

UNIGUAIRACÁ CENTRO UNIVERSITÁRIO
INSTITUTO SUPERIOR DE ENSINO
CURSO DE FARMÁCIA

DANIELLA ZIMERMANN PRATES

**CARACTERIZAÇÃO DOS CASOS NOTIFICADOS DE SÍFILIS ADQUIRIDA E
GESTACIONAL EM GUARAPUAVA – PR (2011 a 2020)**

Guarapuava

2020

DANIELLA ZIMERMANN PRATES

**CARACTERIZAÇÃO DOS CASOS NOTIFICADOS DE SÍFILIS ADQUIRIDA E
GESTACIONAL EM GUARAPUAVA – PR (2011 a 2020)**

Trabalho de Conclusão de Curso a ser apresentado à Uniguairacá Centro Universitário, para obtenção do grau de Bacharel em Farmácia.

Orientadora: Prof.^a Me. Gisele Neumann Zanella

Guarapuava

2020

UNIGUAIRACÁ CENTRO UNIVERSITÁRIO
INSTITUTO SUPERIOR DE EDUCAÇÃO
BACHARELADO EM FARMÁCIA

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

**CARACTERIZAÇÃO DOS CASOS NOTIFICADOS DE SÍFILIS ADQUIRIDA E
GESTACIONAL EM GUARAPUAVA – PR (2011 a 2020)**

ELABORADA POR:
“DANIELLA ZIMERMANN PRATES”

COMISSÃO EXAMINADORA:

Prof.^a Me. Gisele Neumann Zanella

Prof.^a Dr.^a Tatiana Herrerias

Prof.^a Dr.^a Luciana Erzinger Alves Camargo

Guarapuava
2020

RESUMO

A sífilis é uma patologia causada pela bactéria *Treponema pallidum*, e apresenta-se como uma infecção sistêmica, de evolução crônica, com períodos sintomáticos geralmente curtos separados por períodos de latência de duração variável. É uma infecção sexualmente transmissível, onde classifica-se como sífilis adquirida, a qual pode ser transmitida verticalmente da gestante para seu concepto, classificando-se como sífilis congênita. Sua incidência vem crescendo ao longo dos anos, o que evidencia a necessidade de caracterização de casos a fim de que a saúde pública possa desenvolver estratégias de contenção de sua transmissão. Logo, o objetivo do presente trabalho foi caracterizar, através de um estudo quantitativo transversal descritivo, o número de casos de sífilis adquirida no município de Guarapuava, no Paraná. Os resultados encontrados sugerem que, a partir do ano de 2016 houve um crescimento substancial no número de casos de sífilis adquirida, sendo estes bem distribuídos entre homens e mulheres. Além disso, evidenciou-se também aumento significativo no número de casos entre as gestantes. Dessa forma, sugere-se que medidas coletivas sejam adotadas a fim de promover a educação sexual, o que poderia colaborar para a diminuição no número de casos no município.

Palavras-chave: sífilis; gestante; caracterização.

ABSTRACT

Syphilis is a pathology caused by the bacterium *Treponema pallidum*, and presents as a systemic infection, of chronic evolution, with symptomatic periods generally short separated by periods of latency of variable duration. It is a sexually transmitted infection, where it is classified as acquired syphilis, which can be transmitted vertically from the pregnant woman to her fetus, being classified as congenital syphilis. Its incidence has grown over the years, which highlights the need to characterize cases in order for public health to develop strategies to contain its transmission. Therefore, the objective of this study was to characterize, through a descriptive cross-sectional quantitative study, the number of cases of syphilis acquired in the city of Guarapuava, Paraná. The results found suggest that, from 2016 onwards, there was a substantial growth in the number of acquired syphilis cases, which are well distributed among men and women. In addition, there was also a significant increase in the number of cases among pregnant women. Thus, it is suggested that collective measures be adopted in order to promote sex education, which could contribute to the decrease in the number of cases in the municipality.

Keywords: syphilis; pregnant; description.

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1** – Casos e taxa de detecção (por 100.000 habitantes) de sífilis adquirida por ano de diagnóstico em Guarapuava, Paraná, Brasil, 2011-2020. **23**
- Tabela 2** – Casos de sífilis adquirida por sexo e ano de diagnóstico em Guarapuava, Paraná, Brasil, 2011-2020. **25**
- Tabela 3** – Casos e taxa de detecção (por 1.000 nascidos vivos) de gestantes com sífilis por ano de diagnóstico em Guarapuava, Paraná, Brasil, 2011-2020. **26**
- Tabela 4** – Casos de gestantes com sífilis segundo faixa etária por ano de diagnóstico em Guarapuava, Paraná, Brasil, 2011-2020.. **27**
- Tabela 5** – Casos de gestantes com sífilis segundo escolaridade por ano de diagnóstico em Guarapuava, Paraná, Brasil, 2011-2020. **28**
- Tabela 6** – Casos de gestantes com sífilis segundo cor ou raça por ano de diagnóstico em Guarapuava, Paraná, Brasil, 2011-2020. **29**
- Tabela 7** – Casos de gestantes com sífilis segundo esquema de tratamento por ano de diagnóstico em Guarapuava, Paraná, Brasil, 2016-2019. **29**

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

EF – Ensino Fundamental.

FTA-Abs – Fluorescent Treponemal Antibody Absorption.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

IgG – Imunoglobulina G.

IgM – Imunoglobulina M.

IM – intramuscular.

MHA – TP Microhemagglutination Assay for *Treponema pallidum*.

NTT – Testes não-treponêmicos.

OMS – Organização Mundial da Saúde.

RDC – Resolução da Diretoria Colegiada.

RS – Regional de Saúde

SESA – SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ.

SUS – Sistema Único de Saúde.

T. pallidum – *Treponema pallidum pallidum*.

TPHA – Treponemal pallidum Hemagglutination Assay.

TPI – *Treponema pallidum* Immobilization.

VDRL – Venereal Disease Research Laboratory.

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO.....	8
2. REVISÃO TEÓRICA.....	11
2.1 ASPECTOS HISTÓRICOS DA SÍFILIS	11
2.2 APRESENTAÇÃO CLÍNICA.....	13
2.2.1 Sífilis primária.....	13
2.2.2 Sífilis secundária	14
2.2.3 Sífilis latente.....	14
2.2.4 Sífilis terciária.....	14
2.2.5 Sífilis adquirida.....	15
2.2.6 Sífilis congênita	15
2.3 PREVENÇÃO	16
2.4 DIAGNÓSTICO.....	16
2.4.1 Exame direto.....	17
2.4.2 Testes imunológicos.....	17
2.4.2.1 Testes treponêmicos	18
2.4.2.2 Testes não-treponêmicos (NTT).....	18
2.5 TRATAMENTO	19
2.6 ATUAÇÃO DO FARMACÊUTICO NO COMBATE À SÍFILIS.....	20
3. OBJETIVOS	21
3.1 OBJETIVO GERAL	21
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	21
4. METODOLOGIA.....	22
5. RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	23
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	31
8. REFERÊNCIAS	32

1. INTRODUÇÃO

A Sífilis é uma infecção exclusiva do ser humano, causada por uma bactéria – uma subespécie de *Treponema pallidum pallidum* (*T. pallidum*). É uma infecção sistêmica, de evolução crônica, que se apresenta com períodos sintomáticos geralmente curtos, separados por períodos de latência de duração variável, no qual, a doença pode ficar assintomática por um período de dois anos ou mais. Consiste numa infecção sexualmente transmissível (sífilis adquirida) que também pode ser transmitida verticalmente da gestante para seu concepto (sífilis congênita) (AVELLEIRA *et al.* 2006).

A sífilis adquirida caracteriza-se por três fases marcantes, de acordo com características clínicas, imunológicas e histopatológicas: primária, secundária e terciária. Para fins de tratamento a sífilis é classificada em recente (com menos de um ano) e tardia. Sem tratamento adequado após a sífilis secundária, existem dois períodos de latência, um recente, com menos de um ano, e outro de latência tardia, com mais de um ano de doença (BRASILIA, 2007).

Outra possível classificação da sífilis é como sendo congênita. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a sífilis congênita é uma das consequências adversas evitáveis mais graves da gravidez. Aproximadamente 40% das gestações causam aborto fetal e perinatal, sendo que a sífilis materna vem sendo apontada, também, como uma das principais causas de morbidade materna. Nos demais casos, aproximadamente 50% dos recém-nascidos podem sofrer consequências físicas, sensoriais ou de desenvolvimento. A OMS estima, ainda, que a sífilis materna foi responsável por números expressivos de nascimentos de bebês prematuros de baixo peso globalmente, sendo que em 2004 estimou-se o nascimento de mais de um milhão de crianças com sífilis congênita a cada ano no mundo (BRASIL, 2006). No Brasil, estima-se que a prevalência média de sífilis adquirida em mulheres em trabalho de parto varie entre 1,4% e 2,8%, com uma taxa de transmissão vertical em torno de 25% (HOLANDA *et al.* 2011).

Uma estimativa mais recente da OMS, realizada no ano de 2016, indicou a ocorrência de aproximadamente 661 mil de casos de sífilis congênita no mundo, resultando em mais de 200 mil natimortos e mortes neonatais. No mundo, a cada ano são infectados doze milhões de adultos e mais de um milhão de recém-nascidos (OPAS, 2019). Em 2017, o número total de casos notificados no Brasil foi de

119.800. A região com maior número de casos foi a Sudeste, com 61.745 (51,5%) casos notificados, seguida da região Sul, com 29.169 (24,3%). Foram registrados também 15.295 (12,8%) na Região Nordeste, 7.701 (6,4%) na Região Centro-Oeste e 5.890 (4,9%) na Região Norte (UNFPA, 2018).

Dessa forma, a sífilis apresenta-se como uma infecção disseminada e crônica que pode acarretar a consequências graves a saúde do indivíduo que é acometido por ela. Embora haja tratamento, a propagação de informações é uma forte ferramenta contra a propagação da doença. Sendo de extrema importância estudos relacionados ao assunto bem como a contribuição de profissionais da área da saúde para o conhecimento da doença pela população (AVELLEIRA *et al.* 2006). Embora a infecção seja facilmente detectada pelo exame sorológico, seus sintomas podem ser confundidos com outras patologias, o que pode levar a atrasos no diagnóstico do tratamento (JIMÉNEZ *et al.* 2015). Contudo, a sífilis ainda é considerada um grave problema de saúde pública não apenas no Brasil, mas em todo mundo (BRASIL, 2016; LAZARINI *et al.* 2017; ANDRADE *et al.*, 2018). Logo, em função do aumento dos casos, principalmente em mulheres de idade fértil, a demanda vem intensificando ações de controle – sendo a prevenção preferível ao tratamento (SÃO PAULO, 2016).

Dessa forma, a prevalência significativa e recente de tal doença evidencia a importância e necessidade do estudo acerca de suas características epidemiológicas e geográficas. Além disso, a caracterização dos casos notificados pode vir a contribuir para o planejamento de ações de vigilância sanitária bem como promoção de saúde, de forma específica, uma vez que se torna possível compreender as necessidades do município e de sua população.

2. REVISÃO TEÓRICA

2.1 Aspectos históricos da sífilis

A origem da sífilis vem sendo debatida há décadas, sendo que a sífilis foi registrada pela primeira vez na Europa em meados da década de 1490 – o que, coincidentemente, data à primeira viagem de Cristóvão Colombo para o Novo Mundo. Dessa forma, através de estudos de médicos contemporâneos, de forma paralela à arqueólogos e historiadores mais recentes, pode-se inferir que os marinheiros da embarcação pioneira de Colombo poderiam ter sido os primeiros vetores da doença, em seu retorno. Por volta do século XVII, buscando-se tratar a doença, estabeleceu-se o mercúrio como padrão europeu de tratamento para esta nova praga. Indicava-se que este poderia ser tomado por via oral, injetado na uretra com uma seringa ou ainda feito em um unguento e esfregado na pele. Logo, a suposta cura estabeleceu-se tão terrível quanto a doença, uma vez que entre outras consequências, poderia provocar salivação incontrolável juntamente com úlceras, dentes soltos, ossos frágeis e nervos danos na tentativa de livrar o corpo de humores corrompidos (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006; MURRAY; PFALLER; ROSENTHAL, 2011; MAGALHÃES *et al.*, 2011; TORTORA; FUNKE; CASE, 2012).

Na história da humanidade, diversas doenças acometeram a população mundial, demandando estudos para seu combate e controle, como por exemplo, a tuberculose, febre amarela e, inclusive, a sífilis. A sífilis vem afetando a população mundial desde o século XIX, demandando grande esforço para a identificação de sua etiologia, controle e tratamento. Em 1909 o médico Paul Ehrlich anunciou a descoberta de um medicamento tratamento para sífilis. O medicamento Salvarsan (arsfenamina), apesar de altamente tóxico, apresentou-se eficaz, sendo o primeiro químico terapêutico específico para emergir do novo paradigma da medicina laboratorial. (KARAMANOU *et al.* 2013). Até o advento da penicilina, que ocorreu apenas na década de 1940, houve grande avanço no tratamento da sífilis. Contudo, apesar da eficácia clínica da penicilina, a sífilis continua sendo uma importante preocupação mundial de saúde pública.

Desde sua descoberta, há mais de 100 anos, a sífilis continua sendo umas doenças mais silenciosas e severas. Na atualidade, constam altos índices de novos casos no Brasil, os quais são ocasionados por falta de orientação da população quanto à transmissão e possibilidade de tratamento, profissionais desqualificados no

manejo da doença, gestantes que negligenciam o pré-natal, parceiros diversos e ainda a não aceitação ao tratamento. Tanto a sífilis adquirida, a sífilis congênita gestacional ou sífilis congênita vertical, quando não tratadas de forma adequada, podem desenvolver quadros severos, podendo até mesmo levar à óbito (ARAÚJO *et al.*, 2006).

Embora a origem desta patologia apresente-se controversa, a mesma não foi reconhecida como uma entidade mórbida até o final do século XV. A teoria predominante é que sua introdução ao Velho Mundo nas Américas foi gerada pelos tripulantes de Cristóvão Colombo. Seu retorno à Espanha foi concomitante a uma grande pandemia de sífilis ("A Grande Varíola"), que se espalhou por toda a Europa de 1490 a 1500 (SHEFFIELD *et al.* 1999). Somente em 1901 um biólogo chamado Ilya, trabalhando no Instituto Pasteur em Paris, inoculou com sucesso macacos com *T. pallidum*. A descoberta confirmou a transmissão infecciosa da sífilis (ILYA MECNIKOV, 1908). Em 1937, o cirurgião-geral Thomas Parran previu que 10% dos americanos seriam infectados por sífilis, sugerindo não apenas sua difusão, mas também o reconhecimento das ramificações de triagem e tratamento na saúde pública (PARRAN, 1937). Com relação ao tratamento precoce, um médico chamado Julius deu passos iniciais, experimentando terapia com febre para tratar a neurosífilis em 1917, com a introdução da caixa de calor como a modalidade de tratamento preferida. Seu tratamento levou a uma melhor compreensão da fisiopatologia do *T. pallidum* - a bactéria perde sua infectividade em temperaturas mais altas. Assim, a febre é uma manifestação rara da sífilis clínica. Quando a doença não é tratada, evolui para importantes estágios de gravidade variada, sendo capaz de acometer diversos órgãos e sistemas do corpo (BRASIL, 2017)

A Sífilis está entre os problemas de saúde pública mais comuns em todo o mundo. Ela consiste num importante agravo, afetando diretamente as mulheres, podendo ser transmitida ao bebê durante a gestação (PULGA, *et al.* 2019). A mesma pode ser transmitida pelo contato sexual com lesões infecciosas sem o uso de preservativos com uma pessoa infectada, ou ser transmitida durante a gravidez, durante a gestação ou parto (BRASILIA, 2007). A maioria das pessoas com sífilis são assintomáticas e quando apresentam sinais e sintomas esses podem não ser percebidos ou valorizados, podendo, sem saber, transmitir às suas parcerias sexuais. Quando não tratada, pode evoluir para formas mais graves,

comprometendo especialmente o sistema nervoso e cardiovascular (ROLFS, 1997; CDC, 2015; PEELING, 2017).

As doenças primárias e secundárias apresentam maior probabilidade de infecção, onde uma única exposição sexual a um indivíduo portador de doença em estágio inicial acarreta um risco de 50 a 60% de adquirir sífilis. É importante notar, no entanto, que a transmissão pode ocorrer após a resolução das lesões nas mucosas. A transmissão também pode ocorrer por via transplacental ou no momento da entrega por transmissão vertical. O tempo médio de incubação após a transmissão é de 21 dias (variação de 10 a 90 dias) (SWEET *et al.* 2002).

Na sífilis primária há uma lesão específica, o cancro duro – lesão esta que surge no local da inoculação do agente geralmente três semanas após a infecção, regredindo espontaneamente em média de duas a seis semanas após o aparecimento, não resultando em cicatriz. Esta localiza-se, em 90 a 95% dos casos, na região anogenital (STEFFEN *et al.* 2011). Na sífilis secundária o *T. pallidum* se dissemina pelo corpo e os sinais são mais facilmente identificáveis, uma vez que se iniciam de quatro a dez semanas após o aparecimento do cancro, sendo que os sinais e sintomas aparecem na pele e mucosas de forma geral, caracterizando-se normalmente por febre e mialgia (AVELLEIRA *et al.* 2006)

Não havendo tratamento, a doença pode manter-se em um estado de latência, sendo caracteristicamente chamada de sífilis latente, onde tem-se uma fase geralmente assintomática, geralmente livre de sinais e de sintomas. No entanto, quando o diagnóstico é realizado, os resultados sorológicos são positivos podendo durar de um a trinta anos (ISRAEL, 2008). Na sífilis latente recente, que se estabelece usualmente nos doze primeiros meses depois da fase secundária, os pacientes afetados tornam-se transmissores da doença. Na sífilis latente tardia a transmissão pelo infectado diminui após alguns anos, onde cerca de 15 a 40% dos pacientes infectados evoluem para a sífilis terciária. Esta se constitui como a fase mais grave de todas, sendo sua lesão característica a goma – uma lesão ulcerada, nodular e indolor que leva a grande destruição tecidual, podendo atingir a mucosa, tecidos moles, ossos, pele e órgãos internos (LEÃO *et al.* 2006). A sífilis é uma doença antiga, conhecida há mais de 500 anos, a qual por muito tempo acreditou-se que seria tratada com a penicilina, e que este medicamento levaria ao desaparecimento da doença. Entretanto, embora o *T. pallidum* continue sensível à

penicilina, a sífilis continua atingindo milhões de pessoas no mundo inteiro (FINELLI *et al.* 1998).

2.2 Apresentação clínica

As manifestações clínicas da sífilis podem ser vistas claramente, mas há um período latente assintomático e pode ser transmitida por relação sexual, transfusão de sangue e transmissão vertical da mãe para o feto (SHAFI *et al.* 2008). Não existem diferenças entre as manifestações clínicas da sífilis em mulheres grávidas e não grávidas. Entre as mulheres, muitas vezes passam despercebidas, por conta do não aparecimento de sintomas, bem como por eventuais sinais clínicos aparecerem em um local escondido (INDRIATMI, 2017). Entre 10 a 90 dias de período de incubação e desenvolvimento lento, surgem sintomas clínicos, imunológicos e histopatológicos e os períodos assintomáticos podem se desenvolver em três diferentes estágios: sífilis primária, sífilis secundária e sífilis terciária (FERREIRA, 2008).

2.2.1 Sífilis primária

O estágio primário é caracterizado pelo surgimento do cancro duro, uma lesão ulcerada, geralmente única, indolor, com base plana e borda vermelha elevada e firme, cujo diâmetro varia de 0,5 a 2 cm. Nas mulheres, localiza-se no ponto de entrada no trato genital e pode ser acompanhado por adenopatia inguinal não supurativa indolor em 80% das mulheres, geralmente de origem regional. Mesmo sem tratamento, cura-se espontaneamente em 3 a 6 semanas – mediante a resposta imunológica adequada do hospedeiro (SHEFFIELD *et al.* 1999).

2.2.2 Sífilis secundária

O indivíduo com sífilis primária não tratada progride para sífilis secundária. A disseminação sistêmica de espiroquetas para qualquer sistema de órgãos é testemunhada durante esse estágio, que pode aparecer 4 a 10 semanas (AVELLEIRA *et al.* 2006). Segundo dados do Ministério da Saúde, a sífilis tem crescido na população masculina que apresentou 60,1% dos casos da doença entre 2010 e 2016, no mesmo período, as mulheres apresentaram 39,9% dos casos, isto se deve à falta de informações, acesso ao profissional de saúde, erros de diagnósticos e falta de uso de contraceptivos (BRASIL, 2016).

A apresentação dermatológica tende a ser a mais prevalente, afetando 90% das mulheres infectadas, seguida de sintomas constitucionais, manifestando-se em 70% das mulheres com sífilis secundária. O sistema nervoso central também é um alvo comum nesse estágio, com aproximadamente 40% dos adultos apresentando evidências de anormalidades cerebrais no líquido espinhal (LUKEHARD *et al.* 1988).

2.2.3 Sífilis Latente

Na ausência de tratamento, a sintomatologia da sífilis secundária desaparece dentro de 2 a 6 semanas, momento em que a fase latente começa. A sífilis latente foi subdividida em fases latente precoce (<12 meses) e latente tardia (> 12 meses). Na fase inicial latente, o recrudescência pode ocorrer em aproximadamente 20 a 25% das mulheres. Em contraste, recaídas durante a fase latente tardia são incomuns e os pacientes não são considerados contagiosos por meio da transmissão sexual (SHEFFIELD *et al.* 1999).

A transmissão vertical foi relatada em mulheres com sífilis latente precoce e tardia, embora as taxas de transmissão sejam significativamente mais baixas do que na sífilis primária e secundária. Os testes sorológicos são positivos, mas não há manifestações clínicas durante os estágios latentes (HENAO-MARTÍNEZ *et al.* 2014; GUIMARÃES *et al.*, 2017).

2.2.4 Sífilis Terciária

A sífilis terciária ocorre em aproximadamente um terço dos pacientes que não são tratados e se desenvolvem anos após a infecção inicial. Secundária às medidas de saúde pública e à lenta progressão da doença, a evolução para a sífilis terciária é compreensivelmente rara em mulheres em idade reprodutiva (YOUMANS, 1964).

Dos pacientes que manifestam sífilis terciária, metade deles apresenta sífilis benigna tardia, cuja característica é a goma, uma lesão granulomas localmente destrutiva que afeta vários sistemas orgânicos, como pele e ossos. Da metade restante, um quarto apresenta sífilis cardiovascular, diagnosticada por necrose medial da aorta, contribuindo para aneurismas saculares. O quarto restante dos pacientes com sífilis terciária sofrerá de neurosífilis, que produz paresia geral, tabulação dorsal, atrofia óptica e sífilis meningovascular (SHEFFIELD *et al.* 1999 ; BECK *et al.* 2010).

2.2.5 Sífilis Adquirida

A sífilis adquirida é transmitida principalmente durante o sexo. A maioria das pessoas infectadas por não apresentarem sintomas geralmente não tem conhecimento da infecção e a disseminam para seus parceiros sexuais. Pode ocorrer por transfusão de sangue, mas se tornou rara, por motivos de controle o hemocentro tem feito um trabalho rigoroso. Se não for tratada, a sífilis pode causar complicações cardíacas, do sistema nervoso ou morte em adultos (BRASIL, 2010; CAVALCANTE *et al.* 2012; HESTON *et al.* 2018). A sífilis adquirida também é classificada de acordo com a época e o tempo da infecção, portanto, tem-se a sífilis adquirida recente e tardia. A sífilis adquirida ocorre quando infecção é datada de menos de um ano, enquanto a tardia é caracterizada pela infecção ocorrida há mais de um ano (GOMES *et al.*, 2017).

2.2.6 Sífilis congênita

A sífilis congênita ocorre no parto durante a gravidez. Os sinais clínicos de sífilis durante os primeiros 2 anos de vida são denominados sífilis congênita precoce, enquanto a sífilis congênita tardia descreve os estigmas clínicos posteriormente (FIUMARA *et al.*, 1952; SHEFFIELD *et al.* 1999).

O risco de sífilis congênita se correlaciona com o grau de espiroquetemia materna e a duração da doença, com a sífilis primária e secundária que confere o maior risco de resultados adversos na gravidez. Até 60% dos bebês nascidos de mães não tratadas são diagnosticados com sífilis congênita após uma avaliação de natimortos ou por meio de um diagnóstico neonatal ao nascer. Embora os fetos antes de 16 semanas de gestação raramente sejam infectados devido à sua incapacidade de montar uma resposta imune, espiroquetas foram encontradas em espécimes abortados (INGALL *et al.* 2006).

2.3 PREVENÇÃO

As medidas de prevenção e controle da sífilis são baseadas em exercícios guiados. Conscientização do público sobre o uso do preservativo, detecção precoce e tratamento de pessoas infectadas e seus parceiros sexuais. Os métodos de diagnóstico e tratamento podem ser utilizados no Sistema Único de Saúde (SUS) e são baratos. É muito importante prevenir o exame pré-natal da gestante, pois pode

levar ao aborto espontâneo, parto prematuro e morte do recém-nascido (PETERMAN *et al.* 2018; LUPPI *et al.*, 2018).

2.4 DIAGNÓSTICOS

O diagnóstico da sífilis requer os dados clínicos do paciente, os resultados dos exames laboratoriais, a coexistência entre o histórico de infecção anterior e o contato mais recente. Somente este conjunto de informações pode determinar o método de avaliação correto e, em seguida, fazer um diagnóstico e tomar as medidas de tratamento adequadas (BRASIL, 2017). Os principais tipos de testes de laboratório para sífilis dividem-se em duas categorias, sendo a de testes diretos e de testes imunológicos (SANTANA *et al.*, 2006). Além disso, existem ainda os testes rápidos, que são imunoenaios cromatográficos cuja execução é simples e sua interpretação pode realizar-se em cerca de 30 minutos. Estes são de fácil execução e, conforme preconizados pelo Ministério da Saúde podem ser realizados por qualquer profissional desde que devidamente capacitado. No Brasil, desde 2005, os testes rápidos para sífilis do tipo treponêmico vêm sendo empregados como uma importante ferramenta para ampliação do acesso ao diagnóstico. Propõe-se, nas diretrizes diagnósticas do Ministério da Saúde, o teste rápido treponêmico como teste inicial. Dessa forma, a testagem rápida constitui-se como estratégia de expansão da oferta de testagem para sífilis no Brasil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

2.4.1 Exame direto

Como estudo direto do *Treponema pallidum*, temos um microscópio de campo escuro para coloração do material e imunofluorescência direta (OMS, 2015). A microscopia de campo só pode ser realizada no escuro na sífilis primária e secundária, porque no início da infecção, anticorpos anti-*Treponema pallidum* não são suficientes (BRASIL, 2016). Neste teste, o microscópio de campo escuro ocorre porque o *T. pallidum* é muito fino. Observado ao microscópio óptico, o exsudato pode ser observado e identificado. Existem bactérias vivas e moveis na lesão. Porém, os materiais devem ser analisados e a viabilidade do *Treponema pallidum* deve ser garantida imediatamente após a coleta. Para este teste, é considerado um

teste determinístico rápido e de baixo custo, o qual não é amplamente utilizado, uma vez que é de difícil acesso (LAFOND *et al.* 2006).

Outro método constitui-se no uso direto de substâncias coloridas para pesquisa direta. O método técnico Gram é Fontana-Tribondeau, durante esse processo, ele penetrará na linfa da lesão coletada, contendo prata, tornando a bactéria visível. Portanto, pode-se utilizar um microscópio óptico padrão. Outro método possível é o método Burri, o qual utiliza tinta da China (nanquim) e corante Giemsa. A coloração é muito delicada porque o corpo espiral é esbranquiçado e fica difícil visualizar (BRASIL, 2016). O material coletado da lesão é espalhado, fixado em lâmina de vidro, secado e fixado. Em seguida, adicione a antiglobulina *Treponema pallidum* marcada com fluoresceína, se o resultado for positivo, a espiroqueta fica fluorescente. Comparado com o microscópio de campo escuro, o método de imunofluorescência direta apresenta maior sensibilidade e especificidade. O material coletado da lesão é espalhado, seco e fixado em lâmina de vidro. Em seguida, adiciona-se a antiglobulina *Treponema pallidum* marcada com fluoresceína, se o resultado for positivo, o *Treponema pallidum* é detectado pelo microscópio de imunofluorescência tal que a espiroqueta apresenta-se fluorescente (OMS, 2015).

2.4.2 Testes imunológicos

A sorologia é o método de triagem, diagnóstico e teste mais comum para monitorar a sífilis. Esses testes são divididos em treponêmicos e não treponêmicos (BRISCHETTO *et al.*, 2018; HESTON; ARNOLD, 2018).

2.4.2.1 Testes treponêmicos

O teste treponêmico pode detectar anticorpos contra antígenos do *Treponema pallidum*. São testes qualitativos, muito específicos, que definem a presença ou ausência de anticorpos na amostra, quase sem resultados falso-positivos, sendo os primeiros a apresentarem resultado positivo (de 7 a 15 dias de infecção), podendo permanecer apresentando-se positivos mesmo após tratamento eficaz. Estes incluem as seguintes categorias: o FTA-Abs (Fluorescent Treponemal Antibody Absorption), MHA-TP (Microhemagglutination Assay for *Treponema pallidum*), TPI (*Treponema pallidum* Immobilization) e TPHA (Treponemal pallidum Hemagglutination Assay). Torna-se relevante evidenciar que não há imunidade adquirida contra a

sífilis, pois os níveis de anticorpos diminuem com o tempo (SARACENI, 2005).

2.4.2.2 Testes não-treponêmicos (NTT)

Tais testes detectam uma mistura de Imunoglobulina G (IgG) e Imunoglobulina M (IgM) heterófilos e são realizados manualmente. São baratos, simples e, se realizados de maneira adequada, apresentam uma sensibilidade relativamente alta. O NTT geralmente torna-se positivo aproximadamente de 10 a 15 dias após o aparecimento do cancro primário (ou seja, cerca de 6 semanas após a infecção). Na ausência de tratamento, o título atinge um pico entre 1 e 2 anos após a infecção e permanece positivo com títulos baixos na doença muito tardia. A sororreversão espontânea do NTT em pacientes com sífilis terciária raramente é observada. Os títulos de NTT se correlacionam grosseiramente com a atividade da doença e são usados para monitorar a atividade da doença e a eficácia do tratamento. Os testes não-treponêmicos apresentam sensibilidade mais baixa em comparação com o uso de testes treponêmicos como teste de triagem primário e, em particular, a sífilis precoce pode passar despercebida/não ser detectada (BALLARD e HOOK, 2013).

QUADRO 1: Exames Diretos para Sífilis

	MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS	MATERIAL	SENSIBILIDADE/ESPECIFICIDADE	SIGNIFICADO CLÍNICO	OBSERVAÇÕES
Exame em campo escuro		Exsudato seroso das lesões ativas para observação dos treponemas viáveis em amostras frescas	Alta sensibilidade e especificidade Depende da experiência do técnico Teste eficiente e de baixo custo para diagnóstico direto de sífilis	Positivo: infecção ativa. Considerar diagnóstico diferencial com treponemas não patogênicos e outros organismos espiralados Negativo: considerar que	Positividade em pessoas com cancro primário pode ser anterior à soroconversão (positividade nos testes imunológicos) Não é recomendado para lesões de cavidade oral
Pesquisa direta com material corado	Lesões primárias e secundárias	Esfregaço em lâmina ou cortes histológicos com diferentes corantes	Todas as técnicas têm sensibilidade inferior à microscopia de campo escuro	1) número de <i>T. pallidum</i> na amostra não foi suficiente para sua detecção; 2) a lesão está próxima à cura natural; 3) a pessoa recebeu tratamento sistêmico ou tópico	

Fonte: DCCI/SVS/MS.

QUADRO 2: Testes Imunológicos para Sífilis

TESTES IMUNOLÓGICOS	Não treponêmicos	VDRL RPR TRUST USR	Quantificáveis (ex.: 1:2, 1:4, 1:8). Importantes para o diagnóstico e monitoramento da resposta ao tratamento.
	Treponêmicos	FTA-Abs ELISA/EQL/CMIA TPHA/TPPA/MHA-TP Teste Rápido (TR)	São os primeiros a se tornarem reagentes. Na maioria das vezes, permanecem reagentes por toda a vida, mesmo após o tratamento. São importantes para o diagnóstico, mas não estão indicados para monitoramento da resposta ao tratamento.

Fonte: DCCI/SVS/MS.

2.5 TRATAMENTO

A penicilina é o medicamento de escolha para o tratamento da sífilis. Níveis de penicilina superiores a 0,018 mg por litro são considerados suficientes e devem ser mantidos por pelo menos sete a 10 dias na sífilis recente, e por duração mais longa na sífilis tardia. Para o tratamento da sífilis primária, sífilis secundária e latente recente (até um ano de duração) pode-se realizar o tratamento com Penicilina G benzatina, 2,4 milhões UI, intramuscular (IM), dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo). As terapias alternativas são a doxiciclina 100 mg, via oral, duas vezes ao dia, por 15 dias (exceto para gestantes) ou ceftriaxona 1g, intravenosa ou intramuscular, uma vez ao dia, por 8 a 10 dias para gestantes e não gestantes. Para o tratamento da sífilis latente tardia (mais de um ano de duração) ou latente com duração ignorada e sífilis terciária tem-se a Penicilina G benzatina, 2,4 milhões UI, IM, (1,2 milhão UI em cada glúteo), semanal, por três semanas, sendo a dose total de 7,2 milhões UI. As alternativas são a doxiciclina 100 mg, via oral, duas vezes ao dia, por 30 dias (exceto para gestantes) ou a ceftriaxona 1g, intravenosa ou intramuscular, uma vez ao dia, por 8 a 10 dias para gestantes e não gestantes. Observação: os pacientes devem ser seguidos em intervalos mais curtos (a cada 60 dias) e as gestantes, mensalmente, para serem avaliados com teste não treponêmico, considerando a detecção de possível indicação de retratamento (quando houver elevação de títulos dos testes não treponêmicos em duas diluições

(ex.: de 1:16 para 1:64, em relação ao último exame realizado), devido à possibilidade de falha terapêutica (BRASIL, 2015).

QUADRO 3: Tratamento e monitoramento de sífilis

ESTADIAMENTO	ESQUEMA TERAPÊUTICO	ALTERNATIVA ^a (EXCETO PARA GESTANTES)	SEGUIMENTO (TESTE NÃO TREPONÊMICO)
Sífilis recente: sífilis primária, secundária e latente recente (com até um ano de evolução)	Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo)	Doxiciclina 100mg, 12/12h, VO, por 15 dias	Teste não treponêmico trimestral (em gestantes, o controle deve ser mensal)
Sífilis tardia: sífilis latente tardia (com mais de um ano de evolução) ou latente com duração ignorada e sífilis terciária	Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, 1x/semana (1,2 milhão UI em cada glúteo) por 3 semanas ^b . Dose total: 7,2 milhões UI, IM	Doxiciclina 100mg, 12/12h, VO, por 30 dias	Teste não treponêmico trimestral (em gestantes, o controle deve ser mensal)

Fonte: DCCI/SVS/MS.

2.5 ATUAÇÃO DO FARMACÊUTICO NO COMBATE À SÍFILIS

O farmacêutico, na atualidade, possui inúmeros campos de atuação, sendo possível evidenciar sua relevância como profissional da saúde sob diversas ópticas no enfrentamento da sífilis. Sob aspecto de diagnóstico, a resolução nº 514 de 25 de novembro de 2009 garante ao farmacêutico a obtenção de título de especialista em análises clínicas, logo, o mesmo detém responsabilidade técnica por laboratórios de análises clínicas, garantindo a confiabilidade dos laudos laboratoriais e impactando de forma direta na segurança e qualidade dos resultados dos exames diagnósticos da sífilis. O medicamento de primeira escolha para o tratamento da sífilis, a penicilina benzatina, é dispensada de forma gratuita pelo SUS, bem como pode ser comercializada em farmácias e drogarias. Dessa forma, a Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 44, de 17 de agosto de 2009, possibilita ao farmacêutico a dispensação segura deste componente terapêutico (BRASIL, 2010).

A Resolução do Conselho Federal, de Nº 585 de 29 de agosto de 2013, evidencia a necessidade de atuação clínica e direta com o paciente por parte do farmacêutico, em função da crescente morbimortalidade referente às doenças e

agravos não transmissíveis e à necessidade de acompanhamento adequado da farmacoterapia. Em tal contexto, exige-se que o farmacêutico atue de forma mais próxima ao paciente, buscando promover o uso racional de medicamentos, readequar sua prática conforme as necessidades dos pacientes, família, cuidadores e sociedade. Logo, o farmacêutico clínico pode colaborar na condução das gestantes ao serviço de acompanhamento pré-natal, buscando orientar de forma geral a população sobre a importância do diagnóstico da sífilis, do tratamento correto e conscientizar sobre como evitar a transmissão da doença (BRASIL, 2011).

Nossa função como profissional da saúde, é fazer o encaminhamento de pacientes que chegam à farmácia com sinais e sintomas.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Caracterizar os casos de sífilis adquirida e de sífilis gestacional através dos números de indivíduos (homens e mulheres) notificados no município de Guarapuava- PR.

3.2 Objetivos Específicos

- Analisar os números de casos da sífilis adquirida e sua progressão ao longo dos anos no município;
- Caracterizar os casos de sífilis adquirida e sífilis gestacional no município de acordo com sexo, idade, total de casos, escolaridade, raça/cor e esquema de tratamento das gestantes notificadas com sífilis adquirida;
- Comparar os resultados obtidos de sífilis adquirida no município com os casos notificados no Paraná e no Brasil.

4. METODOLOGIA

Este foi um estudo quantitativo transversal descritivo. Os dados foram coletados na Plataforma DataSUS, selecionando o item “Indicadores e Dados Básicos da Sífilis nos Municípios Brasileiros”, onde em abrangência de dados selecionou-se o estado do Paraná e em subcategoria especificou-se quanto aos dados do município de Guarapuava. Tais dados são compilados de informações obtidas mediante a aplicação das fichas de investigação de sífilis adquirida e sífilis gestacional, do ano de 2011 até o dia 30 de junho do ano de 2020, conforme especificado na própria plataforma. O município referente a presente coleta de dados possui uma população estimada de 182.644 habitantes, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) 2020. A análise dos dados foi quantitativa, utilizando a estatística descritiva, a fim de demonstrar as porcentagens dos casos e taxa de detecção de sífilis adquirida conforme cada variável considerada – total de casos, sexo, e casos de gestantes, bem como faixa etária, escolaridade, raça/cor e esquema de tratamento das gestantes notificadas com sífilis adquirida. Realizou-se ainda uma consulta ao Relatório Anual de Gestão do município de Guarapuava, onde constavam apenas informações pertinentes à sífilis gestacional.

A ficha de investigação para a sífilis adquirida está contida no Anexo A, bem como a ficha de investigação para a sífilis gestacional está contida no Anexo B. Buscou-se extrair no sistema do DATASUS todas as informações pertinentes contidas em tais fichas de investigação.

5. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Conforme análise dos dados disponibilizados pelo DATASUS, tem-se resultados limitados quanto à ficha de notificação da sífilis adquirida, constando apenas dados sobre o número de casos no município de Guarapuava, bem como o número de casos entre homens e mulheres para o município – sendo tais dados referentes aos anos de 2011 a 2020, onde consta que os dados de 2020 foram obtidos de forma parcial, até o dia 30 de junho de 2020.

Quanto aos resultados encontrados, entre os anos de 2011 a 2020, contatou-se um total de 758 casos de sífilis adquirida, onde a distribuição do número de casos a cada ano está disposta na Tabela 1. O ano de 2016 apresenta a maior porcentagem dos casos, sendo de 22,8%. Em seguida, tem-se uma leve redução do número de casos, sendo de 18,5% para o ano de 2017 e 18,9% para o ano de 2018. Logo, no ano de 2019, tem-se novo crescimento no número de casos, onde tal ano representa 20,3% do número total. Até o dia 30 de junho de 2020 apresentavam-se números reduzidos, no entanto, o valor – e a porcentagem correspondente – ainda não são conclusivos, onde deve-se considerar que não se tem os valores da segunda metade do ano. Os valores encontrados para a taxa de detecção conforme cada ano estão dispostos na Tabela 1, onde ressalta-se que ainda não se tinha o dado da taxa de detecção para o ano de 2020.

Tabela 1 – Casos e taxa de detecção (por 100.000 habitantes) de sífilis adquirida por ano de diagnóstico em Guarapuava, Paraná, Brasil, 2011-2020.

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Nº de casos	2	10	3	6	68	173	140	144	154	58
Taxa de detecção	1,2	5,8	1,7	3,4	38,5	97,2	78,2	79,9	84,8	-

Fonte: DATASUS, 2020. NOTA: Dados até 30/06/2020.

O Brasil vem apresentando, de forma geral, um cenário epidemiológico com crescente no número de casos de sífilis, tornando-a um relevante problema de

saúde pública na atualidade. Dessa forma, os resultados encontrados para o município de Guarapuava, localizado no Centro-Oeste do Paraná, corroboram com o que vem sendo notificado pela OMS. Tais notificações indicam que entre 2009 a 2016 tenha ocorrido expressivo avanço mundial da doença (WHO, 2001). Logo, foi possível observar, segundo os números de casos e perspectivas porcentagens encontradas, que a incidência dos casos de sífilis adquirida cresceu de forma expressiva a partir do ano de 2016, mantendo-se em níveis mais altos do que nos anos anteriores. O evidente crescimento desses números é preocupante e evidencia-se, dessa forma, a necessidade de controle da infecção. Segundo o Boletim Epidemiológico do Estado do Paraná, para a Sífilis no ano de 2018, quando comparados os números de casos da sífilis adquiridas entre as Regionais de Saúde (RS), as taxas de detecção mais elevadas, no ano de 2016 (superiores à taxa média nacional) foram observadas: na RS de Cascavel (109,2/100.000 habitantes); RS Metropolitana (67,7/100.000); RS Ponta Grossa (67,2/100.000); RS Pato Branco (64,4/100.000); RS Foz do Iguaçu (51,1/100.000); RS Guarapuava (50,4/100.000); RS Toledo (49,6/100.000); RS Umuarama (42,8/100.000) e RS Cornélio Procópio (42,6/100.000). Destaca-se então a Regional de Saúde de Guarapuava como sendo detentora de números expressivos para a sífilis adquirida.

O Boletim Epidemiológico de Sífilis no Brasil (2019) indica que a sífilis adquirida, de notificação compulsória desde 2010, apresentou taxa de detecção aumentada em 16,7 casos a cada 100.000 habitantes do ano de 2017 para o ano de 2018 – dados que também colaboram com os achados no presente estudo, e alarmam a ascensão da prevalência da doença ao longo do tempo (BRASIL, 2019).

Quanto ao gênero, foram detectados no total 386 casos de sífilis adquirida em homens, enquanto que em mulheres foram detectados no total 372 casos, números distribuídos conforme dispostos na Tabela 2.

Tabela 2 – Casos de sífilis adquirida por sexo e ano de diagnóstico em Guarapuava, Paraná, Brasil, 2011-2020.

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Homens	2	4	3	3	42	90	58	77	82	25
Mulheres	0	6	0	3	26	83	82	67	72	33

Fonte: DATASUS, 2020. NOTA: Dados até 30/06/2020.

O resultado encontrado com relação à incidência entre os gêneros mostra uma pequena diferença de incidência, sendo os números de casos mais altos entre os homens (gênero masculino). Tal resultado pode ser um indicativo de que há maior busca, pelas mulheres, aos serviços de saúde. Comparando tais achados aos dados do país como um todo, apresentados pelo Boletim Epidemiológico de Sífilis no Brasil (2019), há consonância entre eles, uma vez que entre os anos de 2017 e 2018 a maior prevalência encontrada foi em homens. Contudo, vale a ressalva de que a proporção entre homens e mulheres se estreita com o passar do tempo, com os números da incidência se aproximando.

Quando analisada a série histórica dos casos notificados de sífilis adquirida, no período de 2010 a 2017, mediante os dados do Estado do Paraná via Boletim Epidemiológico do Estado de Parana para a Sífilis em 2018, observa-se que, dos 22.420 casos notificados no SINAN, 59,4% ocorreram no sexo masculino com a razão de sexos de 1,46 homens para cada mulher. Essa tendência é corroborada pelos dados do município de Guarapuava, onde apesar da diferença ser pequena, o número de casos em homens ainda é estatisticamente maior.

Quanto aos casos e taxa de detecção (por 1.000 nascidos vivos) de gestantes com sífilis, tem-se um total de 266 casos, sendo estes dispostos junto às respectivas taxas de detecção na Tabela 3. Os dados referentes ao ano de 2020 são preliminares, sendo recolhidos até o dia 30 de junho de 2020. Nesse cenário, os anos de 2018 e 2019 apresentam-se como os anos mais expressivos, representando 21,8% e 25,1% dos casos, respectivamente.

Tabela 3 – Casos e taxa de detecção (por 1.000 nascidos vivos) de gestantes com sífilis por ano de diagnóstico em Guarapuava, Paraná, Brasil, 2011-2020.

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Casos	21	7	16	4	8	14	45	58	67	26
Taxa de detecção	7,4	2,6	5,7	1,4	2,7	4,9	15,1	18,9	21,9	-

Fonte: DATASUS, 2020. NOTA: Dados até 30/06/2020.

Os dados encontrados sobre sífilis gestacional município de Guarapuava (PR) pode conceder um panorama da incidência da sífilis sobre gestantes bem como alertar quanto à magnitude do problema de saúde pública - reforçando a necessidade de investir e promover a assistência pré-natal, bem como capacitar profissionais a fim de ocorrer o manejo adequado da infecção. Os resultados encontrados evidenciam um aumento da taxa de incidência da infecção em gestantes, no município. Evidencia-se que o número de casos apresentou crescimento considerável a partir do ano de 2016. Um estudo realizado no Paraná, na cidade de Maringá mostrou, de forma semelhante, que a prevalência da sífilis gestacional na cidade de Maringá-PR apresentou crescimento durante os anos de 2013 a 2016 (BARBOSA *et al.* 2018). Ainda segundo os dados do Boletim Epidemiológico de Sífilis, tem-se houve aumento da taxa de incidência de sífilis gestacional no país, passando de 5 casos/1.000 nascidos vivos em 2011 para 12,4/1.000 nascidos vivos em 2016 (BRASIL, 2019). Tais resultados podem sugerir a importância da realização de ações de educação em saúde, ou ainda, a necessidade de políticas públicas mais efetivas voltadas à temática (GUIMARÃES *et al.* 2018).

Quanto à faixa etária dos casos de sífilis adquirida em gestantes, a idade entre 20 a 29 anos foi a que apresentou maior incidência, sendo esta responsável por mais de 50% dos casos encontrados no município (136 casos) conforme demonstrase na Tabela 4.

Tabela 4 – Casos de gestantes com sífilis segundo faixa etária por ano de diagnóstico em Guarapuava, Paraná, Brasil, 2011-2020.

	10 a 14 anos	15 a 19 anos	20 a 29 anos	30 a 39 anos	40 anos ou mais	Ignorado
Casos	4	95	136	29	5	-

Fonte: DATASUS, 2020. NOTA: Dados até 30/06/2020.

A faixa etária de maior prevalência dos casos de sífilis em gestantes, mediante os resultados encontrados, foi de 20 a 29 anos de idade. No entanto, é possível constatar que todas as faixas etárias tiveram casos de notificação da infecção. Dessa forma, depreende-se que as políticas públicas a serem desenvolvidas para o combate da infecção não devem ser direcionadas de forma exclusiva à grupos de maior prevalência, mas sim, devem englobar a educação em saúde sobre sífilis de forma geral e abrangente. Com relação aos programas pertinentes ao controle da infecção, o Programa Rede Cegonha, uma estratégia do Ministério da Saúde, objetiva de forma geral a formação de uma rede de cuidados visando garantir às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, parto e puerpério, bem como assegurar à criança o direito à saúde. Como o programa visa implantação gradativa em todo o território nacional, considerando o critério epidemiológico, por exemplo, seria uma boa alternativa (BRASIL, 2012). Outra alternativa seria a implantação do Programa Rede Mãe Paranaense, o qual inicia a captação precoce da gestante, busca realizar seu acompanhamento no pré-natal, com um número mínimo de consultas e realização de diversos exames (SESA, 2017). Logo, tais programas são ótimas sugestões para implantação de medidas de controle, uma vez que os mesmos objetivam realizar a triagem da sífilis de forma precoce, a fim de evitar os agravos em gestantes.

Na variável escolaridade entre os casos de gestantes com sífilis, foi possível identificar que na maioria dos casos a escolaridade das mulheres estava entre 5ª a 8ª série incompleta, conforme apresenta-se na tabela 5.

Tabela 5 – Casos de gestantes com sífilis segundo escolaridade por ano de diagnóstico em Guarapuava, Paraná, Brasil, 2011-2020.

Escolaridade	Total
Analfabeto	1
1ª a 4ª série incompleta	19
4ª série completa	19
5ª a 8ª série incompleta	108
Fundamental Completo	34
Médio Incompleto	41
Médio Completo	37
Superior Incompleto	6
Superior Completo	2
Não se aplica	0
Ignorado	0

Fonte: DATASUS, 2020. NOTA: Dados até 30/06/2020.

De forma paralela aos resultados encontrados para a faixa etária, tem-se, com relação à escolaridade das gestantes infectadas, que aproximadamente 41% relataram ter entre 5ª a 8ª série incompleta. Com os resultados obtidos nota-se que quase metade das gestantes acometidas pela infecção apresenta baixo grau de instrução. O estudo realizado por Barbosa *et al.* (2018) em Maringá encontrou resultados de mesmo padrão, sendo a grande maioria das gestantes infectadas de baixa escolaridade. Domingues et al (2014) verificaram que a prevalência de sífilis é 3,2 vezes maior em gestantes com baixo grau de instrução.

Em relação a raça/cor das gestantes diagnosticadas com sífilis, a autodeclaração poderia ser de cor branca, parda, de cor preta, ou ainda autodeclaração indígena. Com relação à cor dos indivíduos, a maioria foi identificada pela cor branca (77,4%), conforme demonstra a Tabela 6. O resultado encontrado justifica-se, pois segundo o IBGE a cor branca apresenta-se como cor mais numerosa no município (58.067 pessoas).

Tabela 6 – Casos de gestantes com sífilis segundo cor ou raça por ano de diagnóstico em Guarapuava, Paraná, Brasil, 2011-2020.

Raça ou cor	Total
Branca	208
Preta	10
Amarela	1
Parda	50
Indígena	0
Ignorada	0

Fonte: DATASUS, 2020. NOTA: Dados até 30/06/2020.

Os dados referentes ao esquema de tratamento adotado no manejo da sífilis para os casos das gestantes notificadas são referentes aos anos de 2016, 2017, 2018 e 2019. No total, tem-se o relato de 184 esquemas de tratamento aplicados, sendo que 96,8% dos casos foram tratados com esquema de tratamento com penicilina (178 casos), sendo registrado 1 caso tratado com outro esquema não especificado, 4 casos onde registra-se não ter sido realizado esquema de tratamento e 1 caso registrado como ignorado, conforme demonstra-se na Tabela 7.

Tabela 7 – Casos de gestantes com sífilis segundo esquema de tratamento por ano de diagnóstico em Guarapuava, Paraná, Brasil, 2016 -2019.

Esquema de Tratamento	Total
Penicilina	178
Outro esquema	1
Não realizado	4
Ignorado	1

Fonte: DATASUS, 2020.

Os dados referentes ao esquema de tratamento adotado na maioria das gestantes apresentam-se como esquema de tratamento com penicilina. Segundo o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis, o tratamento da sífilis na gestação deve ser, em primeira escolha, com a penicilina. Níveis de penicilina superiores a 0,018 mg

por litro são considerados suficientes e devem ser mantidos por pelo menos sete a 10 dias na sífilis recente, e por duração mais longa na sífilis tardia. Na gestação, tratamentos não penicilínicos são inadequados e só devem ser considerados como opção nas contraindicações absolutas ao uso da penicilina. No presente estudo apenas 1 caso foi notificado como sendo tratado com outro esquema de tratamento (não penicilínico), o que sugere-se como possibilidade haver alergia relatada pela gestante. Logo, para gestantes com alergia confirmada à penicilina, como não há garantia de que outros medicamentos consigam tratar a gestante e o feto, impõe-se a dessensibilização e o tratamento com penicilina benzatina. Na impossibilidade de realizar a dessensibilização durante a gestação, a gestante deverá ser tratada com ceftriaxona. No entanto, para fins de definição de caso e abordagem terapêutica da sífilis congênita, considera-se tratamento inadequado da mãe, e o RN deverá ser avaliado clínica e laboratorialmente. As gestantes devem ser avaliadas mensalmente, com teste não-treponêmico, considerando a detecção de possível indicação de retratamento (quando houver elevação de títulos dos testes não treponêmicos em duas diluições devido à possibilidade de falha terapêutica (BRASIL, 2015).

Entre as limitações do presente estudo, nota-se que não constam no DATASUS dados relacionados à escolaridade, raça/cor, faixa etária dos casos de sífilis adquirida entre não gestantes. Além disso, não constam informações quanto à realização dos testes de diagnóstico realizados nos pacientes. Tal fato limita os resultados encontrados, uma vez que impossibilita com que seja traçado um perfil dos pacientes acometidos pela sífilis adquirida pelo município, Além disso, a realização de exames diagnósticos reflete diretamente nos números de casos encontrados, onde uma população que é pouco testada, tende a apresentar números de casos reduzidos. Vale ressaltar ainda que sugestões de manejo clínico e terapêutico podem ser delineados mediante o diagnóstico, logo, a variável que não consta apresenta impacto nos dados observados.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com os resultados do presente estudo foi possível observar que houve aumento significativo de sífilis adquirida no município de Guarapuava (PR), sendo este mais expressivo a partir do ano de 2016. Além disso, os números de sífilis entre as gestantes apresentam-se consideráveis, considerando-se o risco que a infecção apresenta. Quanto às notificações da doença, pode-se averiguar que há limitação no fornecimento de dados, logo, pode-se ter um cenário prejudicial ao sistema de agravos de notificações compulsórias.

Visando a redução dos números de casos encontrados, os quais são expressivos, deve-se buscar o fortalecimento de políticas públicas municipais, de forma paralela às estaduais, visando a educação sexual da população em geral. A realização de campanhas de conscientização pode alertar os munícipes, bem como estimular a procura pelo atendimento pré-natal, o que poderia gerar diagnósticos precoces da infecção, que indicam um melhor prognóstico à infecção.

8. REFERÊNCIAS

AVELLEIRA, João Carlos Regazzi; BOTTINO, Giuliana. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. **An. Bras. Dermatol.**, Rio de Janeiro , v. 81, n. 2, p. 111-126, Mar. 2006 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S036505962006000200002&lng=en&nrm=iso>. access on 29 Nov. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S0365-05962006000200002>.

BALLARD, Ronald; ISON, Catherine; LEWIS, David *et al.* **Laboratory diagnosis of sexually transmitted infections, including human immunodeficiency virus.** Geneva: World Health Organization (WHO). 2013; 107–129.

BATISTA, Liana Carla Souza de Andrade; SANTOS, Leticia de; TERÊNCIO, Mariana Cecília *et al.* A sífilis e suas manifestações bucais: relato de caso clínico. **Revista Eletrônica Acervo Odontológico**, 1, e3446. 2020.

BECK, Stacy; WOJDYLA, Daniel, Say; LALE, Betran *et al.* **La incidencia mundial de parto prematuro: una revisión sistemática de La mortalidad y lamorbilidad maternas.** Bull Organ Mundial de La Salud.v. 88, n. 1, p.: 31-38, jan. 2010.

BRASIL. **Boletim Epidemiológico Sífilis. Secretaria de Vigilância em Saúde.** Ministério da Saúde. Número Especial. out. 2019. Disponível em:> http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0004_03_10_2017.html. Acesso em 18/11/2020.

BRASIL. Casa Civil. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.** Brasília/DF: Casa Civil, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico de Sífilis**. Brasília, DF, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico de Sífilis**. Brasília, DF, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso**. Brasília, DF, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.472, de 31 de agosto de 2010. **Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelecer fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde**. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2010.

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**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Programa Nacional de DST e Aids. Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis** - Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. Brasília: Ministério da Saúde, 140p, 2006.

BRISCHETTO, Anna; GASSIEPA, Ian; WHILEY, David; *et al.* **Retrospective review of T. pallidum PCR and serology results: Are both tests necessary?** Journal of Clinical Microbiology, Brisbane, v.56, n.5, p.1-20, 2018.

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira; SZWARCOWALD, Celia Landmann; JUNIOR, Paulo Roberto Borges Souza; *et al.* **Prevalência da sífilis na gestação e testagem pré-natal: estudo nascer no Brasil.** Rev Saúde Pública. 2014;48(5):766-74.

ENGELGAN, Michael; WOERNLE, Charles; ROLFS, Robert; *et al.* **Control of epidemic early syphilis: the results of an intervention campaign using social network.** Sex Transm Dis 1995;22(4):203-9.

FINELLI, Lyn; BERMAN, Stuart; KOUMANS, Emilia; *et al.* **Congenital syphilis.** Bull World Health Organ. 1998;76 [Suppl 2]:126-8.

FIUMARA, Nicholas; FLEMING, William; DOWNING, John; *et al.* The incidence of prenatal syphilis at the Boston City Hospital. N. Engl. J. Med. 48, 247–255, 1952.

GUIMARÃES, Thaise Almeida; ALENCAR, Larissa Cristina Rodrigues; FONSECA, Lena Maria Barros, *et al.* **Sífilis em gestantes e sífilis congênita no Maranhão.** Arq. Cienc. Saúde. 2018; 25(2):24-30.

HESTON, Sarah; ARNOLD, Sandra. **Syphilis in Children.** Infectious Disease Clinics of North America, Memphis, v.32, n.1, p.129-144, 2018.

HOLANDA, Maria Tereza Costa Gomes de; BARRETO, Márcia Araújo; MACHADO, Katia Maria de Melo; *et al.* **Perfil epidemiológico da sífilis congênita no Município do Natal, Rio Grande do Norte - 2004 a 2007.** Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, v. 20, n. 2, p. 203-212, jun. 2011. Disponível em <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742011000200009&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 29 nov. 2020. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742011000200009>.

IBGE. **Cidades e Estados – Guarapuava – Paraná.** Disponível em <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pr/guarapuava.html> Acesso em 18/11/2020.

INGALL, David; SANCHEZ, Pablo; BACKER, Carol. **Infectious diseases of the fetus and newborn infant**. 5th ed. Philadelphia: Saunders. p. 643-81, 2001.

ISRAEL, Mônica; VALENTE, Tatiane; SCALERCIO, Michelle; *et al.* Diagnóstico da sífilis a partir das manifestações bucais. **Revista bras. odontol.**, Rio de Janeiro, v 62, n. 2, p. 159-164, Jul/Dez. 2008.

JANIER, M.; UNEMO, M.; DUPIN, N.; *et al.* 2020. **European guideline on the management of syphilis**. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2020 Oct 22. doi: 10.1111/jdv.16946. Epub ahead of print. PMID: 33094521.

KARAMANOU, Mariana; KYRIAKOS, Kyriakos; TSOUCALAS, Gregory. *et al.* **Hallmarks in history of syphilis therapeutics I rimedi che hanno caratterizzato la storia della terapia della sifilide**. Revista Le Infezioni in Medicina, n. 4, 317-319, 2013.

LAFOND, Rebecca; LUKEHART, Sheila. **Biological Basis for Syphilis**. Clinical Microbiology Reviews, Washington, v.19, n.1, p.29–49, 2006.

LAZARINI, Flaviane Mello; APARECIDA, Dulce Aparecida. **Educational intervention in Primary Care for the prevention of congenital syphilis**. Rev. Latino-Am. Enfermagem. vol. 25 Ribeirão Preto 2017 Epub Jan 30, 2017.

LEÃO, Jair Carneiro; GUEIROS, Luiz Alcino; PORTER, Stephen. **Oral Manifestations of syphilis**. Clinics. SÃO PAULO, v. 61, n. 2, p. 161-166, 2006.

LUKEHART, Sheila; GODORNES, Charmie; MOLINI, Barbara; *et al.* **Macrolide resistance in *Treponema pallidum* in the United States and Ireland**. N Engl J Med. 351:154–8, 2004.

LUPPI, Carla Gianna; GOMES, Solange Eduardo Chabu; SILVA, Roberto José Carvalho da; *et al.* **Factors associated with HIV co-infection in cases of acquired syphilis reported in a Reference Center for Sexually Transmitted Diseases and**

AIDS in the municipality of São Paulo, Brazil, 2014. Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde, São Paulo, v.27, n.1, p.1- 12, 2018.

MECHNIKOV, Ilya Ilyich. **Nobel prize.** [Nobelprize.org](http://www.nobelprize.org). Available. at: http://www.nobelprize.org/nobel_prizes/medicine/laureates/1908/

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). **Programa Rede Cegonha**, Brasília DF, 2012.

OMS, Organização Mundial de Saúde. **Tendências na mortalidade materna: 1990 a 2013.** Estimativas da OMS, UNICEF, UNFPA, Banco Mundial e Divisão de População das Nações Unidas. 2014.

OPAS. **Prevalência de sífilis congênita no departamento de neonatologia do hospital santa casa de Campo Grande-MS.** 10º seminário de iniciação científica | 1º seminário de pesquisa e pós-graduação stricto sensu 14, 15 e 16 ago. 2019.

PARRAN, Thomas. **SHADOW ON THE LAND, SYPHILIS.** New York: Reynal & Hitchcock, 1937.

PETERMAN, Thomas; CHA, Susan. **Context appropriate interventions to prevent syphilis: a narrative review.** Sexually Transmitted Diseases, 2018.

PIRES, Osmarina; PIMENTEL, Zilma; SANTOS, Marcos Vinicius; *et al.* **Vigilância epidemiológica da sífilis na gravidez no centro de saúde do bairro Uruará-Área Verde.** DST J Bras Doenças Sex Transm; 19:162-5, 2007.

PULGA, Gabriela; WYZYKOWSKI, Maria Luiza Valentina; SCHWINGEL, Paloma Vidalis; *et al.* **Dados epidemiológicos sobre sífilis na terceira idade no estado de santa Catarina: prevalência e negligência.** Seminário De Iniciação Científica E Seminário Integrado De Ensino, Pesquisa E Extensão, 2019.

RAMOS, Micheli Gouveia; BONI, Sara Macente. **Prevalência da sífilis gestacional e congênita na população do município de Maringá-PR.** Saúde Pesq. 2018; 11(3):517-526.

SANTANA, Liduína Ribeiro; PARAHYBA, Marília Joffily Pereira da Costa; ALENCAR, Maria José; *et al.* **Teste VDRL para o diagnóstico da sífilis. Avaliação dos resultados em uma unidade de atenção primária de saúde.** Revista Brasileira de Análises Clínicas, Ceará, v.38, n.2. p. 71-73, 2006.

SANTIS, Marco De; LUCA, Carmen De; SPAGNUOLO, Terryan. **Syphilis Infection during Pregnancy: Fetal Risks and Clinical Management.** Infectious Diseases in Obstetrics and Gynecology. Vol.2012.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. **Sífilis congênita e sífilis na gestação.** São Paulo, 2008.

SARACENI, Valéria; LEAL, Maria do Carmo; HARTZ, Zulmira Maria de Araújo. **Avaliação de campanhas de saúde com ênfase na sífilis congênita: uma revisão sistemática.** Ver. Bras. Saúde MaterInfan 2005;5(3):263-73.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ (SESA-PR). **Programa Rede Mãe Paranaense, Linha guia.** SESA-PR. Curitiba, PR, 2017.

SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diretrizes para o controle da sífilis congênita.** Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis - manual de bolso.** Brasília: Ministério da Saúde; 2007.

SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis - manual de bolso.** Brasília: Ministério da Saúde; 2007.

SHEFFIELD, M; *et al.* **Efficacy of treatment for syphilis in pregnancy.** Revista Obstetrics&Gynecology. Volume 93, Issue 1, January, Pages 5-8, 1999.

STEFFEN, Nédio; MARTHA, Viviane Feller; MARTHA, Aline Silveira, *et al.* **Sífilis primária de tonsila mimetizando linfoma.** Revista Scientia Medica; 21(2):67-68, 2011.

SWEET, Richard; GIBBS, Ronald. **Infectious diseases of the female genital tract.** Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins. 2002.

VILLARROEL-TORRICO, M; *et al.* **Syphilis, human immunodeficiency virus, herpes genital and hepatitis B in a women's prison in Cochabamba, Bolivia: prevalence and risk factors.** Rev. esp. sanid. penit., Barcelona , v. 20, n. 2, p. 47-54, 2018 . Disponible en <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-06202018000200047&lng=es&nrm=iso>. accedido en 30 nov. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global prevalence and incidence of selected curable sexually transmitted infections: overview and estimates.** Geneva: World Health Organization; 2001.

ANEXO A - FICHA DE INVESTIGAÇÃO – SÍFILIS ADQUIRIDA

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE INVESTIGAÇÃO **SÍFILIS ADQUIRIDA**

Nº

CASO SUSPEITO DE SÍFILIS ADQUIRIDA: indivíduo com evidência clínica de sífilis e/ou sorologia não treponêmica reagente.
CASO CONFIRMADO DE SÍFILIS ADQUIRIDA: indivíduo com sorologia treponêmica reagente.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual		
	2 Agravado/doença SÍFILIS ADQUIRIDA	3 Data da Notificação	
	4 UF	5 Município de Notificação	
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	7 Data do Diagnóstico	
Notificação Individual	8 Nome do Paciente		
	9 Data de Nascimento		
	10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11 Sexo M - Masculino F - Feminino 1 - Ignorado	12 Gestante 0 - Não se aplica
	13 Raça/Cor 1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 6 - Ignorado		
14 Escolaridade 0 - Analfabeto 1 - 1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2 - 4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3 - 5ª à 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4 - Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5 - Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6 - Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7 - Educação superior incompleta 8 - Educação superior completa 9 - Ignorado 10 - Não se aplica			
15 Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe	
Dados de Residência	17 UF	18 Município de Residência	
	19 Distrito		
	20 Bairro	21 Logradouro (rus, avenida,...)	
	22 Número		
	23 Complemento (apto., casa, ...)		
	24 Geo campo 1		
	25 Geo campo 2		
	26 Ponto de Referência		
27 CEP			
28 (DDD) Telefone		29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	
30 País (se residente fora do Brasil)			
Dados Complementares do Caso			
Dados clínicos e epidemiológicos	31 Ocupação		
	32 Antecedente de sífilis 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	33 Se sim, o tratamento foi realizado? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
	34 Comportamento Sexual 1 - Relações sexuais com homens 2 - Relações sexuais com mulheres 3 - Relações sexuais com homens e mulheres 9 - Ignorado		
Dados clínicos e laboratoriais	Resultado dos Exames		
	35 Teste não treponêmico 1 - Reagente 2 - Não Reagente 3 - Não Realizado 9 - Ignorado	36 Título 1:	
	37 Data		
38 Teste treponêmico 1 - Reagente 2 - Não reagente 3 - Não realizado 9 - Ignorado			
39 Classificação Clínica 1 - Primária 2 - Secundária 3 - Terciária 4 - Latente 9 - Ignorado			
Tratamento	40 Esquema de tratamento realizado 1 - Penicilina G benzantina 2.400.000 UI 4 - Outro esquema 2 - Penicilina G benzantina 4.800.000 UI 5 - Não realizado 3 - Penicilina G benzantina 7.200.000 UI 9 - Ignorado		
	41 Data do início do tratamento		
Conclusão	42 Classificação Final do caso 1 - Confirmado 2 - Descartado		

Observações adicionais

Investigador	Município/Unidade de Saúde	Cód. da Unid. de Saúde	
	Nome	Função	Assinatura

OBSERVAÇÕES:
 Considera-se a data de notificação como sendo data de preenchimento da ficha de notificação e a data de diagnóstico como sendo a data da coleta de material para exame laboratorial ou da evidencia clínica.

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO: Nenhum campo deverá ficar em branco.

31 - Informar a ocupação do indivíduo no momento do diagnóstico. Refere-se à atividade exercida pelo paciente no setor formal, informal ou autônomo ou sua última atividade exercida quando paciente for desempregado. O ramo de atividade econômica do paciente refere-se às atividades econômicas desenvolvidas nos processos de produção do setor primário (agricultura e extrativismo); secundário (indústria) ou terciário (serviços e comércio).

32 - Informar se o paciente no passado já teve sífilis. O relato do paciente será considerado.

33 - Caso tenha antecedente, informar se o tratamento foi realizado.

34 - Informar o comportamento sexual.

35 - Teste de sorologia não treponêmica indicada para triagem (VDRL - Venereal Diseases Research Laboratory ou RPR - Rapid Plasma Reagin)

36 - Informar a titulação do teste VDRL ou RPR.

37 - Informar a data da coleta do teste

38 - FTA-Abs (Fluorescent Treponemal Antibody-absorption), MHA-Tp (Microhemagglutination Treponema pallidum Assay), TPHA (Treponema pallidum Hemagglutination Assay), ELISA (Enzyme-Linked Immunosorbent Assay), testes rápidos para diagnóstico de sífilis (testes imunocromatográficos).

39 - Registrar a classificação clínica para sífilis:
 1 - sífilis primária - cancro duro;
 2 - sífilis secundária – lesões cutâneo-mucosas (roséolas, sífilides papulosas, condiloma plano, alopecia);
 3 - sífilis terciária – lesões cutâneo-mucosas (tubérculos ou gomas); alterações neurológicas (tabes dorsalis, demência); alterações cardiovasculares (aortite sífilítica, aneurisma aórtico); alterações articulares (artropatia de Charcot);
 4 - sífilis latente - fase assintomática o diagnóstico apenas é obtido por meio de reações sorológicas.

40 - Esquema de tratamento:
 · Sífilis primária: penicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, em dose única (1,2 milhão U.I. em cada glúteo).
 · Sífilis secundária e latente recente: penicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, repetida após 1 semana. Dose total de 4,8 milhões U.I.
 · Sífilis tardia (latente e terciária): penicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, semanal, por 3 semanas. Dose total de 7,2 milhões U.I.

41 - Informar a data do início do tratamento.

42 - Informe a classificação final do caso. Considera-se caso **confirmado** o indivíduo com **sorologia treponêmica reagente**. Somente considera-se descartado com sorologia treponêmica não reagente

Para fins de vigilância no nível local atentar para:

1. Evidências de outras DST;
2. Abordagem das parcerias, visando à quebra da cadeia de transmissão, considerando abordagem consentida

ANEXO B - FICHA DE INVESTIGAÇÃO – SÍFILIS EM GESTANTE

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/pdct.

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		SÍFILIS EM GESTANTE	
	4 UF		5 Município de Notificação	
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		7 Data do Diagnóstico	
Notificação Individual	8 Nome do Paciente		9 Data de Nascimento	
	10 (ou) Idade		11 Sexo	
	14 Escolaridade		12 Gestante	
	15 Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe	
Dados de Residência	17 UF		18 Município de Residência	
	20 Bairro		21 Logradouro (rua, avenida,...)	
	22 Número		23 Complemento (apto., casa, ...)	
	25 Geo campo 2		26 Ponto de Referência	
	28 (DDD) Telefone		29 Zona	
	24 Geo campo 1		27 CEP	
	19 Distrito		30 País (se residente fora do Brasil)	
	21 Logradouro (rua, avenida,...)		Código (IBGE)	
Dados Complementares do Caso				
Ant. epid. gestante	31 Ocupação			
	32 UF		33 Município de realização do Pré-Natal	
Dados laboratoriais	35 Nº da Gestante no SISPRENATAL		36 Classificação Clínica	
	37 Teste não treponêmico no pré-natal		38 Título	
Tratamento/encerramento	41 Esquema de tratamento prescrito à gestante			
	42 Parceiro tratado concomitantemente à gestante			
Ant. epidemiológicos da parceria sexual	43 Esquema de tratamento prescrito ao parceiro			

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