

**FACULDADE PATOS DE MINAS
BIOMEDICINA**

EDICÉLIA CRISTINA DA CUNHA

**ANÁLISE DA PREVALÊNCIA DE SÍFILIS
GESTACIONAL E CONGÊNITA ENTRE 2013 E 2017
EM UM MUNICÍPIO DO INTERIOR DE MINAS GERAIS**

**PATOS DE MINAS
2018**

EDICÉLIA CRISTINA DA CUNHA

**ANÁLISE DA PREVALÊNCIA DE SÍFILIS
GESTACIONAL E CONGÊNITA ENTRE 2013 E 2017
EM UM MUNICÍPIO DO INTERIOR DE MINAS GERAIS**

Trabalho apresentado à Faculdade Patos de Minas, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Biomedicina.

Orientador: Esp. Geraldo da Silva Xavier Neto

**PATOS DE MINAS
2018**

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

João Guimarães Rosa

EDICÉLIA CRISTINA DA CUNHA

**ANÁLISE DA PREVALÊNCIA DE SÍFILIS
GESTACIONAL E CONGÊNITA ENTRE 2013 E 2017
EM UM MUNICÍPIO DO INTERIOR DE MINAS GERAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade Patos de Minas
como requisito para obtenção do grau de Biomedicina – FACULDADE PATOS DE
MINAS

Patos de Minas, 05 de Dezembro de 2018

Geraldo da Silva Xavier Neto
Prof. (ORIENTADOR)

Adriele Laurinda Silva
Prof.^a EXAMINADOR (A)

Taciano dos Reis Cardoso
Prof. EXAMINADOR (A)

Aprovado ()

Reprovado ()

ANÁLISE DA PREVALÊNCIA DE SÍFILIS GESTACIONAL E CONGÊNITA ENTRE 2013 E 2017 EM UM MUNICÍPIO DO INTERIOR DE MINAS GERAIS

Analysis of the prevalence of gestational and congenital syphilis between 2013 and 2017 in a municipality in the INTERIOR of MINAS Gerais

Edicélia Cristina da Cunha¹
Geraldo da Silva Xavier Neto²
Cristina Barbosa Soares Fernandes³

RESUMO

A sífilis é uma doença infectocontagiosa causada pela bactéria *Treponema pallidum*, sendo transmitida sexualmente (adquirida) e verticalmente (congênita). Quando a infecção atinge a gestante, e esta não é tratada, ou tratada inadequadamente é transmitida para o conceito, em qualquer período gestacional ou durante o parto, através de lesões genitais maternas. A infecção fetal pode ocasionar aborto, baixo peso ao nascer, além de complicações aos sobreviventes. Este estudo tem como objetivo verificar a prevalência de Sífilis gestacional e congênita, na cidade de Patos de Minas/Brasil no período de 2013 a 2017, bem como descrever o perfil epidemiológico das gestantes e dos recém nascidos. Foi realizado um estudo epidemiológico longitudinal, observacional e descritivo através de dados do SINAN, no período de 2013 a 2017. A análise estatística para as variáveis quantitativas determinou a média, frequência absoluta, percentuais das variáveis e coeficiente de prevalência. Sendo assim foram notificados em Patos de Minas 55 casos de sífilis em gestantes e 38 casos de sífilis congênita. O ano de 2017 apresentou o maior número de casos notificados de sífilis gestacional (n=29) 52,7% com coeficiente de prevalência de 15,4/1.000 nascidos vivos. Quanto à faixa etária, a mais acometida foi de 20-39 anos, representando 61,8% (n=34) dos casos notificados. Foi classificado como sífilis primária 70,9% (n=39) dos casos, fator que aumenta de 70 a 100% o risco de transmissão de sífilis congênita, e parte considerável 21,8% tiveram a duração da infecção ignorado, tendo essas que serem classificadas e tratadas como sífilis latente tardia, de acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde. Das 48 (87,2%) gestantes que tiveram o VDRL reagente, 27 (49,1%) apresentaram FTA-Abs reagente confirmando o diagnóstico de sífilis gestacional. Conclui-se, que se faz necessárias mais pesquisas epidemiológicas para a sífilis gestacional e sífilis congênita, como forma de elaborar novas estratégias de diagnóstico, tratamento e profilaxia desta patologia.

Palavras-chave: Epidemiologia, prevalência, *Treponema pallidum*, transmissão vertical

¹Graduanda em Biomedicina pela Faculdade Patos de Minas (FPM) 2018. ediceliacristina@hotmail.com

²MBA em Gestão pela FGV. Especialista em Acreditação e qualidade no Serviço de Saúde, pela FCMMG. Docente pela Faculdade Patos de Minas (FPM) 2018. gerra.rdd@hotmail.com

³Biomédica pela Faculdade de Patos de Minas (FPM) 2018. christina.b.soares@gmail.com

ABSTRACT

Syphilis is an infectious disease caused by the bacterium *Treponema pallidum*, being transmitted sexually (acquired) and vertically (congenital). When the infection reaches the pregnant woman, and it is not treated, or treated improperly, it is transmitted to the concept, at any gestational period or during delivery, through maternal genital lesions. Fetal infection can lead to miscarriage, low birth weight, and complications of survivors. This study aims to verify the prevalence of gestational and congenital syphilis in the city of Patos de Minas / Brazil from 2013 to 2017, as well as to describe the epidemiological profile of pregnant women and newborns. A longitudinal, observational and descriptive epidemiological study was performed through SINAN data from 2013 to 2017. The statistical analysis for the quantitative variables determined the mean, absolute frequency, percentage of variables and prevalence coefficient. Thus, 55 cases of syphilis in pregnant women and 38 cases of congenital syphilis were reported in Patos de Minas. The year 2017 presented the highest number of reported cases of gestational syphilis (n = 29) 52.7% with a prevalence coefficient of 15.4 / 1,000 live births. Regarding the age group, the most affected was 20-39 years, representing 61.8% (n = 34) of the reported cases. 70.9% (n = 39) of the cases were classified as primary syphilis, a factor that increases the risk of transmission of congenital syphilis from 70 to 100%, and a considerable 21.8% had the duration of the infection ignored. were classified as late latent syphilis, as recommended by the Ministry of Health. Of the 48 (87.2%) pregnant women who had the VDRL reagent, 27 (49.1%) presented FTA-Abs reagent confirming the diagnosis of gestational syphilis. It is concluded that more epidemiological research is needed for gestational syphilis and congenital syphilis, as a way of elaborating new strategies for the diagnosis, treatment and prophylaxis of this pathology.

Keywords: *Treponema pallidum*, Epidemiology, prevalence, vertical transmission

1 INTRODUÇÃO

A sífilis é uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST), conhecida desde o século XV. É uma doença infecciosa sistêmica, de evolução crônica que acomete exclusivamente o ser humano. Apesar de centenária, ter medidas de prevenção efetivas, tratamento de baixo custo e existir testes diagnósticos simples, ainda é considerada um problema de saúde pública.^{1,2}

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), no mundo cerca de 2 milhões de gestantes são infectadas pela sífilis por ano. No Brasil em 2016, foram notificados 37.436 casos através do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Apesar dos avanços tecnológicos na área da saúde, o país ainda apresenta uma incidência relativamente alta.^{3,4}

A sífilis é causada pelo *Treponema pallidum*, uma bactéria gram-negativa, de forma espiralada que mede em torno de 5-20 µm de comprimento. Não possui membrana celular, apresenta flagelos na extremidade distal, que em movimentos para frente e para trás, facilita sua penetração e fixação nos tecidos do organismo do hospedeiro. Apresenta curto tempo de sobrevivência fora do corpo do hospedeiro, é facilmente destruída pelo calor, desinfetantes e sabão.⁵

As principais formas de transmissão da sífilis se dá pela via sexual (adquirida) e vertical (congenita), e de menor importância epidemiológica por transfusão sanguínea, sendo rara, devido a rigorosa triagem dos bancos de sangue. A notificação da sífilis é obrigatória no Brasil, pois está entre as Doenças de Notificação Compulsória (DNC), sendo a gestante desde julho de 2005, e a congênita desde 1986. Foi divulgado na Nota Informativa Nº 2-SEI/2017-DIAHV/SVS/MS, uma revisão dos critérios de definição de casos de sífilis adquirida, sífilis em gestantes e sífilis congênita.^{6,7}

Quando a infecção atinge a gestante, e esta não realiza o tratamento ou realiza inadequadamente, é transmitida via placentária para o concepto, caracterizando-se a sífilis congênita (SC), sendo comum em qualquer período gestacional ou durante o parto, em caso de contato com as lesões genitais da mãe. O risco de transmissão é maior na fase inicial da sífilis materna, quando o número de espiroquetas circulantes é abundante.⁸

A infecção fetal pode ocasionar aborto, morte neonatal, baixo peso ao nascer, além de complicações nos recém nascidos. Devido à ausência de sintomatologia e diagnóstico, há uma dificuldade na obtenção de notificação nos casos de sífilis gestacional (SG) e sífilis congênita (SC).⁹

A doença passa por períodos assintomáticos e sintomáticos, apresenta sinais clínicos e imunológicos distintos, dependendo do tempo e do grau de infecção, e é dividida em três fases: sífilis primária, sífilis secundária, latente e sífilis terciária. A sífilis subdivide-se ainda em recente, casos em que o diagnóstico é realizado precocemente até um ano depois do processo infeccioso, e tardia, quando o diagnóstico é feito após um ano da infecção.¹⁰

A primeira fase da sífilis ocorre 21 dias após a infecção e caracteriza ao apresentar lesão ulcerativa genital (cancro duro) que tem um aspecto de uma pápula rosada, que evolui para uma lesão com borda enrijecida com exsudato seroso e indolor. Essa lesão pode desaparecer espontaneamente em até 4 semanas sem deixar cicatriz. Após a quinta semana os testes sorológicos para sífilis se tornam positivos.^{10,11}

Na segunda fase da sífilis, após 06 a 08 semanas de latência, a doença entra em atividade novamente, o treponema é disseminado pelo corpo e acomete pele e órgãos. Na pele as lesões cutâneas surgem em surtos, de forma assimétrica, podendo estar em forma de máculas eritematosas com duração de curto prazo. Novos surtos podem ocorrer com lesões papulosas eritematosas acobreadas, arredondadas com superfície plana sendo mais intensa na periferia (região plantar e palmar) nessa fase a sífilis pode ser acompanhada de poliadenomegalia generalizado, além de anorexia, cefaleia, mialgia e hepatoesplenomegalia.^{10,11}

A terceira fase, denominada tardia, é considerada como resultado final na história da doença. Calcula-se que 20 a 40% dos indivíduos infectados não apresentam este nível de quadro patológico, nem os sinais clínicos. Manifesta-se como uma patologia de caráter inflamatória progressiva, podendo evoluir e afetar múltiplos órgãos. Sendo os mais comuns: aortites, neurosífilis, psicose, paresia, acidente vascular cerebral ou meningite.^{10,11}

O Ministério da Saúde (MS) estabelece que deve ser notificada toda gestante com sinais clínicos de sífilis ou com sorologia não treponêmica reagente, em qualquer título, mesmo na ausência de resultado de teste treponêmico.¹²

Toda gestante deve ter acesso ao teste não treponêmico *Veneral Disease Research Laboratory* (VDRL) durante o pré-natal, sendo no primeiro e terceiro trimestre de gestação, e no momento do parto, muito importante para rastreio da doença. Quando o VDRL é reagente (qualitativo) ou quantitativo (titulação $\geq 1:8$), realiza-se um teste treponêmico *Fluorescent Treponemal Antibody Absorption* (FTA-Abs), que é confirmatório para a infecção, pois detectam a presença de anticorpos específicos para o *T. pallidum*. Uma vez, VDRL positivo e FTA-Abs positivo, confirma-se o diagnóstico de sífilis.^{12,13,14}

Os títulos de VDRL tem declínio progressivo após a cura, podendo ou não se tornar negativo, o que não ocorre com o FTA-Abs que permanecerá positivo mesmo após a cura do paciente.¹⁵

A partir do diagnóstico positivo para sífilis, deve-se aplicar o tratamento a gestante e ao parceiro, para evitar a transmissão para o feto. O tratamento para a sífilis primária, secundária e latente recente, é utilizada a Penicilina G Benzatina (2,4 milhões UI - IM) dose única de acordo com seu estágio de infecção, para a sífilis tardia, latente tardia, terciária e com duração ignorada tratar com Penicilina G Benzatina (2,4 milhões UI - IM) semanal, por 3 semanas, com dose total de 7,2 milhões UI – IM.^{13,16}

Nas gestantes é realizado o mesmo esquema de tratamento com no mínimo 30 dias antes do parto, exceto as que forem alérgicas a droga, que deverão ser dessensibilizadas e tratadas posteriormente, ou na impossibilidade, tratar com Ceftriaxona 1g, administrada de dez a 14 dias, sem interrupção do tratamento, sendo necessário notificar, investigar e tratar a criança para sífilis congênita.^{13,14,16}

Após o tratamento os pacientes deverão ser acompanhados, realizando exames periódicos através do VDRL, para comparação da real queda da titulação a cada 3 meses, e as gestantes mensalmente, para detectar falhas terapêuticas ou reincidências.^{13,14,16}

O tratamento da sífilis é gratuito pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

2 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de estudo epidemiológico longitudinal, observacional e descritivo, com base em análise de dados documentais, incluindo todos os casos notificados de Sífilis Gestacional e Congênita no período de 2013 a 2017. O levantamento dos dados

ocorreu através do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), os quais foram fornecidos pelo Departamento de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde de Patos de Minas – MG, em setembro de 2018.

Patos de Minas está situada a 399,5 km da capital Belo Horizonte, no alto Paranaíba, com uma área territorial de 3,189k2, com uma população de 150.833 mil habitantes, estimados para 2018, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Inicialmente procedeu-se uma revisão da literatura, posteriormente após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade Patos de Minas sob o parecer de número CAAE: 2.866.776 foi feita a coleta de dados. A análise estatística descritiva foi a partir da determinação da média, frequência absoluta e percentuais de todas as variáveis, armazenadas em Microsoft Excel® elaborada para este levantamento.

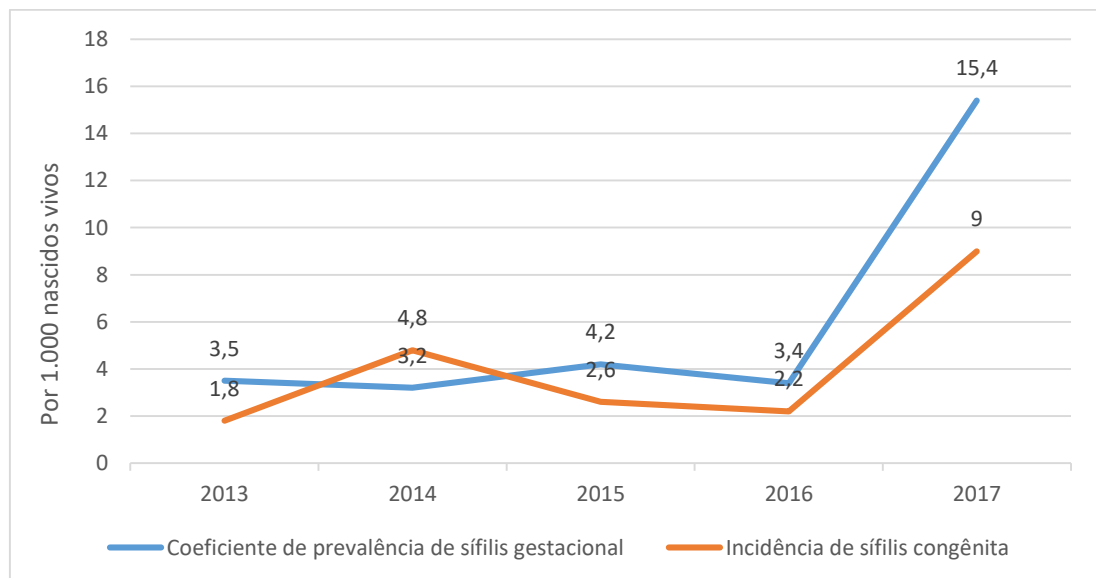
Para o cálculo do coeficiente de prevalência de sífilis gestacional, utilizou-se como numerador os casos notificados por ano, dividido pelo denominador os nascidos vivos do mesmo ano e multiplicado por 1.000. Foi utilizado o mesmo cálculo para a incidência da sífilis congênita. Os dados sobre os nascidos vivos foram obtidos no Sistema de Informações Nascidos Vivos (SINASC).

De acordo com as informações das fichas de notificação compulsória do SINAN, que consistem em um formulário padronizado com características socioculturais e clínicas das gestante, que são preenchidos pelos profissionais de saúde durante o pré-natal, foram realizados os levantamentos: faixa etária (15-19; 20-34; 35-49), momento do diagnóstico materno (1º; 2º; 3º trimestre ou ignorado/branco), forma clínica da doença (primária; secundária; terciária; latente; ignorado/branco) teste não treponêmico (reagente; não reagente; não realizado; ignorado/branco), teste treponêmico (reagente; não reagente; não realizado; ignorado/branco), tratamento da 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/branco), tratamento do parceiro (sim, não, ignorado/branco). Dos recém-nascidos: VDRL em sangue periférico (reagente; não reagente; não realizado; ignorado/branco); VDRL no líquido (reagente; não reagente; não realizado; ignorado/branco); esquema de tratamento (adequado, inadequado, não-realizado, ignorado/branco), evolução do caso (vivo, óbito pelo agravo notificado, óbito por outra causa, ignorado/branco).

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com o proposto de recorte temporal adotou-se o período de 2013 a 2017 como avaliação retrospectiva. Sendo assim foram notificados em Patos de Minas 55 casos de sífilis em gestantes e 38 casos de sífilis congênita. O ano de 2017 apresentou o maior número de casos notificados de sífilis gestacional 52,7% (n=29) com coeficiente de prevalência de 15,4/1.000 nascidos vivos, significando um aumento de 453% em relação ao ano anterior (Figura 1).

Figura 1- Incidência anual de sífilis congênita e coeficiente de prevalência de sífilis gestacional (por 1.000 nascidos vivos) no município de Patos de Minas, 2013- 2017



Fonte: SINAN, SINASC (2018) Adaptado

Esse aumento na prevalência de sífilis em gestantes e a crescente incidência de sífilis congênita foi observado em estudos semelhantes, na cidade de Palmas (TO)¹⁷ de 2007 a 2014, a sífilis gestacional teve coeficiente de prevalência de 7,5/1.000 nascidos vivos e a taxa de incidência anual de sífilis congênita elevou-se de 2,9 para 8,1 casos por 1.000 nascidos vivos.

Em outros locais do Brasil¹⁸ de 2010 a 2016, como nos estados do Rio Grande do Sul, Rio de Janeiro, Espírito Santo e Mato Grosso do Sul, apresentaram as maiores taxas tanto de detecção de sífilis em gestantes, como de incidência de sífilis congênita, um aumento de cerca de três vezes em relação aos anos anteriores, dados que estão

em concordância com o presente estudo. Nos Estados Unidos da América¹⁹ ficou constatado também que após 4 anos consecutivos de declínio da doença, houve novamente um crescimento da taxa de sífilis congênita em 2014.

Quanto a faixa etária, a mais acometida foi de 20-39 anos, representando 61,8% (n=34) dos casos notificados, apresentando uma pequena variação de idade com estudos na cidade de Natal (RN)²⁰ e Pombal (PB)²¹ onde citam em ambas pesquisas, que gestantes jovens, com idade entre 20-30 anos, com baixa escolaridade, menores condições socioeconômicas e de cor parda, tem mais vulnerabilidade a se infectar com a doença, devido a falta de conhecimento da doença e falta de assistência ao pré-natal (Tabela 1).

Tabela 1- Características clínicas das gestantes diagnosticadas com Sífilis gestacional (n=55) em Patos de Minas, 2013-2017

Variáveis	Nn	%
Faixa etária		
15-19	20	36,4
20-39	34	61,8
40-59	1	1,8
Momento do diagnóstico		
1º trimestre	16	29,0
2º trimestre	10	18,1
3º trimestre	13	23,6
4º trimestre	16	29,0
Classificação clínica da doença		
Primária	39	70,9
Secundária	3	5,40
Terciária	0	0
Latente	1	1,8
Ignorado/branco	12	21,8
Teste não-treponêmico (VDRL)		
Reagente	48	87,2
Não reagente	3	5,4
Não realizado	4	7,2
Ignorado/Branco	0	0

Tabela 1 - Continuação

Variáveis	Nn	%
Teste treponêmico (FTA-Abs)		
Reagente	27	49,1
Não reagente	3	5,4
Não realizado	21	38,2
Ignorado/Branco	4	7,2
Esquema de tratamento da gestante		
Penicilina G benzantina 2.400.000 UI	11	20
Penicilina G benzantina 4.800.000 UI	8	14,5
Penicilina G benzantina 7.200.000 UI	29	52,7
Outro esquema	7	12,7
Não realizado	0	0
Ignorado/Branco	0	0
Tratamento parceiro		
Sim	17	30,9
Não	7	12,7
Ignorado/Branco	31	56,4

Fonte: SINAN, (2018) Adaptado

O diagnóstico foi tardio em 70,7% das gestantes, o que indica uma falha na assistência pré-natal. Esta assistência visa a captação dessas gestantes no início da gravidez, disponibilizando no mínimo seis consultas, e ofertar exames laboratoriais básicos como o VDRL, de forma qualificada e humanizada, e intervenção no momento oportuno.²²

Foram classificadas como sífilis primária 70,9% (n=39) dos casos, fator que aumenta de 70 a 100% o risco de transmissão de sífilis congênita, e parte considerável 21,8% tiveram a duração da infecção ignorados, tendo essas que serem classificadas e tratadas como sífilis latente tardia, de acordo com o preconizado com o Ministério da Saúde.²³

O VDRL foi reagente em 48 (87,2%) das gestantes, 27 (49,1%) apresentaram teste treponêmico reagente (teste de absorção de anticorpos treponêmico fluorescente FTA-Abs); confirmando o diagnóstico de sífilis gestacional e 5,4% não reagente para nenhum dos testes, sendo estas consideradas como casos descartados para sífilis. É recomendado iniciar o tratamento com apenas um teste reagente, sendo

treponêmico ou não-treponêmico, sem aguardar resultado de um segundo teste, visando minimizar os efeitos da infecção sobre o feto, de acordo com o protocolo de prevenção da transmissão vertical de sífilis.²³

Todas as gestantes receberam tratamento, a maior parte 52,7% receberam o esquema de Penicilina G benzantina 7.200.000 UI/ML, sendo este considerado inadequado para a sífilis primária. Somente 20% receberam tratamento adequado com a Penicilina G benzantina 2.400,000 UI/ML. Analisando o tratamento instituído na gestante com a fase clínica relatada na notificação, nota-se uma discrepância entre o recomendado pelos protocolos e o que é seguido pelos prescritores locais. Frente a esses dados verifica-se que ainda existe uma dificuldade pelos profissionais de saúde, em realizar o tratamento adequado para cada fase clínica da doença, o que implica na maior possibilidade de transmissão para o concepto.²³

O tratamento de sífilis é considerado adequado quando realizado o uso da penicilina, tratando a gestante e o parceiro de acordo com a fase clínica da doença, com no mínimo trinta dias antes do parto. A infecção pela bactéria não confere imunidade protetora, isto significa que o indivíduo pode ser reinfectado toda vez que for exposto ao *T. pallidum*, então a necessidade do tratamento do parceiro sexual.²³

Ficou evidenciado um alto percentual de informações ignoradas quanto ao tratamento do parceiro 56,4%, e somente 30,9% foram tratados, o que torna limitado o controle da sífilis na gestação. Estudos realizados nas cidades de Porto Velho (RO)²⁴, e Guarapuava (PR)²⁵, e no estado do Amazonas²⁶, constatam que os parceiros das gestantes não foram tratados durante o pré-natal, semelhante ao encontrado nesse estudo.

Apesar dos recém nascidos com sífilis congênita 76,4% apresentaram teste de VDRL em sangue periférico e líquido cefalorraquidiano reagentes, notou-se que o tratamento foi adequado em 84,2% dos casos e que 33 foram classificados como vivos, e somente 5,3% tiveram óbito associado à sífilis (Tabela 2).

Tabela 2- Características diagnósticas dos casos de sífilis congênita (n=38) notificados em Patos de Minas, 2013-2017

Variáveis	Nn	%
Teste de VDRL em sangue periférico		
Reativo	24	63,2
Não reativo	4	10,5

Não realizado	7	18,4
Ignorado/Branco	3	7,9
Teste de VDRL no Líquor		
Reativo	5	13,2
Não reativo	10	26,3
Não realizado	22	57,9
Ignorado/Branco	1	2,6
Esquema de tratamento		
Adequado	32	84,2
Inadequado	1	2,6
Não realizado	4	10,5
Ignorado/Branco	1	2,6
Evolução do caso		
Vivo	33	86,8
Óbito pelo agravo notificado	2	5,3
Óbito por outra causa	0	0
Ignorado/Branco	3	7,9

Fonte: SINAN, (2018) Adaptado

Em estudo nacional realizado nas capitais do Brasil²⁷, os autores relataram a alta taxa de reatividade do VDRL em sangue periférico variando de 61,3% no Amazonas a 72,5% no Ceará e pouca reatividade em VDRL em líquor e que somente 59,1% receberam o devido tratamento.

Na maternidade pública do Distrito Federal²⁸, apresentou desfecho de gestações com abortos, natimortos; sendo um associado a hipertensão gestacional e o outro sem identificar a causa do óbito, nesse estudo nenhum óbito foi relatado por outra causa. Boni e Pagliari²⁹, relatam em estudo no município de Nova Esperança (PR) entre 2013-2014, que dos nascidos vivos avaliados, tiveram diagnósticos de pneumotórax, hidropsia fetal cursando para óbito, diferente de achado nesse estudo.

Recentemente a Organização Pan-Americana de Saúde³⁰ (OPAS) estabeleceu um meta para eliminação da transmissão da sífilis congênita e outras doenças até 2020, através de novas estratégias e intervenções que visam as mulheres antes e durante a gravidez; afim de integrar e redobrar esforços para diagnosticar e tratar as mesmas. Realidade ainda bem distante do encontrado neste e em outros estudos recentes, em que as incidências de sífilis congênita se mantiveram em crescente.

4 CONCLUSÃO

A sífilis congênita ainda é considerado um grave problema de saúde pública, e é preocupante que no Brasil persistam as elevadas taxas desse tipo de infecção, como mostrado na pesquisa realizada na cidade de Patos de Minas, mesmo com estratégias para rastrear a doença durante o pré-natal. Conclui-se, que se faz necessário mais pesquisas epidemiológicas para a sífilis gestacional e sífilis congênita, como forma de elaborar novas estratégias de diagnóstico, tratamento e profilaxia desta patologia.

REFERÊNCIAS

- 1 AVELLEIRA, J. C. R.; BOTINO, G. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. **Anais Brasileiro de Dermatologia**, v.81, n. 2, p.111-26, 2006.
- 2 BRASIL, Ministério da Saúde. **Sífilis: Estratégias para Diagnóstico no Brasil**. Brasília: Coordenação de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids, 2010.
- 3 ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Eliminação mundial da sífilis congênita: fundamento lógico e estratégia para ação**. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2008.
- 4 BRASIL, Ministério da Saúde. **Secretaria de Vigilância em Saúde**. Boletim Epidemiológico. Brasília. DF. v.48. n.36, 2017.
- 5 FILHO, J. B. F. **Soroprevalência e fatores associados à sífilis em população adulta atendida nas unidades de saúde no município de Vitória- ES**. 2012, 123f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública), Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, Espírito Santo, 2012.
- 6 BRASIL. Portaria nº 542/1986. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, Dezembro de 1986; Seção 1, p. 19827.
- 7 SÃO PAULO (Estado) Secretaria da Saúde. Coordenadoria de Controle de Doenças. Centro de Vigilância Epidemiologia “Prof. Alexandre Vranjac”. **Guia de vigilância epidemiológica**. São Paulo: CVE, 2012.
- 8 FEITOSA, J. A. S.; ROCHA, C. H. R.; COSTA, F. S. Sífilis congênita. **Revista de Medicina e Saúde de Brasília**, Brasília, v. 5, n. 2, p. 286-97, 2016.
- 9 MACHADO, A. N. et al. Prevalência de sífilis em gestantes assintomáticas no município de Manhuaçu estado de Minas Gerais, Brasil. In **I Seminário Científico da FACIG**. 29,30 e 31 de outubro de 2015.

- 10 SANTOS, V. C.; ANJOS, K. F. Sífilis: uma realidade prevenível. Sua erradicação, um desafio atual. **Rev. Saúde e Pesquisa**, São Paulo, n. 2, v. 2, p. 257-263, 2009.
- 11 ERRANTE, P. R. Sífilis congênita e sífilis na gestação, revisão de literatura. **Revista UNILUS Ensino e Pesquisa**, São Paulo, v.13, n.31, p 120-126, 2016.
- 12 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids, **Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis**. 2006 (Série em Manuais).
- 13 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
- 14 DAMASCENO, A. B. A. et al. Sífilis na gravidez. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 88-94, 2014.
- 15 SANTOS, E. J. L. **Avaliação do SINAN para casos de sífilis em gestante no município de Amambai - MS no período de 2007 a 2010**. 2012. 78 f. Dissertação (Mestre em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Dourados, 2012.
- 16 COOPER, J. M. et al. In time: the persistence of congenital syphilis in Brazil – More progress needed! **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 34, n. 3, p. 251-253, 2016.
- 17 CAVALCANTE, P. A. M.; PEREIRA, R. B. L.; CASTRO, J. G. D. Sífilis gestacional e congênita em Palmas, Tocantins, 2007-2014. **Revista Epidemiologia Serviços de Saúde**, Brasília, v.26, n.2, p. 255-264, 2017.
- 18 BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico Sífilis**, v. 4, n. 1, p. 1-28, 2015.
- 19 BOWEN, V.; SU, J.; TORRONE, E.; KIDD, S.; WEINSTOCK, H. Increase in incidence of congenital syphilis: United States of America, 2012-2014. **Morbidity and Mortality Weekly Report**, v. 64, n. 44, p. 1241-5, 2015.
- 20 HOLANDA, M. T. C. G.; BARRETO, M. A.; MACHADO, K. M. M.; PEREIRA, R. C. Perfil epidemiológico da sífilis congênita no Município do Natal, Rio Grande do Norte – 2004 a 2007. **Revista Epidemiologia Serviços de Saúde**, Brasília, v.20, n.2, p. 203-212, 2011.
- 21 SOUSA, E. C.; GONÇALVES, J. S.; MEDEIROS, A. O.; PORTO, M. L. S. Incidência de sífilis em gestantes na cidade de Pombal-PB. **Revista Temas em Saúde**, João Pessoa, v.15, n.4, p.92-102, 2015.

- 22** BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-Natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada**. Brasília; 2005.
- 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 Prevenção da Transmissão vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.
- 24** MOREIRA, K. F. A. et al. Perfil dos casos notificados de Sífilis Congênita. **Revista Cogitare Enferm.** v. 22, p. 221-29, 2017.
- 25** SOARES, L. G. et al. Sífilis gestacional e congênita: características maternas, neonatais e desfecho dos casos. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v.17, n. 4, p. 791-799, 2017.
- 26** SOEIRO, C. M. O. et al. Syphilis in pregnancy and congenital syphilis in Amazonas State, Brazil: an evaluation using database linkage. **Revista Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.30, n.4, p. 715-723, 2014.
- 27** SARACENI, V. et al. Vigilância epidemiológica da transmissão vertical da sífilis: dados de seis unidades federativas no Brasil. **Rev Panam Salud Pública**, v. 41, p. 1-8, 2017.
- 28** MAGALHÃES, D. M. S. et al. Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. **Revista Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 6, p.1109-1120, 2013.
- 29** BONI, S. M.; PAGLIARI, P. B. Incidência de sífilis congênita e sua prevalência em gestantes em um Município do Noroeste do Paraná. **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 9, n. 3, p. 517-524, 2016.
- 30** ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5475:op-as-lanca-nova-iniciativa-para-eliminar-a-transmissao-materno-infantil-de-quatro-doencas&Itemid=812> Acesso em 21/10/18.

AGRADECIMENTO

Agradeço à Deus que me deu sabedoria, coragem e esperança para concretizar meu sonho. “Ele que vem me ensinando que tudo tem seu tempo.”

Agradeço e dedico à minha mãe Lúcia, pelo exemplo de vida, ela sempre demonstrou que o conhecimento é o maior bem que uma pessoa pode adquirir, ele é a conquista que ninguém poderá roubar de ti e com ele você poderá crescer ou se reerguer diante das adversidades da vida.

Ao meu companheiro Jorge e meu filho Arthur que não desistiram de mim, mesmo nos momentos mais difíceis, vocês são bênção em minha vida. Amo vocês incondicionalmente!

Agradeço também aos meus amigos; o Sexteto Fantástico: Fernanda Marques, Fernanda Gomes, Rafael, Weslei e a minha dupla Silvana pela cumplicidade e paciência durante esses 4 anos. Vocês tornaram tudo mais leve e divertido.

As minhas queridas Rafaela, Renata, Cláudia, e Cristina por me ouvirem todos os dias na hora do café sobre TCC, durante esse último ano rrsrs. Acho que pediam em voz baixa pra que isso terminasse logo... Enfim meninas ACABOU!!! Muito obrigada pelo carinho, apoio e pelo conforto da palavra amiga.

Ao meu professor Saulo, pela disponibilidade em me ajudar e pelo otimismo passado a mim. Você merece muito mais que uma frase de agradecimento, por isso te coloquei em minhas orações...

Ao meu orientador Geraldo Xavier, agradeço pelos ensinamentos que foram além das teorias, que nos inspirou e compartilhou experiências de vida. Sou imensamente grata pela valiosa contribuição.

Enfim agradeço a todos vocês que estiveram e se fizeram presentes em minha jornada. Vocês tem um lugarzinho especial em meu coração...Que Deus abençoe.