



Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto

Programa de Pós-graduação em Enfermagem

Adriana Luiz Sartoreto Mafra

**FATORES DEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS
ASSOCIADOS À SÍFILIS CONGÊNITA E
GESTACIONAL NO NOROESTE PAULISTA**

São José do Rio Preto

2019

Adriana Luiz Sartoreto Mafra

**FATORES DEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS
ASSOCIADOS À SÍFILIS CONGÊNITA E
GESTACIONAL NO NOROESTE PAULISTA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto para obtenção do título de Mestre. *Área de Concentração:* Processo de Trabalho em Saúde. *Linha de Pesquisa:* Gestão e Educação em Saúde (GES). *Grupo de Pesquisa:* Educação em Saúde (EDUS).

Orientadora: Prof^a Dr^a Claudia Bernardi Cesarino

São José do Rio Preto

2019

Ficha Catalográfica

Mafrá, Adriana Luiz Sartoreto
Fatores demográficos e clínicos associados à sífilis congênita e gestacional no Noroeste Paulista/Adriana Luiz Sartoreto Mafrá. São José do Rio Preto, 2019.

81 p.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP.

Orientadora: Prof^a Dr^a Claudia Bernardi Cesarino

Eixo temático: Gestão e Educação em Saúde

1. Sífilis; 2. Gestante; 3. Sífilis Congênita; 4. Epidemiologia.

Adriana Luiz Sartoreto Mafra

**Fatores demográficos e clínicos associados à sífilis
congênita e gestacional no Noroeste Paulista**

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª Dr^ª Claudia Bernardi Cesarino
Orientadora

Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - FAMERP

Prof^ª Dr^ª Claudia Eli Gazeta
Membro Titular Interno

Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - FAMERP

Prof Dr Jose Martins Pinto Neto
Membro Titular Externo

Faculdade de Medicina Universidade Brasil

Prof^ª Dr^ª Beatriz Barco Tavares Jontaz Irigoyen
Membro Suplente Interno

Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - FAMERP

Prof^ª Dr^ª Jomara Brandini Gomes
Membro Suplente Externo

Universidade de Três Lagos-UFMS

Prof^ª Dr^ª Natália Sperli Geraldes Marin dos Santos
Membro Suplente Interno

União das Faculdades dos Grandes Lagos-Unilago

Prof^ª Dr^ª Lucia Yazuko Izumi Nichiata
Membro Suplente Externo

Escola de Enfermagem USP São Paulo

São José do Rio Preto, 17 de maio de 2019

Dedicatórias

Dedico esta dissertação aos meus amados pais, José Luiz (in memoriam) e Leonice, que sempre acreditaram em mim e me deram apoio, amor, carinho e seus sacrifícios. Pai, Mãe, vocês me ensinaram buscar aquilo que eu queria, e acreditar que acima de qualquer coisa tenho a proteção de forças Divinas, principalmente, nos momentos mais difíceis e nos bons também. Lutas e sacrifícios são necessários, mas a Fé conduz a vitória. Por todos os motivos da minha vida, dedico-lhes este trabalho e expresso a minha eterna gratidão e amor. “Pai, essa conquista é sua”;

Ao meu amado filho, Hugo Luiz Mafra, por ter estado ao meu lado, incentivando e estendendo a mão nas dificuldades, companheiro inseparável, fonte de sabedoria e compreensão. “Você é a razão da minha vida”;

Aos meus adoráveis alunos do UNIFUNEC, que com suas inquietações iluminaram minha vida, vocês são a alegria dos meus dias e me fazem a professora mais feliz e realizada que possa existir. “Amo vocês”.

“Quando se ama não é preciso entender o que se passa lá fora, pois tudo passa a acontecer dentro de nós.”

(Paulo Coelho)

Agradecimentos

Gratidão é muito pouco para expressar tudo que tenho vivido e aprendido nestes últimos anos. O percurso da vida pode não ser fácil! Transitar por ela tem seus espinhos, mas que ao estresse, se revelam flores. Flores que desejo compartilhar com cada pessoa que cruzou comigo nesta caminhada. Por isso, nesta dissertação, os meus agradecimentos são imensos.

A Deus e à Nossa Senhora Aparecida, por nunca terem desistido de mim e mostrado que, mesmo se pesada a cruz fosse, estariam comigo me abençoando a todo momento, secando minhas lágrimas, fazendo-me sorrir e colocando em meu caminho pessoas iluminadas e momentos ímpares que me impulsionaram para essa vitória.

Agradeço ao meu maior presente, filho querido: Hugo Luiz Mafra, que me deu inspiração para eu iniciar essa caminhada, ser forte e nunca desistir. À minha mãe Leonice Silvestrini Storti Luiz e à minha avó Lourdes Maria Silvestrini Storti, que são minhas rainhas e me enchem de carinho, oração e amor. Ao meu pai (in memoriam) que sempre nas horas difíceis pedia para que ele me envolvesse em seus braços para que eu me sentisse protegida.

Agradeço, em especial, ao meu amigo querido Prof. Dr. Edirlei Machado dos Santos, pelo incentivo, carinho e apoio transmitido antes, durante e sempre para a concretização deste sonho. Saiba meu amigo: o trabalho contido nesta dissertação é fruto do apoio incondicional que recebi de você.

Agradeço à minha tia Sonia Silveira por ter me acolhido em sua casa e me proporcionando carinho, conforto e estímulo para a realização deste sonho.

Agradeço a Professora Dra. Cláudia Eli Gazeta por ter aberto um espaço para o diálogo e por ter me aceitado como aluna especial para que aqui hoje eu estivesse como mestre. Meu respeito e minha eterna gratidão.

Às minhas amigas de sala Flavia Cesarino e Marina Ferreira Caiubi, as quais sempre tive como exemplo de seres humanos profissionais competentes, amo-as de sobremaneira. Obrigada por dividirem comigo essa jornada. “Eu café vocês”;

Aos amigos, que me incentivaram e torceram pelo sucesso de mais esta etapa da minha vida. Nesta caminhada, fiz novos amigos que me ajudaram a ser forte, persistente e a confiar que tudo acontece no momento certo por permissão Divina. Amigos que se alegram com a felicidade do outro são eternos;

Aos amigos do Grupo de Vigilância Epidemiológica de Jales, minhas queridas Sandra Roberta e Lucimar, e do Centro de Referência e Treinamento DST/Aids de São Paulo, pessoas adoráveis, Dra. Carmem e Dra. Marisa, pelo incentivo constante com palavras de carinho e fé; e aos demais amigos que torceram por mim;

A todos que de alguma forma contribuíram para conclusão desta etapa do meu aprendizado;

À Prof. Dra. Claudia Bernardi Cesarino, minha orientadora, professora e amiga, que me recebeu de braços abertos e fez desta jornada uma colheita de lindas flores e doces frutos. Obrigada por acreditar em mim e me motivado ainda mais a cada encontro, telefonema e mensagem, contribuindo com o meu crescimento pessoal e profissional. Você foi um presente que Deus me deu na sua infinita bondade.

A todos a minha eterna gratidão!!!

Epígrafe

“Sapere audi”

(Sapere audi é uma expressão em latim que significa ‘ouse saber’)

Immanuel Kant

SUMÁRIO

Dedicatórias	i
Agradecimentos	ii
Epígrafe	iv
Lista de Tabelas	vi
Lista de Abreviaturas	viii
Resumo	ix
Abstract	xi
Resumen	xiii
1 INTRODUÇÃO	2
2 OBJETIVOS	7
2.1 Objetivo Geral	7
2.2 Objetivos Específicos	7
3 CASUÍSTICA E MÉTODOS	8
4 ARTIGOS CIENTÍFICOS	10
4.1 MANUSCRITO 1	14
4.2 MANUSCRITO 2	29
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	29
REFERÊNCIAS	55
APÊNDICES	58
ANEXOS	61

Lista de Tabelas

Manuscrito 1

Tabela 1. Distribuição dos casos de sífilis em gestantes e sífilis congênita ocorridos no município de Santa Fé do Sul-SP no período de 2015 a 2017.	19
Tabela 2. Distribuição dos casos de sífilis congênita, de acordo com a faixa etária das gestantes, ocorridos no município de Santa Fé do Sul-SP no período de 2015 a 2017.	20
Tabela 3. Distribuição dos casos de sífilis congênita, de acordo com a escolaridade materna, ocorridos no município de Santa Fé do Sul-SP no período de 2015 a 2017.	21
Tabela 4. Distribuição dos casos de sífilis congênita, de acordo com a raça da gestante, ocorridos no município de Santa Fé do Sul-SP no período de 2015 a 2017.	22
Tabela 5. Distribuição dos casos de sífilis congênita, durante o Pré-Natal e no momento do parto/curetagem, ocorridos no município de Santa Fé do Sul-SP no período de 2015 a 2017.	22
Tabela 6. Distribuição dos casos de sífilis congênita, de acordo com o tratamento do parceiro, ocorridos no município de Santa Fé do Sul-SP no período de 2015 a 2017.	23
Tabela 7. Distribuição dos casos de sífilis congênita, de acordo com o ano e o sexo do Recém-Nascido, ocorridos no município de Santa Fé do Sul-SP no período de 2015 a 2017.	24
Tabela 8. Distribuição dos casos de sífilis congênita e número de nascidos vivos com sífilis congênita, ocorridos no município de Santa Fé do Sul-SP no período de 2015 a 2017.	24

Manuscrito 2

Tabela 1. Distribuição das variáveis demográficas dos casos de sífilis em gestante no GVE XXX de Jales/SP, no período de 2013 a 2017.	35
Tabela 2. Distribuição das variáveis clínicas das gestantes diagnosticadas com sífilis, com GVE XXX de Jales/SP, no período de 2013 a 2017.	36

Tabela 3. Distribuição da incidência dos casos de sífilis em gestante no GVE XXX de Jales/SP, no período de 2013 a 2017	37
Tabela 4. Distribuição das variáveis demográficas dos casos de sífilis congênita no GVE XXX de Jales/SP, no período de 2013 a 2017.....	38
Tabela 5. Distribuição da incidência de sífilis congênita por 1000 nascidos vivos no GVE XXX de Jales/SP no período de 2013 a 2017.....	39

Lista de Abreviaturas

SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINASC	Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
OPAS	Organização Pan Americana da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
MS/SVS	Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde
DIAHV	Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Viraris
Aids	Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida
MS	Ministério da Saúde
TR	Teste Rápido
GVE XXX	Grupo de Vigilancia Epidemiológica de Jales
CRT/DST/AIDS-	Centro de Referência e Treinamento de Doenças Sexualmente
SP	Transmissíveis e Aids da Secretaria de Saúde do estado de São Paulo
CNS	Conselho Nacional de Saúde
VDRL	Venereal Disease Research Laboratory
SUS	Sistema Único de Saúde
UI	Unidades Internacionais
PCDC	Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas

Resumo

FATORES DEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS ASSOCIADOS À SÍFILIS CONGÊNITA E GESTACIONAL NO NOROESTE PAULISTA**Resumo**

Introdução: Gestantes constituem um grupo com alta vulnerabilidade para a sífilis, acarretando aumento da incidência de sífilis congênita, sendo que a sífilis é considerada um problema de saúde pública. **Objetivos:** Este estudo teve como objetivos caracterizar o perfil epidemiológico da sífilis em gestante e congênita notificadas em um município do noroeste paulista no período de 2015 a 2017, e analisar a prevalência dos casos de sífilis congênita e em gestantes, associando os fatores demográficos e clínicos de um Grupo de Vigilância Epidemiológica do Noroeste Paulista no período de 2013 a 2017. **Casística e Métodos:** Estudo descritivo exploratório realizado com os bancos de dados do Sistema Único de Saúde: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN - sífilis em gestantes e sífilis congênita) e Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc) de Santa Fé do Sul e de um Grupo de Vigilância Epidemiológica de Jales, que consistem de informações demográficas e clínicas preenchidas por profissionais de saúde. A amostra no município de Santa Fé do Sul estudada foi de 32 gestantes diagnosticadas com sífilis, com idade entre 18 e 45 anos e seis recém-nascidos diagnosticados com sífilis congênita no período 2015 a 2017. Foram analisados 153 casos de gestantes com sífilis e 55 casos de sífilis congênita notificados no Grupo de Vigilância Epidemiológica de Jales, no período de 2013 a 2017. Para a análise estatística utilizou-se o Software Minitab 17 e foi aplicado o teste estatístico qui-quadrado para observar no período estudado as associações entre os casos de sífilis gestacional e congênita e as variáveis demográficas e clínicas e as possíveis associações entre os casos de sífilis congênita e os sintomas avaliados nos recém-nascidos. **Resultados:** O perfil sociodemográfico das gestantes do município com sífilis foi de mulheres jovens, com nenhum ou algum grau de escolaridade e a incidência de sífilis congênita foi de 5,36 casos/1.000 nascidos vivos no período estudado e apesar da alta incidência, não houve caso fatal da doença. O número de casos absolutos de sífilis em gestante no Grupo Epidemiológico do Noroeste Paulista estudado no período de 2013 a 2017 aumentou do ano de 2013 (13 casos) a 2017 (43 casos), atingindo um máximo em 2016 com 44 casos (28,8%). Em 2013, a ocorrência de sífilis em gestante foi preponderante em pacientes com faixa etária de 15 a 24 anos (11 casos; 84,6%), sendo que esse percentual diminuiu até o ano de 2016 (16 casos; 36,4%), tornando a aumentar no ano de 2017 (25 casos; 58,1%). Em 2013, não havia casos de sífilis gestacional, atingindo um valor máximo de 19 casos (43,2%) no ano de 2016. Houve um aumento significativo dos casos de sífilis primária de 2013 a 2015, com considerável redução até 2017; os casos de sífilis latente aumentaram de forma consistente até 2017, atingindo 18 casos (41,8%). A maioria das gestantes realizou o teste treponêmico (86,0%) e o não treponêmico (90,7%). De acordo com as características da assistência pré-natal analisadas, verificamos que das 153 gestantes diagnosticadas com sífilis, somente 54 gestantes (35,3%) realizaram o número mínimo de consultas pré-natais. O número de parceiros tratados (62,8%) foi superior ao de parceiros não tratados (27,9%) em todo o

período estudado, sendo que o número de parceiros não tratados e ignorados foi maior dos parceiros tratados. As cidades com maior número de diagnóstico de sífilis em gestantes foram Fernandópolis e Santa Fé do Sul. Com relação à Sífilis Congênita, foi identificado um número expressivo de casos, atingindo um total de 55 casos, sendo 28 do sexo masculino e 27 do feminino. No ano de 2016 ocorreram 15 casos (27,3%) e observaram que três recém-nascidos eram sintomáticos e os demais apresentaram-se na forma assintomática da doença. Em relação ao teste de líquido, três apresentaram resultados reagentes, dois no ano de 2016 e um no ano de 2017. Em relação à avaliação radiológica de ossos longos 31 recém-nascidos foram submetidos a este exame e quatro deles apresentaram alterações ósseas. Quanto ao tratamento, quatro recém-nascidos receberam Penicilina Procaína, pois ocorreu a presença de alterações clínicas e/ou imunológicas e/ou radiológicas e/ou hematológicas, e 28 deles fizeram tratamento com Penicilina G Cristal. Dos 55 casos notificados, 14 receberam outro tipo de tratamento, dos quais não foram descritos ou identificados no sistema de notificação, dois recém-nascidos não realizaram tratamento e outros dois os tratamentos foram ignorados. As cidades que tiveram o maior percentual de casos de sífilis congênita foram Fernandópolis e Jales. **Conclusão:** O perfil sócio demográfico das gestantes com sífilis em Santa Fé do Sul foi de mulheres jovens, com baixa escolaridade e houve um aumento considerável de casos de sífilis no período investigado tanto no município como no Grupo de Vigilância Epidemiológica do Noroeste Paulista. A média de incidência de sífilis gestacional foi de 10,37 casos/1.000 nascidos vivos e a congênita foi de 3,73 casos/1.000 nascidos vivos, no período de 2013 a 2017. A ocorrência de sífilis em gestante foi preponderante em pacientes com idade de 15 a 24 anos, com um aumento significativo dos casos de sífilis primária e latente com presença de associações significativas entre os anos avaliados com a classificação clínica e a faixa etária das mulheres com sífilis gestacional. Não houve associações significativas entre as demais variáveis demográficas e clínicas dos casos de sífilis em gestantes. Todas as variáveis demográficas e clínicas foram semelhantes na sífilis congênita. Os resultados deste estudo demonstram que ainda há muito que evoluir para o alcance da meta da OMS de eliminação da sífilis como problema de saúde pública e que necessita de ações estratégicas urgentes para o controle da sífilis em gestantes e congênita no noroeste paulista.

Descritores: Sífilis; Gestantes; Sífilis Congênita; Epidemiologia.

DEMOGRAPHIC AND CLINICAL FACTORS ASSOCIATED WITH CONGENITAL AND GESTATIONAL SYPHILIS IN THE NORTHWEST OF SÃO PAULO STATE

Abstract

Introduction: Pregnant women constitute a group with high vulnerability to syphilis, leading to an increase in the incidence of congenital syphilis, and syphilis is considered a public health problem. **Objectives:** This study aimed to characterize the epidemiological profile of syphilis in pregnant and congenital cases reported in a city in the Northwest of São Paulo State between 2015 and 2017, to analyze the prevalence of congenital and gestational syphilis cases and to associate the demographic and clinical factors of an Epidemiological Group in the Northwest of São Paulo State between 2013 and 2017. **Sample and Method:** An exploratory and descriptive study was carried out in the databases of the Unified Health System: Information System for Notification Diseases (Sinan - syphilis in pregnant women and congenital syphilis) (Sinasc) of Santa Fé do Sul and an Epidemiological Group in Jales, consisting of demographic and clinical information completed by health professionals. The study sample in the city of Santa Fé do Sul consisted of 32 pregnant women diagnosed with syphilis, aged between 18 and 45 years and six newborns diagnosed with congenital syphilis in the period from 2015 to 2017. In total, 153 cases of pregnant women with syphilis and 55 cases of congenital syphilis were reported in the Jales Epidemiological Surveillance Group from 2013 to 2017. Minitab 17 software was used for the statistical analysis and the chi-square statistical test was used to observe the associations between the cases of gestational and congenital syphilis and demographic and clinical variables in the study period, as well as the possible associations between congenital syphilis and symptoms evaluated in newborns. **Results:** The sociodemographic profile of the pregnant women with syphilis was of young women with no or some degree of education and the incidence of congenital syphilis was 5.36/1,000 live births in the period studied. Despite the high incidence, there was no fatal case of the disease. The number of absolute cases of gestational syphilis in the Epidemiological Group in the Northwest of São Paulo State studied during the period from 2013 to 2017 increased from 2013 (13 cases) to 2017 (43 cases), reaching a maximum in 2016 with 44 cases (28.8%). In 2013, the occurrence of gestational syphilis was predominant in patients aged 15 to 24 years (11 cases, 84.6%), and this percentage dropped until 2016 (16 cases, 36.4%), increasing in 2017 (25 cases, 58.1%). In 2013, there were no cases of gestational syphilis, reaching a maximum of 19 cases (43.2%) in 2016. There was a significant increase in cases of primary syphilis from 2013 to 2015, with a considerable reduction until 2017; latent syphilis cases increased consistently until 2017, reaching 18 cases (41.8%). The majority of pregnant women underwent the treponemal (86.0%) and non-treponemal test (90.7%). According to the prenatal care characteristics analyzed, we verified that, of the 153 pregnant women diagnosed with syphilis, only 54 pregnant women (35.3%) performed the minimum number of prenatal visits. The number of partners treated (62.8%) was higher than that of untreated partners (27.9%) throughout the study period, and the number of untreated and ignored partners was higher among the treated partners. The cities with the highest number of syphilis diagnosed in pregnant women were Fernandópolis and Santa Fé do Sul. In relation to Congenital Syphilis, a significant number of cases were identified, reaching a total

of 55 cases, being 28 males and 27 females. In 2016, (27.3%, 15 cases) occurred, observing that three newborns were symptomatic, while the others presented the asymptomatic form of the disease. In relation to the cerebrospinal fluid test, three had reactant results, two in the year 2016 and one in the year 2017. In relation to the x-ray evaluation of long bones, 31 newborns were submitted to this examination and four of them presented bone alterations. Regarding the treatment, four newborns received Procaine Penicillin, as there were clinical and/or immunological and/or x-ray and/or hematological alterations, and 28 of them were treated with Penicillin G Crystal. Of the 55 cases reported, 14 received another type of treatment, which were not described or identified in the notification system, two infants were not treated and two were ignored. The cities that had the highest percentage of cases of congenital syphilis were Fernandópolis and Jales. **Conclusions:** The sociodemographic profile of pregnant women with syphilis in Santa Fe do Sul was young women with low education and there was a considerable increase in syphilis cases during the period investigated both in the city and in the Epidemiological Group in the Northwest of São Paulo State. The mean incidence of gestational syphilis was 10.37/1,000 live births and the congenital heart rate was 3.73/1,000 live births between 2013 and 2017. The occurrence of gestational syphilis predominantly occurred in patients aged 15 to 24 years, with a significant increase in cases of primary and latent syphilis and significant associations between the years evaluated and the clinical classification and the range age of patients with gestational syphilis. There were no significant associations between the other demographic and clinical variables of gestational syphilis cases. All demographic and clinical variables were similar in congenital syphilis. The results of this study show that there is still a long way to go to reach the WHO goal of eliminating syphilis as a public health problem. Urgent strategic actions are needed to control gestational and congenital syphilis in the Northwest of São Paulo State.

Key words: Syphilis; Pregnant Women; Syphilis, Congenital; Epidemiology.

FACTORES DEMOGRÁFICOS Y CLÍNICOS ASOCIADOS A LA SÍFILIS CONGÉNITA Y GESTACIONAL EN EL NOROESTE DEL ESTADO DE SAO PAULO

Resumen

Introducción: Las mujeres embarazadas constituyen un grupo con alta vulnerabilidad para la sífilis, acarreando aumento de la incidencia de sífilis congénita, siendo que la sífilis es considerada un problema de salud pública. **Objetivos:** Este estudio tuvo como objetivos caracterizar el perfil epidemiológico de la sífilis en embarazada y congénita notificadas en un municipio del noroeste del estado de Sao Paulo en el período de 2015 a 2017, analizar la prevalencia de los casos de sífilis congénita y gestacional y asociar los factores demográficos y clínicos de un Grupo Epidemiológico del Noroeste del Estado de São Paulo en el período de 2013 a 2017. **Casos y Métodos:** Estudio descriptivo exploratorio desarrollado con las bases de datos del Sistema Único de Salud: Sistema de Información de Agravios de Notificación (Sinan - sífilis en embarazadas y sífilis congénita) y Sistema de Información sobre Nacidos Vivos (Sinasc) de Santa Fe del Sur y de un Grupo Epidemiológico de Jales, que consisten en informaciones demográficas y clínicas rellenas por profesionales de la salud. La muestra en el municipio de Santa Fe del Sur estudiada fue de 32 gestantes diagnosticadas con sífilis, con edad entre 18 y 45 años y seis recién nacidos diagnosticados con sífilis congénita en el período 2015 a 2017. Se analizaron 153 casos de embarazadas con sífilis y 55 casos de sífilis congénita notificados en el Grupo de Vigilancia Epidemiológica de Jales en el período de 2013 a 2017. Para el análisis estadístico se utilizó el Software Minitab 17 y se aplicó la prueba estadística chi-cuadrado para observar en el período estudiado las asociaciones entre los casos de sífilis gestacional y congénita y las variables demográficas y clínicas y las posibles asociaciones entre los casos de sífilis congénita y los síntomas evaluados en los recién nacidos. **Resultados:** El perfil sociodemográfico de las gestantes del municipio con sífilis fue de mujeres jóvenes, con ninguno o algún grado de escolaridad y la incidencia de sífilis congénita fue de 5,36/1.000 nacidos vivos en el período estudiado ya pesar de la alta incidencia, no hubo caso fatal de la enfermedad. El número de casos absolutos de sífilis gestacional en el Grupo Epidemiológico del Noroeste del Estado de São Paulo estudiado en el período de 2013 a 2017 aumentó de 2013 (13 casos) a 2017 (43 casos), alcanzando un máximo en 2016 con 44 casos (28,8%). En 2013, la presencia de sífilis gestacional fue preponderante en pacientes con edades de 15 a 24 años (11 casos, 84,6%), siendo que ese porcentaje disminuyó hasta 2016 (16 casos, 36,4%), aumentando otra vez en 2017 (25 casos, 58,1%). En 2013, no fueron encontrados casos de sífilis gestacional, alcanzando un valor máximo de 19 casos (43,2%) en 2016. Hubo un aumento significativo de los casos de sífilis primaria de 2013 a 2015, con considerable reducción hasta 2017; los casos de sífilis latente aumentaron de forma consistente hasta 2017, alcanzando 18 casos (41,8%). La mayoría de las gestantes realizaron las pruebas treponémica (86,0%) y no treponémica (90,7%). De acuerdo con las características de la atención prenatal analizadas, verificamos que de las 153 gestantes diagnosticadas con sífilis, sólo 54 gestantes (35,3%) realizaron el número mínimo de consultas prenatales. El número de socios tratados (62,8%) fue superior al de los socios no tratados (27,9%) en todo el período estudiado, y el número de socios no tratados e ignorados fue mayor de los socios tratados. Las ciudades con mayor número de diagnóstico de sífilis en

gestante fueron Fernandópolis y Santa Fe do Sul. Con relación a la Sífilis Congénita, se identificó un número expresivo de casos, alcanzando un total de 55 casos, siendo 28 del sexo masculino y 27 del femenino. Ocurrieron en 2016 (27,3%, 15 casos), observando que tres recién nacidos eran sintomáticos y los demás se presentaron en la forma asintomática de la enfermedad. En cuanto a la prueba de liquor, tres presentaron resultados reactivos, dos en el año 2016 y uno en el año 2017. En relación a la evaluación radiológica de huesos largos, 31 recién nacidos fueron sometidos a este examen y cuatro de ellos presentaron alteraciones óseas. En cuanto al tratamiento, cuatro recién nacidos recibieron Penicilina Procaína, pues ocurrió la presencia de alteraciones clínicas y/o inmunológicas y/o radiológicas y/o hematológicas, y 28 de ellos hicieron tratamiento con Penicilina G Cristal. De los 55 casos notificados, 14 recibieron otro tipo de tratamiento, que no fueron descritos o identificados en el sistema de notificación, dos recién nacidos no realizaron tratamiento y otros dos tratamientos fueron ignorados. Las ciudades que tuvieron el mayor porcentaje de casos de sífilis congénita fueron Fernandópolis y Jales. **Conclusiones:** El perfil sociodemográfico de las gestantes con sífilis en Santa Fe do Sul fue de mujer, joven, con baja escolaridad y hubo un aumento considerable de casos de sífilis en el período investigado tanto en el municipio y en el Grupo Epidemiológico del Noroeste del Estado de Sao Paulo. La incidencia media de sífilis gestacional fue de 10,37/1.000 nacidos vivos y de la congénita fue de 3,73/1.000 nacidos vivos, en el período de 2013a 2017. La ocurrencia de sífilis gestacional fue preponderante en pacientes con edad de 15 a 24 años, con un aumento significativo de los casos de sífilis primaria y latente con presencia de asociaciones significativas entre los años evaluados con la clasificación clínica y el grupo de edad de las pacientes con sífilis gestacional. No fueron encontradas asociaciones significativas entre las demás variables demográficas y clínicas de los casos de sífilis gestacional. Todas las variables demográficas y clínicas fueron similares en la sífilis congénita. Los resultados de este estudio demuestran que aún hay mucho que evolucionar hacia el logro de la meta de la OMS de eliminación de la sífilis como problema de salud pública y que necesita acciones estratégicas urgentes para el control de la sífilis gestacional y congénita en el noroeste del estado de Sao Paulo.

Palabras-clave: Sífilis; Mujeres Embarazadas; Sífilis Congénita; Epidemiología.

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

As infecções sexualmente transmissíveis (IST), nos últimos anos, readquiriram grande importância e são consideradas grave problema de saúde pública em todos os países, principalmente nos países em desenvolvimento, que além de estarem na fase de transição epidemiológica ainda sofrem com essas doenças infecciosas, provavelmente por causa da infecção pelo HIV¹. Dentre as IST, encontra-se a sífilis, que apresenta grande taxa de transmissão na sua forma adquirida, e atualmente, na forma congênita, tornando-se imensa preocupação em todo o território nacional e mundial^{2,3}.

A sífilis é uma doença infectocontagiosa sistêmica de evolução crônica causada pelo agente etiológico *Treponema pallidum*, que é uma bactéria da ordem das espiroquetas, adquirida através do contato sexual e transplacentária, podendo, ocasionalmente, ocorrer por contato direto de profissionais de saúde em exposição ocupacional com a lesão sífilítica^{4,5}. Durante a evolução natural da doença ocorrem períodos de atividade com características clínicas imunológicas e histopatológicas distintas, intercalados por períodos de latência, durante os quais não se observa a presença de sinais ou sintomas^{6,7}.

A sífilis é uma das IST mais comuns em todo o mundo, com cerca de seis milhões de novos casos a cada ano, e estima-se que 12 milhões de pessoas estejam infectadas^{8,9,10}. Estima-se que a prevalência no mundo de sífilis em gestante no ano de 2016 foi de 0,69%, resultando em uma taxa de 473/100 mil nascidos vivos dos 661.000 casos totais notificados em 2016^{11,12,3}. Se uma gestante infectada com sífilis não for tratada adequadamente, a transmissão vertical poderá resultar em baixo peso ao nascer, nascimento prematuro, aborto, natimorto, além de manifestações clínicas precoces e tardias da sífilis congênita¹³.

De acordo com dados do relatório Elimination of Mother-to-Child Transmission of HIV and Syphilis in the Americas: Update 2016, os casos de sífilis congênita na América Latina e no Caribe em 2010 eram de 10.800 casos, mostrando constante avanço até 2015

quando atingiu um número de 22.400 casos registrados⁸. No Boletim Epidemiológico de 2018, o índice de crianças com sífilis congênita é de 1,7/100 mil nascidos vivos⁹. Com relação às gestantes, 83%, no ano de 2015, foram testadas para sífilis durante o pré-natal e 84% dos casos com diagnóstico positivo foram tratadas⁹.

O Plano de Ação para a Prevenção e o Controle do HIV e Infecções Sexualmente Transmissíveis 2016-2021, criado pela Organização Pan Americana da Saúde e Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) estima diminuir a prevalência de sífilis congênita que era de 1,3% em 2014 para 0,5% ou menos em 2020^{8,12,3}. Uma das metas globais para 2030 da OMS é reunir esforços para intensificar rapidamente intervenções e serviços eficazes para alcançar o objetivo de acabar com as epidemias de infecção sexualmente transmissíveis como um problema de saúde pública³. O conjunto de metas é ambicioso e preconiza na linha de base global de 2018^{8,3}:

- Redução de 90% da incidência de *Treponema pallidum* globalmente;
- Redução de 90% na incidência de *Neisseria gonorrhoeae* globalmente;
- Diminuição de 50 casos ou menos de sífilis congênita por 100.000 nascidos vivos em 80% dos países;
- Sustentar 90% de cobertura nacional e pelo menos 80% em cada distrito em países com vacina contra o papilomavírus humano em seu Programa Nacional de Imunização.

A Portaria MS/SVS n.º 204, assinada em 17 de fevereiro de 2016 incluiu várias doenças à relação de notificação compulsória, e a sífilis em gestantes foi uma delas¹⁴. A sífilis na gestação deve ser sempre investigada, uma vez que sua detecção precoce previne a sífilis congênita e o seu número de casos diagnosticados vem aumentando de forma considerável¹⁵.

Foi observado, nos últimos cinco anos, no Brasil, um aumento permanente no número de casos de sífilis em gestantes, congênita e adquirida^{1,9,16}. Acredita-se que esse aumento do

número de casos se deu em parte pela cobertura de testagem, ampliação do teste rápido e redução do uso de preservativos, da resistência dos profissionais de saúde em administrar a penicilina na Atenção Básica e o próprio desabastecimento de penicilina¹⁶.

No Brasil, em 2017, a sífilis adquirida atingiu 119.800 casos notificados, uma taxa de detecção de 58,1 casos/100 mil habitantes⁹. Com relação ao número total de casos em gestantes, foram notificados 49.013, ou seja, uma taxa de 17,2 casos/1.000 nascidos vivos (28,4% mais casos que no ano anterior); o número de casos de sífilis congênita foi de 24.666 casos, revelando uma taxa de 8,6 casos/1.000 nascidos vivos, bem acima do preconizado pela OMS^{9,3}. No mesmo ano, observou-se 206 óbitos por sífilis congênita, ou seja, uma taxa de mortalidade igual a 7,2/100 mil nascidos vivos⁹.

Na Região Sudeste do Brasil, no ano de 2017, foram notificados 23.470 casos de sífilis em gestante (47,9%), atingindo uma taxa de 20,8 casos/1.000 nascidos vivos⁹. No mesmo ano foram registrados nesta mesma região, 10.645 casos de sífilis congênita, revelando uma frequência de 43,2% e uma taxa de 9,4 casos/1.000 nascidos vivos⁹. Portanto, a taxa de sífilis congênita na Região Sudeste supera a taxa nacional que é de 8,6 casos/1.000 nascidos vivos⁹.

O Estado de São Paulo, no ano de 2017, foi o que teve o maior número de casos de sífilis em gestante, totalizando 10.560 casos e uma frequência de 21,5%, ou seja, 17,6 casos/1.000 nascidos vivos⁹. Não seria diferente para os casos de sífilis congênita, pois no mesmo ano o número de casos registrado chegou a 4.073 (16,5%), evidenciando uma taxa de 6,8 casos/1.000 nascidos vivos⁹. Nesta mesma região, os Estados do Rio de Janeiro e Minas Gerais ocuparam o segundo e o terceiro lugar em número de casos registrados, tanto para sífilis em gestante como para a sífilis congênita⁹. O estado que registrou o menor número foi o estado do Espírito Santo, com índices abaixo da média nacional⁹.

Na sífilis congênita, os principais fatores que determinam a probabilidade da transmissão vertical são o estágio da sífilis na mãe e a duração da exposição do feto no útero.

Mais de 50% das crianças infectadas são assintomáticas ao nascimento, e os primeiros sintomas surgem durante os primeiros três meses de vida. Por isso, são de suma importância a triagem sorológica da mãe na maternidade e o seguimento ambulatorial do recém-nascido^{4,3}.

É devido ao grande aumento do número de casos, tanto da sífilis adquirida, quanto da sífilis em gestante e sífilis congênita, que o Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, Aids e das Hepatites Virais (DIAHV) implantou um projeto de *resposta rápida à sífilis nas redes de atenção a saúde*¹⁶. Seu objetivo é de reduzir a sífilis adquirida e em gestantes, e eliminar a sífilis congênita no Brasil, fortalecendo a Vigilância em Saúde e a Vigilância Epidemiológica, a gestão e governança, a assistência, educação e comunicação, constituindo uma resposta integrada e colaborativa que articulasse os pontos de atenção a saúde, os setores sociais e a comunidade para uma melhor resposta a esse agravo¹⁶. O Plano possui caráter dinâmico, portanto é passível realizar adequações e alterações no combate a este agravo como¹⁶:

- Ampliar a cobertura do diagnóstico (por meio de teste rápido- TR) e tratamento oportuno e adequado das gestantes e parcerias sexuais no pré-natal, parto ou situações de abortamento;
- Incentivar os profissionais de saúde, em especial as equipes de enfermagem, para administração de penicilina benzatina na Atenção Básica;
- Qualificar informações epidemiológicas, notificação e investigação, com seguimento clínico-laboratorial e encerramento dos casos de sífilis adquirida, sífilis em gestantes e sífilis congênita;
- Fortalecer o pré-natal do parceiro, entre outros.

Na ampliação e qualificação do diagnóstico, uma das ações do plano é o aumento da testagem, principalmente nas gestantes¹⁷. Isso porque a identificação ainda no primeiro

trimestre da gestação e o tratamento adequado impede a transmissão da doença da mãe para o recém-nascido¹⁷.

2 OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar as características demográficas e clínicas dos casos de sífilis em gestante e de sífilis congênita notificados em um Grupo de Vigilância Epidemiológica do Noroeste Paulista, no período de 2013 a 2017.

2.2 Objetivos Específicos

- Analisar demograficamente a sífilis em gestante quanto à faixa etária; escolaridade; raça e zona de residência;
- Identificar dados obstétricos na sífilis em gestante quanto ao Pré Natal; trimestre gestacional e o tratamento ou não do parceiro;
- Avaliar clinicamente a sífilis em gestante quanto à realização de teste treponêmico e não treponêmico; classificação clínica da sífilis e tratamento realizado;
- Analisar demograficamente a sífilis congênita quanto ao sexo; raça e idade do diagnóstico em dias;
- Identificar clinicamente a sífilis congênita quanto ao diagnóstico clínico; sinais e sintomas apresentados; exame de líquido; exame de ossos longos e esquema terapêutico.

3 CASUÍSTICA E MÉTODOS

3 CASUÍSTICA E MÉTODOS

O desenvolvimento deste projeto de pesquisa deu-se por meio de uma abordagem quantitativa de natureza exploratória e descritiva, realizado a partir de um levantamento de dados efetuado nas Fichas de Investigação Epidemiológica de Sífilis, que consistem em um formulário padronizado com informações demográficas e clínicas dos casos notificados por profissionais de saúde.

A população deste estudo foi constituída por indivíduos diagnosticados com sífilis em gestante e congênita no Grupo de Vigilância Epidemiológica do Noroeste Paulista – GVE-XXX, no período de 2013 a 2017, no banco de dados do Sistema Nacional de Agravos de Notificação, através da Ficha de Investigação Epidemiológica de Sífilis, por ocasião da notificação do caso.

As etapas operacionais relativas ao estudo foram direcionadas no sentido de alcançar os objetivos traçados. Inicialmente foi descrito e caracterizado o campo de estudo, assim como os critérios utilizados para a seleção da população a ser estudada e o instrumento de coleta de dados que foi utilizado.

O cenário desta investigação compreende os 35 municípios que compõem como *locus* o Grupo de Vigilância Epidemiológica Jales – GVE-XXX. De acordo com a Secretaria da Fazenda do Governo do Estado de São Paulo, a GVE-XXX é uma Unidade Administrativa ativa, regida pela Secretaria de Saúde do Estado. Possui como Unidade Orçamentária a Coordenadoria de Controle de Doenças e o Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof.º Alexandre Vranjac” é sua Unidade Gestora Executora. Sua Região Administrativa é a de São José do Rio Preto. Todos os dados desta Unidade Administrativa são realizados com frequência pelo próprio GVE-XXX e vinculada com o Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof.º Alexandre Vranjac”.

Esta região administrativa é composta por 101 municípios em sua área de abrangência, com 1.480.128 habitantes¹⁸, cuja Sede Administrativa encontra-se situada à Av. Dr. Jânio Quadros nº 150, Bairro Industrial Dr. Ulysses Guimarães, em São José do Rio Preto, distribuídos em sete Regiões de Saúde, a saber: Região de Saúde de Catanduva - 18 municípios; Região de Saúde Rio Preto - 20 municípios; Região de Saúde de Votuporanga - 17 municípios; Região de Saúde de Fernandópolis - 13 municípios; Região de Saúde de Jales - 16 municípios; Região de Saúde de Santa Fé do Sul - 6 municípios; Região de Saúde Bonifácio – 11 municípios^{19,20}.

O local do estudo, o GVE-XXX, está subdividido em três regiões de saúde que compõe um total de 35 municípios com uma população de 266. 991 habitantes¹⁹. A saber: Fernandópolis composta por 13 municípios: Fernandópolis, Estrela D'Oeste, Guarani D'Oeste, Indiaporã, Macedônia, Meridiano, Mira Estrela, Ouroeste, Pedranópolis, Populina, São João das Duas Pontes, São João de Iracema e Turmalina; Jales composta por 16 municípios: Aparecida D'Oeste, Aspásia, Dirce Reis, Dolcinópolis, Jales, Marinópolis, Palmeira D'Oeste, Paranapuã, Pontalinda, Santa Albertina, Santa Saete, Santana da Ponte Pensa, São Francisco, Urânia e Vitória Brasil, e Santa Fé do Sul composta por seis municípios: Nova Canaã Paulista, Rubinéia, Santa Clara D'Oeste, Santa Fé do Sul, Santa Rita D'Oeste e Três Fronteiras^{19,20}.

Após a autorização do Grupo de Vigilância Epidemiológica de Jales – GVE XXX e do Centro de Referência e Treinamento DST/Aids da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, os dados foram providos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação através da Ficha de Investigação Epidemiológica de sífilis congênita e gestacional, disponibilizados pelo sistema de informação TabNet e digitalizados do período de 2013 a 2017, dos quais constituem documentos oficiais da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Foram

estudadas as variáveis de acordo com as informações da Ficha de Notificação de Sífilis em gestante e Ficha de Notificação de sífilis congênita, a saber:

a) Demográficas maternas:

- Idade (em anos: 05 a 14; 15 a 24; 25 a 35; 35 a 44);
- Cor da pele (branca; não branca; ignorado);
- Escolaridade (Ensino Fundamental; Ensino Médio; Ensino Superior e ignorado).

b) Dados do Pré-Natal e Obstétrico:

- Pré-Natal (sim; não);
- Momento do diagnóstico materno (1º, 2º, 3º trimestre ou idade gestacional ignorada).

c) Dados da doença e do tratamento:

- Classificação clínica da doença (primária; secundária; terciária; latente; ignorada);
- Teste treponêmico (reativo; não reativo; não realizado; ignorado/em branco);
- Teste não treponêmico (reativo; não reativo; não realizado);
- Esquema de tratamento prescrito à gestante (penicilina G benzantina 2.400.000 UI; penicilina G benzantina 4.800.000 UI; penicilina G benzantina 7.200.000 UI; outro esquema; não realizado; ignorado);

- Tratamento do parceiro (sim; não; ignorado).

d) Dados demográficos do recém-nascido:

- Sexo (masculino; feminino);
- Cor da pele (branca; não branca; ignorado);
- Idade em dias (0 a 6 dias; 7 a 27 dias).

e) Dados clínicos e laboratoriais do recém nascido:

- Titulação de VDRL em líquido (reagente; não reagente; não realizado; ignorado);
- Alteração do exame dos ossos longos (sim; não; não realizado; ignorado);
- Tipo de tratamento (Penicilina G Cristal 100000 a 150000 UI; Penicilina G Procaína; Penicilina G Benzatina dose única; Outro tipo de tratamento; Não realizado; ignorado);
- Esquema de tratamento (adequado, inadequado, não realizado; ignorado);
- Presença de sintomas (assintomático; sintomático; não se aplica; ignorado);
- Outros sinais e sintomas (icterícia; rinite serosanguinolenta; anemia; esplenomegalia; hepatomegalia; osteocondrite; lesões cutâneas; pseudoparalisia – sim; não; não se aplica e ignorado).

Os programas estatísticos – de distribuição livre – utilizados para a realização das análises foram: qui-quadrado para observar possíveis associações entre os casos de sífilis gestacional e congênita e as variáveis demográficas e clínicas ao longo dos anos de 2013 a 2017 e o qui-quadrado para observar possíveis associações entre os casos de sífilis congênita e os sintomas avaliados nos indivíduos da pesquisa no mesmo período²¹.

O nível de significância aplicado para os testes: 0,05 ou 5% e o Software utilizado foi o Minitab 17 (Minitab Inc.). Todos os dados foram avaliados por meio da análise descritiva para atender o objetivo do estudo²¹.

A apresentação foi feita em forma de Tabelas e as respostas que não se adequarem à apresentação gráfica foram mostradas descritivamente e codificados fidedignamente, gerando frequências absolutas e relativas, que foram comparadas com as da literatura pertinente.

O projeto da pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética do Centro Universitário de Santa Fé do Sul/SP, sob o Parecer nº 2.733.754, em 14 de junho de 2018, e foi realizado em

conformidade com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466, de 12 de dezembro de 2012.

4 ARTIGOS CIENTÍFICOS

4 ARTIGOS CIENTÍFICOS

Os achados do presente estudo deram origem a dois manuscritos e submetidos à publicação em revistas indexadas.

4.1 MANUSCRITO 1 (Submetido e Publicado no Periódico): Revista Nursing, 2018; 22 (248): 2514-2519.

Título: Sífilis em gestante e congênita: casos notificados de um município do noroeste paulista.

Autores: Tales Bruno da Silva de Jesus; Adriana Luiz Sartoreto Mafra; Valéria da Silva Campoi; Cláudia Bernardi Cesarino; Daniela Comelis Bertolin; Marielza Ismael Martins.

Periódico: Revista Nursing, 2018; 22 (248): 2514-2519

4.2 MANUSCRITO 2 (a ser submetido)

Título: Fatores demográficos e clínicos associados à sífilis congênita e gestacional no Noroeste Paulista

Autores: Adriana Luiz Sartoreto Mafra; Claudia Bernardi Cesarino

Periódico: a ser definido.

4.1 Manuscrito 1**Sífilis em gestante e congênita: casos notificados de um município do noroeste paulista****RESUMO**

A pesquisa teve como objetivo caracterizar o perfil epidemiológico da sífilis em gestante e da sífilis congênita notificadas em um município do noroeste paulista no período de 2015 a 2017. É um estudo transversal, quantitativo, exploratório e descritivo a partir do levantamento de dados realizado no banco de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação do Serviço de Vigilância Epidemiológica do município. A amostra foi composta por 32 gestantes diagnosticadas com sífilis com idade entre 18 e 45 anos, 06 recém-nascidos diagnosticados com sífilis congênita. O perfil sociodemográfico das gestantes neste estudo indica que a sífilis está ocorrendo em mulheres jovens, com nenhum e algum grau de escolaridade. Observou-se que a incidência de sífilis congênita (5,36/1.000) no município no período estudado é quase seis vezes superior à meta de eliminação da doença proposta pelo Ministério da Saúde. Apesar da alta incidência não houve nenhum caso fatal da doença.

Palavras-chaves: sífilis; sífilis congênita; epidemiologia.

Sifilis in pregnant and congenital: cases reported from a municipality in the northwest of São Paulo**ABSTRACT**

The aim of this research was to characterize the epidemiological profile of syphilis in pregnant women and congenital syphilis reported in a municipality in the northwest of São Paulo from 2015 to 2017. It is a cross-sectional, quantitative, exploratory and descriptive study based on the data collection performed at the bank of the Information System of Notification Diseases of the Municipal Epidemiological Surveillance Service. The sample consisted of 32 pregnant women diagnosed with syphilis aged between 18 and 45 years, 06 newborns diagnosed with congenital syphilis. The sociodemographic profile of the pregnant women in this study indicates that syphilis is occurring in young women, with none and some degree of schooling. It was observed that the incidence of congenital syphilis (5.36/1,000) in the municipality in the period studied is almost six times higher than the goal of elimination of the disease proposed by the Ministry of Health. Despite the high incidence there was no fatal case of the disease.

Keywords: syphilis; congenital syphilis; epidemiology

Sifilis en gestante y congénita: casos notificados de un municipio del noroeste paulista**RESUMEN**

La investigación tuvo como objetivo caracterizar el perfil epidemiológico de la sífilis en gestante y de la sífilis congénita notificadas en un municipio del noroeste paulista en el período de 2015 a 2017. Es un estudio transversal, cuantitativo, exploratorio y descriptivo a partir del levantamiento de datos realizado en el banco de datos del Sistema de Información de Agravios de Notificación del Servicio de Vigilancia Epidemiológica del municipio. La muestra fue compuesta por 32 gestantes diagnosticados con sífilis con edad entre 18 y 45 años, 06 recién nacidos diagnosticados con sífilis congénita. El perfil sociodemográfico de las gestantes en este estudio indica que la sífilis está ocurriendo en mujeres jóvenes, con ninguno

y algún grado de escolaridad. Se observó que la incidencia de sífilis congénita (5,36 / 1.000) en el municipio en el período estudiado es casi seis veces superior a la meta de eliminación de la enfermedad propuesta por el Ministerio de Salud. A pesar de la alta incidencia no hubo ningún caso fatal de la enfermedad.

Descriptor: sífilis; sífilis congénita; epidemiología.

1. INTRODUÇÃO

Em todo o mundo são diagnosticados mais de um milhão de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) todos os anos. Em 2012, a Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou cerca de 357 milhões de novos casos de IST curáveis como a gonorréia, clamídia, sífilis e tricomoníase que ocorreram entre jovens de 15 a 49 anos em todo o mundo. Nesta estimativa 5,6 milhões de casos são atribuídos a sífilis, sendo 18 milhões de casos prevalentes. Em sua maioria, na forma primária e secundária a sífilis não é tratada no período gestacional. Durante a gravidez estes casos podem ocorrer de forma assintomática, gerando complicações em mais da metade das gestações. Em um nível global a transmissão vertical da sífilis vem apresentando um declínio, graças aos esforços para buscar e tratar mulheres que contraíram a sífilis¹.

Quando se trata de transmissão vertical da sífilis, na maioria das vezes, os danos são devastadores para o feto quando esta não é detectada e tratada de forma adequada no início da gestação. Os casos de mortalidade vinculada à sífilis congênita é muito alta. Estima-se a ocorrência 143 mil mortes fetais/natimortos, 62 mil óbitos neonatais, 44 mil nasceram prematuros apresentando baixo peso ao nascimento e 102 mil nasceram infectados com a sífilis. A OPAS, junto com os países da América Latina, fizeram um compromisso de eliminação da sífilis e HIV, ampliando este comprometimento em 2016, criando o Plano de Ação para a Prevenção e Controle de IST².

O Brasil vive uma situação epidemiológica preocupante com relação à sífilis, tanto gestacional quanto congênita, pois houve um aumento significativo no número de casos

preocupando o Ministério da Saúde (MS) tanto nas relações saúde-doença quanto nas abordagens de ações preventivas de tal agravo³.

A sífilis gestacional e congênita teve um grande salto no período de 2010 a 2016, mostrando assim que o perfil epidemiológico passou por grandes mudanças, tanto de faixa etária quanto de mudança demográfico da patologia, mostrando que a maioria dos casos ocorre em jovens de 20 a 29 anos, seguidos da população de 15 a 19 anos, mostrando que a população mais jovem não vem se prevenindo e nem aderindo ao tratamento de forma correta, para que não ocorram mais e mais casos de sífilis congênita como vem ocorrendo nos últimos anos³.

O objetivo do estudo foi identificar o perfil epidemiológico da sífilis em gestantes e da sífilis congênita, notificados em uma cidade do noroeste paulista no período de 2015 a 2017.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, quantitativo, exploratório e descritivo realizado a partir de um levantamento de dados nas Fichas de Notificação de Sífilis gestacional e congênita do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) do Serviço de Vigilância Epidemiológica de um município do Noroeste Paulista, no período de 2015 a 2017.

Os dados foram coletados por meio de um instrumento criado pelos autores que contemplava as variáveis mais importantes para que o objetivo do estudo fosse alcançado. A amostra foi composta por 32 gestantes com idade entre 18 e 45 anos diagnosticadas com sífilis gestacional e 6 casos de sífilis congênita diagnosticados após o parto. Todos os sujeitos levantados foram analisados e descritos, uma vez que não houve perdas amostrais. O instrumento para coleta de dados teve como variáveis o número de gestantes diagnosticadas com sífilis; número de recém-nascidos diagnosticados com sífilis; idade das gestantes,

parceiros tratados ou não tratados; nível de escolaridade; número de óbitos fetais ou neonatos por sífilis congênita e realização de pré-natal.

Após a coleta dos dados, compilou-os de forma fidedigna, utilizando a estatística descritiva que geraram frequências absolutas e relativas, as quais foram comparadas com as literaturas pertinentes.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Tabela 1. Distribuição dos casos de sífilis em gestantes e sífilis congênita ocorridos no município de Santa Fé do Sul-SP no período de 2015 a 2017.

Ano de Notificação	Gestante		Congênita		Total	
	N	%	N	%	N	%
2015	07	21,87	01	16,66	08	21,05
2016	10	31,25	03	50	13	34,21
2017	15	46,88	02	33,34	17	44,74
Total	32	100	06	100	38	100

Observa-se que foram notificados 32 casos de sífilis em gestantes, no município de Santa Fé do Sul, no período estudado, respectivamente foram 07 casos em 2015, 10 casos em 2016 e 15 casos em 2017. A incidência de sífilis em gestantes teve um grande salto no período em questão, e isso faz com que os serviços de saúde, a enfermagem e os colaboradores de saúde tenham uma nova visão sobre o panorama desta no momento presente e futuro, pois se torna necessário um acompanhamento mais acurado do seu comportamento. Na sífilis congênita, observou-se um número de casos menos expressivo, porém preocupante para a atual conjuntura da doença. Foram notificados 06 casos de sífilis congênita e esse número pode revelar que muitas gestantes fizeram o tratamento adequadamente, e todos os casos congênitos receberam monitoramento e tratamento adequado.

Os estados com maior número de mulheres infectadas são o Rio Grande do Sul, Rio de Janeiro, Espírito Santo e Mato Grosso do Sul, a maior parte dos casos ocorreu na região

sudeste, no ano de 2016, ocorreu 41,5% dos casos mostrando assim o perfil da doença no país³. No Brasil, no ano de 2005, foram registrados quase seis mil casos de sífilis congênita, em crianças com menos de um ano de idade, mostrando uma incidência com média 1,9 casos para mil nascidos vivos, variando de região para região. Há uma estimativa que a prevalência de sífilis em gestantes seja entre 1,4 e 2,8% e que a transmissão vertical gira em torno de 25% no município do Rio de Janeiro⁴.

Tabela 2. Distribuição dos casos de sífilis congênita, de acordo com a faixa etária das gestantes, ocorridos no município de Santa Fé do Sul-SP no período de 2015 a 2017.

Idade	FREQUENCIA		Total	
	N	%	N	%
15 – 19	02	33,34	02	33,34
20 – 34	04	66,66	04	66,66
Total	06	100	06	100

A faixa etária das gestantes com sífilis foi de mulheres acima de 20 anos, totalizando 66,66%. Constatado que a cada quatro mulheres notificadas entre 20 e 34 anos tiveram diagnóstico de sífilis no momento do parto, refletindo um alto índice comparado ao número de gestante cadastrada no período estudado, durante o período foram 1.119 nascimentos no município. Mulheres entre 15 e 19 representaram 33,33% dos casos de sífilis em gestante no município nos últimos três anos, revelando um percentual preocupante pra a atual situação da sífilis no mundo e no Brasil.

Um estudo realizado na Universidade do Amazonas apontou que a maioria dos casos de sífilis ocorreu em mulheres com menos de 30 anos, apontando que os mesmos se encontram dentro desta faixa etária⁵.

Em um estudo, realizado em 2011, mostrou-se que 50% das mulheres infectadas com sífilis tinham entre 20 e 30 anos mostrando assim que a doença em sua grande maioria está acometendo certa faixa etária⁶.

Atualmente no Brasil mostra-se que a maioria das mulheres notificadas com sífilis, no ano de 2016, foram mulheres com idade entre 20 e 29 anos, mostrando que os casos em várias literaturas têm a mesma faixa etária da pesquisa realizada³.

O perfil apresentando em várias literaturas além de apresentar que as mães têm entre 20 e 29 anos, também mostra que essas mães tiveram um início precoce da vida sexual fazendo com que elas sejam expostas mais cedo à bactéria *Treponema pallidum*, fazendo com que ocorra nesta faixa etária à maioria dos casos.

Tabela 3. Distribuição dos casos de sífilis congênita, de acordo com a escolaridade materna, ocorridos no município de Santa Fé do Sul-SP no período de 2015 a 2017.

Escolaridade materna	2015		2016		2017		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Ignorado	--	--	02	66,66	--	--	02	33,34
5ª a 8ª série	--	--	01	33,34	--	--	01	16,66
Ensino Fundamental								
Ensino Médio	--	--	--	--	01	50	01	16,66
Total	01	100	03	100	02	100	06	100

Com relação à escolaridade, verificou-se que as gestantes se concentravam, em maior número, no grau de escolaridade ignorado e no ensino fundamental, totalizando 66,68% delas. O fato de a variável escolaridade ser tão baixa aponta para a diminuta compreensão destas gestantes da gravidade da doença, tanto para elas quanto para os recém-nascidos. Evento este que assinala e alerta às autoridades de saúde para buscar uma melhor estratégia para minimizar o problema.

A sífilis em gestantes prevalece muito em mulheres de baixa escolaridade ou que abandonaram a escola, em contrapartida, nos últimos tempos o perfil mudou, passou a ser em mulheres com nível escolar um pouco maior e parceiro fixo, mostrando que não afeta mais um grupo específico⁷. Em outras literaturas foi apresentado que algumas mulheres com faixa etária entre 20 e 34 tinham pouca ou nenhuma escolaridade, mostrando uma porcentagem de

55,4%, fazendo com que ocorra uma falta de informação⁸. A maioria das mulheres que participaram do estudo tem menos de oito anos de escolaridade, mostrando assim um perfil e padrão em várias literaturas, ressaltando ainda mais a necessidade de uma boa educação em saúde nas escolas⁹.

Tabela 4. Distribuição dos casos de sífilis congênita, de acordo com a raça da gestante, ocorridos no município de Santa Fé do Sul-SP no período de 2015 a 2017.

Raça	Branca		Parda		Total	
	N	%	N	%	N	%
2015	01	25	--	--	01	16,66
2016	02	50	01	50	03	50
2017	01	25	01	50	02	33,34
Total	04	100	02	100	06	100

A grande maioria das mulheres diagnosticadas com sífilis gestacional era de cor branca, totalizando 66,66%. As pardas assumiram os 33,34% restantes. No período estudado, não houveram casos notificados em outras etnias.

Estudo revela que a maioria das mulheres com sífilis gestacional é de cor parda ou preta¹⁰. Para este mesmo autor, 70% das mulheres pesquisadas eram pardas, indicando um resultado diferente do apresentado pelo estudo realizado.

Relacionado à cor das mães de crianças com sífilis congênita, foi apresentada que a maioria (55,4%) declarou-se de cor parda, seguidas de 25,0% brancas e 9,7% se declarando de cor negra³.

Tabela 5. Distribuição dos casos de sífilis congênita, durante o Pré-Natal e no momento do parto/curetagem, ocorridos no município de Santa Fé do Sul-SP no período de 2015 a 2017.

Ano de Notificação	Durante o pré-natal		No momento do parto/ curetagem		Total	
	N	%	N	%	N	%
2015	--	--	01	50	01	16.66
2016	03	75	--	--	03	50
2017	01	25	01	50	02	33,34
Total	04	100	02	100	06	100

Na distribuição dos casos de sífilis materna durante o Pré-Natal e no momento do parto e ou curetagem revelou 12,5% dos casos foram descobertos no pré-natal, porém 6,25% das 32 gestantes tiveram a doença identificada no momento do parto, totalizando 18,75% de gestantes diagnosticadas com sífilis. Esta taxa deve-se ao início tardio do Pré-Natal e até mesmo a falhas no tratamento das gestantes e dos parceiros. A parcela de 81,25%, que realizou o Pré-Natal corretamente não teve problemas durante a gestação e nem durante o parto mostrando assim o quanto é importante o pré-natal para diagnóstico e tratamento da sífilis. O início tardio do Pré-Natal, pode acarretar graves problemas durante a gestação e após o parto, foi mostrado que 50% das mulheres realizaram corretamente o tratamento, mostrando que no exato momento do parto, não ocorreram problemas nem para mãe nem para os recém-nascidos fazendo o tratamento da sífilis por profilaxia¹¹.

Tabela 6. Distribuição dos casos de sífilis congênita, de acordo com o tratamento do parceiro, ocorridos no município de Santa Fé do Sul-SP no período de 2015 a 2017.

Tratamento do parceiro	Ignorado		Não tratado		Total	
	N	%	N	%	N	%
2015	--	--	01	20	01	16,66
2016	--	--	03	60	03	50
2017	01	100	01	20	02	33,34
Total	01	100	05	100	06	100

Em relação ao tratamento dos parceiros os dados apresentaram que, no ano de 2015, ocorreu um caso não tratado de parceiro reverenciando uma taxa de 16,66 % e no ano de 2016 foram três casos de parceiros não tratados, cerca de 60% deles, e no ano de 2017 ocorreu um caso ignorado e um caso não tratado, totalizando entre ignorados e não tratados um índice de 33,34%. Esta última questão revela que os parceiros não tratados podem levar à mulher ter uma reincidência da doença durante o período gestacional ou transmissão a outras pessoas já que, muitas vezes, a sífilis demora a apresentar sinais e sintomas.

Ressaltando-se o tratamento de parceiros estudo mostra que estes não realizam o tratamento de forma adequada ou simplesmente ignoram o tratamento, expondo assim o

quanto os parceiros são insensatos perante o diagnóstico da sífilis, já que várias gestantes são contaminadas durante a gestação causando danos tanto para elas quanto para o recém-nascido⁶.

Tabela 7. Distribuição dos casos de sífilis congênita, de acordo com o ano e o sexo do Recém-Nascido, ocorridos no município de Santa Fé do Sul-SP no período de 2015 a 2017.

Ano de Notificação	Congênita		Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
2015	01	16,66	01	25	--	--	02	16,66
2016	03	50	03	75	--	--	06	50
2017	02	33,34	--	--	02	100	04	33,34
Total	06	100	04	100	02	100	12	100

Em relação ao sexo do recém-nascido e notificação avaliou-se a seguinte situação: no ano de 2015 foi notificado um caso de sífilis congênita do sexo masculino, ou seja, 16,66% dos casos notificados, em 2016 50% dos casos notificados foram do sexo masculino, e em 2017 dois casos foram do sexo feminino, revelando um predomínio do sexo masculino.

O Brasil atualmente passa por um aumento nos casos de sífilis congênita, e revela dados preocupantes, em média são 42,5 casos por 100 mil habitantes no ano de 2016, observando um aumento de 4,7% nos casos de sífilis congênita no país³.

Tabela 8. Distribuição dos casos de sífilis congênita e número de nascidos vivos com sífilis congênita, ocorridos no município de Santa Fé do Sul-SP no período de 2015 a 2017.

Ano de Notificação	Congênita		Nascidos vivos com sífilis congênita		Total	
	N	%	N	%	N	%
2015	01	16,66	01	16,66	02	16,68
2016	03	50	03	50	06	50
2017	02	33,34	02	33,34	04	33,32
Total	06	100	06	100	12	100

Com relação à distribuição dos casos de sífilis congênita e número de nascidos vivos com sífilis congênita observou-se que dos seis casos notificados, todos nasceram vivos. O

maior número de nascidos vivos com sífilis congênita ocorreu no ano de 2016, revelando 50% dos casos. O ano de 2017 ficou em segundo lugar com dois casos, totalizando 33,34%.

No Brasil houve um aumento na taxa de nascidos vivos com sífilis congênita, mostrando eficiência de tratamento na maioria dos casos. Se a doença é descoberta logo no início e devidamente tratada há uma diminuição considerável no número de óbitos de recém-nascidos. Relata ainda que no período de 2006 a 2016, esses índices passaram de 2,3 casos a cada 100mil habitantes para 6,7 casos a cada 100mil habitantes nascidos vivos. O maior número da mortalidade de nascidos vivos foi nos estado do Rio de Janeiro seguindo pelos estados de Pernambuco, Acre, Mato Grosso do Sul, Maranhão, Rio Grande do Norte, Piauí, Rio Grande do Sul, Sergipe, Tocantins, Bahia, Alagoas, Pará e Amazonas³.

4. CONCLUSÃO

O perfil sociodemográfico das gestantes neste estudo indica que a sífilis está ocorrendo em mulheres jovens, com nenhum e algum grau de escolaridade. A sífilis, nesse contexto, pode ser consequência do não tratamento do parceiro, questão esta evidenciada no estudo, ou até mesmo estar relacionado a relacionamentos extraconjugais ou ter como fonte de infecção parceiros sexuais anteriores. Isso é possível devido à infecção da sífilis ocorrer mesmo depois de alguns anos após a primeira lesão (cancro duro), o que teoricamente poderia justificar a presença de infecção entre parceiros monogâmicos.

Observou-se que a incidência de sífilis congênita no município, no período estudado (5,36 casos/1.000 nascidos vivos) é quase seis vezes superior à meta de eliminação da doença proposta pelo Ministério da Saúde, apesar da alta incidência não ocorreu casos fatais.

Portanto a realização do Pré-Natal é fundamental à saúde materno-infantil e que nesse período, as atividades relacionadas à promoção da saúde e assimilação de riscos, não só para a gestante como também para o conceito, devem ser ampliadas, permitindo que inúmeras

complicações sejam prevenidas, reduzindo ou até mesmo eliminando de fatores e comportamentos de risco associados a vários agravos à saúde.

Outra questão importante a ser discutida é o aumento da notificação dos casos de sífilis na gestação no SINAN, pois existe uma subnotificação dos mesmos, e aqueles que são notificados, a ficha de notificação não contempla variável e dados importantes que durante o acompanhamento desta gestante seria de fundamental importância para o séquito da mesma. Portanto a busca ordenada de casos de sífilis congênita em todos os sistemas de informação como também a melhoria do preenchimento das fichas de notificação e investigação desta se faz necessária.

REFERÊNCIAS

1. WHO. World Health Organization. WHO guidelines for the Treatment of *Treponema pallidum* (syphilis). Geneva, Switzerland: [s.n.], 2016. Disponível em: <<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/249572/9789241549806eng.pdf;jsessionid=9C52786941E5BC591E81E98DFA8BD748?sequence=1>>. Acesso em: 14 set. 2018.
2. PAHO. Pan American Health Organization. Elimination of mother-to-child transmission of HIV and syphilis in the Americas. Washington, D.C.: [s.n.], 2017. 62p. Disponível em: <<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34072/9789275119556-eng.pdf?sequence=4&isAllowed=y>>. Acesso em: 13 set 2018.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância Epidemiológica (Org.). Boletim epidemiológico da sífilis. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
4. Magalhães Daniela Mendes dos Santos, Kawaguchi Inês Aparecida Laudares, Dias Adriano, Calderon Iracema de Mattos Paranhos. Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2013 June [cited 2019 Feb 18]; 29(6): 1109-1120. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000600008&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2013000600008>.
5. Soeiro Claudia Marques de Oliveira, Miranda Angélica Espinosa, Saraceni Valeria, Santos Marcelo Cordeiro dos, Talhari Sinesio, Ferreira Luiz Carlos de Lima. Syphilis in pregnancy and congenital syphilis in Amazonas State, Brazil: an evaluation using database linkage. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2014 Apr [cited 2019 Feb 18]; 30(4): 715-723.

Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014000400715&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00156312>

6. Figueredo-Filho, E.A.F.; Freire, S.S.A.; Souza, B.A.; Agüena, G.S.; Maedo, C.M. Sífilis e Gestação: Estudo Comparativo de dois períodos (2006 e 2011) em população de puérperas. *DST- Jornal Brasileiro de Doenç as Sexualmente Transmissível*, 24(1):32-37, 2012.
7. Lafet  Kátia Regina Gandra, Martelli Júnior Herc lio, Silveira Marise Fagundes, Paranaíba L via M ris Ribeiro. Sífilis materna e cong nita, subnotificação e difícil controle. *Rev. bras. epidemiol.* [Internet]. 2016 Mar [cited 2019 Feb 18]; 19(1): 63-74. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2016000100063&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201600010006>.
8. Costa Camila Chaves da, Freitas Lydia Vieira, Sousa Deise Maria do Nascimento, Oliveira Lara Leite de, Chagas Ana Carolina Maria Araújo, Lopes Marcos Ven cios de Oliveira et al . Sífilis cong nita no Ceará: análise epidemiológica de uma década. *Rev. esc. enferm. USP* [Internet]. 2013 Feb [cited 2019 Feb 18]; 47(1): 152-159. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000100019&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342013000100019>.
9. Carvalho Isaiane da Silva, Brito Rosineide Santana de. Sífilis cong nita no Rio Grande do Norte: estudo descritivo do período 2007-2010. *Epidemiol. Serv. Saúde* [Internet]. 2014 June [cited 2019 Feb 18]; 23(2): 287-294. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222014000200287&lng=en. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742014000200010>.
10. Lima Marina Guimarães, Santos Rejane Ferreira Reis dos, Barbosa Guilherme José Antonini, Ribeiro Guilherme de Sousa. Incidência e fatores de risco para sífilis cong nita em Belo Horizonte, Minas Gerais, 2001-2008. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2013 Feb [cited 2019 Feb 18]; 18(2): 499-506. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000200021&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000200021>.
11. Domingues Rosa Maria Soares Madeira, Hartz Zulmira Maria de Araújo, Dias Marcos Augusto Bastos, Leal Maria do Carmo. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2012 Mar [cited 2019 Feb 18]; 28(3): 425-437. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000300003&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000300003>.

4.2 Manuscrito 2

FATORES DEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS ASSOCIADOS À SÍFILIS CONGÊNITA E GESTACIONAL NO NOROESTE PAULISTA

RESUMO

Introdução: Gestantes constituem grupo vulnerável para sífilis, aumentando a incidência de sífilis congênita. **Objetivo:** identificar, descrever e analisar casos de sífilis em gestante e congênita associando fatores demográficos e clínicos no Grupo de Vigilância Epidemiológica do Noroeste Paulista no período de 2013 a 2017. **Casuística e Método:** Estudo descritivo exploratório realizado nos bancos de dados do Sistema Único de Saúde: Sistema de Informação de Agravos de Notificação e Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos que consistem em informações demográficas e clínicas preenchidas por profissionais de saúde durante a notificação. Analisados 153 gestantes com sífilis e 55 casos de sífilis congênita. Foi utilizado o Software Minitab 17 para análise estatística; aplicado o teste qui-quadrado para observar as associações entre os casos de sífilis em gestante e congênita, e variáveis demográficas e clínicas e suas possíveis associações entre sífilis congênita e os sintomas observados nela. **Resultados:** Os casos de sífilis em gestantes ocorreram em mulheres jovens de baixa escolaridade e, aumento significativo dos casos de sífilis primária e latente. Os casos de sífilis em gestantes aumentaram de 13 casos em 2013 para 43 casos em 2017. A maioria das gestantes realizou teste treponêmico (86,0%) e não treponêmico (90,7%). O número de parceiros tratados (62,8%) foi superior ao dos não tratados (27,9%). Cidades com maior número de sífilis em gestante: Fernandópolis e Santa Fé do Sul. Sífilis Congênita: identificado número expressivo de casos, 55 casos: 28 do sexo masculino e 27 do sexo feminino. Dos 15 casos de sífilis congênita notificados em 2016, três foram sintomáticos e os demais assintomáticos. Quatro recém-nascidos receberam Penicilina Procaína, e 28 receberam Penicilina G Cristal. As cidades com maior percentual de casos de sífilis congênita foram Fernandópolis e Jales. **Conclusão:** Houve um aumento considerável de casos de sífilis em gestante e congênita no período investigado. A incidência de sífilis em gestante foi de 10,37 casos/mil nascidos vivos e a de sífilis congênita foi de 3,73 casos/mil nascidos vivos. A ocorrência de sífilis em gestante foi preponderante em mulheres jovens com baixa escolaridade. Aumento significativo dos casos de sífilis primária e latente. Os resultados deste estudo demonstram que ainda há muito que evoluir para o alcance da meta da OMS (0,5 casos/mil nascidos vivos) para eliminação da sífilis como problema de saúde pública. Indica-se a necessidade de novas estratégias para reduzir a sífilis em gestante e congênita, realizar educação permanente, promover grupos de estudo, com escopo de melhorar os registros de notificações, e integralizar a prevenção da sífilis nos serviços de saúde.

Descritores: Sífilis; Gestante; Sífilis Congênita; Epidemiologia.

DEMOGRAPHIC AND CLINICAL FACTORS ASSOCIATED WITH CONGENITAL AND MANAGEMENTAL SYPHILIS IN THE NORTHWEST PAULISTA**ABSTRACT**

Introduction: Pregnant women constitute a vulnerable group for syphilis, increasing the incidence of congenital syphilis. **Objective:** to analyze cases of syphilis in pregnant and congenital women, associating demographic and clinical factors in the Epidemiological Surveillance Group of the Northwest Region of São Paulo between 2013 and 2017. **Case Study and Method:** Exploratory descriptive study carried out in the databases of the Unified Health System: Information on Birth Defects and the Information System on Live Births consisting of demographic and clinical information completed by health professionals during the notification. We analyzed 153 cases of pregnant women with syphilis and 55 cases of congenital syphilis. Minitab 17 Software was used for statistical analysis; the chi-square test was applied to observe the associations between the cases of syphilis in pregnant and congenital, and demographic and clinical variables and their possible associations between congenital syphilis and the symptoms observed in it. **Results:** Cases of syphilis in pregnant women occurred in young women of low schooling and a significant increase in cases of primary and latent syphilis. Cases of syphilis in pregnant women increased from 13 cases in 2013 to 43 cases in 2017. Most of the pregnant women underwent treponemal (86.0%) and non-treponemal (90.7%). The number of treated partners (62.8%) was higher than the number of untreated partners (27.9%). Cities with the highest number of syphilis in pregnant women: Fernandópolis and Santa Fe do Sul. Congenital syphilis: 55 cases: 28 male and 27 female. Of the 15 cases of congenital syphilis reported in 2016, three were symptomatic and the other asymptomatic. Four newborns received Procaine Penicillin, and 28 received Crystal Penicillin G. Cities with the highest percentage of cases of congenital syphilis: Fernandópolis and Jales. **Conclusion:** Considerable increase in cases of syphilis in pregnant and congenital women during the period investigated. The incidence of syphilis in pregnant women was 10.37 / thousand live births and that of congenital syphilis was 3.73 / thousand live births. The occurrence of syphilis in pregnant women was preponderant in young women with low schooling. Significant increase in cases of primary and latent syphilis. The results of this study demonstrate that there is still a long way to go to reach the WHO target (0.5 / 1000 live births) for the elimination of syphilis as a public health problem. It indicates the need for new strategies to reduce syphilis in pregnant women and congeners, to carry out permanent education, to promote study groups, with the aim of improving registration of notifications, and to integrate syphilis prevention in health services.

Keywords: Syphilis; Pregnant; Congenital syphilis; Epidemiology.

FACTORES DEMOGRÁFICOS Y CLÍNICOS ASOCIADOS A LA SÍFILIS CONGÉNITA Y GESTACIONAL EN EL NOROESTE PAULISTA

RESUMEN

Introducción: Gestantes constituyen un grupo vulnerable a sífilis, aumentando la incidencia de sífilis congénita. **Objetivo:** analizar casos de sífilis en gestante y congénita asociando factores demográficos y clínicos en el Grupo de Vigilancia Epidemiológica del Noroeste Paulista en el período de 2013 a 2017. **Casuística y Método:** Estudio descriptivo exploratorio realizado en los bancos de datos del Sistema Único de Salud: Sistema de Salud Información de Agravios de Notificación y Sistema de Información sobre Nacidos Vivos que consisten en informaciones demográficas y clínicas rellenas por profesionales de salud durante la notificación. Se analizaron 153 casos de gestantes con sífilis y 55 casos de sífilis congénita. Se utilizó el software Minitab 17 para análisis estadístico; se aplicó la prueba qui-cuadrada para observar las asociaciones entre los casos de sífilis en gestante y congénita, y variables demográficas y clínicas y sus posibles asociaciones entre sífilis congénita y los síntomas observados en ella. **Resultados:** Los casos de sífilis en gestantes ocurrieron en mujeres jóvenes de baja escolaridad y, aumento significativo de los casos de sífilis primaria y latente. Los casos de sífilis en gestantes aumentaron de 13 casos en 2013 a 43 casos en 2017. La mayoría de las gestantes realizaron test treponémico (86,0%) y no treponémico (90,7%). El número de socios tratados (62,8%) fue superior al de los no tratados (27,9%). En la mayoría de los casos, el número de casos de sífilis en gestante: Fernandópolis y Santa Fe del Sur. Sífilis Congénita: identificado número expresivo de casos, 55 casos: 28 del sexo masculino y 27 del sexo femenino. De los 15 casos de sífilis congénita notificados en 2016, tres fueron sintomáticos y los demás asintomáticos. Cuatro recién nacidos recibieron Penicilina Procaína, y 28 recibieron Penicilina G Cristal. Las ciudades con mayor porcentaje de casos de sífilis congénita: Fernandópolis y Jales. **Conclusión:** Aumento considerable de casos de sífilis en gestante y congénita en el período investigado. La incidencia de sífilis en gestante fue de 10,37 / mil nacidos vivos y la de sífilis congénita fue de 3,73 / mil nacidos vivos. La presencia de sífilis en gestante fue preponderante en mujeres jóvenes con baja escolaridad. Aumento significativo de los casos de sífilis primaria y latente. Los resultados de este estudio demuestran que todavía hay mucho que evolucionar hacia el logro de la meta de la OMS (0,5 / mil nacidos vivos) para eliminar la sífilis como problema de salud pública. Se indica la necesidad de nuevas estrategias para reducir la sífilis en gestante y congénita, realizar educación permanente, promover grupos de estudio, con el objetivo de mejorar los registros de notificaciones, e integralizar la prevención de la sífilis en los servicios de salud.

Palabras claves: Sífilis; Mujeres embarazadas; Sífilis Congénita; Epidemiología.

1 INTRODUÇÃO

As IST, nos últimos anos, readquiriram grande importância e são consideradas um grave problema de saúde pública muito comum em todos os países, principalmente nos países em desenvolvimento que ainda sofrem com essas doenças infecciosas¹.

Dentre as IST, encontra-se a sífilis, que apresenta grande taxa de transmissão na sua forma adquirida e atualmente na forma congênita, tornando-se imensa preocupação em todo o território nacional e mundial^{2,3}.

A sífilis é uma doença infectocontagiosa sistêmica de evolução crônica causada pelo agente etiológico *Treponema pallidum*, que é uma bactéria da ordem das espiroquetas, adquirida através do contato sexual e transplacentária^{4,5}.

A América Latina tem uma prevalência de sífilis em torno de 10,3%, e sua maior incidência está entre mulheres profissionais do sexo, o que corresponde a um total de 2,3% de toda esta região³. O Plano de Ação para a Prevenção e o Controle do HIV e Infecções Sexualmente Transmissíveis 2016-2021, criado pela OPAS/OMS, estima diminuir a prevalência de sífilis congênita que era de 1,3 casos/1.000 nascidos vivos em 2014 para 0,5 casos/1.000 nascidos vivos ou menos em 2020^{3,6}. Uma das metas globais para 2030 da OMS é reunir esforços para intensificar rapidamente intervenções e serviços eficazes pode alcançar o objetivo de acabar com as epidemias de infecção sexualmente transmissíveis como um problema de saúde pública^{6,3}.

No Brasil, no período de 2005 a junho de 2018, foram notificados no SINAN, 259.087 casos de sífilis em gestantes e de 1998 a junho de 2018, foram notificados no mesmo sistema 188.445 casos de sífilis congênita em menores de um ano de idade⁷. Nos últimos cinco anos houve um aumento permanente no número de casos de sífilis em gestantes, congênita e adquirida. Acredita-se que esse aumento se deu em parte pela cobertura de testagem, ampliação do teste rápido e redução do uso de preservativos, da resistência dos

profissionais de saúde em administrar a penicilina na Atenção Básica e o próprio desabastecimento de penicilina⁸.

Este estudo teve como objetivo identificar, descrever e analisar a prevalência dos casos de sífilis em gestante e congênita e associar os fatores demográficos e clínicos de um Grupo de Vigilância Epidemiológica do Noroeste Paulista no período de 2013 a 2017.

2. CASUÍSTICA E MÉTODOS

Estudo realizado por meio de uma abordagem quantitativa de natureza exploratória e descritiva, a partir de um levantamento de dados efetuado nas Fichas de Investigação Epidemiológica de Sífilis, em gestante e congênita. A ficha consiste em um formulário padronizado com informações demográficas e clínicas preenchidas, por profissionais de saúde, dos casos notificados no Grupo de Vigilância Epidemiológica de Jales (GVE-XXX), no período de 2013 a 2017. O cenário desta investigação compreende os 35 municípios que compõem como *locus* o GVE-XXX. A população incide em 153 casos de sífilis em gestantes e 55 casos de sífilis congênita notificados neste grupo e neste período. Foram excluídas as gestantes não residentes nestes municípios.

Após a autorização do GVE XXX e do Centro de Referência e Treinamento DST/Aids da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo (CRT-DST/AIDS-SP), todos os dados foram providos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), disponibilizados pelo sistema de informação TabNet, os quais constituem documentos oficiais da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Foram estudadas as variáveis de acordo com as informações da Ficha de Notificação de Sífilis em Gestante e Sífilis Congênita:

- Demográficas maternas: Idade; Cor da pele; Escolaridade.
- Dados do pré-natal e Obstétrico: Pré-Natal; Momento do diagnóstico materno.

- Dados da doença e do tratamento: Classificação clínica da doença; Teste treponêmico; Teste não treponêmico; Esquema de tratamento prescrito à gestante; Tratamento do parceiro.
- Dados demográficos do recém-nascido: Sexo; Cor da pele; Idade em dias.
- Clínicas e laboratoriais do recém nascido: Titulação de VDRL em líquido; Alteração do exame dos ossos longos; Tipo de tratamento; Esquema de tratamento; Presença de sintomas; Outros sinais e sintomas.

Para a análise estatística utilizou-se o Software Minitab 17 e foi aplicado o teste estatístico qui-quadrado para observar no período estudado as associações entre os casos de sífilis em gestante e congênita e as variáveis demográficas e clínicas e as possíveis associações entre os casos de sífilis congênita e os sintomas avaliados nos recém-nascidos.

O projeto da pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética do Centro Universitário de Santa Fé do Sul/SP sob o Parecer nº 2.733.754, em 14 de junho de 2018.

3. RESULTADOS

O número de gestantes cadastradas no Sistema Único de Saúde no período e local estudado foi de 14.753 gestantes. No mesmo período, foram notificadas no GVE XXX, 153 casos de sífilis em gestante, atingindo uma incidência de 10,37 casos/1.000 nascidos vivos no período de 2013 a 2017. O número de casos absolutos de sífilis em gestante aumentou do ano de 2013 (13 casos, 8,5%), com uma incidência de 4,57 casos/1.000 nascidos vivos a 2017 (43 casos, 28,1%), com incidência de 14,39 casos/1.000 nascidos vivos. O ano com maior número de casos foi 2016, com 44 casos totalizando uma frequência de 28,8% e uma incidência de 15,97 casos/1.000 nascidos vivos. Com relação à escolaridade, 76 casos (49,7%) cursavam o ensino médio e 53 casos (34,6%) cursavam o ensino fundamental. Estes dados revelam que o agravo acomete mais gestantes com baixa escolaridade. Identificado que a cor predominante no estudo foi a cor branca com 68,6% (105 casos), 97,4% (149 casos) eram residentes na zona

urbana e foi observada uma associação significativa entre os anos avaliados e a faixa etária destas, pois 83 casos foram notificados entre os 15 aos 24 anos, ou seja, 54,2% (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição das variáveis demográficas dos casos de sífilis em gestante no GVE XXX de Jales/SP, no período de 2013 a 2017.

Dados demográficos	2013		2014		2015		2016		2017		Total		Valor P
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Escolaridade	13	8,5	25	16,3	28	18,3	44	28,8	43	28,1	153	100	
Fundamental	4	30,8	8	32,0	9	32,1	15	34,1	17	39,5	53	34,6	0,954
Médio	6	46,2	13	52,0	16	57,1	20	45,5	21	48,8	76	49,7	
Superior	1	7,7	1	4,0	2	7,1	2	4,5	2	4,7	8	5,2	
Ignorado	2	15,4	3	12,0	1	3,6	7	15,9	3	7,0	16	10,5	
Faixa etária													
5 a 14 anos	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,3	1	0,7	0,038
15 a 24 anos	11	84,6	15	60,0	16	57,1	16	36,4	25	58,1	83	54,2	
25 a 34 anos	0	0,0	8	32,0	10	35,7	19	43,2	14	32,6	51	33,3	
35 a 44 anos	2	15,4	2	8,0	2	7,1	9	20,5	3	7,0	18	11,8	
Cor													
Branca	11	84,6	16	64,0	20	71,4	30	68,2	28	65,1	105	68,6	0,484
Não branca	2	15,4	9	36,0	8	28,6	12	27,3	15	34,9	46	30,1	
Ignorado	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	4,5	0	0,0	2	1,3	
Zona de residência													
Urbana	12	92,3	24	96,0	27	96,4	43	97,7	43	100	149	97,4	0,489
Rural	1	7,7	1	4,0	1	3,6	1	2,3	0	0,0	4	2,6	

Com relação ao trimestre gestacional foi observada uma distribuição bastante dispersiva, pois a frequência entre eles não teve alterações significativas. No período estudado foram notificados 50 casos de sífilis na fase primária (32,7%). Houve associação significativa dos casos de sífilis em gestante nos anos avaliados com a classificação clínica ($P=0,046$). Observou que os casos de sífilis em gestante na fase latente aumentaram de forma considerável em detrimento da sífilis em gestante na fase primária. Os dados referentes ao Teste Treponêmico revelam que 112 gestantes (73,2%) tiveram sua testagem reativa, porém 32 gestantes não o realizaram ou, simplesmente, o mesmo foi ignorado, atingindo um percentual de 20,9%. Contrapondo com o Teste Não Treponêmico, o estudo mostra que 131 gestantes (89,1%) tiveram sua testagem reativa, sendo que ao realizar o Teste Não Treponêmico (VDRL), o número de gestantes positivas para sífilis aumenta. Verificou que 84 (54,9%) parceiros realizaram o tratamento e 69 (45,1%) de parceiros não tratados e

ignorados. O esquema de tratamento mais utilizado nos programas de saúde para tratar a gestante com sífilis foi a Penicilina G Benzatina de 7200000UI, totalizando 95(62,9%) tratamentos (Tabela 2).

Tabela 2. Distribuição das variáveis clínicas das gestantes diagnosticadas com sífilis, no GVE XXX de Jales/SP, no período de 2013 a 2017.

Dados clínicos	2013		2014		2015		2016		2017		Total		Valor P
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Trimestre gestacional													
Primeiro	4	30,8	11	44,0	9	32,1	4	9,1	11	25,6	39	25,5	0,097
Segundo	3	23,1	5	20,0	6	21,4	8	18,2	12	27,9	34	22,2	
Terceiro	3	23,1	7	28,0	7	25,0	16	36,4	9	20,9	42	27,5	
Quarto	3	23,1	2	8,0	6	21,4	16	36,4	11	25,6	38	24,8	
Classificação clínica													
Primária	5	38,5	8	32,0	14	50,0	14	31,8	9	20,9	50	32,7	0,046
Secundária	2	15,4	1	4,0	2	7,1	2	4,5	1	2,3	8	5,2	
Terciária	2	15,4	7	28,0	4	14,3	2	4,5	8	18,6	23	15,0	
Latente	2	15,4	3	12,0	3	10,7	13	29,5	18	41,9	39	25,5	
Ignorado	2	15,4	6	24,0	5	17,9	13	29,5	7	16,3	33	21,6	
Teste treponêmico													
Reativo	9	69,2	17	68,0	18	64,3	31	70,5	37	86,0	112	73,2	0,464
Não reativo	0	0,0	2	8,0	1	3,6	4	9,1	2	4,7	9	5,9	
Não realizado	2	15,4	5	20,0	5	17,9	5	11,4	2	4,7	19	12,4	
Ignorado	2	15,4	1	4,0	4	14,3	4	9,1	2	4,7	13	8,5	
Teste não treponêmico													
Reativo	13	100	22	88,0	26	92,9	31	70,5	39	90,7	131	89,1	0,406
Não reativo	0	0,0	0	0,0	1	3,6	4	9,1	1	2,3	6	4,1	
Não realizado	0	0,0	3	12,0	1	3,6	3	6,8	2	4,7	9	6,1	
Ignorado	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,3	1	0,7	
Parceiro tratado													
Sim	5	38,5	10	40,0	19	67,9	23	52,3	27	62,8	84	54,9	0,088
Não	5	38,5	13	52,0	6	21,4	10	22,7	12	27,9	46	30,1	
Ignorado	3	23,0	2	8,0	3	10,7	11	25,0	4	9,3	23	15,0	
Parceiro não tratado													
Não teve mais contato com a gestante	2	15,4	3	12,0	3	10,7	3	6,8	4	9,3	15	9,8	0,416
Foi convocado mas não compareceu	1	7,7	4	16,0	3	10,7	4	9,1	3	7,0	15	9,8	
Com sorologia reagente	3	23,1	5	20,0	0	0,0	6	13,6	5	11,6	19	12,4	

Outro motivo	2	15,4	3	12,0	2	7,1	6	13,6	3	7,0	16	10,5	
Ignorado	5	38,5	10	40,0	20	71,4	25	56,8	28	65,1	88	57,5	
Esquema de tratamento													
Penicilina G Benzantina 2400000UI	3	23,1	7	28,0	3	10,7	7	15,9	2	4,7	22	14,6	
Penicilina G Benzantina 4800000UI	2	15,4	6	24,0	6	21,4	6	13,6	6	14,0	26	17,2	
Penicilina G Benzantina 7200000UI	7	53,8	10	40,0	18	64,3	26	59,1	34	79,1	95	62,9	0,186
Outros	1	7,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,7	
Não realizado	0	0,0	2	8,0	1	3,6	3	6,8	1	2,3	7	4,6	

A maior frequência de sífilis em gestantes ocorreram nos municípios de Fernandópolis, com 50 casos (32,7%), Santa Fé do Sul com 42 casos (27,5%) e Jales com 13 casos (8,5%). A incidência de sífilis em gestante por 1000 nascidos vivos aumentou ao longo dos anos avaliados, atingindo incidência máxima no ano de 2016 (15,97 casos/1000 nascidos vivos), seguido do ano de 2017 (14,39 casos/1000 nascidos vivos).

Tabela 3. Distribuição da incidência dos casos de sífilis em gestante no GVE XXX de Jales/SP, no período de 2013 a 2017.

Ano	Casos de sífilis gestacional	Total de nascidos vivos	Incidência de casos por 1000 nascidos vivos
2013	13	2846	4,57
2014	25	3079	8,12
2015	28	3083	9,08
2016	44	2756	15,97
2017	43	2989	14,39
Total	153	14753	10,37

Na distribuição, descrição e análise da incidência da sífilis em gestante por município avaliado, os municípios de Santa Salete, Mesópolis e Santa Fé do Sul se destacaram com as maiores incidências de sífilis gestacional por 1.000 nascidos vivos, resultando em 47,6 casos/1000 nascidos vivos em Santa Salete, 23,8 casos/1.000 nascidos vivos em Mesópolis e 21,8 casos /1.000 nascidos vivos em Santa Fé do Sul.

Com relação as sífilis congênita foram notificados 55 casos: 28 (50,9%) do sexo masculino e 27 (49,1%) do sexo feminino, 48 (87,3%) eram brancos, revelando uma incidência total de 3,73 casos/1.000 nascidos vivos. A faixa com a qual foi realizado o diagnóstico compreende-se na faixa etária entre 0 – 6 dias de vida, totalizando 54 recém-nascidos, ou seja, 98,2% dos casos.

Tabela 4. Distribuição das variáveis demográficas dos casos de sífilis congênita no GVE XXX de Jales/SP, no período de 2013 a 2017.

Dados demográficos	2013		2014		2015		2016		2017		Total		Valor P
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Sexo	11	20,0	9	16,4	9	16,4	15	27,3	11	20,0	55	100	
Masculino	7	63,6	4	44,4	6	66,7	9	60,0	2	18,2	28	50,9	0,118
Feminino	4	36,4	5	55,6	3	33,3	6	40,0	9	81,8	27	49,1	
Faixa etária													
0 a 6 dias	10	90,9	9	100	9	100	15	100	11	100	54	98,2	0,509
7 a 27 dias	1	9,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,8	
Cor													
Branca	10	90,9	6	66,7	8	88,9	14	93,3	10	90,9	48	87,3	
Não branca	1	9,1	2	22,2	0	0,0	1	6,7	1	9,1	5	9,1	0,433
Ignorado	0	0,0	1	11,1	1	11,1	0	0,0	0	0,0	2	3,6	

Dos 55 recém-nascidos notificados no período estudado, 48 (87,3%) nasceram assintomáticos. No exame da altura dos ossos longos, quatro recém-nascidos (7,2%) apresentaram resultado positivo para este exame e três recém-nascidos (5,4%) tiveram o exame de líquido reagente. Quanto a realização de Pré-Natal observou na Ficha de Notificação da Sífilis Congênita, que 54 (98,2%) recém-nascidos tiveram assistência Pré-Natal. O tipo de tratamento mais utilizado no período estudado foi o da Penicilina G Cristal de 100000 a 150000 UI, revelando um número de 28 recém-nascidos (50,9%). Não houve tendência no padrão de comportamento da incidência de sífilis congênita ao longo dos anos avaliados, sendo que no ano de 2016, a incidência foi maior, atingindo 5,44 casos/1.000 nascidos vivos e nos anos de 2014 e 2015, a incidência foi menor, resultando em 2,92 casos/1.000 nascidos vivos (Tabela 5).

Tabela 5. Distribuição da incidência de sífilis congênita por 1000 nascidos vivos no GVE XXX de Jales/SP no período de 2013 a 2017.

Ano	Casos de sífilis congênita	Total de nascidos vivos	Incidência por 1000 nascidos vivos
2013	11	2846	3,87
2014	9	3079	2,92
2015	9	3083	2,92
2016	15	2756	5,44
2017	11	2989	3,68
Total	55	14753	3,73

A média de incidência de sífilis congênita nos anos de 2013 a 2017 foi de 3,73 casos/1.000 nascidos vivos. Os três municípios com maior incidência de casos de sífilis congênita por 1000 nascidos vivos foram Nova Canaã Paulista (26,3 casos/1.000 nascidos vivos), Paranapuã (11,5 casos/1000 nascidos vivos) e Guarani d'Oeste (11,2 casos/1.000 nascidos vivos).

4. DISCUSSÃO

Foram notificados no GVE XXX de Jales no período de 2013 a 2017, 153 casos de sífilis em gestante, mostrando uma incidência de 10,37 casos/1.000 nascidos vivos. Em 2013, foram notificados 13 casose em 2017 43 casos, apontando uma incidência de 14,39 casos/1.000 nascidos vivos. O aumento considerável no número de notificações da sífilis podeseer atribuído pelo aumento da cobertura de testagem, a ampliação de testes rápidos, redução do uso de preservativo, resistênciados profissionais de saúde à administração da penicilina na atenção básica, mudanças ocorridas nos critérios de definição de casos, o aprimoramento do sistema de vigilância, melhora da assistência realizada no pré-natal, a testagem no parto, maior notificação das gestantese o acompanhamento desta gestante no puerpério e a crise ocorrida nos serviços de saúde em 2016 pela falta de penicilina no país ⁸.

Esse aumento está de acordo com os casos de sífilis em gestante, que foram notificados no Brasil 49.013 (28,4%) revelando uma taxa de detecção de 17,2 casos/1.000

nascidos vivos em 2017, destes, 23.470 (47,9%) residiam na Região Sudeste, com uma incidência de 20,8 casos/1.000 nascidos vivos⁷.

Estudo realizado em Palmas/TO observou um aumento na prevalência de gestantes com sífilis, em que foram notificados 171 casos com um coeficiente de prevalência de 7,5 casos/1.000 nascidos vivos no ano de 2014⁹.

Outro estudo realizado com gestantes do Estado do Paraná verificou a prevalência de sífilis em gestantes de 0,57%, e evidenciou diversas variáveis associadas à sua ocorrência, tais como: idade, cor não branca, baixa escolaridade e ausência de acompanhamento pré-natal. Esses resultados demonstram que ainda há muito que evoluir para o alcance da meta da OMS de eliminação da sífilis¹⁰.

A sífilis é considerada um problema de saúde pública e longe de ser eliminada. Para reduzir a prevalência de sífilis na gestação e da sífilis congênita é essencial que os profissionais de saúde e a comunidade se sensibilizem sobre a importância do diagnóstico precoce e do tratamento eficaz da mulher e de seu parceiro¹⁰.

No Brasil a sífilis é uma doença de notificação compulsória. No entanto, estudo apontou que sua notificação atinge somente 32% dos casos de sífilis no período gestacional e 17,4% de sífilis congênita¹¹.

Com relação à caracterização demográfica em nosso estudo, a maioria das gestantes diagnosticadas com sífilis era branca, com baixa escolaridade, na faixa etária dos 15 aos 24 anos e da zona urbana. Esses resultados corroboram com os fatores associados à transmissão vertical da sífilis, que foram levantados na pesquisa nacional, de base hospitalar, realizada no período de 2011 a 2012 em 23.894 puérperas. Somente discordante com relação à cor da pele, que foi preta, como foi observado em outros estudos nos quais a heterogeneidade da cor é evidenciada na distribuição de raça/cor, que acompanha as características regionais do país^{7,12}.

Quanto ao trimestre de gestação em que a gestante foi diagnosticada com sífilis, notou-se que a maioria foi notificada no segundo trimestre e o mesmo apresentou um crescimento considerável, variando de 23,1% em 2013 a 27,9% em 2017. Porém, no ano de 2016, 34,4% das gestantes foram notificadas com sífilis somente no terceiro trimestre de gestação e no momento do parto. O Boletim Epidemiológico da Sífilis detectou que em 2017, a maior proporção das mulheres (39,8%) foi diagnosticada no primeiro trimestre de gestação⁷. Outros estudos discordam dos nossos resultados, porque verificaram em seus resultados a predominância do diagnóstico de sífilis no primeiro trimestre de gestação^{13,14}.

Com relação à classificação clínica da sífilis encontramos uma frequência elevada de sífilis latente, mostrando seu ápice, em 2017, com um percentual de 41,9%. Nas demais classificações clínicas, os índices nas gestantes estudadas se mantiveram com certa constância na forma primária da doença. Estudo realizado em seis Unidades Federativas do Brasil (Amazonas, Ceará, Brasília, Espírito Santo, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul) observou que a maioria da classificação clínica da sífilis em gestantes encontrava-se na fase primária da doença¹⁵. Outro estudo realizado com residentes na 15ª Regional de Saúde do Estado do Paraná, no período de 2011 a 2015 mostrou que a sífilis primária teve maior frequência nesta região (61,11%), seguida pela sífilis secundária (9,26%), porém a sífilis terciária e latente ganharam visibilidade, totalizando 34,45% dos casos notificados¹⁶.

Os casos de sífilis em gestante são classificados em duas formas: caso suspeito que é aquele que durante a realização do pré-natal a gestante apresentava características clínicas compatíveis com a sífilis, ou com teste não treponêmico reagente; e caso confirmado que é quando a gestante teve os testes não treponêmico ou treponêmico reagentes, mesmo que não há evidência clínica da doença. Em ambos os casos, a sífilis em gestante deverá ser notificada às autoridades sanitárias¹⁷.

No nosso estudo, a maioria das gestantes realizou teste treponêmico e o não treponêmico, apresentando número superior ao encontrado em outros estudos 86,0% e 90,7%, respectivamente. Porém, diante de inúmeros casos é considerável o número de testes não realizados, atingindo um percentual de 4,7% em ambos os testes. Pesquisa realizada em Belo Horizonte/MG verificou que mais da metade das gestantes estudadas realizaram o teste não treponêmico tardiamente, aumentando em 1,68 vezes o risco de sífilis congênita. Entre as gestantes que realizaram mais de um deste teste, o título do último exame manteve-se elevado para 54,9%, aumentando em duas vezes o risco da doença, o que pode significar que a gestante não foi tratada ou foi inadequadamente tratada, ou mesmo podendo ser uma reinfecção¹⁸.

Encontramos que 35,3% das 153 gestantes diagnosticadas com sífilis realizaram o número mínimo de seis consultas pré-natais. Resultado preocupante, que também foi observado em uma pesquisa realizada sobre a qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil. Outra pesquisa com o objetivo de descrever indicadores de qualidade da atenção pré-natal no Brasil no âmbito do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ-AB) encontrou que apenas 15% das gestantes receberam pré-natal de qualidade¹⁹. O estudo nacional de base hospitalar, realizado em 2011-2012 verificou que gestantes com transmissão vertical da sífilis tiveram início tardio do pré-natal, apresentando um número inadequado de consultas e testes sorológicos insuficientes¹². Outro estudo realizado em Palmas/TO no período de 2007 a 2014 identificou 171 casos de sífilis em gestantes, sendo que 81,4% delas realizaram pré-natal e 17,2% não o realizaram, quase 80% de nascidos vivos apresentavam sífilis congênita e apontou a necessidade da adoção de novas estratégias para a efetividade da assistência pré-natal prestada e consequente redução da incidência da sífilis congênita⁹.

A Política Nacional de Humanização toma o acolhimento da gestante na atenção básica inerente à integralidade do cuidado a partir da recepção desta com escuta qualificada e a construção de vínculo para avaliar a vulnerabilidade de acordo com o seu contexto social²⁰. Agregando ações de assistência à gestante é significativo que haja a avaliação pré-concepcional dos parceiros sexuais, oferecendo a eles testagem para sífilis, e outras IST, bem como seus respectivos tratamentos. O não tratamento da sífilis do parceiro sexual é visto como um dos desafios para seu controle, e é a principal causa de inadequação do tratamento^{21,11}.

Os resultados do nosso estudo mostraram que o número de parceiros tratados foi superior aos não tratados, respectivamente 62,8% e 27,9% em todo o período estudado. Literatura comprova que a adesão do tratamento da sífilis pelo parceiro, se dá pela forma como estes são abordados pelas suas companheiras, se incentivam seus parceiros na adesão ao tratamento nas unidades básicas de saúde²².

Outro resultado preocupante que encontramos foi o número de parceiros, que não foram tratados por motivos ignorados, durante todo o período estudado, atingindo um ápice em 2015 com 71,4% de parceiros não tratados por motivos ignorados. A penicilina é o medicamento mais eficaz e de primordial escolha para esquema terapêutico da gestante, como para seu parceiro²³. Em nosso estudo houve predomínio do tratamento da Penicilina G Benzatina de 7200000UI.

A incidência de sífilis em gestante em todo o período estudado foi de 10,37 casos/1.000 nascidos vivos. As cidades que tiveram o maior número de casos foram Fernandópolis com 50 casos (32,7%) com uma incidência de 12,7 casos/1.000 nascidos vivos, Santa Fé do Sul com 42 casos (27,5%) com uma incidência de 21,8 casos/1.000 nascidos vivos e Jales com 13 casos (8,5%) com uma incidência de 4,9 casos/1.000 nascidos vivos.

Comparando essas incidências com a incidência nacional, é possível afirmar que estas cidades apresentaram um índice mais elevado de sífilis em gestantes em relação ao índice nacional⁷.

A meta da OMS e da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) é a eliminação da sífilis congênita. Estabeleceu um rol de prioridades visando à qualificação da atenção à saúde para prevenção, assistência, tratamento e vigilância da sífilis, mas esta meta está longe de ser alcançada, sendo a subnotificação um dos maiores entraves para esta conquista⁸.

De acordo com o Boletim Epidemiológico de Sífilis, de 2018, a elevação da taxa de incidência da sífilis, em gestante e congênita, por mil nascidos vivos aumentou três vezes mais nos últimos cinco anos no Brasil. De 1998 a 2018, foram notificados no SINAN 188.445 casos de sífilis congênita em menores de um ano de idade, sendo que as regiões sudeste (9,4 casos/1.000 nascidos vivos) e sul (9,1 casos/1.000 nascidos vivos) apresentaram as maiores taxas e ambas acima da taxa nacional⁷.

Nosso estudo evidenciou no período analisado, 55 casos de sífilis congênita (28 do sexo masculino e 27 do sexo feminino) e o maior número ocorreu no ano de 2016, com 15 casos (27,3%), com uma incidência de 5,44/1.000 nascidos vivos. Corroborando com nossos resultados, os dados do Boletim Epidemiológico da Sífilis de 2018 mostram 24.303 casos de sífilis congênita, sendo 98,2% em neonatos e 96,7% na primeira semana de vida⁷.

A taxa de sífilis congênita nas fases primária e secundária da doença é de 70 a 100%, mas esse índice reduz para 30% nas fases tardias da infecção materna (latente e terciária)²⁴. A sífilis congênita é classificada em dois estágios: o precoce, diagnosticada até dois anos de vida e tardia, que se manifesta após esse período²³.

Identificado nesta pesquisa que, dos recém-nascidos notificados com sífilis congênita no período estudado, 48 (87,3%) nasceram assintomáticos e não houve associação significativa com as variáveis demográficas e clínicas. Outros pesquisadores corroboram com esses resultados em que observaram mais da metade dos recém-

nascidos notificados com sífilis congênita, nasceram assintomáticos, pois falta uma avaliação complementar para determinar com precisão, o diagnóstico da infecção nos recém-nascidos²⁵.

A sífilis congênita causa prematuridade e baixo peso ao nascimento, e as principais peculiaridades dessa síndrome são excluídas a outras causas como hepatomegalia com ou sem esplenomegalia, lesões cutâneas, periostite, osteíte, osteocondrite, pseudoparalisia dos membros, sofrimento respiratório com ou sem pneumonia, rinite, icterícia, anemia, linfadenopatia generalizada, alterações laboratoriais como: anemia, trombocitopenia, leucocitose ou leucopenia²⁴. O tratamento da sífilis congênita ocorre em dois momentos distintos: período neonatal (até os 27 dias de vida) e período pós-neonatal (após 27 dias de vida)²³. Recém-nascidos expostos à sífilis e que a neurosífilis foi descartada, a penicilina procaína é a droga de escolha²³.

No nosso estudo²⁸ recém-nascidos fizeram tratamento com Penicilina G Cristal de 100000 a 150000 UI. Este tratamento é semelhante a todos os recém-nascidos de mães adequadamente tratadas, que realizaram o teste não treponêmico em amostra de sangue periférico da criança. O resultado deve ser reagente e com título maior em duas diluições, quando comparados ao título materno e/ou presença de alterações clínicas, com realização de hemograma, de radiografia de ossos longos e de análise do líquido cefalorraquidiano²³.

Desta forma, a terapêutica deve estar de acordo com os Protocolos Clínicos e Diretrizes de Tratamento – PCDT, que estabelece os critérios de diagnóstico de cada doença, o algoritmo de tratamento com as respectivas doses adequadas e os mecanismos para o monitoramento clínico em relação à efetividade do tratamento e a supervisão de possíveis efeitos adversos. Todo recém-nascido que não for tratado de forma adequada, quanto à dose e/ou tempo do tratamento preconizado, deve ser reavaliado no aspecto clínico-laboratorial e reiniciado o tratamento, obedecendo aos esquemas terapêuticos preconizados. Os serviços de saúde devem conceber a vigilância em saúde como integração institucional entre a vigilância

epidemiológica e a vigilância sanitária, para que haja uma ação efetiva e eficaz como demanda o Ministério da Saúde em seus Protocolos²³.

A incidência de sífilis congênita em todo o período estudado foi de 3,73 casos/1.000 nascidos vivos. Comparando essa incidência com a incidência nacional, é possível afirmar que tal índice encontra-se elevado em relação ao índice nacional da sífilis congênita.

Este trabalho apresentou algumas limitações, inerentes às pesquisas com dados secundários, que são condicionados à cobertura e qualidade dos registros dos profissionais da saúde e a possibilidade das subnotificações no sistema.

Os resultados do nosso estudo indicam a necessidade de propor novas estratégias com o objetivo de reduzir a sífilis em gestantes e congênita, realizar educação permanente para os profissionais de saúde, promover grupos de estudo, fortalecer a Vigilância em Saúde, monitorar os resultados, melhorar os registros de notificações no sistema e integralizar a prevenção da sífilis.

5. CONCLUSÃO

O perfil sociodemográfico das gestantes com sífilis no Grupo Epidemiológico do Noroeste Paulista foi de mulher jovem, com baixa escolaridade e houve um aumento considerável de casos de sífilis no período investigado.

A média de incidência de sífilis em gestante foi de 10,37 casos/1.000 nascidos vivos e a congênita foi de 3,73 casos/1.000 nascidos vivos, no período de 2013 a 2017.

Houve um aumento significativo dos casos de sífilis primária e latente com presença de associações significativas entre os anos avaliados com a classificação clínica e a faixa etária das pacientes com sífilis em gestante.

Não houve associações significativas entre as demais variáveis demográficas e clínicas dos casos de sífilis em gestante. Todas variáveis demográficas e clínicas foram semelhantes na sífilis congênita.

Os resultados deste estudo demonstram que ainda há muito que evoluir para o alcance da meta da OMS de eliminação da sífilis como problema de saúde pública, havendo necessidade de ações estratégicas urgentes para o controle da sífilis em gestante e congênita no Grupo de Vigilância Epidemiológica do Noroeste Paulista/SP.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Agenda Estratégica para Ampliação do Acesso e Cuidado Integral das Populações-Chave em HIV, Hepatites Virais e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2018.
2. Luppi CG, Gomes SEC, Ueno AM, Santos AMK. Fatores associados à coinfeção por HIV em casos de sífilis adquirida notificados em um Centro de Referência de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids no município de São Paulo, 2014. *Epidemiol Serv Saúde*.2018;27(1):e20171678.
3. World Health Organization et al. WHO guidelines for the treatment of *Treponema pallidum* (syphilis). 2016.
4. Singh AE, Romanowski B. Syphilis: review with emphasis on clinical, epidemiologic and some biologic features. *Clin Microbiol Rev*. 1999;12:187-209.
5. Ribeiro AS, Pinto SS, Souza FB. Triagem para sífilis; incidência de resultados positivos nas amostras analisadas no hospital municipal duque de Caxias, oriundas do centro de testagem e aconselhamento para DST e Aids. *NewsLab*, v.82, p. 142-155. 2007.
6. Pan American Health Organization. Elimination of mother-to-child transmission of HIV and syphilis in the Americas. Update 2016. Washington, D.C.: PAHO; 2017.
7. Brasil. Boletim Epidemiológico de Sífilis | Secretaria de Vigilância em Saúde | Ministério da Saúde 3 Volume 49 | Nº 45 | Out. 2018.
8. Brasil. Agenda de ações estratégicas para redução da sífilis no Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das

- Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Brasília/DF. 2017.
9. Cavalcante PA de M, Pereira RB de L, Castro JGD. Sífilis gestacional e congênita em Palmas, Tocantins, 2007-2014. *Epidemiol. Serv. Saúde* [online]. 2017.
 10. Padovani Camila, Oliveira Rosana Rosseto de, Peloso Sandra Marisa. Sífilis na gestação: associação das características maternas e perinatais em região do sul do Brasil. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2018.
 11. Campos ALA, Araújo MAL, Melo SP, Gonçalves MLC. Epidemiologia da sífilis gestacional em Fortaleza, Ceará, Brasil: um agravamento sem controle. *Cad Saúde Pública* 2010; 26(9): 1747-55.
 12. Domingues RMSM, Leal M do C. Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis: dados do estudo Nascir no Brasil. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2016
 13. Lafeta KRG, Martelli Junior H, Silveira MF, Paranaíba LMR. Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle. *Rev. bras. epidemiol.*[online]. v.19, n.1, p.63-74. 2016.
 14. Maciel RIC de B, Ugrinovich LA, Simioni PU, de Oliveira RCF. "Perfil epidemiológico dos casos de sífilis na cidade de Americana (SP) de 2005 a 2015. *Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção* [Online], 7.3, 2017: 161-168.
 15. Saraceni, Valeria et al. Vigilância epidemiológica da transmissão vertical da sífilis: dados de seis unidades federativas no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2017, v. 41, e44. Disponível em: <>. Epub 08 Jun 2017. ISSN 1680-5348.

16. Andrade HS, Rezende NFG, Garcia M N, e de Azevedo Guimarães EA. Caracterização epidemiológica dos casos de sífilis em mulheres. *Ciência & Saúde*, 2019, *12*(1), 32124.
17. Brasil. Guia de Vigilância em Saúde. Brasília-DF. Ministério da Saúde. 2017.
18. Nonato SM, Mello APS, Guimarães MDC. Syphilis in pregnancy and factors associated with congenital syphilis in Belo Horizonte – MG, Brazil, 2010-2013. *Epidemiol Serv Saúde*. [Internet] 2015.
19. Tomasi E, et al. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. *Cad. Saúde Pública* [online]. v. 33, n. 3. 2017.
20. Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher: Cadernos de Atenção Básica Ao Pré-Natal de Baixo Risco nº 32, Brasília – DF 2012.
21. Guimarães T, Alencar LCR, Fonseca LMB, Gonçalves MMC, & da Silva MP. Sífilis em gestantes e sífilis congênita no Maranhão. *Arquivos de Ciências da Saúde* [Online], 25.2 2018: 24-30.
22. Figueiredo MSN de, Cavalcante EGR, Oliveira CJ de, Monteiro Maria de FV, Quirino G da S, Oliveira DR de. Percepção de enfermeiros sobre a adesão ao tratamento dos parceiros de gestantes com sífilis *Rev Rene*. 2015. 16(3):345-54.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para a Prevenção da Transmissão do HIV, Sífilis e Hepatites Virais/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

24. São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde. Centro de Controle de Doenças. Programa Estadual de DST/Aids. Centro de Referência e Treinamento DST/Aids. Guia de bolso para o manejo da sífilis em gestantes e sífilis congênita. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde. 2016. 112p.
25. Magalhães DM dos S, Kawaguchi IAL, Dias A, Calderon I de MP. Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2013 June [cited 2019 Apr 20]; 29(6): 1109-1120.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados desta dissertação permitiram concluir que o perfil sociodemográfico das gestantes do município de Santa Fé do Sul indica que a sífilis está incidindo em mulheres jovens, com nenhum ou algum grau de escolaridade e que o perfil sócio-demográfico das gestantes com sífilis no Grupo de Vigilância Epidemiológica do Noroeste Paulista também foi, a maioria, de mulher, jovem, com baixa escolaridade, de cor branca e moradora da zona urbana. Houve um aumento considerável de casos de sífilis no período investigado.

Observou-se que a incidência de sífilis congênita no município de Santa Fé do Sul foi de 5,36 casos/1.000 nascidos. No GVE XXX, a incidência de sífilis em gestantes foi de 10,37 casos/1.000 nascidos vivos e a congênita foi de 3,73 casos/1.000 nascidos vivos, no período de 2013 a 2017. Incidências muito acima da meta de eliminação da sífilis proposta pela Organização Mundial da Saúde que é de 0,5 casos/1.000 nascidos vivos.

Houve um aumento significativo dos casos de sífilis primária e latente com a presença de associações significativas entre os anos avaliados com a classificação clínica e a faixa etária das gestantes com sífilis e não houve associações significativas entre as demais variáveis demográficas e clínicas dos casos de sífilis gestacional. Todas variáveis demográficas e clínicas foram semelhantes na sífilis congênita.

Os resultados destes estudos demonstraram que ainda há muito que evoluir para o alcance da meta da OMS em relação a eliminação da sífilis como problema de saúde pública e a necessidade de ações estratégicas urgentes para o controle da sífilis em gestante e congênita não só no Município de Santa Fé do Sul como em todo o Grupo de Vigilância Epidemiológica do Noroeste Paulista/SP.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Agenda Estratégica para Ampliação do Acesso e Cuidado Integral das Populações-Chave em HIV, Hepatites Virais e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2018.
2. Luppi CG, Gomes SEC, Ueno AM, Santos AMK. Fatores associados à coinfeção por HIV em casos de sífilis adquirida notificados em um Centro de Referência de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids no município de São Paulo, 2014. *Epidemiol Serv Saúde*.2018;27(1):e20171678.
3. World Health Organization. WHO guidelines for the treatment of *Treponema pallidum* (syphilis). Geneva: WHO; 2016.
4. Ministério da Saúde. Guia de Vigilância em Saúde. 2ª ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017.
5. Lewis DA, Young H. Syphilis. *Sex Transm Infect*. 2006;82(Suppl IV):iv13-iv15.
6. Santana LR, Parahyba MJPC, Alencar MJ, Marques DA. Teste VDRL para o diagnóstico da sífilis: avaliação dos resultados em uma unidade de atenção primária de saúde. *Rev Bras Anal Clin*. 2006;38(2):71-3.
7. Santos MO, Muller VDM, Valcarenghi D, Gonçalves JBP, Bueno EC. Comparação de testes não treponêmicos utilizados no diagnóstico da sífilis e interferência na inativação do soro. *Rev Bras Anal Clin*. 2007;39(2):135-7.
8. Pan American Health Organization. World Health Organization. Elimination of mother-to-child transmission of HIV and syphilis in the Americas. Update 2016. Washington: PAHO/WHO; 2017.

9. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde. Sífilis 2018. *Bol Epidemiol.* 2018;49(45):3-43.
10. Korenromp EL, Rowley J, Alonso M, Mello MB, Wijesooriya NS, Mahiane SG, et al. Global burden of maternal and congenital syphilis and associated adverse birth outcomes - Estimates for 2016 and progress since 2012. *PLoS One.* 2019;14(2):e0211720.
11. Domingues RMSM, Leal MC. Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis: dados do estudo Nascir no Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2016;32(6):e00082415.
12. World Health Organization. Draft global health sector strategies: sexually transmitted infections, 2016–2021. Geneva: WHO; 2015.
13. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. Diretrizes para controle da sífilis congênita: manual de bolso. 2ª ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil,* Brasília (DF), 18 fev 2016. Seção 1:23-24.
15. Sortica AC. Rede de atenção à saúde, sífilis e educação em saúde, a intersecção necessária: um estudo de caso sobre sífilis em gestante e congênita no município de Esteio [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2017.
16. Ministério da Saúde. Agenda de Ações Estratégicas para Redução da Sífilis no Brasil. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017.

17. Bogaz C. Combate à Sífilis- Municípios terão reforço de R\$ 200 milhões para conter avanço da doença [homepage na Internet]. Conselho Nacional de Secretários de Saúde; 2017 [acesso em 2019 Jun. 19]. Disponível em: <https://www.conass.org.br/combate-sifilis-municipios-terao-reforco-de-r-200-milhoes-para-conter-avanco-da-doenca/>
18. IBGE [homepage na Internet]. Rio de Janeiro; Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2018 [acesso em 2019 Jun. 24]. Cidades e Estados; [aproximadamente 3 telas]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados.html>
19. Secretaria de Estado da Saúde. Direção Regional de Saúde de São José do Rio Preto. Projeto Estadual de Promoção da Saúde [Internet]. São Paulo; 2010. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica/areas-de-vigilancia/doencas-cronicas-nao-transmissiveis/observatorio-promocao-a-saude/mural-de-boas-praticas/projetos/drs15_sjrp10.pdf
20. Governo do Estado de São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde [homepage na Internet]. São Paulo; 2019 [acesso em 2019 Jun. 24]. DRS XV - São José do Rio Preto; [aproximadamente 2 telas]. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/ses/institucional/departamentos-regionais-de-saude/drs-xv-sao-jose-do-rio-preto>
21. ZAR JH. Biostatistical Analysis. 5thed. Essex: Prentice Hall; 2009.

APÊNDICES**APENDICE 1 - ROTEIRO DE COLETA DE DADOS****1. Dados Demográficos da Gestante:**

- Idade (em anos: 05 a 14; 15 a 24; 25 a 35; 35 a 44);
- Cor da pele (branca; não branca; ignorado);
- Escolaridade (Ensino Fundamental; Ensino Médio Ensino Superior; ignorado).

2. Dados do Pré-Natal e Obstétrico:

- Pré-Natal (sim; não; ignorado);
- Momento do diagnóstico materno (primeiro, segundo, terceiro trimestre, quarto trimestre - momento do parto).

3. Dados da Doença e do Tratamento:

- Classificação clínica da doença (primária; secundária; terciária; latente; ignorada);
- Teste treponêmico (reativo; não reativo; não realizado; ignorado);
- Teste não treponêmico (reativo; não reativo; não realizado; ignorado);
- Esquema de tratamento prescrito à gestante (penicilina G benzantina 2.400.000 UI; penicilina G benzantina 4.800.000 UI; penicilina G benzantina 7.200.000 UI; outro esquema; não realizado; ignorado);
- Tratamento do parceiro (sim; não; ignorado).

4. Dados Demográficos do Recém Nascido:

- Sexo (masculino; feminino);
- Cor da pele (branca; não branca; ignorado);
- Idade em dias (0 a 6 dias; 7 a 27 dias).

5. Dados Clínicas e Laboratoriais do Recém Nascido:

- Titulação de VDRL em líquido (reagente; não reagente; não realizado; ignorado);
- Alteração do exame dos ossos longos (sim; não; não realizado; ignorado);
- Tipo de tratamento (Penicilina G Cristal 100000 a 150000 UI; Penicilina G Procaína; Penicilina G Benzatin dose única; Outro tipo de tratamento; Não realizado; ignorado);
- Esquema de tratamento (adequado, inadequado, não realizado; ignorado);
- Presença de sintomas (assintomático; sintomático; não se aplica; ignorado);
- Outros sinais e sintomas (icterícia; rinite serosanguinolenta, anemia; esplenomegalia; hepatomegalia; osteocondrite; lesões cutâneas; pseudoparalisia – sim; não; não se aplica e ignorado).

ANEXOS

ANEXO A - FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE SÍFILIS EM GESTANTE

(frente da ficha de notificação de Sífilis em gestante)

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO		Nº					
		FICHA DE INVESTIGAÇÃO SÍFILIS EM GESTANTE							
Definição de caso:									
Situação 1 - 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.									
Situação 2 - Mulher sintomática ^a 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.									
<small>a Para mais informações sobre a sintomatologia da sífilis, consultar o Guia de Vigilância em Saúde e/ou Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), disponível respectivamente em www.saude.gov.br/svs e www.aids.gov.br/pctd.</small>									
Situação 3 - 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.									
<small>* Casos confirmados de cicatriz sorológica não devem ser notificados.</small>									
Dados Gerais	1 Tipo de Notificação		2 - Individual						
	2 Agravado/doença		SÍFILIS EM GESTANTE						
	Código (CID10)		3 Data da Notificação						
	O98.1								
Notificação Individual	4 UF		5 Município de Notificação						
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código						
	7 Data do Diagnóstico		8 Nome do Paciente						
	9 Data de Nascimento		10 (ou) Idade						
		11 Sexo		12 Gestante		13 Raça/Cor			
		F - Feminino		1 - 1º Trimestre 2 - 2º Trimestre 3 - 3º Trimestre		1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela			
				4 - Idade gestacional ignorada 9 - Ignorado		4 - Preta 5 - Indígena 9 - Ignorado			
		14 Escolaridade		15 Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe			
		1 - Analfabeto 2 - 1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 3 - 5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4 - Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5 - Ensino médio incompleto (antigo colégio ou 2º grau) 6 - Ensino médio completo (antigo colégio ou 2º grau) 7 - Educação superior incompleta 8 - Educação superior completa 9 - Ignorado 10 - Não se aplica							
Dados de Residência	17 UF		18 Município de Residência		Código (IBGE)		19 Distrito		
	20 Bairro		21 Logradouro (rua, avenida, ...)		Código				
	22 Número		23 Complemento (apto., casa, ...)		24 Geo campo 1				
	25 Geo campo 2		26 Ponto de Referência		27 CEP				
	28 (DDD) Telefone		29 Zona		30 País (se residente fora do Brasil)				
			1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado						
Dados Complementares do Caso									
Ant. epid. gestante	31 Ocupação								
	32 UF		33 Município de realização do Pré-Natal		Código (IBGE)		34 Unidade de realização do pré-natal: Código		
Dados laboratoriais	35 Nº da Gestante no SISPRENATAL		36 Classificação Clínica		37 Resultado dos Exames		38 Título		
			1 - Primária 2 - Secundária 3 - Terciária 4 - Latente 9 - Ignorado		1-Reagente 2-Não Reagente 3-Não Realizado 9-Ignorado		1: _____		
Tratamento / acompanhamento	39 Data		40 Teste treponêmico no pré-natal		41 Esquema de tratamento prescrito à gestante		42 Parceiro tratado concomitantemente à gestante		
			1-Reagente 2-Não reagente 3-Não realizado 9-Ignorado		1 - Penicilina G benzantina 2.400.000 UI 2 - Penicilina G benzantina 4.800.000 UI 3 - Penicilina G benzantina 7.200.000 UI		1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		
Ant. epidemiológicos da parceria sexual	43 Esquema de tratamento prescrito ao parceiro		44		45		46		
	1 - Penicilina G benzantina 2.400.000 UI 2 - Penicilina G benzantina 4.800.000 UI 3 - Penicilina G benzantina 7.200.000 UI		4 - Outro esquema 5 - Não realizado 9 - Ignorado						
Sífilis em gestante		Sinan NET		SVS		29/09/2008			

ANEXO A - FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE SÍFILIS EM GESTANTE
(verso da ficha de notificação de Sífilis em gestante)

Ant. epidemiológico da parceria sexual	44 Motivo para o não tratamento do Parceiro <input type="checkbox"/>		
	1 - Parceiro não teve mais contato com a gestante. 2 - Parceiro não foi comunicado/convocado à US para tratamento. 3 - Parceiro foi comunicado/convocado à US para tratamento, mas não compareceu. 4 - Parceiro foi comunicado/convocado à US mas recusou o tratamento. 5 - Parceiro com sorologia não reagente. 6 - Outro motivo: _____		
Investigador	Município/Unidade de Saúde	Cód. da Unid. de Saúde	
	Nome	Função	Assinatura
Sífilis em gestante	Sinan NET	SVS	29/09/2008

ANEXO B - FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE SÍFILIS CONGÊNITA

(frente da ficha de notificação 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 necropsia 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)	3 Data da Notificação	
	SÍFILIS CONGÊNITA		A 50,9		
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)		
6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)			Código	7 Data do Diagnóstico	
Notificação Individual	8 Nome do Paciente			9 Data de Nascimento	
	10 (ou) Idade	11 Sexo M - Masculino F - Feminino 1 - Ignorado	12 Gestante		13 Raça/Cor
	14 Escolaridade		10 - Não se aplica		10
	15 Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe		
	17 UF		18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito
Dados de Residência	20 Bairro		21 Logradouro (rua, avenida...)		Código
	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)		24 Geo campo 1	
	25 Geo campo 2		26 Ponto de Referência		27 CEP
	28 (DDD) Telefone		29 Zona	30 País (se residente fora do Brasil)	
			1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		
	Dados Complementares				
Antecedentes Epist. da gestante / mãe	31 Idade da mãe		32 Raça/cor da mãe		33 Ocupação da mãe
	34 Escolaridade		1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 9 - Ignorado		
	35 Realizou Pré-Natal nesta gestação		36 UF		37 Município de Realização do Pré-Natal
	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		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					
Dados do Lab. da gestante / mãe	40 Teste não treponêmico no parto/curetagem			41 Título	42 Data
	1 - Reagente 2 - Não reagente 3 - Não realizado 9 - Ignorado			1:	
43 Teste treponêmico no parto/curetagem					
1 - Reagente 2 - Não reagente 3 - Não realizado 9 - Ignorado					
Trat. da gestante / mãe	44 Esquema de tratamento			45 Data do Início do Tratamento	46 Parceiro(s) tratado(s) concomitantemente a gestante
	1 - Adequado 2 - Inadequado 3 - Não realizado 9 - Ignorado				1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado
Sífilis Congênita		Sinan NET		SVS	04/08/2008

ANEXO B - FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE SÍFILIS CONGÊNITA (verso da ficha de notificação de Sífilis Congênita)

Ant. Epídem. 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					51		52	
	Teste não treponêmico - Sangue Periférico					Título		Data	
	1-Reagente 2-Não reagente 3-Não realizado 9-Ignorado					1:			
	53					54		55	
	Teste treponêmico (após 18 meses)					Data		Data	
	1-Reagente 2-Não reagente 3-Não realizado 4 - Não se aplica 9-Ignorado								
Dados Clínicos da Criança	55					56		57	
	Teste não treponêmico - Líquor					Título		Data	
	1-Reagente 2-Não reagente 3-Não realizado 9-Ignorado					1:			
	58					59		60	
	Titulação ascendente					Evidência de <i>Treponema pallidum</i>		Diagnóstico Radiológico da Criança: Alteração do Exame dos Ossos Longos	
	1 - Sim 2 - Não 3 - Não realizado 9-Ignorado					1 - Sim 2 - Não 3 - Não realizado 9-Ignorado		1 - Sim 2 - Não 3 - Não realizado 9-Ignorado	
Tratamento	62					63		64	
	Diagnóstico Clínico					Presença de sinais e sintomas		Esquema de tratamento	
Evolução	65					66		67	
	Evolução do Caso					Data do Óbito			
1 - Vivo 2 - Óbito por sífilis congênita 3 - Óbito por outras causas 4 - Aborto 5 - Natimorto 9 - Ignorado									
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-Ábs (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 a glutinação passiva de partículas par a *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 enquadrarem 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).

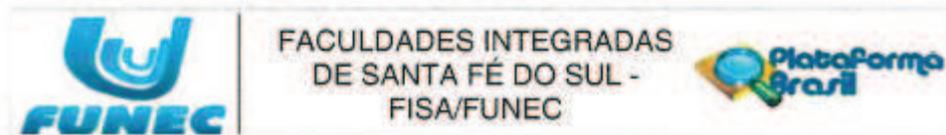
59 - Evidência de *T. pallidum* - Detecção do *Treponema pallidum* por meio de exames diretos por microscopia (de campo escuro ou com material corado) em amostra de secreção nasal ou lesão cutânea, biópsia ou necrópsia de criança, aborto ou natimorto.

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.

ANEXO C - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ANÁLISE DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA SÍFILIS NOS TRÊS PRINCIPAIS MUNICÍPIOS DO GRUPO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA XXX NO PERÍODO DE 2007 A 2017

Pesquisador: Adriana Luiz Sartoreto Mafra

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 89977118.9.0000.5428

Instituição Proponente: Faculdades Integradas de Santa Fé do Sul - FISA/FUNEC

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.733.754

Apresentação do Projeto:

As correções foram efetuadas segundo solicitado. O projeto está apto a ser iniciado. Solicita-se que corrija-se o cronograma na plataforma Brasil com os mesmos itens do cronograma em anexo.

Objetivo da Pesquisa:

Apresentados corretamente

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Apresentados corretamente, com correções efetuadas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa de interesse científico, com riscos mínimos por se tratar de pesquisa documental.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Dispensa do TECELE. Outros termos apresentados adequadamente.

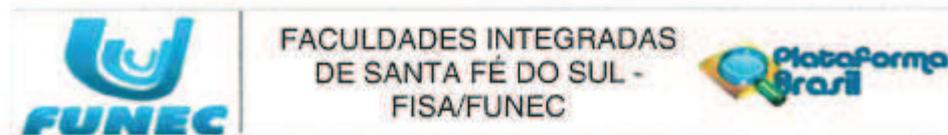
Recomendações:

Corrigir cronograma na plataforma, colocando cada um dos itens como no anexo.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Corrigir cronograma na plataforma, colocando cada um dos itens como no anexo. Isso deverá ser feito a partir da data atual, que marca o início do projeto. Espera-se que seja realizada essa correção antes do projeto ter início.

Endereço: Avenida Mangará 477
Bairro: Jardim Mangará **CEP:** 15.775-000
UF: SP **Município:** SANTA FÉ DO SUL
Telefone: (17)3641-9000 **Fax:** (17)3641-9000 **E-mail:** cep@funecsantafe.edu.br



Continuação do Parecer: 2.733.754

Considerações Finais a critério do CEP:

O Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Integradas de Santa Fé do Sul, na sua reunião de 14/06/2018, APROVOU O PROTOCOLO. Após o desenvolvimento e conclusão da pesquisa entregar RELATÓRIO FINAL ao Comitê de Ética em Pesquisa, impreterivelmente até o dia 13/06/2019. Modelo do relatório final está no site: <http://www.funecsantafe.edu.br/comite-de-etica-em-pesquisa>.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1137692.pdf	11/06/2018 16:22:56		Aceito
Folha de Rosto	folhaderosstonova.pdf	11/06/2018 16:21:40	Adriana Luiz Sartoreto Mafra	Aceito
Outros	FICHACOLETADOSsifilis.docx	11/06/2018 15:19:43	Adriana Luiz Sartoreto Mafra	Aceito
Cronograma	cronogramanosifilis.mestrado.docx	11/06/2018 15:16:29	Adriana Luiz Sartoreto Mafra	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOSIFILIS2.docx	11/06/2018 15:14:03	Adriana Luiz Sartoreto Mafra	Aceito
Brochura Pesquisa	PROJETOSIFILIS.docx	11/06/2018 15:13:03	Adriana Luiz Sartoreto Mafra	Aceito
Outros	CartaJs.docx	17/05/2018 16:19:49	Adriana Luiz Sartoreto Mafra	Aceito
Outros	CartaSFS.docx	17/05/2018 16:17:58	Adriana Luiz Sartoreto Mafra	Aceito
Outros	CartaFER.docx	17/05/2018 16:15:26	Adriana Luiz Sartoreto Mafra	Aceito
Declaração de Pesquisadores	COMPROMISSODOSPESQUISADORE S.docx	17/05/2018 16:07:31	Adriana Luiz Sartoreto Mafra	Aceito
Orçamento	Gastos.docx	17/05/2018 16:01:52	Adriana Luiz Sartoreto Mafra	Aceito

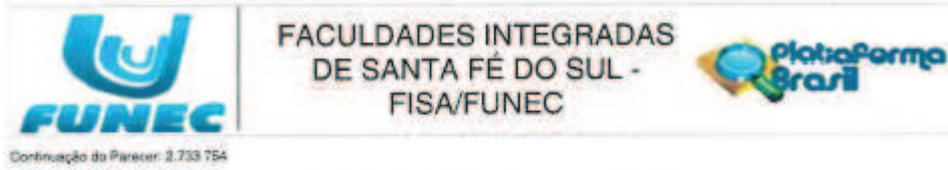
Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Avenida Mangará 477
 Bairro: Jardim Mangará CEP: 15.775-000
 UF: SP Município: SANTA FE DO SUL
 Telefone: (17)3641-9000 Fax: (17)3641-9000 E-mail: cep@funecsantafe.edu.br



SANTA FE DO SUL, 25 de Junho de 2018

Assinado por:
ANTONIO VIEIRA JUNIOR
(Coordenador)

ANEXO D - ORIENTAÇÕES PARA A SOLICITAÇÃO DE CESSÃO DE BASES DE DADOS DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO GERENCIADOS PELO CENTRO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO.



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS
CENTRO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA
"PROF. ALEXANDRE VRANJAC"

Av. Dr. Arnaldo, 351-6º andar – São Paulo/SP CEP: 01246-000



Orientações para a solicitação de cessão de bases de dados do Sistema de Informação gerenciados pelo Centro de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

Utilizar papel timbrado da instituição

Endereçar a solicitação ao Diretor Técnico do CVE.

Na solicitação devem constar:

1. Identificação do solicitante

Nome da Instituição de trabalho ou de estudo, endereço completo (incluindo CEP, Município e Estado).

Nome do solicitante, CPF, RG, formação profissional, Nº do registro no Conselho da categoria profissional. Endereço completo (incluindo CEP, Município e Estado). Telefone comercial e celular.

Endereço eletrônico

A solicitação deverá ser realizada pelo Professor-Orientador nos casos de trabalho com fins acadêmicos.

2. Projeto de pesquisa/trabalho com título, objetivo, métodos explicitados e resultados esperados.

3. Discriminar as Doença(s)/Agravado(s)/Evento(s) da(s) Base(s) de dado discriminando as áreas geográficas e períodos.

4. Definir as variáveis que deverão constar da base de dados. Apresentar justificativa clara se houver necessidade de identificação dos casos constantes na(s) referida(s) base(s). A cessão de dados sigilosos será analisada quanto à sua pertinência.



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS
CENTRO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA
"PROF. ALEXANDRE VRANJAC"



Av. Dr. Arnaldo, 351-6º andar – São Paulo/SP CEP: 01246-000

5. Anexar a aprovação do Comitê de Ética de Pesquisa quando se tratar de dissertação, tese, trabalhos de conclusão de curso e assemelhados, projetos de pesquisa institucionais acadêmicos ou operacionais.
6. Na situação em que o trabalho ainda não foi enviado ao Comitê de Ética e se houver necessidade, o CVE após a avaliação da solicitação, poderá providenciar uma carta de intenção de ceder a base de dados ao(s) interessado(s). No entanto, a cessão da base somente será realizada após a apresentação da aprovação do projeto pelo Comitê de Ética de Pesquisa.
7. Os estudos que tenham como objetivo **apenas o monitoramento dos serviços**, para fins de sua melhoria ou implementação, objetivando o conhecimento que poderá ser utilizado pelo serviço poderão prescindir de aprovação do Comitê de Ética, a juízo do Grupo de Pesquisa do CVE (Resolução CNS 196/96).
8. Apresentar declaração de conflitos de interesses.
9. Os casos não previstos neste documento serão avaliados pelo Grupo de Pesquisa do CVE.
10. A aprovação será feita pela área técnica do CVE concernente ao pedido.

ANEXO E - TERMO DE COMPROMISSO DIANTE DA CESSÃO DE BASES DE DADOS DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO GERENCIADOS PELO CENTRO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO QUE CONTENHA DADOS CONFIDENCIAIS.



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS
CENTRO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA
"PROF. ALEXANDRE VRANJAC"
Av. Dr. Arnaldo, 351-6º andar – SP/SP – CEP:01246-000

Termo de Compromisso diante da cessão de bases de dados do Sistema de Informação gerenciados pelo Centro de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo que contenha dados confidenciais.

Concedente: Centro de Vigilância Epidemiológica "Prof. Alexandre Vranjac" - CVE (SES/SP)

Compromitente:

Instituição: _____

Nome do responsável: _____

Formação profissional: _____

Nº do Registro Profissional: _____

CPF: _____ RG: _____

Endereço: _____

_____ Nº _____ Complemento _____

Bairro: _____ Município: _____

Estado: _____ País: _____ CEP: _____

Telefone Comercial: () _____ Celular () _____

e-mail: _____

e-mail: _____

Do objeto

As bases de dados que estão sendo cedidas são:

Das finalidades

O COMPROMITENTE declara que as finalidades para as quais se destinam esta(s) base(s) de dados são única e exclusivamente as descritas abaixo:

Da autorização

A referida cessão foi autorizada por _____

Diretor da Divisão _____ do CVE
em ____/____/____.

Da forma de cessão

A cessão da(s) base(s) de dados objeto deste termo, será feita por meio de CD ou pen drive.

As pessoas que utilizarão a(s) base(s) de dados objeto deste termo, dentro das finalidades já descritas são:

Nome	Instituição	Cargo	Documento

Das responsabilidades

1. Guardar sigilo e zelar pela privacidade dos indivíduos relacionados/listados nesta(s) base(s) de dados
2. Não repassar, comercializar ou transferir a terceiros as informações individualizadas, objeto deste termo, de qualquer forma que viole o seu sigilo.
3. Não disponibilizar, emprestar ou permitir acesso de pessoas ou instituições não autorizadas a esta(s) base(s) de dados.
4. Quando da guarda da mídia eletrônica, esta deve ser realizada em local que não permita o acesso, físico ou lógico de pessoas não autorizadas.
5. Não divulgar, por qualquer meio, inclusive nos relatórios de conclusão da pesquisa, dados ou informações contendo nomes ou quaisquer outras variáveis que permitam a identificação de indivíduos ou que afetem a sua confidencialidade.
6. Utilizar as informações contidas nestas bases exclusivamente para as finalidades descritas na solicitação e aprovadas.
7. Mencionar o CVE como fonte, o período de referência dos dados e explicitar que as elaborações decorrentes são do próprio autor sempre que forem publicadas as informações objetos deste termo.
8. Constar nas publicações que as conclusões são de responsabilidade dos autores e que estas podem não refletir a posição do CVE.
9. Enviar ao CVE, ao término do estudo, a citação completa do artigo, relatório, tese ou livro em que os dados foram usados como fonte. Deste modo, o CVE poderá incluir esta referência na relação de estudos que utilizaram os dados deste Centro de Vigilância.
10. Em caso de quebra de segurança da informação por meio de recursos de tecnologia de informação ou de outra forma, comunicar ao CVE imediatamente.

O descumprimento de qualquer cláusula deste Termo de Compromisso facultará ao CVE as providências legais cabíveis, incluindo denúncia ao Conselho de classe a que pertence o COMPROMITENTE. Em se tratando de pesquisa, quando observado qualquer prenúncio de irregularidade ética, isto será comunicado ao Comitê de Ética em Pesquisas que aprovou a referida pesquisa.

As responsabilidades constantes neste termo de compromisso são estendidas às pessoas nomeadas neste documento que estão autorizadas a utilizar a(s) base(s) de dados.

O COMPROMITENTE declara estar ciente e de acordo com todas as condições constantes neste Termo de Compromisso e de sua responsabilidade legal, assumindo inteira responsabilidade pelas conseqüências legais da utilização indevida desta(s) base(s) de dados, por si ou por terceiros, da qual isenta inteiramente o CONCEDENTE.

São Paulo, ____ de _____ de _____

CEDENTE

COMPROMITENTE

ANEXO F - CARTA DE ANUÊNCIA DE CESSAÇÃO DE DADOS PELO CENTRO DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Coordenadoria de Controle de Doenças
Centro de Referência e Treinamento DST/Aids
Diretoria Técnica de Departamento

São Paulo, 14 de Janeiro de 2019

De: Centro de Referência e Treinamento DST/Aids – SES/SP

Para: Comitê de Ética em Pesquisa do CRT-DST/AIDS-SP

Ref. Projeto de Pesquisa: "ANÁLISE DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA SÍFILIS NO GRUPO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA XXX DE JALES NO PERÍODO DE 2013 A 2017.

DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA

Este documento confirma a anuência do Centro de Referência e Treinamento DST/Aids (CRT-DST/AIDS-SP), da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, em colaborar no projeto de Mestrado, acima citado, de Adriana Luiz Sartoreto Mafra, sob orientação da Prof. Dr. Claudia Bernardi Cesarino

Esta colaboração dar-se-á sob a forma do repasse da base de dados de sífilis adquirida no período de 2013 a 2017 que serão cedidos, mediante aprovação no CEP do CRT-DST/AIDS-SP e, preservando-se o sigilo de identificação dos pacientes.

Acreditamos que o projeto contribuirá, de maneira importante, para a ampliação do conhecimento deste agravo bem como as medidas de vigilância e controle.

Atenciosamente,

Mariza Vono Tancredi - Diretor Técnico de Saúde II
Gerência de Vigilância Epidemiológica
Programa Estadual DST/AIDS - SP

ANEXO G - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE CONFLITO DE INTERESSES**DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE CONFLITOS DE INTERESSE**

Declaro que não há conflitos de interesses entre os autores do projeto de pesquisa intitulado: **“ANÁLISE DO PERFIL EPIDEMIOLOGICAS DA SÍFILIS NA GVE – XXX NO PERÍODO DE 2007 A 2017”** submetido à cessão de bases de dados do **Sistema de Informação gerenciados pelo Centro de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.**

São Jose do Rio Preto, ____ de _____ de 2018.

Claudia Bernardino Cesarino

Orientadora responsável pelo projeto de pesquisa

ANEXO H - SOLICITAÇÃO DE COLETA DE DADOS SANTA FÉ DO SUL**Solicitação de realização da pesquisa na Secretaria da Saúde de
Santa Fé do Sul-SP**

ILMO Sraº

Rosana Vassoller F. T. Oliveira
Secretária Municipal de Saúde de Santa Fé do Sul

Prezado Senhora,

Eu **Adriana Luiz Sartoreto Mafra** estou pleiteando uma vaga de mestrado no Processo Seletivo da Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - FAMERP meu projeto de pesquisa se trata de uma **ANÁLISE DO PERFIL EPIDEMIOLOGICO DA SÍFILIS NOS TRÊS PRINCIPAIS MUNICÍPIOS DA GVE – XXX NO PERÍODO DE 2007 A 2017**

Sendo assim, solicito a vossa contribuição com o estudo na autorização da realização do mesmo junto à Vigilância Epidemiológica do Município de Santa Fé do Sul, permitindo que seja coletado os dados da pesquisa.

Vossa Senhoria poderá solicitar esclarecimentos se necessário for e também optar por não aceitar esta pesquisa. Asseguro que serão mantidos o sigilo e o anonimato dos dados coletados mediante a observância da Resolução 466/12 do CNS. A referida pesquisa será encaminhada ao Comitê de Ética e Pesquisa das Faculdades Integradas de Santa Fé do Sul e cadastrada na Plataforma Brasil para apreciação e aprovação.

O desenvolvimento do estudo será de responsabilidade toda minha sob a orientação da professora Dra. Enfermeira **Cláudia Bernardi Cesarino**, inscrita na linha de pesquisa Gestão e Educação em Saúde da Pós-Graduação da FAMERP.

Na expectativa de contar com a inestimável atenção de V.S.º no atendimento desta solicitação, aproveitamos o ensejo para apresentar o elevado apreço dos Graduandos e da Professora da instituição. Segue o Projeto em Anexo

Desde já agradecemos a sua colaboração.

Adriana Luiz Sartoreto Mafra

Aluna responsável pelo projeto

ANEXO I - SOLICITAÇÃO DE COLETA DE DADOS JALES

Solicitação de realização da pesquisa na Secretaria da Saúde de Jales-SP

ILMO Sra°

Maria Aparecida Martins Moreira
Secretária Municipal de Saúde de Jales

Prezado Senhora,

Eu **Adriana Luiz Sartoreto Mafra** estou pleiteando uma vaga de mestrado no Processo Seletivo da Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - FAMERP meu projeto de pesquisa se trata de uma **ANÁLISE DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA SÍFILIS NOS TRÊS PRINCIPAIS MUNICÍPIOS DA GVE – XXX NO PERÍODO DE 2007 A 2017**

Sendo assim, solicito a vossa contribuição com o estudo na autorização da realização do mesmo junto à Vigilância Epidemiológica do Município de Jales, permitindo que seja coletado os dados da pesquisa.

Vossa Senhoria poderá solicitar esclarecimentos se necessário for e também optar por não aceitar esta pesquisa. Asseguro que serão mantidos o sigilo e o anonimato dos dados coletados mediante a observância da Resolução 466/12 do CNS. A referida pesquisa será encaminhada ao Comitê de Ética e Pesquisa das Faculdades Integradas de Santa Fé do Sul e cadastrada na Plataforma Brasil para apreciação e aprovação.

O desenvolvimento do estudo será de responsabilidade toda minha sob a orientação da professora Dra. Enfermeira **Cláudia Bernardi Cesarino**, inscrita na linha de pesquisa Gestão e Educação em Saúde da Pós-Graduação da FAMERP.

Na expectativa de contar com a inestimável atenção de V.S.^o no atendimento desta solicitação, aproveitamos o ensejo para apresentar o elevado apreço dos Graduandos e da Professora da instituição. Segue o Projeto em Anexo

Desde já agradecemos a sua colaboração.

Adriana Luiz Sartoreto Mafra

Aluna responsável pelo projeto

ANEXO J - SOLICITAÇÃO DE COLETA DE DADOS FERNANDÓPOLIS

Solicitação de realização da pesquisa na Secretaria da Saúde de Fernandópolis-SP

ILMO Sr^o

Flávio Carlos Rui Ferreira
Secretário Municipal de Saúde de Fernandópolis

Prezado Senhor,

Eu **Adriana Luiz Sartoreto Mafra** estou pleiteando uma vaga de mestrado no Processo Seletivo da Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - FAMERP projeto de pesquisa se trata de uma **ANÁLISE DO PERFIL EPIDEMIOLOGICO DA SÍFILIS NOS TRÊS PRINCIPAIS MUNICÍPIOS DA GVE – XXX NO PERÍODO DE 2007 A 2017**

Sendo assim, solicito a Vossa contribuição com o estudo na autorização da realização do mesmo junto à Vigilância Epidemiológica do Município de Fernandópolis, permitindo que sejam coletados os dados da pesquisa.

Vossa Senhoria poderá solicitar esclarecimentos se necessário for e também optar por não aceitar esta pesquisa. Asseguro que serão mantidos o sigilo e o anonimato dos dados coletados mediante a observância da Resolução 466/12 do CNS. A referida pesquisa será encaminhada ao Comitê de Ética e Pesquisa das Faculdades Integradas de Santa Fé do Sul e cadastrada na Plataforma Brasil para apreciação e aprovação.

O desenvolvimento do estudo será de responsabilidade toda minha sob a orientação da professora Dra. Enfermeira **Cláudia Bernardi Cesarino**, inscrita na linha de pesquisa Gestão e Educação em Saúde da Pós-Graduação da FAMERP.

Na expectativa de contar com a inestimável atenção de V.S.^o no atendimento desta solicitação, aproveitamos o ensejo para apresentar o elevado apreço dos Graduandos e da Professora da instituição. Segue o Projeto em Anexo

Desde já agradecemos a sua colaboração.

Adriana Luiz Sartoreto Mafra

Aluna responsável pelo projeto