

CENTRO UNIVERSITÁRIO GUAIRACÁ- UNIGUAIRACÁ
BACHARELADO EM FARMÁCIA

ILTON DOS SANTOS FILHO

**CARACTERIZAÇÃO DOS CASOS NOTIFICADOS DE
SÍFILIS GESTACIONAL**

GUARAPUAVA

2020

ILTON DOS SANTOS FILHO

**CARACTERIZAÇÃO DOS CASOS NOTIFICADOS DE SÍFILIS
GESTACIONAL**

Trabalho de conclusão de curso apresentado como exigência parcial para obtenção do título de Bacharel em Farmácia, pela instituição de ensino Centro Universitário Guairacá.

Orientadora: Prof^a. Ms^a. Gisele Neumann Zanella

GUARAPUAVA

2020

CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIGUAIACÁ
BACHARELADO EM FARMÁCIA

A COMISSÃO EXAMINADORA ABAIXO ASSINADA E APROVADA A
MONOGRAFIA DE CONCLUSÃO DE CURSO

**CARACTERIZAÇÃO DOS CASOS NOTIFICADOS DE SÍFILIS
GESTACIONAL**

ELABORADA POR:
ILTON DOS SANTOS FILHO

COMISSÃO EXAMINADORA:

Prof.^a Ms^a. Gisele Neumann Zanella

Prof.^a Ms^a. Michele Fabricia Tolotti

Prof.^a Ms^a. Hanan Khaled Sleiman

Guarapuava

2020

AGRADECIMENTOS

Obrigado a Deus por ter me permitido a graça deste momento tão esperado, a conclusão de um ciclo em minha vida.

Obrigado à minha esposa Elisangela, à minha filha Júlia Eduarda e ao meu filho Gustavo Henrique, pela paciência, amor e compreensão.

Obrigado à minha orientadora, pela prestação de conhecimento e auxílio para finalizar esta etapa.

E por fim, a todas as pessoas que participaram e estiveram ao meu lado no decorrer desses anos de aprendizagem.

Lista de Siglas e Abreviaturas

CDC – *Centers for Disease Control and Prevention*

DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

FTA-ABS – Teste de absorção de anticorpos treponêmicos fluorescentes

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

IgG – imunoglobulina G

IgM – Imunoglobulina M

OMS – Organização Mundial da Saúde

RPR – Reagina plasmática rápida

SINAN – Sistema de Informação de Agravos e Notificação

SUS – Sistema Único de Saúde

TRUST – Teste de soro vermelho toluidina não aquecido

USR – Reagina sérica não aquecida

VDRL – *Veneral Disease Research Laboratory*

VHS – Velocidade de hemossedimentação

VO – Via oral

WHO – *World Health Organization*

Anexos e Apêndices

Anexo 1. Ficha de Investigação da Sífilis Gestacional	48
--	-----------

Lista de Figuras

Figura 1. <i>Treponema pallidum</i> – microscopia de campo escuro.....	14
Figura 2. Cancro da sífilis primária	15
Figura 3. Lesões palmares na sífilis secundária	17
Figura 4. Manifestações clínicas da sífilis secundária.....	17
Figura 5. Manifestações clínicas da sífilis terciária	18
Figura 6. Condiloma lata em mulher portadora de sífilis gestacional.....	19
Figura 7. Sífilis congênita em recém-nascido	20
Figura 8. Casos de detecção de sífilis gestacional (por 1.000 nascidos vivos) por ano de diagnóstico. Brasil, 2009-2019	32
Figura 9. Distribuição percentual de casos de gestantes com sífilis segundo esquema de tratamento prescrito por ano de diagnóstico. Brasil, 2015- 2018	39

Lista de Tabelas

Tabela 1. Esquema terapêutico para sífilis e controle de cura	23
Tabela 2. Casos e taxas de detecção (por 1.000 nascidos vivos) de gestantes com sífilis por ano de diagnóstico. Brasil 2009-2019	27
Tabela 3. Casos de gestantes com sífilis segundo faixa etária por ano de diagnóstico. Brasil, 2009-2019	29
Tabela 4. Distribuição de percentual de casos de gestantes com sífilis segundo escolaridade por ano de diagnóstico. Brasil, 2009-2019.	33
Tabela 5. Casos e distribuição percentual de casos de gestantes com sífilis segundo idade gestacional por ano de diagnóstico, Brasil, 2009-2019	34
Tabela 6. Analisar a distribuição percentual de raça e cor das gestantes com sífilis, durante os anos. Brasil 2009-2019	35
Tabela 7. Casos e distribuição percentual de casos de gestantes com sífilis segundo classificação clínica por ano de diagnóstico, Brasil, 2009-2019.	36

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	14
2.1. Agente etiológico.....	14
2.2. Apresentações clínicas da sífilis.....	14
2.2.1. Sífilis primária.....	14
2.2.2. Sífilis secundária.....	15
2.2.3. Sífilis terciária.....	18
2.2.4. Sífilis latente.....	18
2.2.5. Sífilis gestacional.....	19
2.2.6. Sífilis congênita.....	20
2.3. Transmissão.....	21
2.4. Diagnóstico.....	21
2.5. Tratamento.....	22
3. OBJETIVOS	25
3.1. Objetivo geral.....	25
3.2. Objetivos específicos.....	25
4. METODOLOGIA	26
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	27
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	41
REFERÊNCIAS	42
ANEXOS E APÊNDICES	48

RESUMO

A sífilis gestacional é considerada um grave problema de saúde pública. Contribuindo para a morte fetal, aborto, prematuridades e complicações futuras para a gestante. Com isto, o objetivo do presente estudo foi o de verificar índices de prevalência dos casos de sífilis gestacional, índices de escolaridades, faixa etária, tratamento prescrito dos indivíduos detectados, raça e/cor e trimestre gestacional da infecção nos últimos anos notificados no Brasil. Realizado a partir de dados disponíveis nas plataformas do Ministério da Saúde do Brasil, indexadas nas bases do DATASUS a partir de fichas de investigação do SINAN durante os meses de agosto a outubro de 2020. Segundo os dados encontrados podemos observar que ocorreu um grande aumento nos casos no Brasil, com uma taxa de detecção de 2,9 no ano de 2009 para 21,4 no ano de 2018. Ao analisar-se o perfil demográfico das mulheres diagnósticas com sífilis, pode-se afirmar de que a prevalência foi de faixa etária menor de 29 anos, além de índice de escolaridade inferior a 8 anos de estudo, e o esquema de tratamento farmacológico mais administrado foi penicilina, com média de 89% de utilização nos casos investigados, além de maior predominância da raça parda em todos os anos investigados, e nos últimos 5 anos a detecção sendo no primeiro trimestre gestacional e em sua maioria na sífilis primária. Devido ao crescente aumento no número de casos, faz-se necessário maior atenção frente ao enfrentamento e conscientização para a queda do número de casos nacionais.

Palavras-chave: sífilis gestacional, infecção sexualmente transmissível, transmissão congênita.

ABSTRACT

Gestational syphilis is considered a serious public health problem. Contributing to fetal death, abortion, prematurity and future complications for pregnant women. With this, the aim of this study was to verify prevalence rates of cases of gestational syphilis, schooling rates, age group and prescribed treatment of detected individuals in recent years reported in Brazil. Based on data available on the platforms of the Brazilian Ministry of Health, indexed in DATASUS databases from SINAN research forms during the months of August to October 2020. According to the data found, we can observe that there was a large increase in cases in Brazil, with a detection rate from 2.9 in 2009 to 21.4 in 2018. When analyzing the demographic profile of women diagnosed with syphilis, it can be affirmed that the prevalence was under 29 years of age, in addition to a schooling index of less than 8 years of schooling, and the most administered pharmacological treatment regimen was penicillin, with an average of 89% of use in the cases investigated. Due to the increasing number of cases, more attention is needed in the face-up and awareness of the fall in the number of national cases.

Keywords: gestational syphilis, sexually transmitted infection, congenital transmission.

1. INTRODUÇÃO

A sífilis é causada pela espiroqueta *Treponema pallidum*, que é particularmente preocupante durante a gravidez devido ao risco de infecção transplacentária para o feto (WAHAB *et al.*, 2015). É uma infecção de caráter sistêmico, sendo caracterizada por ser uma doença exclusiva do ser humano (BRASIL, 2016). Estima-se que 1,8 milhões de mulheres grávidas no mundo estão infectadas com sífilis (WHO, 2012). Os maiores número de gestantes infectadas na Ásia (44,3%) e na África (39,3%), com as Américas representando 7,8% dos casos mundiais (NEWMAN *et al.*, 2013). Considerada um problema mundial, avaliando-se em 12 milhões o número de pessoas infectadas todos os anos, apesar de existirem medidas de prevenção eficazes e opções de tratamento com excelentes resultados (BAMPI *et al.*, 2019).

A sífilis gestacional leva a mais de 300.000 casos fetais e mortes neonatais a cada ano e coloca 215.000 crianças adicionais em aumento do risco de morte precoce (WHO, 2020). Essa infecção está associada a complicações perinatais, como a sífilis congênita (PADOVANI; OLIVEIRA; PELLOSO, 2018). Classificada por ser uma doença bacteriana grave que na gravidez pode se manifestar como natimorto, morte fetal precoce, baixo peso ao nascer, parto prematuro, morte neonatal ou infecção ou doença do recém-nascido (NEWMAN *et al.*, 2013).

As manifestações clínicas da sífilis adquirida aparentemente não são alteradas pela gravidez. É transmitida de pessoa para pessoa por meio do contato direto com uma ferida sifilítica, chamada cancro. As feridas da sífilis primária ocorrem cerca de três semanas após o contato. Frequentemente, não são reconhecidas em mulheres porque podem ser assintomáticas. A maioria dos casos de sífilis é transmitida por contato sexual (vaginal, anogenital e orogenital), mas também pode ser transmitida congênita (no útero) ou menos comumente durante a passagem pelo canal do parto (DE SANTIS *et al.*, 2012) e indivíduos com uma ferida sifilítica aberta (SHAHROOK *et al.*, 2014).

A sífilis gestacional pode ser suspeitada com base em achados clínicos e confirmada pela identificação direta de treponemas em amostras clínicas e por achados sorológicos positivos ou pode ser diagnosticada acidentalmente por meio de testes sorológicos de triagem (DE SANTIS *et al.*, 2012).

A gravidade dos resultados adversos do parto associados à sífilis é geralmente determinada pela duração da infecção materna, bem como pelo estágio da gravidez (SHAHROOK *et al.*, 2014). Portanto, se não for tratada imediatamente, em poucas semanas a progressão da doença pode ser fatal (CDC 2010).

A triagem pré-natal para sífilis oferece uma boa oportunidade para detectar a doença precocemente (WAHAB *et al.*, 2015). Aquelas que compareceram a cuidados pré-natais, mas não receberam o teste de sífilis, mostraram resultados adversos da doença (NEWMAN *et al.*, 2013). A administração de terapias adequadas estão no centro das estratégias de prevenção da sífilis: submeter-se a testes de triagem de sífilis no primeiro check-up pré-natal no primeiro trimestre e novamente no estágio final da gravidez seguido por tratamento imediato de mulheres soropositivas com uma dose única de penicilina de longa ação antes do segundo trimestre (WHO, 2010).

A sífilis pode ser dividida em vários estágios: sífilis primária, secundária, latente e terciária (WAHAB *et al.*, 2015). A transmissão vertical pode ocorrer em qualquer momento e estágio da sífilis. O risco de transmissão se correlaciona com a extensão da presença de espiroquetas na circulação sanguínea, portanto, a sífilis primária e secundária apresenta um risco maior de transmissão do que a sífilis latente e terciária (OSWAL; LYONS, 2008). A abordagem interdisciplinar envolvendo pediatra e obstetra é necessária para o manejo da sífilis na gravidez (WAHAB *et al.*, 2015).

Conforme recomendado pela OMS, todas as mulheres grávidas devem ser submetidas a testes de triagem pré-natal para sífilis; no entanto, as mulheres sem resultados do teste no momento do parto também devem ser testadas ou retestadas (SHAHROOK *et al.*, 2014).

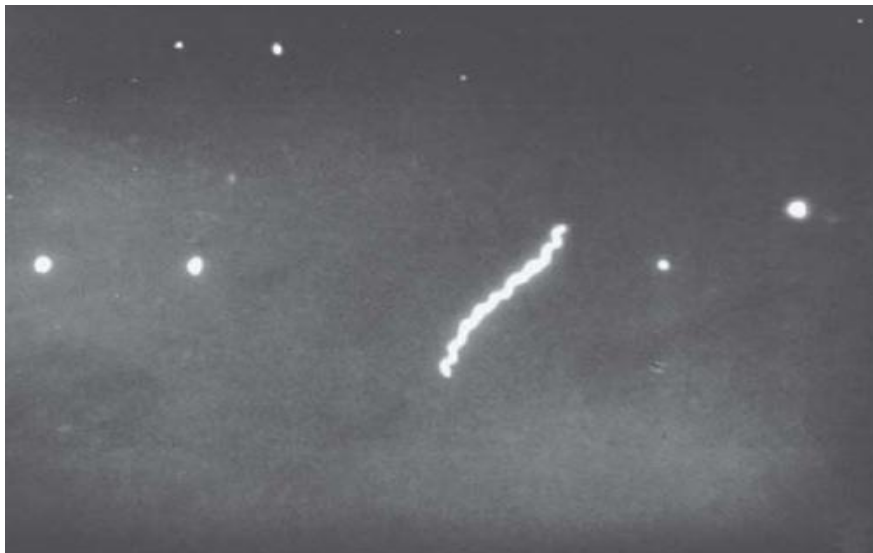
As gestantes com sífilis possuem grande probabilidade de transmissão vertical e existem alguns cuidados específicos para essa população para evitar que isso aconteça, por isso a identificação e o tratamento das gestantes com sífilis é fundamental para a prevenção da sífilis congênita (BRASIL, 2020). Neste contexto, a realização de estudos epidemiológicos é de grande relevância para nortear as estratégias de saúde destinadas ao manejo desta doença.

2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1. Agente etiológico

A sífilis é causada pela espiroqueta *Treponema pallidum*, subespécie *pallidum*, que é particularmente preocupante durante a gravidez devido ao risco de infecção transplacentária para o feto (WAHAB *et al.*, 2015). *Treponema pallidum* é uma bactéria Gram-negativa que mede entre 10 –13 µm e 0,15 µm de diâmetro (PLAGENS-ROTMAN *et al.*, 2019).

Figura 1. *Treponema pallidum* – microscopia de campo escuro



Fonte: Levinson (2016).

O gênero *Treponema* é uma bactéria em forma de espiral com uma rica membrana fosfolipídica externa pertencente à ordem das espiroquetas e possui uma taxa de metabolização lenta, pois leva em média 30 horas para se multiplicar (TUDOR; ABOUD; GOSSMAN, 2020).

2.2. Apresentações clínicas da sífilis

2.2.1. Sífilis primária

Sífilis primária (latim: *lues primaria*) - 3–9 semanas - uma lesão primária indolor, única, redonda ou oval aparece na área onde *Treponema pallidum* entrou no organismo. É caracterizada por bordas lisas e uma base

cartilaginosa. Além disso, aparece o aumento dos gânglios linfáticos circundantes (PLAGENS-ROTMAN *et al.*, 2019). O local mais comum de lesões primárias em mulheres são os lábios, o colo do útero, a mucosa vaginal ou a área genital. No entanto, os locais atípicos incluem a borda vermelha dos lábios, mucosa bucal, a língua e as amígdalas (FICARRA; CARLOS, 2009; PALFI *et al.*, 2008; DOMANTAY-APOSTOL *et al.*, 2008).

E nos homens as apresentações clínicas da sífilis primária, são cancro no local da inoculação, classicamente uma úlcera solitária, indolor, endurecida e não exsudativa (O'BYRNE; MACPHERSON, 2019).

Figura 2. Cancro da sífilis primária.



Fonte: Levinson (2016).

Na figura 2 a imagem apresenta uma úlcera rasa e de borda endurecida (seta vermelha) que é típica de um cancro sífilítico.

2.2.2. Sífilis secundária

A sífilis secundária (latim: *lues secundaria*) - 9 semanas até o final do 2º ano após a infecção inicial - é caracterizada pelo aparecimento de lesões cutâneas e mucosas, bem como pelo aumento dos linfonodos. Além disso, os sintomas raros incluem hepatite intersticial, lesões renais e

sculoesqueléticas. Nos exames laboratoriais, as anormalidades incluem aumento da leucocitose, velocidade de hemossedimentação (VHS), anemia hipocrômica, enquanto na análise do líquido cefalorraquidiano nota-se reação sérica positiva que sugere infecção do sistema nervoso (PLAGENS-ROTMAN *et al.*, 2019).

As manifestações clínicas da sífilis secundária resultam da disseminação hematogênica da infecção e são multiformes: lesões em mãos e pés, cefaleia, mialgia, alopecia e mal-estar (TUDOR; ABOUD, GOSSMAN, 2020).

Sífilis secundária precoce - o aspecto mais característico é o aparecimento de um exantema sífilítico, onde a manifestação mais frequente é a roséola - as lesões são de igual tamanho e emergem simetricamente ao longo do tronco e face anterior dos membros superiores (PLAGENS-ROTMAN *et al.*, 2019). Em casos de sífilis secundária precoce os pacientes geralmente estão debilitados, com problemas de saúde e com algum tipo de imunodeficiência, afetando também grávidas, lactantes e alcoólatras (ORTIGOSA *et al.*, 2016).

Sífilis recorrente secundária - roséolas recorrentes, que são típicas deste estágio, são de caráter maculopapular, papular e pustular. Eles aparecem em toda a superfície do corpo; no entanto, eles surgem mais frequentemente na região genital, períneo, palmas das mãos, pés, couro cabeludo e face (PLAGENS-ROTMAN *et al.*, 2019). Além disso, pápulas exsudativas podem aparecer em áreas particularmente suscetíveis à transpiração ou lesões mecânicas, como ânus, regiões inguinais, área umbilical e cantos da boca que aumentam de tamanho e se transformam em condiloma lata (FICARRA; CARLOS, 2009; KENT; ROMANELLI, 2008; KARLIŃSKA-JACHOWSKA *et al.*, 2007; JANIER *et al.*, 2014).

A seguir, a figura 3 está representado uma manifestação típica da sífilis secundária, as lesões palmares. O serve-se de que as lesões papulosas escamosas na palma direita lesões palmares são geralmente bilaterais.

Figura 3. Lesões papulares na sífilis secundária.



Fonte: Levinson (2016).

Outra manifestação clínica observada nos pacientes com sífilis secundárias, são manchas rosadas ou pequenos caroços acastanhados que surgem na pele, representados na figura 4 a seguir.

Figura 4. Manifestações clínicas da sífilis secundária.



Fonte: Baughn e Musher, 2005.

2.2.3. Sífilis terciária

Sífilis terciária (latim: *lues symptomatica tarda*, *lues tertiaria*) - mais de 2 anos após a infecção inicial - os sintomas se desenvolvem poucos anos após a infecção e afetam pacientes que não realizaram o tratamento nos estágios iniciais, ou casos em que a terapia foi insuficiente. Afeta mais comumente o sistema cardiovascular (sífilis cardiovascular) ou o sistema nervoso (neurosífilis) (PLAGENS-ROTMAN *et al.*, 2019).

Os pacientes que desenvolvem a sífilis terciária desenvolvem lesões localizadas na pele e mucosas, com a formação de granulomas destrutivos, como representando na figura 5 abaixo.

Figura 5. Manifestações clínicas da sífilis terciária.



Fonte: Perreira *et al.* (2007).

2.2.4. Sífilis latente

A sífilis latente refere-se à infecção por *T. pallidum* com achados sorológicos de sífilis reativos, mas sem manifestações clínicas da doença. Inclui sífilis latente precoce (dentro de 1 ano da infecção) e latente tardia (1 ano ou mais após a infecção) (CLEMENT; OKEKE; HICKS, 2014). O diagnóstico requer (no ano anterior), soro conversão do umentada ou aumento ≥ 4 vezes no título não treponêmico, soroconversão documentada de um teste treponêmico, exposição sexual a uma pessoa com sífilis precoce ou apenas contato sexual nos últimos 12 meses (CDC, 2014).

2.2.5. Sífilis gestacional

As manifestações clínicas da sífilis aparentemente não são alteradas pela gravidez. A sífilis é transmitida de pessoa para pessoa por meio do contato direto com uma ferida sifilítica, chamada cancro (DE SANTIS et al., 2012). A transmissão do organismo ocorre durante o sexo vaginal, anal ou oral. As feridas da sífilis primária ocorrem cerca de 3 semanas após o contato, principalmente nos genitais externos, vagina, colo do útero, ânus ou reto. Frequentemente, não são reconhecidas em mulheres porque podem ser assintomáticas. A ferida sifilítica é firme, redonda, pequena e indolor e dura de 3 a 6 semanas. Deve ser distinguido pelo herpes genital, que causa bolhas pequenas e dolorosas, cheias de um líquido claro ou cor de palha (DE SANTIS et al., 2012). Quando as bolhas rompem, elas deixam úlceras superficiais que são muito dolorosas e, eventualmente, formam uma crosta e cicatrizam lentamente ao longo de 7–14 dias ou mais (INGALL et al., 2001). Uma lesão que pode ocorrer em alguns casos da sífilis, é o chamado condiloma lata, que são erupções cutâneas encontrada na região vaginal. A seguir na figura 6, abaixo, está representado o condiloma lata na portadora de sífilis gestacional.

Figura 6. Condiloma lata em mulher portadora de sífilis estacional.



Fonte: (O'BYRNE; MACPHERSON, 2019)

2.2.6. Sífilis congênita

A sífilis congênita é a complicação mais devastadora da sífilis na gravidez (WAHAB *et al.*, 2015). A manifestação da sífilis congênita depende de muitos fatores: idade gestacional, estágio da sífilis materna, tratamento materno e resposta imunológica do feto (OSWAL *et al.*, 2008). Gestações complicadas por sífilis podem resultar em restrição de crescimento intrauterino, hidropisia fetal não imune, natimorto, parto prematuro e aborto espontâneo (DE SANTIS *et al.*, 2012).

A seguir na figura 7 está representado a sífilis congênita no recém-nascido.

Figura 7. Sífilis congênita em recém-nascido.



Fonte: Cooper e Sánchez (2018).

2.3. Transmissão

Acredita-se que a maioria dos casos de transmissão de sífilis durante a gravidez ocorra no útero por via transplacentária, embora a transmissão durante o parto seja possível (STOLTEY; COHEN, 2018). Um estudo de 1952 por Fiumara *et al.* afirma que quase todas as mulheres grávidas com sífilis primária ou secundária não tratada terão resultados adversos, com metade tendo partos prematuros, mortes neonatais e natimortos, e metade dando à luz bebês com sífilis congênita.

A chance de transmissão da mãe diminuiu um pouco com a sífilis latente precoce não tratada (com 20% de prematuridade, 4% de mortes neonatais, 10% de natimortos, 40% de bebês nascidos com sífilis congênita e 20% dos bebês nascidos a termo sem evidência de sífilis) (STOLTEY; COHEN, 2018). Com a sífilis latente tardia não tratada, estima-se que 10% dos bebês nascidos teriam sífilis congênita e 10% seriam natimortos (FIUMARA *et al.*, 1952). Além disso, os testes revelaram que a infecção pode estar presente no líquido amniótico já nas 17 semanas de idade gestacional, 32 apoiando a teoria de que a infecção do feto pode ocorrer a qualquer momento durante a gravidez (SHAFII *et al.*, 2008).

2.4. Diagnóstico

Durante a gravidez, os diagnósticos são feitos da mesma forma que na população em geral, por meio de testes sorológicos treponêmicos ou não treponêmicos (HAWKES; 2013).

Testes não treponêmicos, como pesquisa laboratorial de doenças venéreas (VDRL), reagina plasmática rápida (RPR), reagina sérica não aquecida (USR) e teste de soro vermelho toluidina não aquecido (TRUST) usam mecanismos de floculação nos quais anticorpos contra material lipídico de células danificadas e, possivelmente, de cardiolipina de treponemas. Esses testes são mais baratos e usados para triagem. No entanto, eles têm baixa especificidade e falsos positivos devido a danos em outras células são comuns (BRASIL, 2016a).

Testes treponêmicos, como o teste de absorção de anticorpos treponêmicos fluorescentes (FTA-ABS), detectam imunoglobulina M (IgM) e imunoglobulina G (IgG) contra *T. pallidum*. Dessa forma, a sífilis pode ser

identificada mais cedo (~ 3 semanas após o contágio) e os resultados podem permanecer positivo mesmo após o tratamento adequado. Esses testes são mais específicos para o diagnóstico do que os não treponêmicos, mas não são usados para medir a resposta terapêutica (JANIER *et al.*; 2014; UNEMO *et al.*, 2013).

2.5. Tratamento

A seguir na tabela 1, estão apresentados o esquema terapêutico em cada estadiamento da doença

Tabela 1. Esquema terapêutico para sífilis e controle de cura

Estadiamento	Esquema terapêutico	Alternativa para pacientes com hiperssensibilidade à penicilina	Seguimento (teste não treponêmico-VDRL ou RPR)
Sífilis primária, secundária e latente recente (com menos de 1 ano de evolução)	Penicilina G Benzatina 2,4 milhões de UI, IM, dose única (1,2 milhões UI em cada glúteo)	Doxiciclina 100 mg, VO, 2xdia, por 15 dias (exceto gestantes) OU Ceftriaxona 1 g, IV ou IM, 1xdia, por 8 a 10 dias para gestantes e não gestantes	População em geral: trimestral (1º ano) semestral (2º ano) Gestante: mensal
Sífilis latente tardia (com mais de um ano de evolução) ou latente com duração ignorada e sífilis terciária	Penicilina G Benzatina 2,4 milhões UI, IM, semanal, por 3 semanas	Doxiciclina 100 mg, VO, 2xdia, por 30 dias (exceto gestantes) OU Ceftriaxona 1 g, IV ou IM, 1xdia, por 8 a 10 dias para gestantes e não gestantes	População em geral: trimestral (1º ano) semestral (2º ano) Gestante: mensal
Neurossífilis	Penicilina G Cristalina 18-24 milhões UI/dia, IV, doses de 3-4 milhões UI, a cada 4 horas ou por infusão contínua, por 14 dias	Ceftriaxona 1g, IV, 1 x/dia, por 10 a 14 dias	Exame de líquido de 6/6 meses até normalização
Adaptado	de	Brasil	(2015).

Conforme a cartilha intitulada como “Manual técnico para diagnóstico da sífilis” do Ministério da Saúde, as gestantes com sífilis possuem grande probabilidade de transmissão vertical e visando a prevenção da sífilis congênita alguns cuidados específicos para essa população devem ser seguidos e listados a seguir:

- 1) As gestantes devem ser testadas para sífilis, no mínimo na primeira consulta de pré-natal, no início do terceiro trimestre e na internação para o parto, em caso de aborto/natimorto ou história de exposição de risco/violência sexual;
- 2) As gestantes com testes rápidos reagentes para sífilis deverão ser consideradas como portadoras de sífilis até prova em contrário;
- 3) Na ausência de tratamento adequado, recente e documentado, deverão ser tratadas no momento da consulta;
- 4) Existe evidência de que os benefícios superam o custo e o risco do tratamento com benzilpenicilina benzatina;
- 5) Ainda nesse momento, deve ser solicitado, ou preferencialmente colhido, teste não treponêmico (linha de base), para seguimento sorológico;
- 6) O retardo do tratamento no aguardo de resultados de teste complementar faz com que o profissional perca tempo e a oportunidade de evitar a transmissão vertical da sífilis;
- 7) O monitoramento sorológico deve ser mensal até o termo. Após o parto, o seguimento é trimestral até o 12º mês de acompanhamento (3, 6, 9, 12 meses);
- 8) A gravidez também é um assunto de homens. Estimular a participação do pai/parceiro durante todo o processo de pré-natal é essencial para o bem-estar biopsicossocial da mãe, do bebê e dele próprio;

É fundamental a implementação do pré-natal do parceiro, conforme o “Guia do pré-natal do parceiro para profissionais de saúde”. (Adaptado de Ministério da Saúde 2020, 2017 e 2016).

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo geral

Descrever os aspectos principais dos casos notificados de sífilis gestacional no Brasil.

3.2. Objetivos específicos

- Obter a distribuição do número de casos de sífilis gestacional notificados no Brasil nos últimos dez anos (2009-2019);
- Analisar a faixa etária das mulheres detectados com sífilis gestacional notificados nos últimos dez anos (2009-2019) no Brasil;
- Verificar o nível de escolaridade das gestantes diagnosticadas com sífilis nos últimos dez anos (2009-2019) no Brasil;
- Avaliar o esquema de tratamento farmacológico prescrito para os indivíduos portadores de sífilis gestacional durante os anos (2015-2018);
- Analisar a distribuição percentual de raça e cor das gestantes com sífilis durante os anos (2009-2019);
- Avaliar o trimestre gestacional de infecção de gestantes com sífilis durante os anos (2009-2019);
- Investigar a classificação clínica dos casos de gestantes com sífilis durante os anos de 2009-2019.

4. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo quantitativo e retrospectivo. Os dados foram coletados na plataforma do DATASUS do Ministério da Saúde. Foi realizado um levantamento de dados 2009 a 2019. Apenas no esquema de tratamento farmacológico os dados foram apresentados durante 2015 a 2018, sendo os outros anos indisponíveis na plataforma.

A coleta de dados foi realizada durante os meses de agosto a outubro de 2020 via *internet*, na plataforma disponibilizada em <http://indicadoressifilis.aids.gov.br/>.

Os dados que constam na plataforma do DATASUS são referentes às informações coletadas na ficha de notificação de sífilis gestacional (Anexo 1). Nesta ficha constam dados tais como: município de notificação, data do diagnóstico, resultados dos exames, classificação clínica da sífilis (primária, secundária, terciária, latente), esquema de tratamento farmacológico, teste treponêmico no pré-natal, dentre outras informações. Os dados obtidos após o preenchimento desta ficha serão disponibilizados no sistema e posteriormente as informações são repassadas ao estado e por fim reunidas no Ministério da Saúde para que o perfil epidemiológico de determinada doença de notificação compulsória possa ser realizado.

São demonstrados a taxa de detecção, o qual corresponde ao percentual de fetos afetados que são identificados pelo teste.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Pode-se observar abaixo na tabela 2 que segundo os dados do DataSUS, ocorreu um significativo aumento de casos de sífilis nos últimos 10 anos. Ao comparar o ano de 2009 observa-se de que ocorreu 8.376 casos de sífilis gestacional em todo o Brasil, com uma taxa de detecção de 2,9%. Já em contrapartida, na última atualização, em 2018, ocorreu 62.599 casos, com uma taxa de detecção de 21,4%. Com isso estima-se que no ano, ocorrem acima 48 mil novos casos de sífilis gestacional no Brasil (BRASIL, 2012).

Estudo de coorte realizado com mais de 23 mil mulheres no Brasil relata que a sífilis gestacional aumenta a cada ano (DOMINGUES *et al.*, 2014). Diante do impacto da sífilis gestacional na saúde pública e o aumento do número de casos, é de extrema importância que os municípios do Brasil conheçam a realidade da doença na sua população para que ações de prevenção sejam adotadas (MASCHIO-LIMA *et al.*, 2019).

Tabela 2. Casos e taxas de detecção (por 1.000 nascidos vivos) de gestantes com sífilis por ano de diagnóstico. Brasil 2009-2019.

Ano	Casos	Taxas de Detecção
2009	8.376	2,9
2010	10.059	3,5
2011	13.748	4,7
2012	16.433	5,7
2013	20.912	7,2
2014	26.620	8,9
2015	32.774	10,9
2016	38.268	13,4
2017	49.796	17,0
2018	62.599	21,4
2019	25.794	-

Fonte: MS/SVS/DCCI - Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. NOTAS: (1) Dados até 30/06/2019; (2) Dados preliminares para os últimos 5 anos.

A partir da tabela 3 a seguir vê-se que em todos os anos (2009-2019), a faixa etária que obteve maior registro de casos de sífilis gestacional foi na faixa de 20 a 29 anos. Já em contrapartida a faixa etária que permaneceu com menores taxas foi a de 10 a 14 anos.

Observando o perfil sociodemográfico de mulheres diagnosticadas com sífilis gestacional no município de São José do Rio Preto em São Paulo, pode-se analisar também nos achados de Maschio-Lima *et al.* (2019), de que 55% dos casos foram em mulheres com menos de 29 anos, corroborando com esse levantamento.

Tabela 3. Casos de gestantes com sífilis segundo faixa etária por ano de diagnóstico. Brasil, 2009-2019.

Ano	Idade					
	10 a 14 anos	15 a 19 anos	20 a 29 anos	30 a 39 anos	40 anos ou mais	Ignorado
2009	111 (1,3%)	1.651 (19,7%)	4.453 (53,2%)	1.909 (22,8%)	249 (3,0%)	-
2010	167 (1,7%)	2.112 (21,0%)	5.229 (52,0%)	2.274 (22,6%)	274 (2,7%)	-
2011	205 (1,5%)	3.094 (22,5%)	6.990 (50,8%)	3.057 (22,2%)	402 (2,9%)	-
2012	262 (1,6%)	3.968 (24,2%)	8.275 (50,4%)	3.525 (21,5%)	400 (2,4%)	-
2013	328 (1,6%)	5.343 (25,6%)	10.547 (50,4%)	4.262 (20,4%)	427 (2,0%)	-
2014	372 (1,4%)	6.990 (26,3%)	13.407 (50,4%)	5.290 (19,9%)	553 (2,1%)	-

2015	450 (1,4%)	8.534 (26,6%)	16.859 (51,4%)	6.263 (19,1%)	668 (2,0%)	-
2016	517 (1,4%)	9.931 (26,6%)	20.074 (52,5%)	6.986 (18,3%)	739 (1,9%)	1 (0%)
2017	622 (1,2%)	12.931 (26,6%)	26.251 (52,8%)	8.967 (18,0%)	985 (2,0%)	6 (0%)
2018	709 (1,1%)	15.587 (24,9%)	33.677 (53,8%)	11.399 (18,2%)	1.211 (1,9%)	6 (0%)
2019	271 (1,1%)	6.393 (24,8%)	14.159 (54,9%)	4.463 (17,3%)	501 (1,9%)	-

Fonte: MS/SVS/DCCI - Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. NOTAS: (1) Dados até 30/06/2019; (2) Dados preliminares para os últimos 5 anos.

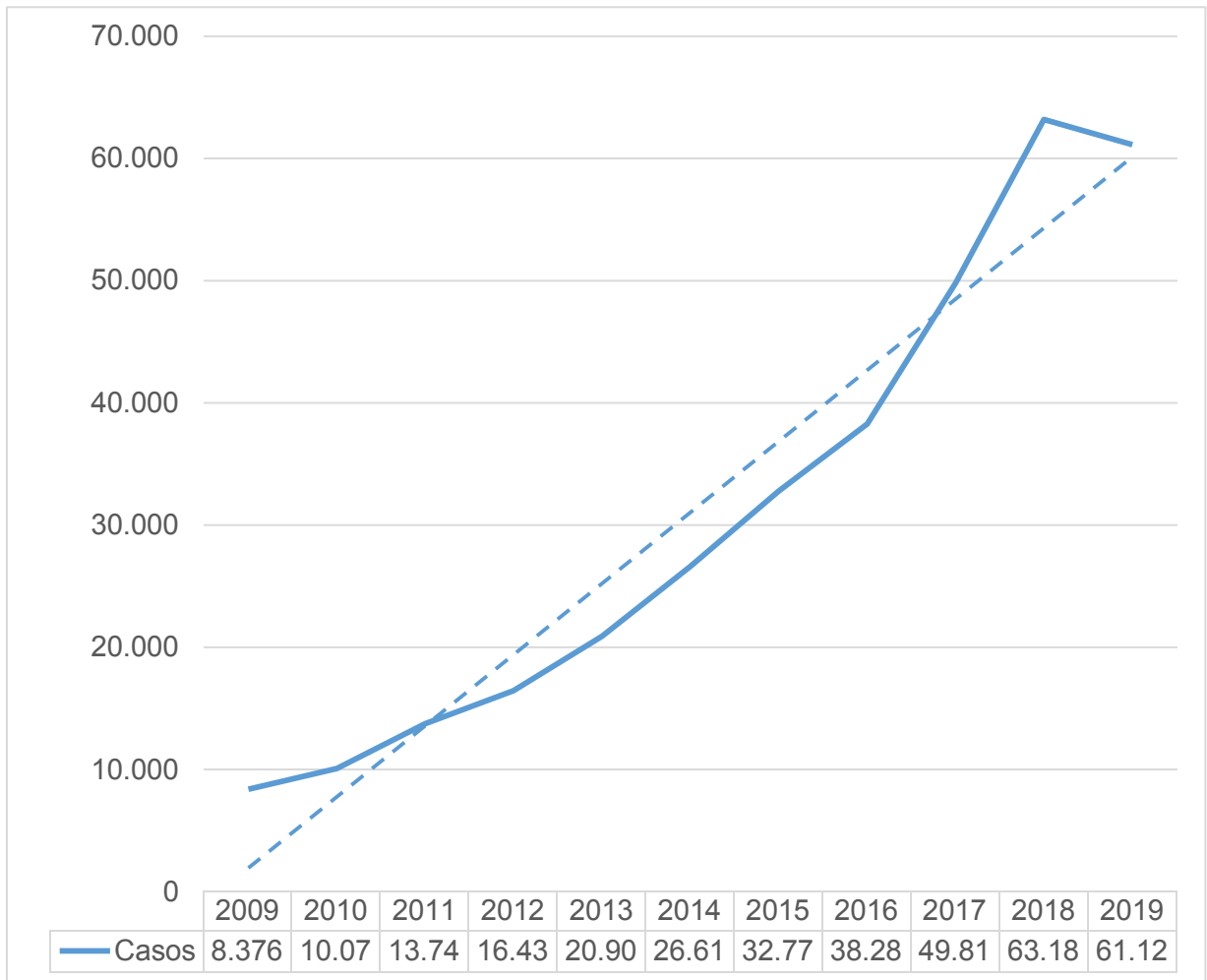
Em relação aos casos de sífilis no Brasil, observa-se de que os anos com maiores índices de infecção foi entre os anos de 2018 a 2019. Figura 8.

Em um estudo realizado no estado do Paraná, na 16ª Regional de Saúde de Apucarana, foram notificados pelo SINAN (Sistema de Informações de Agravos e Notificações), 257 casos de sífilis gestacional nos anos de 2007 a 2016, com uma taxa de incidência de 4,73%, possuindo também um aumento significativo dos casos e na taxa de prevalência de 0,10% para 1,78% (SILVA *et al.*, 2020). Corroborando com o presente estudo e juntamente, demonstrando que ao decorrer dos anos os casos de sífilis gestacional têm se intensificado no estado.

Nos estados do Sul do Brasil, como é o caso do Paraná, as taxas de detecção da sífilis gestacional são ainda mais agravantes e preocupantes, sendo considerado um grave problema de saúde pública. Visto que as taxas de detecção foram de 15,1 casos de sífilis gestacional por mil nascidos vivos. Superando a taxa nacional, a qual se encontra na faixa de 12 casos/1.000 nascidos vivos (BRASIL, 2016).

Já ao analisarmos em outros países, como é o caso da China nota-se de que ocorreu um aumento anual na incidência de sífilis, sendo de 16,3% entre os anos de 2004 e 2013, e com taxa de anual de notificação de 13,44 (WONG *et al.*, 2018). Confirmando a hipótese de que a incidência de sífilis tem aumentado nos países de alta renda também, como é o caso dos países europeus. Na Irlanda a taxa de sífilis notificada em 2016 foi de 6,2 casos por 1.000 habitantes (PETTY-SAPHON *et al.*, 2019).

Figura 8. Casos de detecção de sífilis gestacional (por 1.000 nascidos vivos) por ano de diagnóstico. Brasil, 2009-2019.



Fonte: Adaptado de DATASUS/TABNET (2020).

Ao analisarmos os dados de escolaridade das mulheres detectadas com sífilis gestacional, podemos verificar de que a maior prevalência dos casos foi com escolaridades com menos de 8 anos completo. Com a sua maioria entre a 5º a 8º série incompleta e/ou completa, e os menores índices com mulheres com superior incompleto e/ou completo.

O que pode ser comprovado em outros estudos também, como é o caso da pesquisa de Padovani *et al.*, (2018), em que, a maior ocorrência de sífilis gestacional foi nas mulheres com escolaridade menor e/ou igual a 8 anos. Em contrapartida nos estudos de Silva *et al.*, (2020), o maior índice de sífilis gestacional e congênita foram em indivíduos com ensino médio incompleto e/ou completo, com 33% dos casos investigados.

Tabela 4. Distribuição de percentual de casos de gestantes com sífilis segundo escolaridade por ano de diagnóstico. Brasil, 2009-2019.

Ano	Escolaridade					
	Analfabeto	1ª a 4ª série incompleta e/ou completa	5ª a 8ª série incompleta e/ou completa	Médio incompleto e/ou completo	Superior incompleto e/ou completo	Não se aplica e/ou Ignorado
2009	147 (1,8%)	1.598 (19,1%)	2.591 (31%)	1.600 (19,1%)	95 (1,1%)	2.345 (28%)
2010	150 (1,5%)	1.631 (16,3%)	3.090 (30,7%)	2.069 (20,6%)	132 (1,3%)	2.987 (29,7%)
2011	177 (1,3%)	2.010 (14,7%)	4.240 (30,9%)	2.875 (20,9%)	174 (1,2%)	4.264 (31%)
2012	161 (1,0%)	2.243 (13,6%)	5.041 (30,7%)	3.743 (22,8%)	226 (1,4%)	5.019 (30,5%)
2013	165 (0,8%)	2.344 (11,2%)	6.200 (29,7%)	5.426 (25,9%)	332 (1,6%)	6.445 (30,8%)
2014	224 (0,8%)	2.793 (10,5%)	7.927 (29,8%)	7.292 (27,4%)	483 (1,8%)	7.901 (29,6%)
2015	204 (0,6%)	3.185 (9,8%)	9.692 (29,6%)	9.573 (29,2%)	648 (2,0%)	9.472 (28,9%)
2016	245 (0,6%)	3.331 (8,7%)	11.416 (29,8%)	11.742 (30,7%)	819 (2,1%)	10.715 (28%)
2017	529 (1,1%)	3.809 (7,6%)	14.672 (29,5%)	16.548 (33,3%)	1.287 (2,6%)	12.951 (26%)
2018	492 (0,8%)	4.423 (7,1%)	18.032 (28,8%)	21.351 (34,2%)	1.626 (2,6%)	16.675 (26,6%)
2019	128 (0,5%)	1.764 (6,8%)	7.262 (28,2%)	9.236 (35,8%)	697 (2,7%)	6.707 (26%)

FONTE: MS/SVS/Departamento de Doenças de Condições Crônicas e

Infecções Sexualmente Transmissíveis. NOTAS: (1) Dados até 30/06/2020; (2)

Dados preliminares para os últimos 5 anos. Notas: n (número de casos no

ano), % (percentual de casos no ano).

Em relação a idade gestacional, pode-se observar de que entre os anos de 2009 a 2014 o 2ª e 3ª trimestre foram a maioria dos casos detectados com a infecção da sífilis. Entretanto, a partir dos anos de 2015 o 1ª trimestre gestacional obteve maior percentual de detecção da doença.

Tabela 5. Casos e distribuição percentual de casos de gestantes com sífilis segundo idade gestacional por ano de diagnóstico, Brasil, 2009-2019.

Ano	Idade Gestacional				
	<u>1ª Trimestre</u> n (%)	<u>2ª Trimestre</u> n (%)	<u>3ª Trimestre</u> n (%)	Idade gestacional ignorada n (%)	Ignorado n (%)
2009	1.527 (20,9%)	2.403 (32,3%)	2720 (38,8%)	657 (8%)	1 (0,2%)
2010	2.186 (21,7%)	3.299 (32,8%)	3.821 (37,9%)	764 (7,6%)	0
2011	3.170 (23,1%)	4.318 (31,4%)	5.153 (37,5%)	1.107 (8,1%)	-
2012	3.810 (23,2%)	5.097 (31%)	6.188 (37,7%)	1.337 (8,1%)	-
2013	5.351 (25,6%)	6.645 (31,8%)	7.368 (35,3%)	1.541 (7,4%)	-
2014	7.692 (28,9%)	8.164 (30,7%)	8.860 (33,3%)	1.900 (7,1%)	-
2015	10.562 (32,2%)	9.764 (29,8%)	10.468 (31,9%)	1.977 (6%)	0
2016	14.210 (37,1%)	11.003 (28,7%)	10.754 (28,1%)	2.238 (5,8%)	54 (0,2%)
2017	19.803 (39,7%)	13.896 (27,9%)	13.397 (26,9%)	2.555 (5,1%)	87 (0,3%)
2018	24.627 (39%)	15.863 (25,2%)	18.740 (29,6%)	3.663 (5,8%)	90 (0,5%)
2019	23.642	14.788	18.553	3.972	172

(38,6%) (25,5%) (29,2%) (6,5%) (0,2%)

FONTE: MS/SVS/Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. NOTAS: (1) Dados até 30/06/2020; (2) Dados preliminares para os últimos 5 anos.

Ao analisarmos a tabela 6 a seguir, nota-se de que a cor parda foi a de maior predominância nos casos de gestantes com sífilis, em todos os anos investigados estando acima de 45% de toda a população investigada.

Tabela 6. Casos e distribuição percentual de casos de gestantes com sífilis segundo raça ou cor por ano de diagnóstico, Brasil 2009-2019.

	Raça ou Cor					
	Branca (%)	Preta (%)	Amarela (%)	Parda (%)	Indígena (%)	Ignorada (%)
<u>2009</u>	1.972 (29,8%)	760 (12,9)	83 (1,2%)	3.025 (45,3%)	152 (2,1%)	824 (8,8%)
<u>2010</u>	2.967 (29,4%)	1.219 (12,1%)	67 (0,7%)	4.710 (46,8%)	149 (1,5%)	958 (9,5%)
<u>2011</u>	3.923 (28,5%)	1.786 (13%)	108 (0,8%)	6.359 (46,3%)	148 (1,1%)	1.424 (10,4%)
<u>2012</u>	4.766 (29%)	2.098 (12,8%)	134 (0,8%)	7.633 (46,4%)	133 (0,8%)	1.668 (10,2%)
<u>2013</u>	6.241 (29,9%)	2.484 (11,9%)	186 (0,9%)	9.711 (46,4%)	130 (0,6%)	2.153 (10,3%)
<u>2014</u>	8.003 (30,1%)	3.362 (12,6%)	203 (0,8%)	12.441 (46,7%)	152 (0,6 %)	2.455 (9,2%)
<u>2015</u>	10.119 (30,9%)	3.975 (12,1%)	262 (0,8 %)	15.308 (46,7%)	225 (0,7%)	2.886 (8,8%)
<u>2016</u>	11.802 (30,8%)	4.788 (12,5%)	323 (0,8%)	18.033 (47,1%)	227 (0,6%)	3.107 (8,1%)
<u>2017</u>	15.289 (30,7%)	6.321 (12,7%)	458 (0,9%)	24.193 (48,6%)	266 (0,5%)	3.288 (6,6%)
<u>2018</u>	18.116	7.705	608	32.024	331	4.398

	(28,6%)	(12,2%)	(1%)	(50,8%)	(0,5%)	(6,9%)
<u>2019</u>	17.507	7.258	582	31.279	310	4.191
	(28,6%)	(11,7%)	(1%)	(51,6%)	(0,6%)	(6,6%)

FONTE: MS/SVS/Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. NOTAS: (1) Dados até 30/06/2020; (2) Dados preliminares para os últimos 5 anos.

A seguir na tabela 7 abaixo, refere-se à distribuição percentual de casos de gestantes com sífilis. E podemos observar de que entre os anos de 2017 a 2019 a sífilis latente foi o que teve mais casos durante esses anos. Em contra partida nos anos de 2009 a 2016 a maioria dos casos de sífilis primária nesses anos.

Tabela 7. Casos e distribuição percentual de casos de gestantes com sífilis segundo classificação clínica por ano de diagnóstico, Brasil, 2009-2019.

	Classificação Clínica				
	Sífilis Primária (%)	Sífilis Secundária (%)	Sífilis Terciária (%)	Sífilis Latente (%)	Ignorado (%)
<u>2009</u>	2.888 (39,5%)	612 (8,4%)	454 (6,2%)	1067 (14,6%)	1075 (31,3%)
<u>2010</u>	3.784 (37,6%)	766 (7,6%)	809 (8,0%)	1.486 (14,8%)	3.225 (32,0%)
<u>2011</u>	4.852 (35,3%)	906 (6,6%)	1.102 (8,0%)	2.344 (17,0%)	4.544 (33,1%)
<u>2012</u>	5.684 (34,6%)	1.102 (6,7%)	1.335 (8,1%)	3.205 (19,5%)	5.106 (31,1%)
<u>2013</u>	6.795 (32,5%)	1.307 (6,3%)	2.197 (10,5%)	4.414 (21,1%)	6.192 (29,6%)
<u>2014</u>	8.507 (32,0%)	1.662 (6,2%)	3.003 (11,3%)	6.001 (22,5%)	7.443 (28,0%)
<u>2015</u>	10.099 (30,8%)	1.901 (5,8%)	3.500 (10,7%)	8.092 (24,7%)	9.183 (28,0%)

<u>2016</u>	11.151	2.156	4.110	10.624	10.239
	(29,1%)	(5,6%)	(10,7%)	(27,8%)	(26,7%)
2017	14.093	2.617	5.389	15.190	12.527
	(28,3%)	(5,3%)	(10,8%)	(30,5%)	(25,1%)
2018	16.725	3.186	6.109	21.611	15.551
	(26,5%)	(5,0%)	(9,7%)	(34,2%)	(24,6%)
2019	15.315	2.959	5.108	23.077	14.668
	(25,1%)	(4,8%)	(8,4%)	(37,8%)	(24,0%)

FONTE: MS/SVS/Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. NOTAS: (1) Dados até 30/06/2020; (2) Dados preliminares para os últimos 5 anos.

De acordo com o Ministério da Saúde do Brasil, 56,5% das gestantes com sífilis receberam tratamento inadequado, 27,3% não receberam nenhum tratamento, 12,1% dos casos foram ignorados e apenas 4,1% receberam terapia adequada (BRASIL, 2015).

A sífilis quando não tratada precocemente, pode evoluir para uma enfermidade crônica com sequelas irreversíveis em longo prazo (BRASIL, 2016). Contudo, desde a sua descoberta no século 20, a penicilina continua sendo um dos únicos tratamentos recomendados para infecção por sífilis e o único tratamento recomendado em mulheres grávidas (WORKOWSKI; BOLAN, 2015). O tratamento com penicilina deve iniciar logo após o diagnóstico (TSAI *et al.*, 2019). Além disso a equipe médica deve considerar a terapia para tratar o paciente bem como seu(s) parceiro(s) afim de minimizar riscos de reinfecção (JAMISON; COLEMAN; MMEJE, 2019).

Segundo os dados do Ministério da Saúde (2020), no ano de 2015 a penicilina foi usada em 28.638 dos casos de sífilis gestacional, em 2016 com 34.079, em 2017 com 44.841 e com um crescente aumento de 56.066 em 2018, sendo o fármaco mais utilizado no tratamento da comorbidade, com média de 89,02 % dos casos no Brasil.

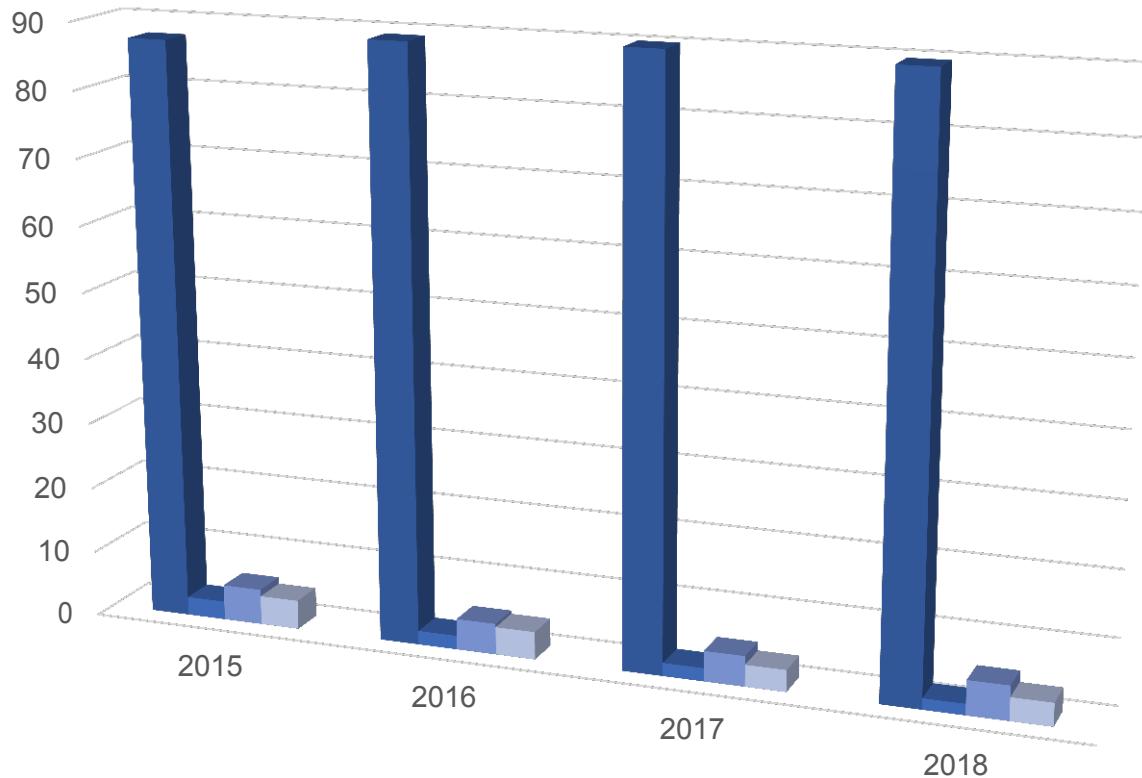
Segundo CDC (2015), a penicilina G parenteral é a única terapia com eficácia documentada para a sífilis durante a gravidez, mulheres grávidas com sífilis em qualquer estágio que relatam alergia a penicilina devem ser dessensibilizadas e tratadas com penicilina. Um estudo estimou de que a

penicilina é 98,2% eficaz para o tratamento da sífilis em mulheres grávidas (ALEXANDER *et al.*, 1999). Contudo, há controvérsias. Estudos em fases latentes da sífilis gestacional relataram que mesmo com a administração correta de penicilina G benzatina não ocorreu nenhuma melhora na resposta sorológica dos pacientes (PASQUINI *et al.*, 2018; RONG-XIN *et al.*, 2016).

Durante a administração da terapia medicamentosa com penicilina pode ocorrer uma reação alérgica, chama de reação de Jarisch-Herxheimer. Dentro de 24 horas após o tratamento com antibióticos de infecções de espiroquetas, como a sífilis, os pacientes apresentam calafrios, aumento de temperatura e intensificação de erupções cutâneas. Relatos de casos indicam que a reação de Jarisch-Herxheimer pode incluir contrações uterinas na gravidez, piora da função renal e hepática, síndrome do desconforto respiratório agudo, lesão miocárdica, hipotensão, meningite, alteração de consciência, convulsões e derrames (BUTLER, 2017).

A reação de Jarisch-Herxheimer ocorre com mais frequência entre pessoas com sífilis inicial, presumivelmente porque a carga bacteriana é maior durante esses estágios (CDC, 2015). A ocorrência da reação é a seguinte: sífilis primária soronegativa (55%), sífilis primária soropositiva (95%) e sífilis secundária (95%) (DHAKAL; SBAR, 2020). Os antipiréticos podem ser usados para controlar os sintomas, mas não foi comprovado que eles previnam essa reação. A reação de Jarisch-Herxheimer pode induzir o parto prematuro ou causar sofrimento fetal em mulheres grávidas, mas isso não deve prevenir ou atrasar o tratamento (CDC, 2015).

Figura 9. Distribuição percentual de casos de gestantes com sífilis segundo esquema de tratamento prescrito por ano de diagnóstico. Brasil, 2015-2018.



	2015	2016	2017	2018
■ Penicilina	87,4	89,1	90	89,6
■ Outro Esquema	2,8	2,1	2	1,7
■ Não realizado	5,4	4,7	4,6	5,2
■ Ignorado	4,4	4,2	3,3	3,5

■ Penicilina ■ Outro Esquema ■ Não realizado ■ Ignorado

Adaptado de DATASUS/TABNET (2020). FONTE: MS/SVS/Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. NOTAS: (1) Dados até 30/06/2020; (2) Dados preliminares para os últimos 5 anos.

A sífilis pode facilitar a transmissão do HIV (vírus da imunodeficiência humana), o que é especialmente preocupante em países de baixa e média renda, onde ambas as doenças são comuns (YEGANEH *et al.*, 2016), sendo considerada um agravo em saúde pública. A sífilis não tratada aumenta

significativamente o risco de contrair o HIV, uma vez que a entrada do vírus é facilitada pela presença de lesões sífilíticas (HORVÁTH, 2011).

Além disso, o CDC (*Centers for Disease Control and Prevention*) recomenda que todas as pessoas com sífilis devem ser testadas para a infecção pelo HIV (WORKOWSKI; BERMAN, 2010). Mulheres grávidas soropositivas devem ser consideradas infectadas, a menos que uma história de tratamento adequado seja claramente documentada nos registros médicos e os títulos de anticorpos sorológicos sequenciais tenham diminuído apropriadamente para o estágio da sífilis (CDC, 2015). As feridas genitais causadas pela sífilis podem sangrar facilmente e tornar mais fácil a transmissão da infecção por HIV, com um risco 2 a 5 vezes maior de adquirir o HIV (CDC, 2012).

Visto isso é importante lembrar que a sífilis é uma infecção prevenível, com agente etiológico definido, de fácil controle e com opções de prevenção relativamente baratas, como é o uso de preservativos o que não justifica os seus elevados índices de prevalência no Brasil.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.

O presente estudo é relevante para demonstrar que houve um aumento no número de casos de sífilis gestacional no país e que o diagnóstico e o direcionamento em ações de saúde deve ser prioridade em saúde pública. A partir dos dados expostos no trabalho, foi possível concluir que se faz necessário maior atenção frente a exposição da doença, para combate e eliminação dos casos. Também a ampliação da atenção a saúde frente a conscientização do tratamento e infecção a sífilis gestacional.

A triagem para infecção por sífilis em mulheres grávidas está associada à redução de incidência de riscos para o feto e para a mãe, além de direcionar ao tratamento correto e disponível para que não ocorra o agravamento dos casos.

Um dos aspectos que poderiam ser investigados para possível inclusão na ficha de investigação da sífilis em gestantes, são as manifestações clínicas, número de gestações, sintomas e sinais físicos da paciente.

Para reduzir a prevalência de sífilis gestacional é de fundamental importância que profissionais de saúde, inclusive os farmacêuticos possuam conhecimento técnico sobre a patologia a fim de orientar de forma adequada sobre prevenção, contaminação, sintomas clínicos, tratamento farmacológico..

REFERÊNCIAS

ALEXANDER JM, SHEFFIELD JS, SANCHEZ PJ, MAYFIELD, J.; WENDEL, G.D. Efficacy of treatment for syphilis in pregnancy. **Obstetrical & Gynecological Survey**, v.93, p.5–8, 1999.

BAMPI, J.V.B.; CORREA, M.E.; BET, G.M.S.; MARCHIORO, S.B.; SIMIONATTO, S. Descriptive analysis of syphilis cases reported in Mato Grosso do Sul, Brazil identifies failure in treatment. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v.52, 2019.

BAUGHN, R.E.; MUSER, D.M. Secondary Syphilitic Lesions. **Clinical Microbiology Reviews**, v.18, n.1, p.205-216, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico da Sífilis**. 2012. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2012/52537/boletim_sifilis_2012_pdf_26676.pdf>. Acesso em 29 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico: Sífilis**. Brasília: Ministério da Saúde; 2016. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/publicacao/2016/boletim-epidemiologico-de-sifilis>>. Acesso em 4 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual técnico para Diagnóstico da Sífilis**. 2016, 52 p. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2016/manual-tecnico-para-diagnostico-da-sifilis>>. Acesso em 29 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo clínico e diretrizes terapêutico para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2020, 248 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Doença de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis**. 2020a. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/o-que-sao-ist/sifilis>>. Acesso em 17 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Nacional de Saúde do Homem. **Guia do pré-natal do parceiro para profissionais de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

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 de HIV, Sífilis e Hepatites Virais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais. **Manual Técnico para Diagnóstico da Sífilis**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2016a, 54 p. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2016/manual-tecnico-para-diagnostico-da-sifilis>>. Acesso em 26 out. 2020.

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. Disponível em: <<https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201703/16152016-4-5-7-esquema-tto-sifilis.pdf>>. Acesso em 22 nov. 2020.

BUTLER, T. The Jarisch-Herxheimer Reaction after antibiotic treatment of Spirochetal Infections: A review of recent cases and our understanding of pathogenesis. **The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene**, v.96, n.1, p.46-52, 2017.

CDC. Centers for Disease Control and Prevention. 2015 **Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines**. Disponível em: <<https://www.cdc.gov/std/tg2015/syphilis.htm>>. Acesso em 26 out. 2020.

CDC. Centers for Disease Control and Prevention. **Syphilis – CDC Fact Sheet**. 2012. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/std/syphilis/STDFact-Syphilis.html>>. Acesso em 25 out. 2010.

CDC. Centers of Disease Control and Prevention. **Sexually Transmitted Diseases (STDs). Syphilis - CDC Fact Sheet. 2010**. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/std/syphilis/stdfact-syphilis.htm2010>>. Acesso em 14 out. 2020.

CDC. Centers for Disease Control and Prevention. **STD Surveillance Case Definitions Effective - 2014**. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/std/stats/CaseDefinitions-2014.pdf>>. Acesso em 23 nov. 2020.

CLEMENT, M.E.; OKEKE, N.L.; HICKS, C.B. Treatment of Syphilis: a systematic review. **JAMA**, v.312, n.18, p.1905-1917, 2014.

COOPER, J.M.; SÁNCHEZ, P.J. Congenital syphilis; **Seminars in Perinatology**, v.42, n.3, p.176-184, 2018.

DATASUS/TABNET. **Indicadores Aids e Sífilis**. 2020. Disponível em: <<http://indicadoressifilis.aids.gov.br/>>. Acesso em 24 out. 2020.

DE SANTIS, M.; DE LUCA, C.; MAPPA, I.; SPAGNUOLO, T.; LICAMELI, A.; STRAFACE, G.; SCAMBIA, G. Syphilis infection during Pregnancy: Fetal risks and clinical management. **Infectious Diseases in Obstetrics and Gynecology**, n.430585, 2012.

DHAKAL, A.; SBAR, E. Jarisch Herxheimer Reaction. **StatPearls**, 2020. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557820/>>. Acesso em 26 out. 2020.

DOMANTAY-APOSTOL, G.P.; HANDOG, E.B.; GABRIEL, M.T.G. Syphilis: the international challenge of the great imitator. **Dermatologic Clinics**, v. 26, p.191–202, 2008.

DOMINGUES, R.M.S.M.; SZWARCOWALD, C.L.; SOUZA JUNIOR, P.R.B.; LEAL, M.do C. Prevalência de Sífilis na gestação e testagem pré-natal: Estudo Nascido no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, n. 5, p. 766-774, 2014.

FIUMARA, N.J.; FLEMING, W.L.; DOWNING, J.G.; GOOD, F.L. The incidence of prenatal syphilis at the Boston City Hospital. **The New England Journal of Medicine**, v.247, p.48–52, 1952.

HAWKES, S.; MATIN, N.; BROUET, N.; LOW, N. Effectiveness of interventions to improve screening for syphilis in pregnancy: a systematic review and meta-analysis. **Lancet Infectious Diseases**, v. 11, n. 9, p. 684-691, 2011.

HAWKES, S.J.; GOMEZ, G.B.; BROUET, N. Early antenatal care: does it make a difference to outcomes of pregnancy associated with syphilis? A systematic review and meta-analysis. **PLoS One**, v. 8, n. 02, p. 56713, 2013.

HORVATH, A. Biology and natural history of syphilis. In: GROSS, G.; TYRING, S. K. (Ed.). **Sexually transmitted infections and sexually transmitted diseases**. [S.l]: Springer, 2011. p. 129-141.

INGALL, D.; SÁNCHEZ, P.J.; SYPHILIS. IN: REMINGTON JS, KLEIN JO, editors. **Infectious Diseases of the Fetus and Newborn Infant**. 5ª ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 2001, p. 643–681.

JAMISON, C.D.; COLEMAN, J.S.; MMEJE, O. Improving women's health and combatting sexually transmitted infections through expedited partner therapy. **Obstetrics & Gynecology**, v.133, p.416–422, 2019.

JANIER M, HEGYI V, DUPIN N.; UNEMO, M.; TIPLICA, G.S.; POTOČNIK, M.; FRENCH, P.; PATEL, R. 2014 European guideline on the management of syphilis. **Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology**, v.102, p. 459–475, 2015.

KARLIŃSKA-JACHOWSKA, M.; CHMIELNICKI, P.; DZIANKOWSKA-BARTKOWIAK, B.; WASZCZYKOWSKA, E.; TORZECKA, J.D. Syphilis – issue of the 21st century. **Advances in Dermatology and Allergology**, v. 24, p. 233–237, 2007.

KENT, M.E.; ROMANELLI, F. Reexamining syphilis: an update on epidemiology, clinical manifestations, and management. **Annals of Pharmacotherapy**, v.42, p.22–36, 2008.

LEVINSON, W. Espiroquetas. In:_____. **Microbiologia Médica e Imunologia**. 13^aed. Porto Alegre: AMGH, 2016.

MASCHIO-LIMA, T.; MACHADO, I.L.L.; SIQUEIRA, J.P.Z.; ALMEIDA, M.T.G. Perfil epidemiológico de pacientes com sífilis congênita e gestacional em um município do Estado de São Paulo, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v.19, n.4, p.873-880, 2019.

NEWMAN, L.; KAMB, M.; HAWKES, S.; GOMEZ, G.; SAY, L.; SEUC, A.; BROUTET, N. Global estimates of Syphilis in Pregnancy and Associated Adverse outcomes: Analysis of multinational antenatal surveillance data. **PLoS Medicine**, v. 10, n. 2, p. 1001396, 2013.

O'BYRNE P.; MACPHERSON, P. Syphi is. **The BMJ (Clinical Research ed.)**, v.365, 2019.

OSWAL, S.; LYONS, G. Syphilis in pregnancy. **Continuing Education in Anaesthesia, Critical Care & Pain**, v.8, n.6, p.224–227, 2008.

PADOVANI, C.; DE OLIVEIRA, R.R.; PELLOSO, S.M. Syphilis in during pregnancy: association of maternal and perinatal characteristics in a region of southern Brazil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.26, n.3019, 2018.

PALFI Z, PONYAI K, VARKONYI V, KARPATI, S. Primary syphilis on the finger. **Dermatology**, v. 217, p. 252–253, 2008.

PASQUINI, L.; MAGRO-MALOSSO, E.R.; CORDISCO, A.; TROTTA, M.; DI TOMMASO, M.D. Latent Syphilis Infection in Pregnancy: An ultrassond diagnosed case of penicillin treatment failure. **Case Reports in Obstetrics and Gynecology**, n.8706738, 2018.

PERREIRA, T.M.; FERNANDES, J.C.; VIEIRA, A.P.; BASTO, A.S. Tertiary syphilis. **International Journal of Dermatology**, v.46, n.11, p.1192-1195, 2007.

PETTY-SAPHON, N.; BRADY, M.; CULLEN, G.; COONEY, F.; DOWNES, P.; DOYLE, S.; HOLDER, P.; LYONS, F.; IGOE, D. A proposal for changes to the European Union syphilis surveillance case definition using evidence from evaluations in Ireland. **Eurosurveillance**,v.24, n.45, 2019.

PLAGENS-ROTMAN, K.; PRZYBYLSKA, R.; GERKE, K.; PISKORZ-SZYMENDERA, M.; TOMASZEWSKA, M.; SADOWSKA-PRZYTOCKA, A.; ADAMSKI, Z.; CZARNECKA-OPERACZ, M. Syphilis and a pregnant woman: a real danger for the woman and the child. **Advances in Dermatology and Allergology**, v.36, n.1, p.119-124, 2019.

RONG-XIN, R.; LIN-NA, W.; HE-YI, Z.; JUN, L. No improvement in serological response among serofast latent patients retreated with benzathine penicillin. **International Journal of STD & AIDS**, v.27, n.1, p.58-62, 2016.

SHAHROOK, S.; MORI, R.; OCHIRBAT, T.; GOMI, H. Strategies of testing for syphilis during pregnancy. **Cochrane Database of Systemic Reviews**, v.10, n. CD010385, 2014.

SHAFII, T.; RADOLF, J.D.; SANCHEZ, P.J.; SCHULZ, K.F.; MURPHY, F.K. **Congenital Syphilis**. In: HOLMES KK, SPARLING PF, STAMM WE, PIOT P, WASSERHEIT JN, COREY L, et al. Sexually transmitted diseases. 4. New York: McGraw Hill; 2008, p. 1578–612.

STOLTEY, J.E.; COHEN, S.E. Syphilis transmission: a review of the current evidence. **Sexual Health**, 2018. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5973824/> >. Acesso em 22 nov. 2020.

SILVA, G.M.; PESCE, G.B.; MARTINS, D.C.; PRADO, C.M.; FERNANDES, C.A.M. Sífilis na gestante e congênita: perfil epidemiológico e prevalência. **Enfermería Global**, n.57, p.122-136, 2020.

TSAI, S.; SUN, M.Y.; KULLER, J.A.; RHEE, E.H.J.; DOTTERS-KATZ, S. Syphilis in Pregnancy. **Obstetrical & Gynecological Survey**, v.74, n.9, p.557-564.

TUDOR, M.E.; ABOUD, A.M.A.; GOSSMAN, W.G. **Syphilis** In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK534780/> >. Acesso em 22 nov. 2020.

UNEMO, M.; BALLARD, R.; ISON, C.; LEWIS, D.; NDOWA, F.; PEELING, R. **Laboratory Diagnosis of Sexually Transmitted Infections, Including Human Immunodeficiency Virus**. Geneva: World Health Organization; 2013 Disponível em: < http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85343/9789241505840_eng.pdf?sequence=1 >. Acesso em 26 out. 2020.

WAHAB, A.A.; ALI, U.K.; MOHAMMAD, M.; MONOTO, E.M.; RAHMAN, M.M. Syphilis in pregnancy. **Pakistan Journal of Medical Sciences**, v.31, n.1, p.217-219, 2015.

WHO. World Health Organization. **Global health sector strategy on sexually transmitted infections 2016-2021**. Geneva, Switzerland, 64p, 2020. Disponível em: << <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-RHR-16.09> >>. Acesso em 14 de out. 2020

WHO. World Health Organization. **Investment case for eliminating mother-to-child transmission of syphilis – Promoting better maternal and child health and stronger health systems**. 2012, 60 p. Disponível em: <<

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75480/9789241504348_eng.pdf?sequence=1 >>. Acesso em 14 out. 2020.

WHO. World Health Organization. **Investment Case for Eliminating Mother to Child Transmission of Syphilis: Promoting Better Maternal and Child Health and Stronger Health Systems**. Geneva: World Health Organization; 2012. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75480/1/9789241504348_eng.pdf>. Acesso em 30 out. 2020.

WHO. World Health Organization. **The Global Elimination of Congenital Syphilis: Rationale and Strategy for Action**. 2007, 46 p. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43782/9789241595858_eng.pdf;jsessionid=4825D7294180FDEE868DC1DF94E3406A?sequence=1>. Acesso em 14 out. 2020.

WORKOSWSKI, K.A.; BERMAN, S. Sexually transmitted diseases treatment guidelines. **Morbidity and Mortality Weekly Report**, v.59, n.RR-12, p.1-113, 2010.

WORKOWSKI, K.A.; BOLAN, G.A. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2015, v. 64. Atlanta, GA: **Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR)**; 2015.

WONG, N.S.; CHEN, L.; TUCKER, J.D.; ZHAO, P.; GOH, B.T.; POON, H.C.; YANG, L.; YANG, B.; ZHENG, H.; HUANG, S. Distribution of reported syphilis cases in South China: spatiotemporal analysis. **Scientific Reports**, v.8, n.9090, 2018.

YEGANEH, N.; WATTS, H.D.; CAMARCA, M.; SOARES, G.; JOAO, E.; PILOTTO, J.H.; GRAY, G.; THERON, G.; SANTOS, B.; FONSECA, R.; KREITCHMANN, R.; PINTO, J.; MUSSI-PINHATA, M.; CERIOTTO, M.; MACHADO, D.M.; VELOSO, V.G.; GRINZSTEJN, B.; MORGADO, M.G.; BRYSON, Y.; MOFENSON, L.M.; NIELSEN-SAINES, K. Syphilis in HIV-Infected Mothers and Infants: Results from the NICHD/HPTN 040 Study. **The Pediatric Infectious Disease Journal**, v.34, n.3, p.52-57, 2015.

ANEXOS E APÊNDICES

Anexo 1. Ficha de investigação de Sífilis em Gestantes

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO FICHA DE INVESTIGAÇÃO SÍFILIS EM GESTANTE		Nº	
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.					
^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/pcdt .					
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.					
* Casos confirmados de cicatriz sorológica não devem ser notificados.					
Dados Gerais	1	Tipo de Notificação			2 - Individual
	2	Agravado/doença		Código (CID10)	3 Data da Notificação
	SÍFILIS EM GESTANTE		O98.1		
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)		
Notificação Individual	6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7 Data do Diagnóstico
	8	Nome do Paciente			9 Data de Nascimento
	10 (ou) Idade	11 Sexo	12 Gestante	13 Raça/Cor	
	14 Escolaridade	15 Número do Cartão SUS			
Dados de Residência	16	Nome da mãe			17 UF
	18	Município de Residência		Código (IBGE)	19 Distrito
	20	Bairro	21 Logradouro (rua, avenida,...)	Código	
	22	Número	23 Complemento (apto., casa, ...)	24 Geo campo 1	
Dados Complementares do Caso	25	Geo campo 2		26 Ponto de Referência	27 CEP
	28	(DDD) Telefone		29 Zona	30 País (se residente fora do Brasil)
	31 Ocupação				
	32 UF	33 Município de realização do Pré-Natal	Código (IBGE)	34 Unidade de realização do pré-natal: Código	
Ant. epid. gestante	35 Nº da Gestante no SISPRENATAL				36 Classificação Clínica
					1 - Primária 2 - Secundária 3 - Terciária 4 - Latente 9 - Ignorado
Dados laboratoriais	Resultado dos Exames				38 Título
	37 Teste não treponêmico no pré-natal				39 Data
Tratamento/encerramento	40 Teste treponêmico no pré-natal				
	1-Reagente 2-Não reagente 3-Não realizado 9-Ignorado				
Lógicas da sexual	41 Esquema de tratamento prescrito à gestante				
	1 - Penicilina G benzantina 2.400.000 UI 2 - Penicilina G benzantina 4.800.000 UI 3 - Penicilina G benzantina 7.200.000 UI 4 - Outro esquema 5 - Não realizado 9 - Ignorado				
	42 Parceiro tratado concomitantemente à gestante				
	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado				

Ant. epidemiológico parceria sex	43	Esquema de tratamento prescrito ao parceiro			<input type="checkbox"/>
	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

Ant. epidemiológicos 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