420/522) das fichas notificadas. O tratamento com 7.200.000 UI foi o mais usado, representando 43,7% (228/522) dos casos. O segundo esquema mais evidenciado foi a Penicilina G Benzatina 2.400.000 UI, com 29,5% (154/522). Dentro dessa realidade, também foram utilizados os seguintes esquemas: Penicilina

G Benzatina 4.800.000 UI com 7,7% (40/522) e outros esquemas não especificados com 3,2% (17/522). Em 13,0% (68/522) das mulheres, o tratamento não foi realizado, enquanto que em 2,9% (15/522), não houve descrição do esquema escolhido ( $p= 0,001$ ).



Em relação ao esquema de tratamento prescrito ao parceiro, percebeu-se que em 51,7% (270/522) não foram efetuadas prescrições de terapêutica, enquanto que em 31,4% (164/522) do total foi prescrito tratamento com penicilina. O esquema mais adotado dentre os tratados foi o de 7.200.000 UI, em 15,3% dos casos (80/522), seguido do esquema com 2.400.000 UI, em 13,2% (69/522) ( $p= 0,001$ ). Contudo, os números referentes ao tratamento do parceiro concomitantemente ao da gestante mostram que o não tratamento foi ainda maior, indicando que mesmo com a prescrição, houveram casos em que o parceiro não foi tratado: 57,1% (298/522) das fichas evidenciam que não houve tratamento concomitante, 30,3% (158/522) indicam que houve tratamento, uma parcela de 10,9% (57/522) foi preenchido como ignorado e em 1,7% (9/522) não houve preenchimento do dado ( $p= 0,001$ ) (Tabela 3).

**Tabela 3:** Esquema de tratamento prescrito para o parceiro e tratamento ou não concomitante com a gestante em Anápolis - Goiás, 2012 a 2018.

Esquema de tratamento prescrito para o parceiro	N	%	P
Penicilina G benzatina 2.400.000 UI	69	13,2	
Penicilina G benzatina 4.800.00 UI	15	2,9	0,001
Penicilina G benzatina 7.200.000 UI	80	15,3	

Outro esquema	6	1,2	
Não realizado	270	51,7	
Ignorado	66	12,6	
Sem dados	16	3,1	
<b>Parceiro tratado concomitante com a gestante</b>			
Sim	158	30,3	
Não	298	57,1	<i>0,001</i>
Ignorado	57	10,9	
Sem dados	9	1,7	
<b>Total</b>	<b>522</b>	<b>100</b>	

Na análise de quase todos os dados observa-se alguns sem preenchimento, variando de 2/522 em etnia, até 30/522 em escolaridade, sendo este o valor máximo de dados em branco encontrado.

No cruzamento dos dados “classificação clínica” e “esquema de tratamento” pode-se observar que determinados tipos clínicos de sífilis foram tratados com determinadas formas de tratamento. A sífilis primária foi mais tratada com penicilina G benzatina 2.400.000 UI em 41,0% dos casos (66/161) seguida do tratamento com penicilina G benzatina 7.200.000 UI com 39,1% dos casos (63/161). A sífilis latente obteve as mesmas principais formas de tratamento que a sífilis primária, porém, em outra ordem: penicilina G benzatina 7.200.000 UI com 45,9% dos casos (139/303) seguida do uso de penicilina G benzatina 2.400.000 UI com 26,1% das gestantes tratadas (79/303).

Após a análise cruzada dos dados “classificação clínica” e “teste treponêmico no pré-natal” pode-se observar uma alta taxa de positividade do TT na sífilis primária e latente. A sífilis primária apresentou TT positivo em 84,5% (136/161) dos casos e a sífilis latente em 82,5% (250/303) dos casos. O restante dos casos envolve as respostas não reagente, não realizado e ignorado, distribuídos dessa forma na sífilis primária e latente: na sífilis primária houve 3,1% (5/161) não reagente, 11,8% (19/161) não realizado e 0,6% (1/161) ignorado; na sífilis latente houve 5,6% (17/303) não reagente, 10,9% (33/303) não realizado e 1,0% (3/303) ignorado.

A análise do cruzamento dos dados entre “classificação clínica” e “teste não treponêmico no pré-natal” obteve uma relação semelhante quando a análise foi feita entre “classificação clínica” e “teste treponêmico no pré-natal”. A sífilis primária apresentou resultados positivos no TNT em 73,3% (118/161) e negativos em 14,9% (24/161) com ausência da realização do teste em 11,2% (18/161) e teste ignorado em 0,6% (1/161) dos casos. Apresentando o mesmo perfil, a sífilis latente obteve uma porcentagem menor no número de



testes positivos (63,0%) mesmo que ela apresenta uma quantidade absoluta maior de testes positivados (161/303). A sífilis latente apresentou negatividade para o TNT em 20,1% (61/303), ausência da realização do teste em 14,5% (44/303) dos casos e TNT ignorado em 2,3% (7/303).

O tratamento do parceiro concomitante à gestante também foi um dado cruzado com a classificação clínica. Nessa análise, podemos perceber que mesmo que apresentem os menores índices de notificação, as sífilis secundária e terciária apresentam maior porcentagem de não tratamento concomitante do parceiro, ambas com 63,3%. As formas de sífilis mais incidentes também apresentam alto nível de não tratamento do parceiro: sífilis primária com 55,3% e a sífilis latente com 57,1%.

#### 4. DISCUSSÃO

Observou-se aumento no número de casos na cidade de Anápolis no período analisado, informação que vai de acordo com os dados nacionais. Atribui-se essa alteração, dentre outros fatores, ao aumento da cobertura de testagem, ampliação do uso de testes rápidos, diminuição do uso de métodos contraceptivos, desabastecimento mundial de penicilina e resistência à administração de penicilina pelos profissionais de saúde na atenção básica, como indicam os dados do Ministério da Saúde<sup>9</sup>. Esse aumento da oferta de serviços de assistência pré-natal altera os desfechos das gestações e a sua deficiência pode elevar a mortalidade perinatal em até cinco vezes. Em países em desenvolvimento pode diminuir a mortalidade materna em até 26%<sup>6</sup>. O aumento significativo dos casos durante os anos de 2017 e 2018 pode se relacionar, em parte, à mudança em relação à definição de casos, que, em outubro de 2017, passou a considerar notificações durante o pré-natal, parto e puerpério para sífilis gestacional, como forma de diminuir a subnotificação dos casos em gestantes. Ainda assim, a situação no Brasil não difere da de outros países, apresentando números preocupantes e necessidade de controle da Infecção Sexualmente Transmissível (IST)<sup>11</sup>.

Em relação à faixa etária, a predominância encontrada entre mulheres de 19 a 29 anos ressalta a importância e necessidade de ampliação de triagem e busca específicas, além de notificação, para essa fase de maior fertilidade<sup>12</sup>. Além disso, a parcela significativa de incidência em mulheres entre 12 e 18 anos por um lado mostra o início cada vez mais precoce da atividade sexual e, por outro, devido à abrangência diagnóstica, mostra uma atenção especial por parte da saúde pública para a população jovem, que se apresenta bastante vulnerável aos riscos relacionados ao comportamento sexual. Um estudo acerca do conhecimento sobre ISTs/AIDS realizado em Goiânia evidenciou, ainda, falta de conhecimento dos adolescentes sobre determinados pontos das ISTs e conhecimento básico da grande parte dos avaliados quanto aos métodos de proteção contra ISTs, demonstrando a importância de campanhas de sensibilização e necessidade de aprimoramento em âmbito escolar, o que pode corroborar para melhoria das taxas de infecção por sífilis e outras ISTs<sup>13</sup>.

Em relação à etnia, a maior incidência de sífilis gestacional em mulheres pardas pode ser atribuída, em parte, às disparidades sociais e econômicas enfrentadas pelas mulheres segundo raça/cor: observam-se piores indicadores de atenção pré-natal nas mulheres de cor parda e preta quando são comparados às brancas<sup>14</sup>. O Estudo Nascer no Brasil, de 2014, identificou maior prevalência de sífilis na gestação associado a menores taxas de testagem em mulheres de menor escolaridade e em pretas e pardas, demonstrando como determinantes

sociais os critérios etnia e escolaridade e os identificando como fatores de risco para infecção por sífilis gestacional. Isto associa-se a acesso restrito aos serviços de saúde e conhecimento limitado sobre prática sexual segura<sup>15</sup>. Desse modo, a sífilis gestacional tem sido relacionada ao baixo nível socioeconômico, sinalizando que pouca escolaridade e baixa renda são marcadores importantes do acesso escasso aos serviços de saúde pública e conseqüentemente, contribuem para a persistência e transmissão de sífilis vertical nessa população<sup>6</sup>.

Segundo o Ministério da Saúde, o diagnóstico de sífilis primária em mulheres é de difícil detecção, visto que o cancro duro é assintomático e localiza-se, geralmente, em locais de difícil ou limitada observação, como parede vaginal, cérvix ou períneo; portanto, como perfil de rastreamento, espera-se maior incidência de fase latente em detrimento da fase primária. Dados do boletim epidemiológico de sífilis em Goiás<sup>16</sup>, apresentam um perfil com sífilis primária ocupando a primeira posição, seguido de dados ignorado/branco e a latente ocupando a terceira posição, evidenciando possíveis erros de classificação clínica da doença, o que pode levar a condutas terapêuticas equivocadas. Em Anápolis, durante o período analisado, a sífilis latente foi, dentre os seus tipos clínicos, a mais notificada, seguida pela sífilis primária, sendo esse perfil divergente dos dados encontrados no boletim do estado; além disso, houve uma baixa porcentagem de fichas com preenchimento ignorado/branco. Tais dados mostram responsabilidade e cuidado dos profissionais de saúde com a classificação correta da doença nas gestantes, além de evidenciar a preocupação com o preenchimento completo das fichas de notificação<sup>17</sup>.

São quatro momentos que devem ser feitos testes para diagnosticar sífilis: na primeira consulta do pré-natal (que deve ser realizada prioritariamente no primeiro trimestre), no início do terceiro trimestre (28 semanas), no parto e em caso de abortamento. Dados de Goiás entre os anos de 2012-2018 mostram melhoria no diagnóstico precoce, mas com manutenção do predomínio de diagnóstico tardio da doença, no segundo ou terceiro trimestre de gestação, estando isso possivelmente associado ao momento tardio de início de pré-natal e qualidade da assistência à gestante<sup>18</sup>. O município de Anápolis, durante o mesmo período, apresentou um perfil semelhante ao goiano até 2015, com maior taxa de notificações durante o terceiro trimestre. A partir de 2016, houve uma inversão, com maior quantidade de diagnósticos realizados no primeiro trimestre, com essa porcentagem aumentando e chegando a quase 41% em 2018, podendo estar relacionado a melhoria da assistência pré-natal e maiores quantidades de rastreios precoces nas gestantes. Contudo, ainda é grande a quantidade de diagnóstico em

fases mais tardias (primária e secundária), mostrando que, apesar de melhoria, ainda há muito a ser feito.

Em relação aos exames diagnósticos, uma parcela significativa de gestantes não realizou o TNT, podendo isso estar associado ao início da assistência pré-natal tardia e demora no retorno de resultados, levando a essa significativa porção de gestantes a não receberem o resultado do VDRL ainda durante o pré-natal<sup>19</sup>. Observa-se, ainda, 70 fichas nas quais não houve realização de TNT mas realização de TT, demonstrando um não seguimento do fluxo diagnóstico estabelecido pelo ministério da saúde, de realização de um TNT como triagem e confirmação diagnóstica ou exclusão de falsos positivos pelo TT, devendo este ser o segundo exame<sup>20</sup>.

Em relação ao tratamento da gestante, 80,8% realizaram ao menos 1 dose de penicilina G benzatina, o fármaco preconizado pelo Ministério da Saúde. Número significativo de gestantes não realizou tratamento, podendo isso repercutir em aumento do número de casos de sífilis congênita e desfechos desfavoráveis. Além disso, é importante enfatizar que o tratamento, para ser eficaz, conta com os seguintes critérios: uso da medicação, segundo esquema indicado para fase da doença, tratamento instituído até 30 dias antes do parto e tratamento do parceiro<sup>7</sup>.

Quando analisada a forma de tratamento prescrito observa-se que houve muitas fichas com tratamento inadequado para a fase clínica da doença, apresentando casos com menos e mais doses que o necessário. Em relação à sífilis latente, que apresenta a maior incidência, não é possível fazer uma análise, visto que não há especificação se é latente precoce ou tardia e cada um destes subtipos apresenta um tratamento específico e direcionado.

Sobre o parceiro, mais da metade das fichas mostraram que não houve prescrição de tratamento e um número ainda maior de fichas estabelece que não houve o tratamento em si, revelando que mesmo com a prescrição de tratamento não houve a terapêutica instruída de forma eficaz. Algumas das causas relatadas nas fichas de notificação para não tratamento do parceiro foram dificuldade de contato/perda de contato por parte da gestante e recusa de tratamento por parte do parceiro. Muitos estudos denunciam a má qualificação do pré-natal devido a observação da não realização da sorologia de triagem e também do tratamento não realizado ou realizado de forma inadequada do parceiro<sup>21</sup>.

## **5. CONCLUSÃO**

Este estudo evidenciou que houve aumento da incidência de SG no município de Anápolis no período analisado. Este aumento pode ser devido a melhoria do sistema de notificação, mesmo que muitas fichas ainda sejam preenchidas de forma incompleta. Além disso, percebe-se a necessidade da difusão de informações sobre prevenção, modo de transmissão e consequências das ISTs, visto que estas podem trazer desfechos desfavoráveis tanto para mãe e para o concepto.

Nesse sentido, é fundamental que profissionais de saúde e gestores se façam presentes no desenvolvimento de estratégias na melhoria do pré-natal e políticas públicas que abranjam não apenas as gestantes, mas também seus respectivos parceiros, visto que o não tratamento destes é um obstáculo na interrupção da cadeia de transmissão da sífilis gestacional.

Vale ressaltar a necessidade da qualificação adequada dos profissionais de saúde através da educação continuada para o preenchimento correto de prontuários, cartões das gestantes e fichas de notificação para que o acompanhamento seja feito de modo contínuo e regular.

## 6. REFERÊNCIAS

1. Souza EM. A hundred years ago, the discovery of *Treponema pallidum*. *An Bras Dermatol* 2005;80(5):547-8
2. Andrade ALMB, Magalhães PVVS, Moraes MM, Tresoldi AT, Pereira RM. Late diagnosis of congenital syphilis: a recurring reality in women and children health care in Brazil. *Rev Paul Pediatr*. 2018;36(3):376-381
3. Moreira KFA, Oliveira DM, Alencar LN, Cavalcante DFB, Pinheiro AS, Orfão NH. Perfil dos casos notificados de sífilis congênita. *Cogitare Enferm*. 2017;22(2):1-10
4. Magalhães DMS, Kawaguchi IAL, Dias A, Calderon IMP. A sífilis na gestação e sua influência na morbimortalidade materno-infantil. *Com. Ciências Saúde* 2011;22 Suppl 1:43-54
5. Cabral BTV, Dantas JC, Silva JÁ, Oliveira DA. Sífilis em gestante e sífilis congênita: um estudo retrospectivo. *Revista Ciência Plural*. 2017; 3(3)32-44
6. Magalhães DMS, Kawaguchi IAL, Dias A, Calderon IMP. Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. *Cad. Saúde Pública* 2013;29(6)1109-20
7. Ministério da Saúde (BR) Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas. Atenção Integral às pessoas com Infecções Sexualmente transmissíveis (IST). Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
8. Ministério da Saúde (BR) Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Diretrizes para o Controle de Sífilis Congênita. Manual de Bolso. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
9. Ministério da Saúde (BR) Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim epidemiológico. Sífilis 2017. Ministério da Saúde, 2017;48(36):1-44
10. Domingues RMSM, Leal MC. Incidência da sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis: dados do estudo Nascer no Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2016; 32(6):1-12

11. Ministério da Saúde (BR) Secretaria de vigilância em saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis – DCCI. Boletim epidemiológico: Sífilis 2019. Brasília: Ministério da Saúde, 2019
12. Marques JVS, Alvez BM, Marques MVS, Arcanjo FPN, Parente CCP, Vasconcelos RL. Perfil epidemiológico da sífilis gestacional: clínica e evolução de 2012 a 2017. SANARE, Sobral 2018;17(2):13-20
- 13: Cunha MP, Oliveira BFR, Oliveira ICM, Praxedes LKS, Reis AAS. Análise do conhecimento sobre DSTs/AIDS entre adolescentes em Goiânia, Goiás. UNINCOR 2016;14(2):650-8
14. Leal MC, Gama SGN, Pereira APE, Pacheco VE, Carmo CN, Santos RV. The color of pain: racial iniquities in prenatal care and childbirth in Brazil. Cad. Saúde Pública 2017;33 Suppl 1:1-17.
15. Domingues RMSM, Szwarcwald CL, Junior PRBS, Leal MC. Prevalence of syphilis in pregnancy and prenatal syphilis testing in Brazil: Birth in Brazil study. Rev Saúde Pública 2014;48(5):766-74
16. Secretaria do Estado de Goiás. Superintendência de Políticas de Atenção Integral à Saúde. Gerência de Programas Especiais. Coordenação Estadual de IST/AIDS. Situação Epidemiológica da Sífilis Adquirida, Sífilis em Gestantes e Sífilis Congênita no Estado de Goiás. Goiânia, 2017.
17. Cavalcante PAM, Pereira RBP, Castro JGD. Sífilis gestacional e congênita em Palmas, Tocantins, 2007-2014. Epidemiol. Serv. Saude 2017;26(2):255-64
18. Nunes PS, Zara ALSA, Rocha DFNC, Marinho TA, Mandacarú PMP, Turchi MD. Sífilis gestacional e congênita e sua relação com a cobertura da Estratégia Saúde da Família, Goiás, 2007-2014: um estudo ecológico. Epidemiol. Serv. Saude 2018;27(4):1-10
19. Cardoso ARP, Araújo MAL, Cavalcante MS, Frota MA, Melo SP. Análise dos casos de sífilis gestacional e congênita nos anos de 2008 a 2010 em Fortaleza, Ceará, Brasil. Ciência & Saúde Coletiva 2018; 23(2):563-74

20. Ministério da Saúde (BR) Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais. Manual Técnico para Diagnóstico da Sífilis. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, 2016.

21. Amaral E. Sífilis na gravidez e óbito fetal: de volta para o futuro. Ver Bras Ginecol Obstet. 2012;34(2):52-2



## 7. ANEXOS

### ANEXO I – Fichas de Notificação/Investigação Sífilis Gestacional

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO FICHA DE INVESTIGAÇÃO SÍFILIS EM GESTANTE		Nº
<b>Definição de caso</b>				
<b>Situação 1</b> - Mulher assintomática para sífilis que, durante o pré-natal, o parto e/ou o puerpério, apresente pelo menos um teste reagente – treponêmico E/OU não treponêmico, com qualquer titulação –, sem registro de tratamento prévio.				
<b>Situação 2</b> - Mulher sintomática <sup>a</sup> para sífilis que, durante o pré-natal, o parto e/ou o puerpério, apresente pelo menos um teste reagente – treponêmico E/OU não treponêmico –, com qualquer titulação.				
<sup>a</sup> Para mais informações sobre a sintomatologia da sífilis, consultar o Guia de Vigilância em Saúde e/ou Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), disponível respectivamente em <a href="http://www.saude.gov.br/gvs">www.saude.gov.br/gvs</a> e <a href="http://www.aids.gov.br/poit">www.aids.gov.br/poit</a>				
<b>Situação 3</b> - Mulher que, durante o pré-natal, o parto e/ou o puerpério, apresente teste não treponêmico reagente com qualquer titulação E teste treponêmico reagente, independentemente de sintomatologia da sífilis e de tratamento prévio.				
* Casos confirmados de cicatriz sorológica não devem ser notificados.				
Dados Gerais	1 Tipo de Notificação		2 - Individual	
	2 Agravado/doença		Código (CID10)	3 Data da Notificação
	<b>SÍFILIS EM GESTANTE</b>		O98.1	
Dados Gerais	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)	
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7 Data do Diagnóstico
	8 Nome do Paciente		9 Data de Nascimento	
Notificação Individual	10 (ou) Idade	11 Sexo	12 Gestante	13 Raça/Cor
	1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	F - Feminino	1 - 1º Trimestre 2 - 2º Trimestre 3 - 3º Trimestre 4 - Idade gestacional ignorada 9 - Ignorado	1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 9 - Ignorado
	14 Escolaridade			
Dados de Residência	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
Dados Complementares do Caso	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)		24 Geo campo 1
	25 Geo campo 2	26 Ponto de Referência		27 CEP
	28 (DDD) Telefone	29 Zona	30 País (se residente fora do Brasil)	
Ant. epít. gestante	31 Ocupação			
	32 UF	33 Município de realização do Pré-Natal	Código (IBGE)	34 Unidade de realização do pré-natal: Código
	35 Nº da Gestante no SISPRENATAL		36 Classificação Clínica	
Dados Laboratoriais	37 Resultado dos Exames			
	Teste não treponêmico no pré-natal		38 Título	39 Data
	1-Reagente 2-Não Reagente 3-Não Realizado 9-Ignorado		1.	
Tratamento/encaminhamento	40 Teste treponêmico no pré-natal			
	1-Reagente 2-Não reagente 3-Não realizado 9-Ignorado			
	41 Esquema de tratamento prescrito à gestante			
Ant. epidemiológicos da parcerias sexual	1 - Penicilina G benzatina 2.400.000 UI		2 - Penicilina G benzatina 4.800.000 UI	3 - Penicilina G benzatina 7.200.000 UI
	4 - Outro esquema		5 - Não realizado	
	42 Parceiro tratado concomitantemente à gestante		9 - Ignorado	
Ant. epidemiológicos da parcerias sexual	1 - Sim		2 - Não	
	43 Esquema de tratamento prescrito ao parceiro			
	1 - Penicilina G benzatina 2.400.000 UI		2 - Penicilina G benzatina 4.800.000 UI	3 - Penicilina G benzatina 7.200.000 UI
4 - Outro esquema		5 - Não realizado		
9 - Ignorado				
Sífilis em gestante		Sinan NET		SVS 29/09/2008

Ant. epidemiológicos da  
parceira sexual

44 Motivo para o não tratamento do Parceiro



- 1 - Parceiro não teve mais contato com a gestante.
- 2 - Parceiro não foi comunicado/convocado à US para tratamento.
- 3 - Parceiro foi comunicado/convocado à US para tratamento, mas não compareceu.
- 4 - Parceiro foi comunicado/convocado à US mas recusou o tratamento.
- 5 - Parceiro com sorologia não reagente.
- 6 - Outro motivo: \_\_\_\_\_

Investigador

Município/Unidade de Saúde

Cód. da Unid. de Saúde

Nome

Função

Assinatura

Sífilis em gestante

Sinan NET

SVS

29/09/2006

## ANEXO II – Parecer do CEP



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Epidemiologia da sífilis gestacional e congênita em Anápolis - Goiás, no período 2010-2018

**Pesquisador:** Constanza Thaise Xavier Silva

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 84113718.2.0000.5076

**Instituição Proponente:** Centro Universitário de Anápolis - Unievangélica

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.572.929

#### Apresentação do Projeto:

TODOS OS ITENS ABAIXO FORAM RETIRADOS NA ÍNTEGRA DOS DOCUMENTOS PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_1046239.pdf e ProjetoSífilisCongeGesta.docx

#### INTRODUÇÃO

A sífilis é uma patologia crônica e infecciosa, exclusiva do ser humano (BRASIL, 2010), que tem por agente etiológico o *Treponema pallidum* (SILVA; BONAFÉ, 2013), uma bactéria espiroqueta Gram-negativa microaerófila, que pode causar múltiplas manifestações (KUMAR et al., 2010) acometendo variados sistemas e órgãos, dentre os quais a pele, o fígado, o coração e o sistema nervoso central (SILVA; BONAFÉ, 2013). A principal via de transmissão da sífilis é o contato sexual. Quando ocorre a transmissão vertical da gestante com sífilis não tratada para o feto durante a gestação, transmissão essa que ocorre por meio da passagem via placentária, tem-se a sífilis congênita (BRASIL, 2010).

A sífilis na gestação tornou-se um agravo de notificação compulsória desde a publicação da Portaria MS/SVS No 33, assinada em 14 de julho de 2005 e, mundialmente, a sífilis ainda afeta um número elevado de gestantes. A região das Américas apresenta a segunda maior prevalência de sífilis na gestação e o terceiro maior número de casos (NEWMAN et al., 2013). A doença possui evolução lenta e quando não há tratamento, há alternância de períodos sintomáticos com assintomáticos, com três períodos distintos: sífilis primária, secundária e terciária, podendo também ter a fase latente (BRASIL, 2010).

Endereço: Av. Universitária, Km 3,5  
Bairro: Cidade Universitária CEP: 75.083-615  
UF: GO Município: ANAPOLIS  
Telefone: (62)3310-6736 Fax: (62)3310-6636 E-mail: cep@unievangélica.edu.br



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE  
ANÁPOLIS - UNIEVANGÉLICA



Continuação do Parecer: 2.572.947

Com isso, muitas consequências para o conceito podem surgir, têm-se como exemplo a prematuridade, abortamentos, perdas fetais, óbitos neonatais, neonatos enfermos e casos assintomáticos (TOLEDO; PEVERARI; BONAFÉ, 2013), que podem ocorrer tanto na infância como na vida adulta. E quando o recém-nascido não é tratado pode acontecer, dentre outros, surdez, cegueira, retardo mental, deformidades, lesões neurológicas (ALBUQUERQUE et al., 2014).

As manifestações da sífilis congênita podem acontecer precoce e ou tardiamente. Precoce, até dois anos de idade, pode-se ter: prematuridade, baixo peso ao nascer, hepatomegalia, esplenomegalia, lesões cutâneas, osteíte, pseudoparalisia, sofrimento respiratório acompanhado ou não por pneumonia, rinite, icterícia, anemia, linfadenopatia, petéquias, fissura peribucal, síndrome nefrótica, edema, convulsão e meningite. Alterações laboratoriais: anemia, trombocitopenia, leucocitose e leucopenia (BRASIL, 2015).

Na sífilis congênita tardia, após os dois anos de idade, pode-se ter, entre outros: tibia em "lâmina de sabre", articulações de Clutton, fronte "olímpica", nariz "em sela", deformação nos dentes, mandíbula curta, surdez neurológica e dificuldade no aprendizado (BRASIL, 2015).

A sífilis congênita é considerada um grande problema de saúde pública mundial (ARAÚJO et al., 2006) e brasileiro (BRASIL, 2006). Entre 1998 a junho de 2012, foram notificados no SINAN 80.041 casos em crianças menores de um ano de idade, sendo que a região Centro-Oeste brasileira foi responsável por 5.024 casos (6,3%) (FURTADO, 2014). Por conta da gravidade é essencial intervenção imediata nos casos diagnosticados para reduzir ao máximo a possibilidade de ocorrência da transmissão vertical para o conceito da gestante (BRASIL, 2012).

A recomendação da Organização Mundial da Saúde, também seguida pelo Ministério da Saúde brasileiro, é que para haver redução do número de casos é necessário que sejam feitos os testes de detecção não treponêmicos no 1º e 3º trimestre de gestação, e no período do parto, pois o diagnóstico precoce pode reduzir bastante a prevalência da sífilis congênita (BRASIL, 2012). Para o tratamento, a penicilina cristalina e a penicilina procaína têm sido as drogas de escolha. A penicilina benzatina pode não atingir ou manter níveis regulares no sistema nervoso central. Não é indicado o uso de outros antibióticos para o tratamento (SES-SP, 2016).

Diante do exposto e comentado o presente trabalho tem por objetivo traçar o perfil clínico-epidemiológico da sífilis gestacional e congênita em Anápolis-GO, no período entre 2010 a 2018 descritos no banco de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN do Departamento de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde.

Endereço: Av. Universitária, Km 3,5

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 75.083-615

UF: GO

Município: ANÁPOLIS

Telefone: (62)3310-6736

Fax: (62)33 10-6636

E-mail: cep@unievangelica.edu.br

Página 2 de 07



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE  
ANÁPOLIS - UNIEVANGÉLICA



Continuação do Parecer: 2.572.947

## METODOLOGIA

### Tipo de estudo

Trata-se de um estudo epidemiológico, observacional, descritivo e transversal descritivo de natureza quantitativa para estudo do perfil clínico-epidemiológico dos casos notificados de sífilis gestacional e congênita em Anápolis-GO. O período a ser analisado será entre os anos 2010 a 2018, sendo tomando como fonte de informação as Fichas de Notificação/Investigação dos casos notificados na base de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

### População de estudo

O estudo será realizado no município de Anápolis - GO que situa-se a 53 km da capital Goiânia e 139 km da capital federal. Junto com essas duas cidades, faz do eixo Goiânia-Anápolis-Brasília, a região mais desenvolvida do Centro-Oeste. Segundo o último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2010 a população é de 325.163 habitantes.

A coleta de dados será realizada a partir das Fichas de Notificação/Investigação da Sífilis gestacional (Anexo I) e Sífilis congênita (Anexo II), no Departamento de Epidemiologia da Secretaria Municipal de Saúde de Anápolis, que autorizará a coleta mediante assinatura do Termo Autorização de Manuseio de Dados (Apêndice I) e mediante assinatura do Termo de Instituição coparticipante e será disponibilizada uma sala reservada para os pesquisadores.

A população do estudo será os casos de sífilis congênita em Anápolis-GO sendo observada cada situação de encerramento: vivo, óbito por sífilis congênita, óbito por outras causas, aborto, natimorto e ignorado.

As características a serem avaliadas:

Variáveis sócio-demográficas: Em relação a gestante/mãe: idade, etnia, escolaridade e zona de moradia; Em relação a criança: idade, sexo e etnia.

Variáveis clínico-epidemiológicas: Em relação a criança: resultados dos testes: Não treponêmico - sangue periférico e seu título, teste treponêmico (após 18 meses), teste não treponêmico - liquor e sua titulação, se a titulação foi ascendente, evidência do *Treponema pallidum*, se houve alteração líquórica, alteração na radiografia de ossos longos, diagnóstico clínico, presença de sinais e sintomas, esquema de tratamento e evolução do caso. Em relação a gestante/mãe: se houve pré-natal na gestação, quando ocorreu o diagnóstico de sífilis materna, resultado do teste não treponêmico no parto/curetagem, titulação do resultado, qual o esquema de tratamento, intervalo entre a data do diagnóstico e o início do tratamento e se o(s) parceiro(s) foi(foram) tratado(s) concomitantemente com a gestante. O trabalho será submetido à aprovação do Comitê de Ética

Endereço: Av. Universitária, Km 3,5

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 75.083-615

UF: GO

Município: ANAPOLIS

Telefone: (62)3310-6736

Fax: (62)33 10-6636

E-mail: cep@unievangelica.edu.br

Página 3 de 07



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE  
ANÁPOLIS - UNIEVANGÉLICA



Continuação do Parecer: 2.572.947

em Pesquisa em Seres Humanos da UniEVANGÉLICA.

#### Critério de inclusão

Serão incluídos neste estudo casos de sífilis gestacional e congênita que foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) em Anápolis-GO entre os anos de 2010 e 2018, cujas fichas forneçam informações suficientes para análise dos casos e seguimento do estudo.

#### Critério de exclusão

Não estarão incluídos neste estudo os casos de sífilis gestacional e congênita notificados antes do ano de 2010 e após 2018, que não forneçam informações suficientes para análise.

#### Análise de dados

Os dados a serem obtidos serão posteriormente transcritos para uma planilha em Programa MS Excel Office XP e analisados através do software SPSS Statistics 22.0, para análise estatística descritiva, sendo adotado como critério de significância  $p < 0,05$ .

#### ASPECTOS ÉTICOS (consta no documento temocoparticipante.pdf)

Será garantido o sigilo de todos os dados coletados e com a instituição. Não será necessário substituir o nome dos pacientes e/ou das fichas por códigos, pois informações mais individuais não serão necessárias. Os dados coletados serão utilizados no desenvolvimento do Trabalho de Conclusão de Curso – TCC, sendo posteriormente publicado em alguma revista científica, periódicos ou cadernos de resumos. Os dados coletados ficarão guardados por 5 anos, sob responsabilidade dos pesquisadores e após esse período serão destruídos, conforme Resolução 466/12.

#### Objetivo da Pesquisa:

##### OBJETIVO PRIMÁRIO

Caracterizar o perfil clínico-epidemiológico da sífilis gestacional e congênita em Anápolis, descritos no banco dados do SINAN, entre os anos 2010 a 2018.

Endereço: Av. Universitária, Km 3,5

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 75.083-515

UF: GO

Município: ANAPOLIS

Telefone: (62)3310-6736

Fax: (62)33 10-6636

E-mail: cep@unievangelica.edu.br

Página 4 de 07





CENTRO UNIVERSITÁRIO DE  
ANÁPOLIS - UNIEVANGÉLICA



Continuação do Parecer: 2.572.947

#### OBJETIVOS SECUNDÁRIOS

-Comparar a prevalência da sífilis gestacional e congênita entre os anos estudados;

-Identificar a taxa de incidência da infecção do conceito pelo *Treponema pallidum* durante a gravidez no município;

-Descrever as variáveis clínico-epidemiológicas e sociodemográficas da sífilis gestacional e congênita;

-Analisar os grupos considerando as situações de encerramento (vivo, óbito por sífilis congênita, óbito por outras causas, aborto, natimorto e ignorado.) descritas no SINAN;

-Servir como referência de análise para melhoria dos programas de saúde pública que promovem a saúde da gestante e seu conceito no contexto da sífilis gestacional e congênita.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

##### Riscos

Essa pesquisa oferece riscos aos participantes, o principal risco consiste em uma remota possibilidade de um participante da pesquisa identificar-se como parte integrante da amostra vinda a se sentir constrangido que serão minimiza-los garantido total sigilo dos participantes, visto que será preservado anonimato completo, pois utilizaremos apenas informações já registradas em Instrumento de Coleta de Dados, que serão lançadas em banco de dados, sem violá-las em seu conteúdo. A identidade dos indivíduos envolvidos jamais será revelada e todas as informações serão mantidas no mais absoluto sigilo, garantindo total anonimato dos participantes. O material será utilizado apenas e tão somente para fins de pesquisa e os resultados serão utilizados em estudos científicos, ressaltando o total sigilo quanto ao nome e dados das fichas de notificação de doenças.

##### Benefícios

É de fundamental importância a realização de estudo que avaliem o perfil clínico-epidemiológico da sífilis gestacional e sífilis congênita na população de Anápolis-GO. O conhecimento gerado por essa pesquisa será revertido em benefícios para a sociedade e para futuros pacientes infectados

Endereço: Av. Universitária, Km 3,5

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 75.083-515

UF: GO

Município: ANAPOLIS

Telefone: (62)3310-6736

Fax: (62)3310-6636

E-mail: cep@unievangelica.edu.br

Página 5 de 07



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE  
ANÁPOLIS - UNIEVANGÉLICA



Continuação do Parecer: 2.572.947

por essas enfermidades e, espera-se com isso, conhecer a situação atual dos casos descritos. Essas informações poderão contribuir para a elaboração de estratégias em saúde pública para o controle da sífilis gestacional e sífilis congênita que possam efetivamente auxiliar em melhorias na saúde, podendo subsidiar ações de enfrentamento desse agravo no âmbito municipal. Os resultados obtidos poderão ser utilizados pelo Ministério da Saúde na elaboração de recomendações para o Plano Nacional de controle dessas enfermidades. Os resultados obtidos também serão apresentados em eventos científicos e publicados em revistas científicas da área.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de um projeto de pesquisa intitulado "EPIDEMIOLOGIA DA SÍFILIS GESTACIONAL E CONGÊNITA EM ANÁPOLIS - GOIÁS, NO PERÍODO 2010 a 2018" apresentado ao departamento de Enfermagem sob orientação da Profa Dra. Constanza Thaise Xavier Silva cujo objetivo é caracterizar o perfil clínico-epidemiológico da sífilis gestacional e congênita em Anápolis, descritos no banco dados do SINAN, entre os anos 2010 a 2018. Não descreve no projeto Detalhado o uso e a destinação final dos dados, entretanto, apresenta tal informação nos documentos, TAMDADOS.pdf e temocoparticipante.pdf. A amostra se dará por conveniência conforme os casos notificados no período de estudo.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

De acordo com as recomendações previstas pela RESOLUÇÃO CNS N.466/2012 e demais complementares o protocolo permitiu a realização da análise ética. Todos os documentos listados abaixo foram analisados.

**Recomendações:**

Não se aplica.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O protocolo de pesquisa encontra-se de acordo com a Resolução 466/12 do CNS, não apresentando nenhum óbice ético para sua execução.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Solicitamos ao pesquisador responsável o envio do RELATÓRIO FINAL a este CEP, via Plataforma Brasil, conforme cronograma de execução apresentado.

Endereço: Av. Universitária, Km 3,5  
Bairro: Cidade Universitária CEP: 75.083-515  
UF: GO Município: ANAPOLIS  
Telefone: (62)3310-6736 Fax: (62)3310-6636 E-mail: cep@unievangelica.edu.br

Página 6 de 07





CENTRO UNIVERSITÁRIO DE  
ANÁPOLIS - UNIEVANGÉLICA



Continuação do Parecer: 2.572.947

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1046239.pdf	04/09/2019 17:19:34	Constanza Thaise Xavier Silva	Aceito
Outros	TAMDADOS.pdf	04/09/2018 17:19:07	Constanza Thaise Xavier Silva	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	temocoparticipante.pdf	04/09/2019 17:18:31	Constanza Thaise Xavier Silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto Sífilis CongeGesta.docx	04/09/2019 13:32:35	Constanza Thaise Xavier Silva	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	04/09/2019 12:55:56	Constanza Thaise Xavier Silva	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

ANAPOLIS, 08 de outubro de 2019

---

**Assinado por:**  
**Brunno Santos de Freitas Silva**  
**(Coordenador)**

Endereço: Av. Universitária, Km 3,5

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 75.083-515

UF: GO

Município: ANAPOLIS

Telefone: (62)3310-6736

Fax: (62)33 10-6636

E-mail: cep@unievangelica.edu.br

Página 7 de 07