

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO MARANHÃO
CAMPUS SANTA INÊS
CURSO DE ENFERMAGEM BACHARELADO

JOYCIELE DE SOUSA SANTOS

SÍFILIS GESTACIONAL: caracterização epidemiológica no Maranhão de 2017 a
2021

Santa Inês

2024

JOYCIELE DE SOUSA SANTOS

SÍFILIS GESTACIONAL: caracterização epidemiológica no Maranhão de 2017 a 2021

Monografia apresentada ao Curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Maranhão-UEMA, Campus Santa Inês para o grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dra Eliane Mendes Rodrigues.

Santa Inês

2024

Santos, Joyciele de Sousa.

Sífilis gestacional: caracterização epidemiológica no Maranhão de 2017 a 2021. /Joyciele de Sousa Santos. – Santa Inês - MA, 2024.

58 f.

Orientadora: Profa. Dra. Eliane Mendes Rodrigues.

Monografia (Graduação) – Curso de Enfermagem Bacharelado, Campus de Santa Inês, Universidade Estadual do Maranhão, 2024.

1. Sífilis. 2. Gestação. 3. Epidemiologia. I. Título.

CDU 616.972(812.1)

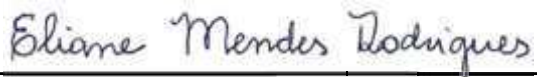
Elaborado pelo Bibliotecário Márcio André Pereira da Silva - CRB 13/862

JOYCIELE DE SOUSA SANTOS

SÍFILIS GESTACIONAL: caracterização epidemiológica no Maranhão de 2017 a
2021

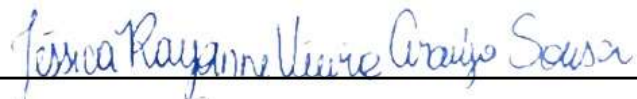
Monografia apresentada junto ao curso de
Enfermagem da Universidade Estadual do
Maranhão - UEMA, para obtenção de grau
de Bacharel em Enfermagem.

Aprovado em: 05 / 02 / 2024.



Prof.^a Dr.^a. Eliane Mendes Rodrigues (Orientadora)

Universidade Estadual do Maranhão



Prof.^a. Esp. Jéssica Rayanne Vieira Araújo Sousa

Universidade Estadual do Maranhão



Prof.^a. Esp. Lúcia Camila O. Friedrich Sousa

Universidade Estadual do Maranhão

Dedico este trabalho a minha mãe Ana Regina ao meu pai Altenor de Jesus, as minhas irmãs Ana Beatriz e Jessica Sousa, minha Orientadora Eliane Rodrigues, aos demais professores que contribuíram de maneira significativa ao meu aprendizado durante a graduação.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos que colaboraram diretamente e indiretamente para a realização dessa pesquisa.

Em primeiro lugar quero agradecer a Deus por me proporcionar sabedoria para elaborar a pesquisa.

Agradeço também aos meus familiares e amigos da faculdade Ana Luiza, Stefane Carolino, Willnna Barros e Mikaelly Cunha por me proporcionar apoio durante a caminhada na vida acadêmica.

Aos meus professores que colaboraram com ensinamentos teóricos, práticos e pessoais para minha formação acadêmica e profissional.

Em especial a minha orientadora, professora Eliane Rodrigues pela dedicação, paciência e exemplo profissional.

*“Existe cuidado sem cura, mas
não existe cura sem cuidado”.*

Florence Nightingale

RESUMO

A sífilis é uma doença infecciosa e sexualmente transmissível, causada pela bactéria *treponema pallidum*, surgiu na Europa no final do século XV e foi se disseminando no período entre guerras e atualmente representa um problema de saúde pública. Analisar o panorama epidemiológico da sífilis gestacional na 11ª regional de saúde do Maranhão nos anos de 2017 a 2021. Estudo descritivo de caráter quantitativo, da análise de dados notificados da sífilis gestacional nos 13 municípios da 11ª Regional de Saúde, disponibilizados pela plataforma do SINAN/DATASUS. Os aspectos epidemiológicos analisados foram faixa etária, raça, evolução, classificação clínica, teste não treponêmico e teste treponêmico. A análise dos dados permitiu identificar um aumento no número de casos notificados em 2018 e uma redução no período de 2019 a 2021. O perfil da sífilis gestacional na 11ª regional de saúde do Maranhão no período do estudo foi de gestantes na faixa etária de 20 a 39 anos, da raça/cor prevalente parda, e com o diagnóstico de sífilis primária, não apresentando a evolução do caso. O estudo possibilitou identificar relações e variáveis que contribuíram para o aumento e redução dos casos notificados, além disso, os resultados evidenciaram lacunas na assistência do pré-natal e na vigilância epidemiológica.

Palavras-chave: Sífilis; Gestação; Epidemiologia.

ABSTRACT

Syphilis is an infectious and sexually transmitted disease caused by the bacterium *Treponema pallidum*. It emerged in Europe in the late 15th century and spread during periods of war, currently posing a public health problem. To analyze the epidemiological panorama of gestational syphilis in the 11th health region of Maranhão from 2017 to 2021. A quantitative descriptive study analyzing reported gestational syphilis data in the 13 municipalities of the 11th Health Region, provided by the SINAN/DATASUS platform. Epidemiological aspects examined included age group, race, progression, clinical classification, non-treponemal test, and treponemal test. Data analysis revealed an increase in reported cases in 2018 and a reduction from 2019 to 2021. The profile of gestational syphilis in the 11th health region of Maranhão during the study period was primarily among pregnant women aged 20 to 39, of prevalent brown race/color, and diagnosed with primary syphilis, with no progression of the case. The study identified relationships and variables contributing to the increase and decrease in reported cases. Furthermore, the results highlighted gaps in prenatal care and epidemiological surveillance.

Keywords: Syphilis; Pregnancy; Epidemiology.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Manifestações clínicas de acordo com a evolução e estágio da sífilis	19
Quadro 2 – Exames diretos para sífilis.....	21
Quadro 3 – Testes imunológicos para diagnóstico de sífilis	22
Figura 1 – Testes imunológicos para diagnóstico da sífilis	24
Quadro 4 – Resumo dos esquemas terapêuticos da gestante com sífilis	25
Quadro 5 – Resumo dos esquemas terapêuticos para as parcerias sexuais de gestantes com sífilis	25
Quadro 6 – Risco de transmissão vertical da sífilis.....	25
Fluxograma 1 - Solicitação e conduta frente ao teste reagente na gestante.....	31
Figura 2- Mapa das 03 (Três) Macrorregiões de Saúde.....	34
Gráfico 1 – Casos notificados de sífilis gestacional por ano de diagnóstico. 2017-2021.....	36
Gráfico 2 – Casos notificados de sífilis gestacional segundo faixa etária, 2017-2021	39
Gráfico 3 - Casos notificados de sífilis gestacional segundo raça/cor, 2017-2021.....	40
Gráfico 4 - Casos notificados de sífilis gestacional segundo classificação clínica, 2017-2021	41

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Casos confirmados de sífilis gestacional e sua distribuição por município, 2017-2021.....	37
Tabela 2	- Casos notificados de sífilis gestacional segundo evolução, 2017-2021.....	41
Tabela 3	- Casos notificados de sífilis gestacional segundo teste não treponêmico, 2017-2021.....	43
Tabela 4	- Casos notificados de sífilis gestacional segundo teste treponêmico, 2017-2021.....	43

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

MS - Ministério da Saúde

OMS - Organização Mundial da Saúde

SINAN - Sistema de Agravos e Notificação

TR - Testes Rápidos

UBS - Unidade Básica de Saúde

VDRL - Reação de Detecção de Antígenos Cardiolipínicos

SG - Sífilis Gestacional

PAISM - Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher

DATASUS - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (SUS)

IST - Infecções Sexualmente Transmissíveis

SC - Sífilis Congênita

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde

PN - Pré-natal

RPR - Rapid Plasma Reagin

TRUST - Tolidine Red Unheated Serum Test

FTA-abs - Fluorescent Treponemal Antibody-absorption

TPHA - Treponema Pallidum Hemagglutination

ELISA - Enzyme-Linked Immunosorbent Assay

MHTP - Micro-Hemoaglutinação Indireta

EQL - Teste Eletroquimioluminescente

IM - Intramuscular

APS - Atenção Primária à Saúde

PSF - Programa Saúde da Família

ESF - Estratégia Saúde da Família

IG - Idade Gestacional

VE - Vigilância Epidemiológica

TV - Transmissão vertical

TNT - Teste Não Treponêmico

TT - Teste Treponêmico

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	14
2 OBJETIVO.....	17
2.1 OBJETIVO GERAL	17
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	17
3 REFERENCIAL TEÓRICO	18
3.1 HISTÓRIA, CLASSIFICAÇÃO E ESTÁGIOS DA SÍFILIS.....	18
3.2 DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA SÍFILIS GESTACIONAL.....	21
3.3 SÍFILIS GESTACIONAL E INTERCORRÊNCIAS OBSTÉTRICAS.....	27
3.4 ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E O PRÉ-NATAL.....	29
3.5 VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E A SÍFILIS GESTACIONAL.....	32
4 METODOLOGIA.....	34
5 RESULTADO.....	36
6 DISCUSSÃO	44
7 CONCLUSÃO	50
REFERÊNCIAS.....	52
APÊNDICE.....	57
APÊNDICE A – FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE SÍFILIS EM GESTANTE	58

1 INTRODUÇÃO

A sífilis é uma doença infecciosa e sexualmente transmissível, causada pela bactéria *Treponema Pallidum* classificada da subespécie *pallidum*, possui como agente etiológico a espiroqueta *Treponema Pallidum* (Francke, 2020).

A sífilis possui como processo histórico da doença, o surgimento na Europa no final do século XV e foi se disseminando durante o período das guerras do início da idade média, porém após 500 anos com o surgimento da penicilina que foi encontrado a cura da doença. O nome Sífilis deriva um poema intitulado *Syphilis sive morbus gallicus* que possui como tradução: "Sífilis ou doença francesa", possui como autor Francastoro, que foi geógrafo, físico, patologista, e poeta. Além disso, foi o pioneiro a pensar na doença como contagiosa, pressuposto que se confirmou com a teoria bacteriana no século XIX (Focaccia, 2005).

Apesar de ser uma doença antiga e com tratamento a sífilis é uma doença muito difundida na atualidade, segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) do ano de 2021 foram registrados mais de 7 milhões de novos casos da doença em todo o mundo (Silva, 2023). Em virtude disso, os casos de sífilis gestacional e congênita possuem uma porcentagem expressiva nesses dados. A sífilis gestacional ocorre quando a paciente é exposta a transmissão sexual ou sanguínea durante o período gestacional. O ministério da saúde preconiza o rastreamento da sífilis durante o pré-natal na primeira consulta e no terceiro trimestre da gravidez, para que haja tempo hábil para o tratamento da paciente e ser considerada adequadamente tratada (Brasil, 2016).

Sob esse viés, a sífilis congênita ocorre quando o bebê é exposto a sífilis por via de transmissão vertical/intrauterina quando a mãe não fez o pré-natal, ou teve o tratamento considerado inadequadamente tratada (não terminou o tratamento até 30 dias antes do parto). A sífilis congênita é classificada como recente quando o diagnóstico ocorre até o 2º ano de vida e considerada tardia quando o diagnóstico ocorre após o 2º ano de vida. "O risco de transmissão vertical depende do estágio da infecção materna e da idade gestacional em que ocorre a exposição fetal, sendo de 70 a 100% a taxa de transmissão vertical observada em gestantes com sífilis recente e de 30 a 40% nos casos de sífilis tardia." (De Oliveira Campos, 2020, p. 3).

Em relação a sífilis no Brasil “A região Nordeste ocupa o segundo lugar do ranking das regiões com maior número de casos de sífilis em gestantes no País, sendo o estado do Maranhão o que apresenta a maior taxa de incidência dessa região” (Conceição, 2020, p. 2).

Ao perceber a pouca existência de pesquisas acadêmicas relativas à análise de prevalência de casos de sífilis gestacional na 11ª Regional de Saúde do Maranhão, em cidades do Maranhão com população próxima a 100 mil habitantes, contendo algumas pesquisas relacionadas a região nordeste, possuindo foco em cidades com índice populacional acima de 300 mil habitantes e possuindo expressivas quantidades de pesquisas na região sul. Ficou evidente que era necessário desenvolver uma pesquisa com o foco no tema na Macrorregião Norte e delimitada a 11ª Regional de Saúde do Maranhão.

Portanto, a necessidade dessa pesquisa tem questionamento inicial sobre a Sífilis gestacional na macrorregião norte do Maranhão, para dar ênfase à problemática investigativa sobre: Qual o cenário da sífilis gestacional na 11ª Regional de Saúde do

Maranhão? Para obter essa resposta será analisado as quantidades de casos notificados da Secretaria de Saúde dos municípios da Regional de Saúde supracitada.

No Brasil, as políticas públicas criadas pelo Ministério da Saúde (MS) têm como objetivo atender as mulheres garantindo as bases do Sistema Único de Saúde (SUS): Universalidade, Integralidade e Equidade, buscando diminuir os índices de mortalidade materna e infantil, além de garantir menores intercorrências durante o período gravídico-puerperal.

Sob esse viés, o MS criou em 1983 o Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher (PAISM) que conseguiria garantir um atendimento integral e de qualidade para as mulheres brasileiras. “As áreas de atuação desse programa estão divididas em grupos baseados nas diferentes etapas da vida das mulheres: assistência gravídico-puerperal; assistência ao aborto; assistência à concepção e anticoncepção. (Matos et al., 2013, p. 6-7).

Neste sentido, esse programa modificou a assistência as gestantes, garantindo um pré-natal mais seguro e específico. A sífilis se tornou uma das doenças investigadas durante o pré-natal, pois, é um problema de saúde pública que possui risco coletivo, um dos riscos é a sífilis congênita, “A sífilis congênita recente e tardia é

doença -sentinela e, quando existe, reflete erros grosseiros do sistema de saúde e na qualidade do pré-natal." (Montenegro, 2017, p.1081).

Por conseguinte, é necessário analisar a importância da Enfermagem na identificação da sífilis no pré-natal. Para isso, é preciso compreender que a assistência da enfermagem no pré-natal é indispensável pois é um profissional que é responsável pela busca e captação dessa gestante, além de garantir o vínculo dessa cliente a Unidade Básica de Saúde (UBS), tornando o enfermeiro uma ferramenta de prevenção e assegurando assistência as possíveis intercorrências do período gestacional e puerperal.

"A atuação do enfermeiro é importante no pré-natal, assim, é necessário que este profissional seja qualificado para atender as necessidades da mulher durante o ciclo gravídico-puerperal com conhecimentos adequados e atualizados" (Dias *et al.*, 2018, p. 3).

Ademais, as equipes de saúde das Unidades básicas de saúde do Maranhão poderão fazer o tratamento e acompanhamento necessário desse paciente, com o objetivo de evitar a transmissão vertical estando alinhado com o princípio de rastreamento do pré-natal.

Diante do problema levanta-se as seguintes hipóteses: A enfermagem possui papel fundamental na identificação de casos de sífilis no pré-natal, pois o rastreamento possibilita identificar os casos suspeitos e confirmados; e ocorreu uma diminuição nas notificações de casos de sífilis gestacional durante a pandemia de COVID-19.

2 OBJETIVO

2.1 Objetivo geral

Analisar o panorama epidemiológico da sífilis gestacional na 11ª Regional de Saúde do Maranhão nos anos de 2017 a 2021.

2.2 Objetivos específicos

- Identificar o perfil epidemiológico da Sífilis Gestacional na 11ª Regional de Saúde, a partir das variáveis: faixa etária, raça/cor, evolução, classificação clínica, teste treponêmico e teste não treponêmico;
- Analisar o papel do enfermeiro no diagnóstico e tratamento da sífilis gestacional durante o pré-natal;
- Analisar o preenchimento das fichas de notificações de sífilis em gestante pelos profissionais de saúde;

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 História, classificação e estágios da sífilis.

A história da sífilis começou há 500 anos, com surgimento de conhecimentos empíricos e controversos a respeito da patogenia, baseados nas teorias do novo e velho mundo sobre o surgimento de doenças endêmicas na América e introduzida na Europa durante as navegações marítimas. Sob esse viés, a teoria bacteriana se baseava na tese de que a sífilis já existia na Europa, possuía como fonte verídica que era "causadas por um único microorganismo, que com o passar do tempo foi se diferenciando e adquirindo características que aumentaram sua virulência e permitiram a transmissão sexual e o desencadeamento de epidemias." (Neto *et al.*, 2009, p. 127).

"A palavra sífilis aparece pela primeira vez em um poema do médico e escritor Girolamo Fracastoro, "Syphilis Sive Morbus Gallicus" (Sífilis ou Mal Francês), publicado em Verona, Itália, em 1530." (Passos *et al.*, 2021, p.1). E possui a denominação de Sífilis até hoje, apesar da sífilis possuir tratamento desde o surgimento da penicilina, as infecções sexualmente transmissíveis (IST) sífilis é um grave problema de saúde pública (Saraceni, 2005).

A sífilis é uma doença infectocontagiosa, causada pela bactéria *Treponema pallidum* de evento sentinela, ou seja, é uma doença prevenível e de fácil detecção, que possui uma distribuição mundial sendo bastante difundida no Brasil, possui evolução sistêmica, portanto, contém algumas classificações clínicas, sendo elas: sífilis adquirida, sífilis gestacional e sífilis congênita e vários estágios, sendo eles: primária, secundária, latente e terciária (Damasceno *et al.*, 2014).

De acordo com (Brasil, 2021) o agente etiológico *Treponema pallidum* é uma bactéria com classificação gram-negativa, do grupo das espiroqueta e de fácil disseminação, possui como reservatório o ser humano e possui como modo de transmissão a via sexual, sanguíneo e vertical/intrauterino, ou seja, passagem da mãe para o feto/placentário. "Apresenta altas taxas de transmissão vertical, podendo chegar a 100% nas duas primeiras fases da doença materna" (Sonda *et al.*, 2013, p. 29). Tem o período de incubação de 10 a 90 dias após o contato infectante, aparecendo as

primeiras manifestações clínicas por volta de 21 dias do contato infectante (Quadro 1).

Quadro 1 - Manifestações clínicas de acordo com a evolução e estágio da sífilis

EVOLUÇÃO	ESTÁGIOS	MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS
Sífilis recente (menos de 2 anos de duração)	Primária 10-90 dias (média de 21 dias) após o contato	Geralmente se manifesta como um nódulo indolor único no local do contato, que se ulcera rapidamente, formando o cancro duro. Costuma surgir na genitália, mas também pode ocorrer no períneo, ânus, reto, orofaringe, lábios ou mãos. A lesão primária é rica em treponemas
	Secundária 6 semanas a 6 meses após o contato	Nessa fase da doença, são comuns sinais e sintomas sistêmicos da infecção, mimetizando manifestações clínicas de outras enfermidades e, dessa forma, sendo frequentemente confundida com outros diagnósticos. Podem ocorrer erupções cutâneas em forma de máculas (roséola) e/ou pápulas, principalmente no tronco; lesões eritemato-escamosas palmo-plantares (essa localização, apesar de não patognomônica, sugere fortemente o diagnóstico de sífilis no estágio secundário); placas eritematosas branco-aczentadas nas mucosas; lesões pápulo-hipertróficas nas mucosas ou pregas cutâneas (condiloma plano ou condiloma lata); alopecia em clareira e madarose (perda da sobrancelha, em especial do terço distal), febre, mal-estar, cefaleia, adinamia e linfadenopatia generalizada. As lesões secundárias são ricas em treponemas
	Latente recente Nos primeiros 2 anos de infecção	Período em que não se observa nenhum sinal ou sintoma clínico de sífilis, verificando-se, porém, reatividade nos testes imunológicos que detectam anticorpos. A maioria dos diagnósticos ocorre nesse estágio. Aproximadamente 25% dos indivíduos intercalam lesões de secundarismo com os períodos de latência, durante o primeiro ano de infecção
	Latente tardia Após 2 anos de infecção	
Sífilis tardia (mais de 2 anos de duração)	Terciária	Menos frequente na atualidade É comum o acometimento do sistema nervoso e cardiovascular (dilatação aórtica, regurgitação aórtica, estenose do óstio carotídeo). Além disso, verifica-se a formação de gomas sífilíticas (tumorações com tendência a liquefação) na pele, mucosas, ossos ou qualquer tecido

Fonte: DCCI/SVS/MS.

As manifestações clínicas da sífilis em seus diferentes estágios (Quadro 1), encontrará: No estágio da sífilis primária o paciente apresentará úlcera conhecida como "cancro duro", indolor, porém, contém os treponemas em grande quantidade,

sendo localizada no sítio de entrada da bactéria: em áreas da vagina, pênis, ânus e boca. Às lesões duram de 3 a 8 semanas e somem sem a necessidade de tratamento, por isso, a sífilis é facilmente confundida com outras patologias.

No estágio da sífilis secundária ela ocorre após 6 semanas a seis meses do término da sífilis primária. Os sintomas duram de 4 a 12 semanas e o paciente apresentará pápulas palmoplantares e alopecia. “Os sintomas gerais mais relatados são mal-estar, cefaleia, febre, prurido (42%) e hiporexia. Outros, menos comuns, são dor nos olhos, dor óssea, artralgia, meningismo, irrite e rouquidão.” (Damasceno, 2014, p. 90). Nessa fase a sífilis é muito contagiosa e os sintomas também desapareceram sem tratamento, fazendo alusão à uma falsa cura ao paciente infectado (Damasceno *et al.*, 2014).

No estágio da sífilis latente o paciente não apresentará sinais e sintomas, ou seja, “pacientes assintomáticos, sem desenvolvimento sistêmico da doença, com sorologia positiva. Pode ser precoce (menos de um ano de evolução) ou tardia (mais de um ano de evolução)” (Damasceno *et al.*, 2014, p. 90).

Em relação ao estágio da sífilis terciária que ocorre após anos de infecção, em fase latente o paciente terá acometimento nos sistemas nervoso, cardiovascular e ósseo. “As manifestações mais graves da sífilis terciária são o acometimento neurológico (paralisia geral progressiva, pupilas de Argyll Robertson, tabes dorsalis) e cardiovas-cular (aortite, aneurisma de aorta, regurgitação aórtica)” (Damasceno *et al.*, 2014, p. 90). Nesse estágio pode acometer qualquer tecido gerando incapacidade, várias intercorrências e até morte.

3.2 Diagnóstico e Tratamento da Sífilis Gestacional

O diagnóstico de sífilis gestacional é realizado por testes sorológicos, historicamente o primeiro teste sorológico para a doença tornou-se disponível em 1906, “através de Wassermann, Neisser e Bruck, utilizando a técnica de fixação de complemento. O antígeno para sua reação foi preparado a partir do extrato hepático de um natimorto de mãe com sífilis” (Saraceni, 2005, p. 3). Essa evolução permitiu o diagnóstico de portadores assintomático e sintomáticos da sífilis pudessem ter tratamento adequado.

Para que o profissional realize um diagnóstico adequado é necessário correlacionar alguns fatores, como manifestações clínicas (Quadro 1), resultados dos testes laboratoriais, se possui histórico de infecções passadas e investigar se ocorreu exposição recente, somente assim o diagnóstico será efetivo e o paciente receberá o tratamento adequado. “O diagnóstico da sífilis é preconizado pela Portaria nº 2.012, de 19 de outubro de 2016, que aprova o “Manual Técnico para Diagnóstico da Sífilis”” (Brasil, 2021a, p.159).

Para o diagnóstico da sífilis são aplicados testes, que podem ser divididos em duas categorias: exames diretos (exame em campo escuro e pesquisa direta com material corado) (Quadro 2) e testes imunológicos (não treponêmicos e treponêmicos) (Quadro 3). Quando o profissional escolher os testes é necessário considerar o provável estágio da sífilis a ser diagnosticado e não somente os testes disponíveis (Brasil, 2021a).

Quadro 2 –Exames diretos para sífilis

	MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS DA SÍFILIS	MATERIAL	SENSIBILIDADE/ ESPECIFICIDADE	SIGNIFICADO CLÍNICO
Exame em campo escuro	Lesões primárias e secundárias	Exsudato seroso das lesões ativas	Alta sensibilidade e especificidade Depende da experiência do técnico	Positivo: infecção ativa. Considerar diagnóstico diferencial com treponemas não patogênicos e outros organismos espiralados

			Teste mais eficiente e de baixo custo para diagnóstico direto da sífilis	Negativo: considerar que 1) número de T. pallidum na amostra não foi suficiente para sua detecção; 2) a lesão está próxima à cura natural; 3) a pessoa recebeu tratamento sistêmico ou tópico
Pesquisa direta com material corado		Esfregaço em lâmina ou cortes histológicos com diferentes corantes	Todas as técnicas têm sensibilidade inferior à microscopia de campo escuro	

Fonte: DCCI/SVS/MS.

Os exames sorológicos (Quadro 3) são utilizados quando o paciente não possui manifestações clínicas. E a triagem é realizada por métodos não treponêmicos que são caracterizados como teste de rastreio pois possuem uma sensibilidade elevada, pois utilizam antígenos não derivados do agente causal “detectam anticorpos não específicos anticardiolipina, material lipídico liberado pelas células danificadas em decorrência da sífilis e possivelmente contra a cardiolipina liberada pelos treponemas.” (Brasil, 2021a, p. 161).

Quadro 3 – Testes imunológicos para diagnóstico de sífilis.

TESTES IMUNOLÓGICOS	Não treponêmicos	VDRL RPR TRUST	Quantificáveis (ex: 1:2, 1:4, 1:8) Importantes para o diagnóstico e monitoramento da resposta ao tratamento
	Treponêmicos	FTA-Abs ELISA/EQL TPHA/TPPA/MHA-TP Teste Rápido	Na maioria das vezes, permanecem reagentes mesmo após o tratamento, pelo resto da vida da pessoa Não são indicados para monitoramento da resposta ao tratamento

Fonte: DCCI/SVS/MS.

Os teste imunológicos não treponêmicos são: venereal disease research laboratory (VDRL) , rapid plasma reagin (RPR) e toluidine red unheated serum test

(TRUST), sendo o VDRL mais utilizado no Brasil, possui alta sensibilidade, além de ser um exame de baixo custo, possui como atuação o antígeno a cardiolipina, possuindo métodos quantitativos (titulação) e qualitativos (reagente e não reagente), esse exame é importante para o controle de cura, pois permite a comparação dos títulos periodicamente (Brasil, 2019).

As pacientes com sífilis primária o exame do VDRL torna-se reagente no período de quatro a sete dias após o aparecimento do cancro duro. Durante essa fase o VDRL é eficiente para estabelecer o diagnóstico em 85%. Em contrapartida, em caso de pacientes recém-infectadas o VDRL pode ainda ter resultado negativo, caracterizando um quadro de exame falso-negativo, sob esse viés é importante destacar que “os anticorpos não treponêmicos podem surgir em outros agravos (exemplos: lúpus, artrite reumatoide, hanseníase), que também levam à destruição celular, podendo gerar resultados falso-reagentes em alguns casos” (Brasil, 2021, p. 417).

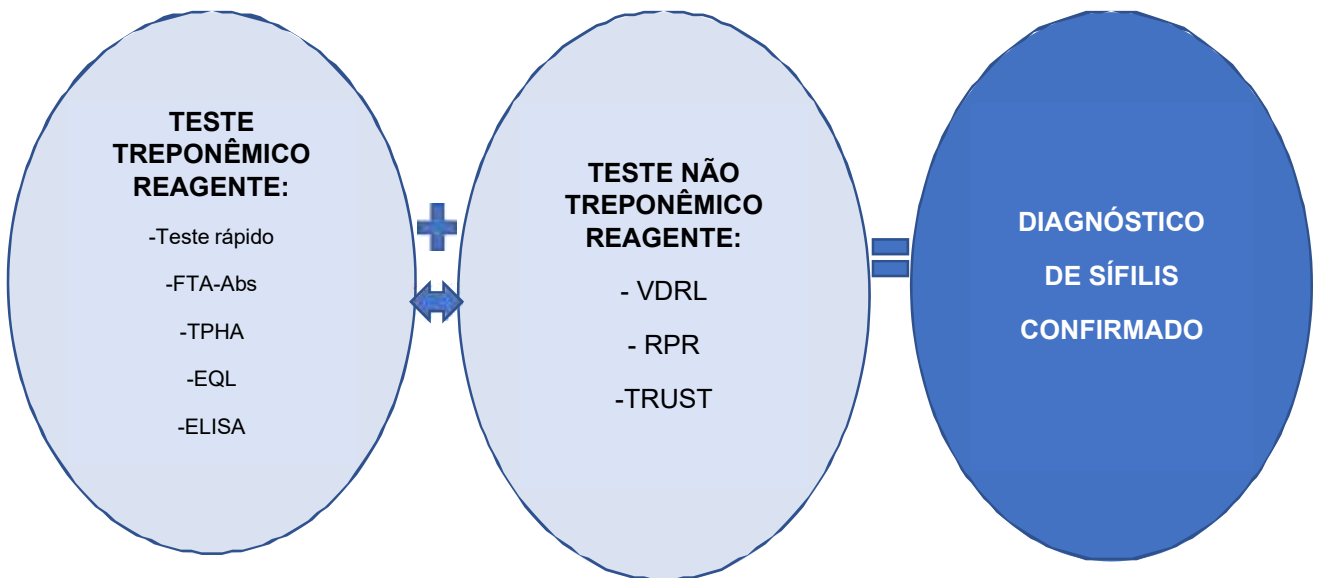
No caso de diagnóstico de sífilis secundária e na latente precoce com o prazo de (até um ano de duração), a positividade do VDRL alcança até 100%. É durante essa fase que os valores quantitativos do exame possuem maior titulação, por isso, é necessário ter cautela com efeito pró-zona, ou seja, pelo excesso de anticorpos o resultado do exame torna-se negativo, porém é um falso-negativo. É válido ressaltar que o VDRL é realizado com soro total, por isso ele se torna tão eficaz e recomendado durante o pré-natal, pois ele permite a diluição do soro e confirmação de diagnóstico em diferentes fases.

Os teste treponêmicos são os primeiros a ficarem regentes pois possuem alta especificidade e conseguem detectar anticorpos produzidos contra os antígenos de *T. pallidum* e continuam reagentes em 85% dos casos mesmo após tratamento, pois detectam cicatriz sorológica, sendo assim, não são utilizados para monitoramento terapêutico. Os teste treponêmicos são: fluorescent treponemal antibody-absorption (FTA-abs), *Treponema pallidum* hemagglutination (TPHA), enzyme-linked immunosorbent assay (ELISA), micro-hemoaglutinação indireta MHTP, teste eletroquimioluminescente (EQL) e teste rápido (Brasil, 2021).

Para a efetivação do diagnóstico da sífilis é necessário realizar um teste treponêmico mais um teste não treponêmico (Figura 1). Além disso, analisando a

sensibilidade dos fluxos diagnósticos é recomendado iniciar a investigação por um teste treponêmico e depois realizar o exame não treponêmico.

Figura 1 –Testes imunológicos para diagnóstico da sífilis



Fonte: DCCI/SVS/MS.

No caso de gestante o Ministério da Saúde conforme o protocolo (Brasil, 2019) preconiza a triagem sorológica para sífilis durante a gestação, no parto, em caso de aborto, violência sexual ou exposição de risco. Durante o pré-natal a testagem ocorre na 1ª consulta preferencialmente no primeiro trimestre e a partir da 28ª semana de gestação, início do terceiro trimestre. “Em todos os casos de gestantes, o tratamento deve ser iniciado com apenas um teste reagente, treponêmico ou não treponêmico, sem aguardar o resultado do segundo teste” (Brasil, 2021a, p. 162).

O tratamento da sífilis gestacional é realizado com a penicilina benzatina, pois é o único antibiótico que possui eficácia e janela terapêutica segura para que ocorra o tratamento adequado da gestante segundo o que preconiza o Ministério da Saúde (Brasil, 2019). Apesar de outros antibióticos serem utilizados para tratamento da sífilis em pacientes que possuem alergia a penicilina benzatina, os antibióticos de tetraciclina orais e os macrolídeos não são recomendados na gestação pois possuem toxicidade ao feto e não atravessam a barreira placentária, é necessário seguir o esquema terapêutico de acordo com diagnóstico da fase da sífilis. (Quadro 4).

Quadro 4 –Resumo dos esquemas terapêuticos da gestante com sífilis

ESTÁGIO CLÍNICO	ESQUEMA TERAPÊUTICO
Sífilis recente (com menos de 2 anos de evolução): Sífilis primária, secundária e latente recente	Penicilina G benzatina 2,4 milhões UI, IM, dose única (1,2 milhões UI em cada glúteo)
Sífilis tardia (com mais de 2 anos de evolução): Sífilis latente tardia ou latente com duração ignorada e sífilis terciária	Penicilina G benzatina 2,4 milhões UI, IM, semanal, por 3 semanas Dose total: 7,2 milhões UI, IM
Neurosífilis	Penicilina cristalina 18-24 milhões UI/dia, IV, administrada em doses de 3-4 milhões de UI, a cada 4 horas ou por infusão contínua, por 14 dias

Fonte: DCCI/SVS/MS.

Notas:

-Esquemas alternativos não são recomendados durante a gestação.

-Qualquer outro tratamento realizado durante a gestação, para fins de definição de caso e abordagem terapêutica da sífilis congênita, é considerado tratamento não adequado da mãe, e o RN será submetido a avaliação clínica e laboratorial, conforme seção específica deste PCDT-TV.

-Gestantes que ultrapassarem o intervalo de 14 dias entre as doses devem reiniciar o esquema terapêutico.

(Brasil, 2019, p. 165)

É válido ressaltar que o rastreamento da sífilis nos parceiros sexuais das gestantes com o diagnóstico ou não, é importante para que não ocorra exposição de reinfecção durante a gestação. O Ministério da Saúde (Brasil, 2019) preconiza que:

as parcerias sexuais de gestantes com sífilis podem estar infectadas, mesmo apresentando testes imunológicos não reagentes; portanto, devem ser tratadas presumivelmente com apenas uma dose de penicilina benzatina IM (2.400.000 UI) (Brasil, 2021a, p. 167).

No caso de teste positivo deve seguir o esquema terapêutico de sífilis adquirida correspondente a fase do diagnóstico (Quadro 5).

Quadro 5 –Resumo dos esquemas terapêuticos para as parcerias sexuais de gestantes com sífilis

ESTÁGIO CLÍNICO	ESQUEMA TERAPÊUTICO
Sífilis recente (com menos de 2 anos de evolução): Sífilis primária, secundária e latente recente	Penicilina G benzatina 2,4 milhões UI, IM, dose única (1,2 milhões UI em cada glúteo)
Sífilis tardia (com mais de 2 anos de evolução): Sífilis latente tardia ou latente com duração ignorada e sífilis terciária	Penicilina G benzatina 2,4 milhões UI, IM, semanal, por 3 semanas Dose total: 7,2 milhões UI, IM

Fonte: DCCI/SVS/MS.

O Monitoramento pós-tratamento de sífilis na gestante é realizado mensalmente por meio de monitoramento da resposta terapêutica, comparando as titulações dos testes não treponêmicos, utilizando preferencialmente sempre o mesmo teste e acompanhando a gestante por até dose meses, dependendo da fase do diagnóstico. “É indicação de sucesso de tratamento a ocorrência de diminuição da titulação em duas diluições dos testes não treponêmicos em três meses, ou de quatro diluições em seis meses após a conclusão do tratamento” (Brasil, 2019, p. 169).

É primordial para o profissional avaliar o seguimento de gestante com sífilis como preconiza o protocolo do MS (Brasil, 2019). Pois é necessário ter cautela ao avaliar casos de: reinfeção, reativação e resposta imunológica mais lenta, considerando “a avaliação da presença de sinais ou sintomas clínicos novos, reexposição de risco, violência sexual, comorbidades, histórico do tratamento (duração, adesão e medicação utilizada)” (Brasil, 2019, p. 170).

3.3 Sífilis gestacional e Intercorrências obstétricas.

A sífilis gestacional (SG) ocorre quando a paciente é infectada pela bactéria *Treponema pallidum* durante o período gravídico. A infecção nesse período pode causar agravos para gestante e para o feto. A mulher infectada na gravidez pode transmitir a sífilis por via placentária para o bebê, denominada sífilis congênita (SC). A taxa de transmissão vertical (TV) varia de acordo com o estágio da sífilis (Quadro 6). O risco de transmissão na gestação varia de acordo com o estágio da infecção materna e da idade gestacional em que ocorre a exposição fetal, podendo chegar de 70 a 100% nos casos de sífilis recente e 30 a 40% nos casos de sífilis tardia.” (Damasceno *et al.*, 2014, p. 90).

Quadro 6 – Risco de transmissão vertical da sífilis

TRANSMISSÃO VERTICAL DA SÍFILIS (FIUMARA, 1952)	
Fases da sífilis	Risco de TV
Primária	70-100%
Secundária	90-100%
Latente precoce	40-80%
Latente tardia	10-30%
Terciária	10-30%

Fonte: SARACENI, 2005 *apud* FIUMARA, 1952.

No Brasil, segundo o último boletim epidemiológico da sífilis de 2023, foram notificados no país no período de 2012 a 2022, 466.584 casos de sífilis em gestantes. E foi notificado em 2021 pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) 74.095 casos de sífilis em gestante. “A taxa de detecção de sífilis em gestantes elevou-se 2,6 vezes quando comparados os anos de 2011 e 2017. Entretanto, nos anos subsequentes, o aumento médio anual foi de 1,1 vez.” (Brasil, 2023 , p. 11).

Sob esse viés, o estado do Maranhão notificou no ano de 2021, 1696 casos de sífilis em gestante, sendo o quarto estado da região nordeste com mais casos notificados. O aumento na taxa de detecção da SG nos estados “pode ser atribuída ao incremento na testagem, decorrente da disseminação dos testes rápidos, mas também à diminuição no uso de preservativos” (Domingues *et al.*, 2021, p. 2).

Em virtude desse cenário o papel do enfermeiro é indispensável para que ocorra a detecção precoce da sífilis durante o pré-natal, assim como a eficácia do tratamento. Em 2021, o percentual de tratamento adequado da sífilis na gestação foi de 81,4%; entretanto, “para eliminar a sífilis congênita, faz-se necessário ampliar esforços para alcançar 95% ou mais de cobertura de tratamento materno adequado” (Brasil, 2023, p. 9). Segundo o que preconiza na Organização Pan-Americana da Saúde e Organização Mundial da Saúde (Opas/OMS), por meio dessa ação diminuirá a exposição do feto e as intercorrências obstétricas durante a gravidez.

O tratamento efetivo durante a gestação como preconiza o protocolo do MS (Brasil, 2019) pode evitar desfechos letais das intercorrências durante a gravidez, onde “40% resultarão em perdas gestacionais precoces, 11% em morte fetal a termo e 12% a 13% em partos pré-termo ou baixo peso ao nascer. Pelo menos 20% dos recém-nascidos apresentarão sinais sugestivos de sífilis congênita” (Domingues *et al.*, 2021, p. 2). A partir desse cenário é indispensável o diagnóstico e tratamento adequado da sífilis para que não ocorra a transmissão transplacentária ocasionando a sífilis congênita, já que “as taxas de incidência de sífilis congênita das regiões Nordeste e Sudeste superaram a taxa nacional” (Brasil, 2023, p. 13).

3.4 Estratégia de Saúde da Família e o Pré-natal

A Declaração de Alma-Ata, emitida em setembro de 1978 durante a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata, no Cazaquistão, foi um marco significativo no campo da saúde global. A declaração enfatizou a importância da Atenção Primária à Saúde (APS) como a abordagem fundamental para alcançar o objetivo de "Saúde para Todos" e promover sistemas de saúde mais justos e eficientes (Arantes, 2016).

A declaração definiu a APS como a "essência de um sistema de saúde integral e integrado" e destacou a importância da abordagem centrada na comunidade, na qual os cuidados são prestados de forma acessível, aceitável e sustentável. Embora a meta de "Saúde para Todos" até o ano 2000 não tenha sido totalmente alcançada, a Declaração de Alma-Ata teve um impacto duradouro no campo da saúde global. A ideia de fortalecer a APS como base para sistemas de saúde eficazes e equitativos continua a ser uma influência importante nas políticas de saúde em todo o mundo (Arantes, 2016).

Em virtude disso, o Programa Saúde da Família (PSF) foi um marco significativo na implementação da Atenção Primária à Saúde (APS). O PSF foi introduzido no Brasil em 1994 como parte das políticas de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) e representou uma abordagem inovadora para a prestação de cuidados primários. "Em decorrência das suas potencialidades, o PSF passou a ser reconhecido como Estratégia Saúde da Família (ESF) pela sua capacidade em orientar a organização do sistema de saúde" (Arantes, 2016, p. 1500).

A implementação bem-sucedida do Programa Estratégia Saúde da Família no Brasil serviu como modelo para outros países interessados em fortalecer seus sistemas de Atenção Primária à Saúde. A abordagem do PSF tem sido reconhecida como uma estratégia eficaz para melhorar o acesso aos serviços de saúde, promover a equidade e alcançar os melhores resultados de saúde na comunidade (Arantes, 2016).

Baseado no exposto, é de grande importância a relação entre a cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) e o diagnóstico de sífilis na gestação, já que está relacionada ao papel da ESF na prestação de serviços de atenção primária à saúde, incluindo a prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças, bem como o

acompanhamento da saúde materno-infantil. “Se insere a atenção pré-natal, a qual tem em seus protocolos a triagem da sífilis na grávida e o consequente tratamento da gestante e de seu parceiro, quando apresentam testes positivos” (Saraceni,2012, p. 491).

A Estratégia Saúde da Família tem como um de seus objetivos a promoção da saúde materno-infantil. Isso inclui o acompanhamento das gestantes durante o pré-natal, o que pode envolver a realização de exames para detecção de doenças infecciosas, como a sífilis. A ESF desempenha um papel fundamental na prevenção de doenças, incluindo a sífilis na gestação. O diagnóstico precoce é crucial para iniciar o tratamento adequado e prevenir complicações tanto para a gestante quanto para o feto.

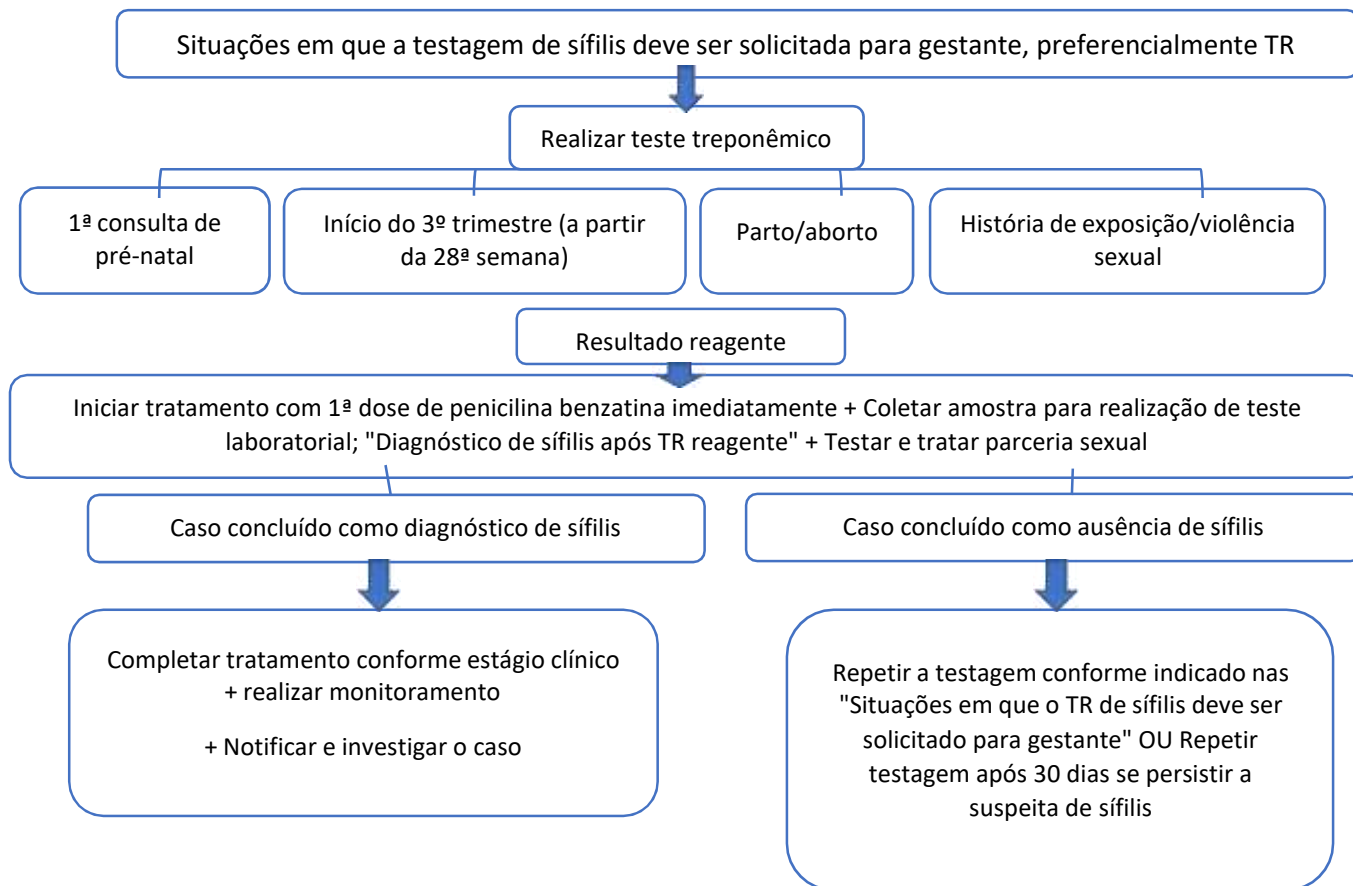
O pré-natal (PN) é um componente essencial da atenção à saúde materna, com o objetivo de promover a saúde da gestante e do feto. Consiste em uma série de consultas clínicas e exames laboratoriais realizados periodicamente ao longo da gestação. “O PN deve ser iniciado a partir do momento em que se descobre a gestação, sendo preconizado o número mínimo de 6 consultas até o parto” (Da Silva Nascimento *et al.*, 2021, p. 2).

O pré-natal começa com o acolhimento da gestante no sistema de saúde. Durante essa fase, são coletadas informações sobre a história médica e obstétrica da mulher, além de fornecer orientações sobre hábitos saudáveis durante a gestação. Durante o pré-natal, a gestante realiza uma série de consultas clínicas com profissionais de saúde, com médicos e enfermeiros. Essas consultas têm como objetivo monitorar o desenvolvimento da gestação, avaliar a saúde da gestante e do feto, além de esclarecer dúvidas e fornecer orientações sobre cuidados pré-natais.

A realização adequada do pré-natal é fundamental para garantir uma gestação saudável, reduzir os riscos para a mãe e o bebê, e proporcionar um parto seguro. O acompanhamento regular permite intervenções oportunas e contribui para melhores resultados tanto para a gestante quanto para o recém-nascido. O pré-natal realizado de maneira eficaz favorece a saúde da mulher durante e posterior o período gravídico. “As consultas devem seguir um cronograma, de acordo com a idade gestacional (IG): até 28 semanas, mensais; de 28 à 39 semanas, quinzenais; de 36 à 41 semanas e 6 dias, semanais.” (Da Silva Nascimento *et al.*, 2021, p.3).

Durante o pré-natal o Ministério da Saúde (Brasil, 2019) preconiza (fluxograma 1) o rastreamento de doenças perinatais evitáveis durante a triagem pré-natal, sendo elas: Sífilis, Hepatites e HIV. As duas rotinas de testagem preconizadas pelo Ministério da Saúde são: "(uma na primeira consulta pré-natal e a segunda no início do terceiro trimestre gestacional)" (Domingues *et al.*, 2014, p.768).

Fluxograma 1 - Solicitação e conduta frente ao teste reagente na gestante



Fonte: DCCI/SVS/MS, 2019.

3.5 Vigilância Epidemiológica e a Sífilis gestacional

No Brasil, o processo histórico da Vigilância Epidemiológica (VE) começou em 1902 no Rio de Janeiro com epidemia da peste, com o objetivo de instaurar medidas sanitárias. Porém, apenas em 1975 com a Lei federal 6.259 o conceito de vigilância epidemiológica foi estabelecido no Brasil (Albuquerque, 2002).

Segundo Fossaert *et al. apud* (Waldman, 1991) a finalidade da vigilância é estar apta a propor, com fundamentos objetivos e científicos, medidas de intervenção que - sejam de curto, médio ou longo prazo - capazes de controlar ou prevenir o problema. A VE funciona por forma de sistema, que precisa ser alimentando com informações de diferentes localidades. “A vigilância epidemiológica constitui um subsistema de informação de um sistema de informação-decisão-controle de enfermidades específicas, que serve de base para elaborar recomendações, avaliar as medidas de controle.” (Waldman, 1991, p. 28).

Nesse contexto, o Sistema de Informação de Agravos de Notificações (SINAN) é um sistema utilizado para notificação e monitoramento de casos de diversas doenças e agravos à saúde. Ele é gerenciado pelo Ministério da Saúde e tem como objetivo principal coletar, processar, analisar e disseminar informações sobre doenças de notificação compulsória. O sistema “foi implantado no Brasil em 1993 e regulamentado em 1998, tornando-se obrigatória a alimentação regular da base de dados nacionais pelos municípios, estados e Distrito Federal” (Santana, 2019, p. 5).

O sistema é alimentado em todo território brasileiro e serve como base para o sistema de vigilância epidemiológica, e por meio dele, os municípios e estados podem tomar decisões para melhorar a assistência à saúde, identificar surtos e planejar ações de saúde. “O uso de forma efetiva permite a realização do diagnóstico dinâmico da ocorrência de um evento na população, sendo capaz de fornecer subsídios para explicações causais dos agravos de notificação compulsória, além de vir a indicar riscos aos quais as pessoas estão sujeitas” (Santana, 2019, p. 5).

No Brasil, devem ser notificados por meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) casos suspeitos e confirmados de algumas doenças, como por exemplo: Tuberculose, Hanseníase, Dengue, Toxoplasmose, Sífilis e entre outras. “Esta lista está contida na Portaria nº 204 de 17 de fevereiro de 2016 e dentre

os diversos agravos, a sífilis está presente, no qual notifica-se os seguintes: sífilis adquirida, congênita e em gestantes” (Santana, 2019, p. 6).

Em virtude disso, é necessário preencher a ficha de notificação/conclusão individual no SINAN e essas informações serão utilizadas pelas Secretárias de Saúde dos Estados para indicadores de assistência e de vigilância epidemiológica. “Sistema de Informação viabiliza a transparência dos órgãos de gestão pública, o que é essencial para a consolidação da democracia e do direito de cidadania.” (Scherer *et al.*, 2007, p. 332).

“A sífilis na gestante é um agravo de notificação compulsória para fins de vigilância epidemiológica desde 2005, através da portaria nº 33 de 14 de julho de 2005 e estima-se que apenas 32% dos casos são notificados” (Santana, 2019, p. 8). Demonstrando um indicador da falta de qualidade da assistência durante o pré-natal e a magnitude da subnotificação da sífilis, que consiste na ausência ou obstrução dos dados relativos à notificação.

Durante o preenchimento da ficha de notificação de Sífilis em Gestante (Apêndice A) de investigação de notificação do SINAN é necessário preencher os campos: Dados gerais, Notificação individual, Dados de residência e logo após começa o preenchimento dos dados complementares do caso: Ant. Epid. Gestante, Dados laboratoriais, Tratamento/encerramento, Ant. Epidemiológicos da parceria sexual e Investigador.

4 METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de uma pesquisa descritiva de caráter quantitativo, sobre a ocorrência de sífilis gestacional na população do estado do Maranhão. O estado do Maranhão está dividido em três Macrorregiões de Saúde: Macrorregião Norte, Macrorregião Sul e Macrorregião Leste, que são subdivididas em 19 Regionais de Saúde, para melhor atender as demandas dos 209 municípios do Maranhão.

Figura 2- Mapa das 03 (Três) Macrorregiões de Saúde



Fonte: Ministério Público do Maranhão, 2018.

Para a pesquisa foi escolhida a Macrorregião Norte e delimitada a 11ª Regional de Saúde do Maranhão (Regional de Saúde–Santa Inês) que corresponde a 13 (treze) municípios, são eles: Alto Alegre do Pindaré, Bela Vista do Maranhão, Bom Jardim, Governador Newton Bello, Igarapé do Meio, Monção, Pindaré Mirim, Pio XII, Santa Inês, Santa Luzia, São João do Caru, Satubinha e Tufilândia.

Segundo o Boletim Epidemiológico de 2023 do Ministério da Saúde (Brasil, 2023) o Maranhão possui o número expressivo de 1696 casos de Sífilis em gestante, ocupando o quarto lugar do ranking de estado com mais casos de sífilis em gestante na região Nordeste.

As informações utilizadas no presente estudo foram coletadas por meio de busca de dados de casos notificados de sífilis gestacional na plataforma do DATASUS/SINAN relativo aos anos 2017 a 2021. Foram incluídos somente os casos de sífilis gestacional notificados nos municípios que compõem a 11ª Regional de Saúde do Maranhão.

Os dados obtidos foram digitados em planilha Excel e Planilhas Google, considerando as variáveis: Faixa etária, Raça, Evolução, Classificação Clínica, Teste não Treponêmico e Teste Treponêmico. Com o propósito de analisar o panorama epidemiológico de sífilis gestacional na 11ª Regional de Saúde do Maranhão.

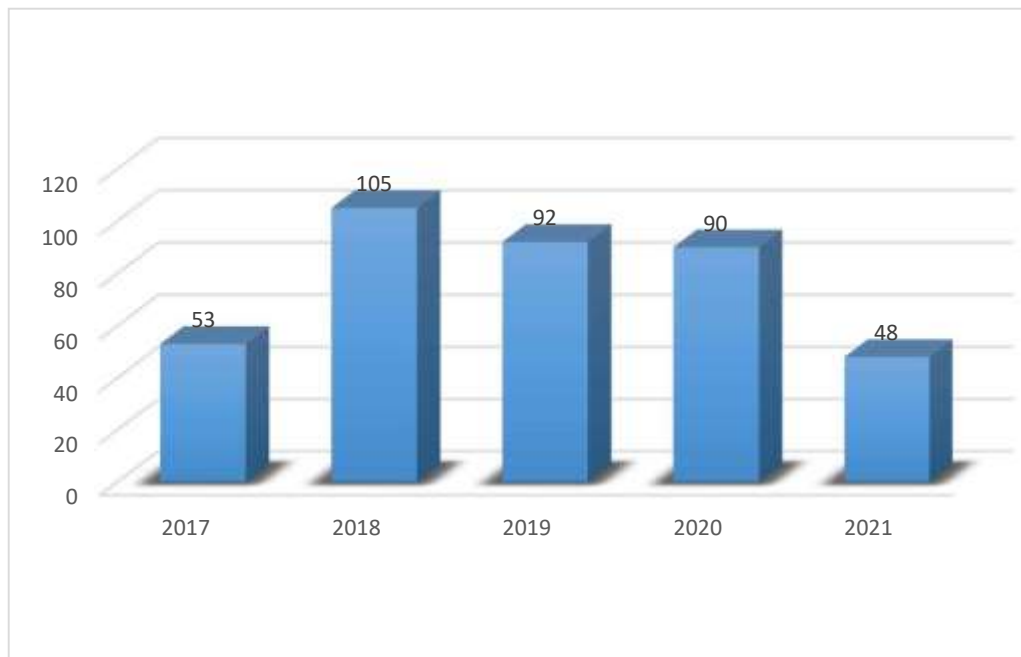
Com o intuito de embasar cientificamente esta pesquisa foi realizado um levantamento bibliográfico composto por artigos científicos, livros e dados estatísticos sobre o tema. Para isso foi utilizado as bases de dados do Google Acadêmico, CAPES Periódicos, BVS e Scielo, os artigos selecionados tiveram a delimitação de idioma - português, com as palavras-chave: Sífilis, Gestação e Epidemiologia.

Para complementação da execução da pesquisa foi utilizado o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para prevenção da transmissão vertical de HIV, sífilis hepatites virais (Brasil, 2019), assim como o Manual técnico para Diagnóstico da sífilis (Brasil, 2021^a) e o Guia de Vigilância em Saúde (Brasil, 2021).

5 RESULTADO

De acordo com a análise de dados disponibilizados pelo DATASUS/SINAN, foi possível estabelecer a correlação de sífilis gestacional e as variáveis: faixa etária, raça, evolução, classificação clínica, teste treponêmico e teste não treponêmico.

Gráfico 1 – Casos notificados de sífilis gestacional por ano de diagnóstico. 2017-2021.



Fonte: DATASUS/SINAN, 2023.

No que se refere ao número total de casos de sífilis gestacional, no período compreendido entre janeiro de 2017 a dezembro de 2021, foram notificados 388 casos confirmados de sífilis gestacional na 11ª Regional de Saúde do Maranhão. Deste total, foram notificados 53 casos de SG em 2017, 105 foram diagnosticados no ano de 2018, representando o maior número de notificações no que concerne o período analisado. Em 2019 constatou-se 92 casos notificados, em seguida, no ano de 2020 foram notificados 90 casos de SG. O menor número de notificações, por sua vez, ocorreu no ano 2021 com 48 casos (Gráfico 1).

Diante deste panorama, em concordância com a análise quantitativa realizada, constatou-se um aumento nas notificações de 2017 a 2018. Em contrapartida, ocorreu uma redução nas notificações nos últimos anos correspondente ao período 2019 a 2021, sendo uma redução mais expressiva de 2020 para 2021 (Gráfico 1).

Tabela 1 – Casos confirmados de sífilis gestacional e sua distribuição por município, 2017-2021.

Variável	2017	2018	2019	2020	2021	Total
Município						
Alto Alegre do Pindaré	1	16	12	5	4	38
Bela Vista do Maranhão	2	2	2	0	0	6
Bom Jardim	0	3	2	4	2	11
Governador Newton Bello	0	0	0	0	0	0
Igarapé do Meio	1	3	2	2	1	9
Monção	1	5	2	4	1	13
Pindaré-Mirim	8	6	7	11	5	37
Pio XII	1	1	2	3	5	12
Santa Inês	20	34	31	23	16	124
Santa Luzia	19	34	31	35	12	131
São João do Caru	0	0	0	0	2	2
Satubinha	0	0	0	1	0	1
Tufilândia	0	1	1	2	0	4
Total	53	105	92	90	48	388
Distribuição percentual						
Alto Alegre do Pindaré	1,9	15,2	13,0	5,6	8,3	9,8
Bela Vista do Maranhão	3,8	1,9	2,2	0,0	0,0	1,5
Bom Jardim	0,0	2,9	2,2	4,4	4,2	2,8
Governador Newton Bello	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Igarapé do Meio	1,9	2,9	2,2	2,2	2,1	2,3
Monção	1,9	4,8	2,2	4,4	2,1	3,4
Pindaré-Mirim	15,1	5,7	7,6	12,2	10,4	9,5
Pio XII	1,9	1,0	2,2	3,3	10,4	3,1
Santa Inês	37,7	32,4	33,7	25,6	33,3	32,0
Santa Luzia	35,8	32,4	33,7	38,9	25,0	33,8
São João do Caru	0,0	0,0	0,0	0,0	4,2	0,5
Satubinha	0,0	0,0	0,0	1,2	0,0	0,3
Tufilândia	0,0	1,0	1,1	2,2	0,0	1,0
Total	100	100	100	100	100	100

Fonte: DATASUS/SINAN, 2023.

No que concerne aos municípios da 11ª Regional de Saúde do Maranhão, a partir de uma análise geral dos anos de 2017 a 2021, o maior número de notificações ocorreu no município de Santa Luzia com 131 (33,8%) seguido de Santa Inês com 124 (32,0%). Os municípios de Alto Alegre do Pindaré 38 (9,8%) e Pindaré Mirim 37 (9,5%) obtiveram números de notificações similares. As cidades com menor número

de notificações foram: Governador Newton bello 0 (0,0%), Satubinha 1 (0,3%) , São João do Caru 2 (0,5%) e Tufilândia 4 (1,0%) (Tabela 1).

Ainda nessa variante, analisando os anos estudado verificou-se que no período de 2017 a 2021 os municípios de Santa Inês e Santa luzia obtiveram notificações iguais 34 (32,4%) e 31 (33,7%) nos anos 2018 e 2019, e similaridade nos números de casos notificados nos anos 2017,2020 e 2021 (Tabela 1).

Ao analisar os dados dos municípios por ano, constatou-se em 2017 que o maior número de casos notificados ocorreu no município de Santa Inês com 20 casos, seguido de Santa Luzia com 19 casos de SG. A terceira cidade que mais notificou foi Pindaré-Mirim com 8 casos diagnosticados, o município de Bela Vista do Maranhão notificou 2 casos de SG. As cidades de Alto Alegre do Pindaré, Igarapé do Meio, Monção e Pio XII notificaram um 1 caso cada de Sífilis em gestante, e os municípios de Bom Jardim, Governador Newton Bello, São João do Caru, Satubinha e Tufilândia não notificaram nenhum caso no ano de 2017 (Tabela 1).

Em relação ao ano de 2018, notou-se que número de casos notificados de SG foram mais prevalentes nos municípios de Santa Inês e Santa Luzia com 34 casos cada, seguido da cidade de Alto Alegre do Maranhão com 16 casos notificados. O município de Pindaré-Mirim notificou 6 casos, e a cidade de Monção notificou 5 casos de SG. As cidades de Bom Jardim e Igarapé do Meio apresentaram semelhança no número de casos notificados, com 3 casos de SG cada.

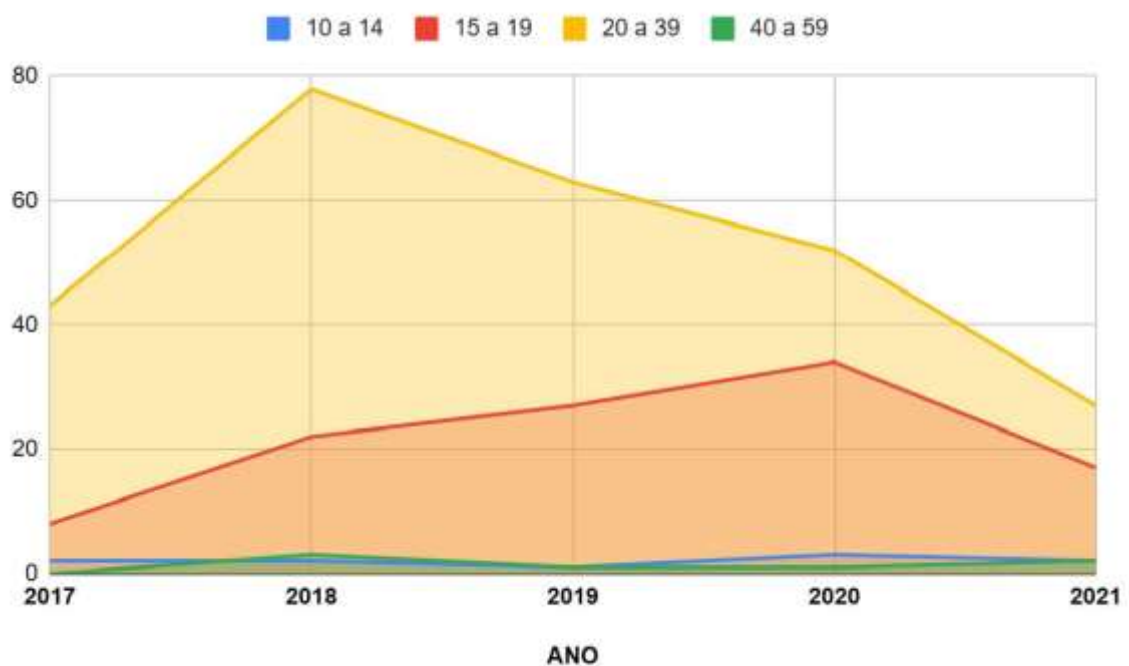
Nesse ano o município de Bella Vista do Maranhão notificou 2 casos, enquanto os municípios de Pio XII e Tufilândia notificaram 1 caso, não foram notificados casos de SG no ano de 2018 nos municípios de Governador Newton Bello, São João do Caru e Satubinha (Tabela 1).

Analisando o ano de 2019, verificou-se que as cidades de Santa Inês e Santa Luzia notificaram 31 casos de SG em cada cidade, representando o maior número de notificação nesse ano. Em segundo lugar a cidade de Alto Alegre do Pindaré notificou 12 casos, seguido de Pindaré-Mirim com 7 casos notificados. Apresentaram similaridade nas notificações de SG os municípios de Bela Vista do Maranhão, Bom Jardim, Igarapé do Meio, Monção e Pio XII com 2 casos notificados em cada município. A cidade de Tufilândia notificou 1 caso, e as cidades de Governador Newton Bello, São João do Caru e Satubinha não notificaram nenhum caso de SG em 2019 (Tabela 1).

No que concerne ao ano de 2020, verificou-se que a cidade com o maior número de casos notificados foi a cidade de Santa Luzia com 35 casos, seguido de Santa Inês que notificou 23 casos. O município de Pindaré-Mirim notificou o diagnóstico de 11 gestantes com sífilis, enquanto a cidade de Alto Alegre do Pindaré notificou 5 casos de SG. Ocorreu similaridade nas notificações de SG nas cidades de Bom Jardim e Monção com 4 casos notificados, a cidade de Pio XII notificou 3 casos nesse ano. Ademais, 2 casos foram notificados nas cidades de Igarapé do Meio e Tufilândia, Satubinha notificou 1 caso de SG, enquanto as cidades de Bela Vista do Maranhão, Governador Newton Bello e São João do Caru não notificaram casos de sífilis em gestante (Tabela 1).

Em relação ao ano de 2021, notou-se que as cidades de Santa Inês e Santa Luzia notificaram 16 e 12 casos respectivamente, os municípios de Pindaré-Mirim e Pio XII apresentaram semelhança nas notificações e cada município notificou 5 casos. As cidades de Alto Alegre do Pindaré e São João do Caru notificaram 4 e 2 casos respectivamente, enquanto isso as cidades de Igarapé do Meio e Monção notificaram 1 caso. Os municípios de Bella Vista do Maranhão, Governador Newton Bello, Satubinha e Tufilândia não notificaram casos de SG nesse ano (Tabela 1).

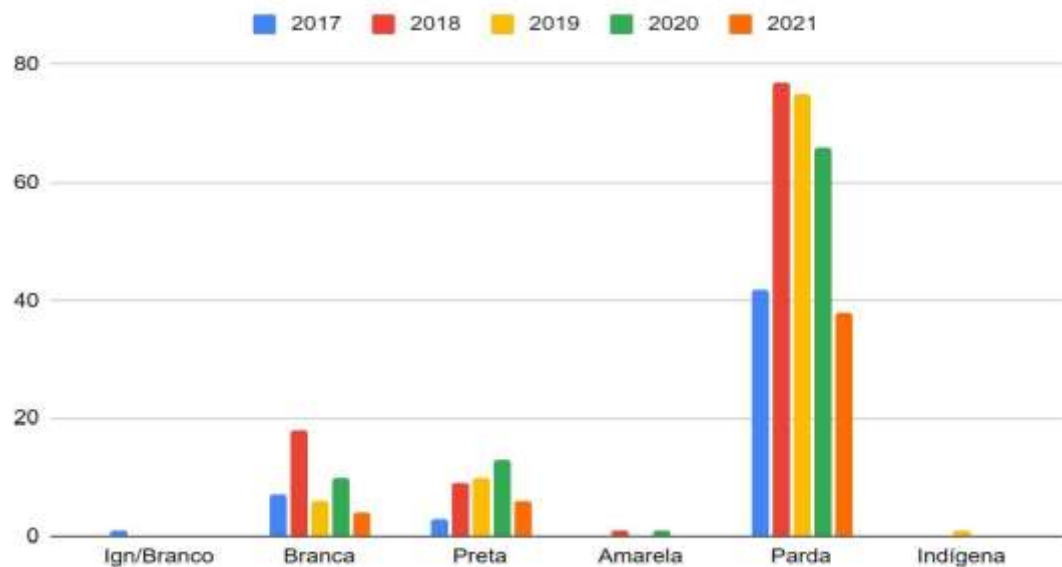
Gráfico 2 – Casos notificados de sífilis gestacional segundo faixa etária, 2017-2021.



Fonte: DATASUS/SINAN, 2023.

Quanto à faixa etária, notou-se que, no período de 2017 a 2021 o maior número de diagnóstico de SG ocorreu em mulheres que se encontram na faixa etária de 20 a 39 anos, equivalente a 263 (67,8%) dos casos totais, sendo a mais expressiva independente do ano analisado. Paralelo a isso, o segundo lugar corresponde a faixa etária de 15 a 19 anos com 108 (27,8%) dos casos totais, na faixa etária de 10 a 14 anos foram notificados 10 (2,6%) casos de SG. A faixa etária com menor notificação foi a 40 a 59 anos com 7 (1,8%) casos notificados de SG durante o período estudado (Gráfico 2).

Gráfico 3 - Casos notificados de sífilis gestacional segundo raça/cor, 2017-2021.



Fonte: DATASUS/SINAN, 2023.

No presente estudo epidemiológico correspondente ao período de 2017 a 2021 a variável raça/cor também foi analisada. De acordo com os dados do DATASUS/SINAN, é notório que gestantes pertencentes a raça/cor parda constituem o grupo mais acometido pela infecção do *Treponema pallidum* nos últimos anos, contabilizando 298 (76,8%) dos casos notificados. Os casos notificados nas raça/cor Branca 45 (22,6%) e Preta 41 (10,6%) foram equivalente ao analisar o total (Gráfico 3).

É válido ressaltar que as gestantes com raça/cor Indígena e Amarela representam a raça com menor acometimento da SG, com 1 (0,3%) e 2 (0,5%) respectivamente, assim como a raça/cor ignorado/branco com 1 (0,3%) caso, não

ultrapassando a taxa de 1% de gestantes infectadas do total de casos analisados (Gráfico 3).

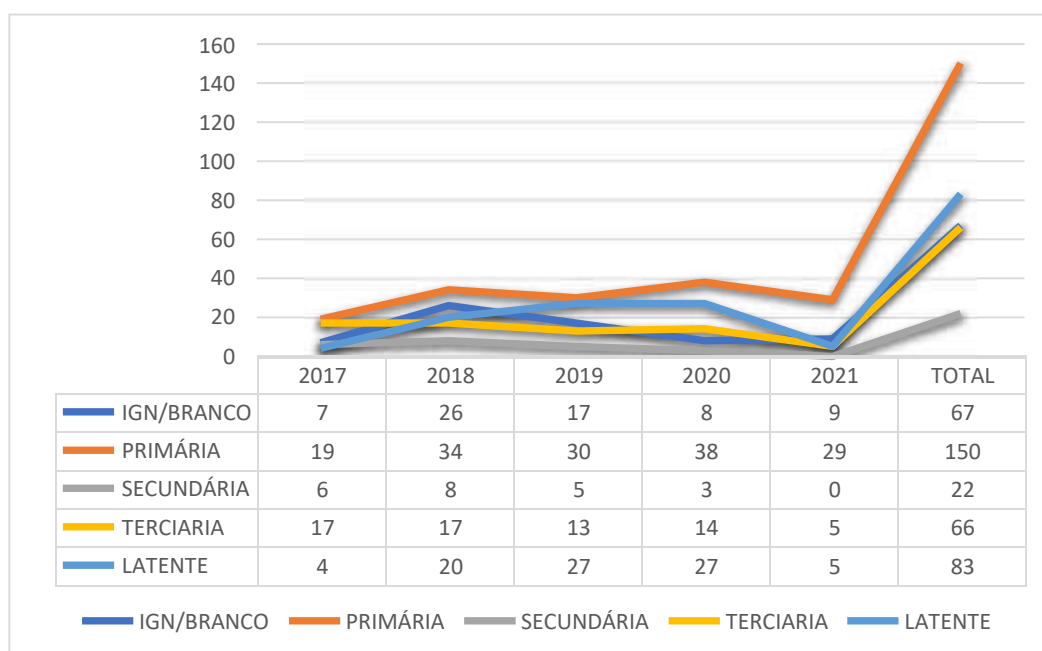
Tabela 2 - Casos notificados de sífilis gestacional segundo evolução, 2017-2021.

Variável	2017	2018	2019	2020	2021	Total
Evolução	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Ign/branco	53 (13,7)	105 (27,1)	92 (23,7)	90 (23,2)	48 (12,4)	388 (100)
Cura	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Óbito pelo agravo notificado	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Óbito por outra causa	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Óbito em investigação	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Total	53 (100)	105 (100)	92 (100)	90 (100)	48 (100)	388 (100)

Fonte: DATASUS/SINAN, 2023.

Ao analisar os anos estudados de acordo com a variável evolução, que concerne sobre a evolução do caso notificado, foi notório que concentrou a evolução na característica ignorado/branco com 388 (100%) dos casos notificados de sífilis gestacional em todos os anos de 2017 a 2021 (Tabela 2).

Gráfico 4 - Casos notificados de sífilis gestacional segundo classificação clínica, 2017-2021.



Fonte: DATASUS/SINAN, 2023.

Analisando a variável classificação clínica, foi possível verificar o padrão de distribuição dos tipos de sífilis diagnosticada que acometem mais as gestantes da 11ª Regional de Saúde do Maranhão e constatou-se que no período de 2017 a 2021 a sífilis primária aparece com 150 dos casos notificados possuindo maior prevalência durante todo o período estudado. Seguido da sífilis latente com 83 dos casos notificados, ocupando a segunda colocação em todos os anos (Gráfico 4).

Em relação à classificação clínica da sífilis secundária ocupou menor prevalência em relação ao total dos casos notificados, com 22 casos notificados. Ainda nessa variante, a sífilis terciária e Ignorado/branco obtiveram notificações similares, com 66 e 67 respectivamente dos casos notificados de SG (Gráfico 4).

Ao analisar os casos notificados por ano, notou-se que no ano de 2017 a classificação clínica da sífilis primária foi a mais diagnosticada com 19 casos, em seguida foram notificados 17 casos da sífilis terciária. A classificação ignorado/Branco e sífilis secundária notificaram 7 e 6 casos respectivamente, a sífilis latente foi a menos notificada com 4 casos em gestantes.

Em relação ao ano de 2018, verificou-se que foram notificados 34 casos de sífilis primária, 26 casos de classificação clínica ignorado/branco e 20 casos notificados de sífilis latente. Nesse ano, a sífilis terciária notificou 17 casos em gestante e a sífilis secundária ocupou menor notificação com 8 casos em gestantes.

No que concerne o ano de 2019, constatou-se que a sífilis primária foi a mais prevalente com 30 casos notificados, a sífilis latente foi diagnosticada em 27 notificações. O diagnóstico da classificação ignorado/branco apareceu em 17 notificações, a sífilis terciária foi notificada em 13 casos, enquanto a secundária foi diagnóstica em 5 casos notificados.

Ademais, no ano de 2020 foram notificados 38 casos de sífilis primária, 27 casos de sífilis latente e 14 casos de sífilis terciária. Na classificação clínica ignorado/branco foram notificados em 8 casos e a sífilis secundária ocupou menor prevalência com 3 casos notificados.

Ainda nessa variante, analisando o ano de 2021 verificou-se que a sífilis primária foi notificada em 29 casos, seguida da classificação clínica ignorado/branco com 9 casos. Além disso, a sífilis latente e a sífilis terciária obtiveram notificação semelhante com 5 casos notificados, em contrapartida, não foram notificados casos de sífilis secundária nas gestantes nesse ano (Gráfico 4).

Tabela 3 - Casos notificados de sífilis gestacional segundo teste não treponêmico, 2017-2021.

Variável	2017	2018	2019	2020	2021	Total
Teste não trep.	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Ign/branco	0 (0,0)	5 (4,8)	1 (1,1)	3 (3,3)	0 (0,0)	9 (2,3)
Reativo	33 (62,3)	62 (59,0)	69 (75,0)	72 (80,0)	33 (68,8)	269 (69,3)
Não reativo	4 (7,5)	9 (8,6)	2 (2,2)	2 (2,2)	1 (2,1)	18 (4,6)
Não realizado	16 (30,2)	29 (27,6)	20 (21,7)	13 (14,4)	14 (29,2)	92 (23,7)
Total	53 (100)	105 (100)	92 (100)	90 (100)	48 (100)	388 (100)

Fonte: DATASUS/SINAN, 2023.

No que concerne a variável do Teste não treponêmico a maior prevalência de resultado referente ao período de 2017 a 2021 foi o reativo com 269 (69,3%) dos casos notificados e sendo o mais expressivo em todos os anos. O resultado não realizado ocupa o segundo lugar com 92 (23,7%) dos casos notificados, seguido do resultado não reativo com 18 (4,6%) casos, a menor prevalência encontra-se no resultado ignorado/branco com 9 (2,3%) casos das notificações de SG (Tabela 3).

Tabela 4 - Casos notificados de sífilis gestacional segundo teste treponêmico, 2017-2021.

Variável	2017	2018	2019	2020	2021	Total
Teste trep.	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Ign/branco	2 (3,8)	2 (1,9)	1 (1,1)	2 (2,2)	0 (0,0)	7 (1,8)
Reativo	41 (77,4)	88 (83,8)	68 (73,9)	73 (81,1)	43 (89,6)	313 (80,7)
Não reativo	1 (1,9)	2 (1,9)	2 (2,2)	2 (2,2)	4 (8,3)	11 (2,8)
Não realizado	9 (17,0)	13 (12,4)	21 (22,8)	13 (14,4)	1 (2,1)	57 (14,7)
Total	53 (100)	105 (100)	92 (100)	90 (100)	48 (100)	388 (100)

Fonte: DATASUS/SINAN, 2023.

Ao analisar a variável Teste treponêmico foi possível estabelecer que a maior prevalência do período de 2017 a 2021 corresponde ao resultado reativo com 313 (80,7%) dos casos notificados, sendo predominante em todos os anos analisados, seguido do teste treponêmico não realizado com 57 (14,7%) dos casos. A menor prevalência encontra-se nos resultados Ignorado/branco e Não reativo com 7 (1,8%) e 11 (2,8%) dos casos notificados respectivamente (Tabela 4).

6 DISCUSSÃO

De acordo com os resultados obtidos no DATASUS/SINAN, o estudo apresentou uma variação nos casos entre os anos 2017-2021. A taxa de detecção da SG no ano de 2018 foi a de maior prevalência entre os anos estudados, tendo quase dobrado o número de casos notificados de 2017 a 2018.

Esse cenário ocorreu em todas as regiões do Brasil, excluindo a região sudeste, como consta no estudo de Brito *et al.* (2021), paralelamente em Monteiro (2023) a taxa de maior detecção aconteceu em 2018, sendo superior à do ano anterior. Assim como aconteceu na cidade de Maceió em Da cunha *et al.* (2021), nos estados de Tocantins em Eleres (2023) e São Paulo em Pitanga *et al.* (2023).

Alguns fatores que podem ser responsáveis pelo aumento no número de caso de SG notificados em 2018, foi o fomento dos serviços de saúde desenvolvidos no pré-natal segundo Yamashita *et al.* (2021). Assim como, a literatura relata um crescimento de testagem de TR em gestantes e parceiros, além do comportamento populacional em não utilizarem preservativos nas relações sexuais de acordo com Alves *et al.* (2022).

Segundo Sousa *et al.* (2023), ocorreu o aprimoramento no sistema de vigilância que ocasionou um na detecção da SG e no acompanhamento dos casos. Ainda em 2018 aconteceu a Campanha Nacional: Teste, Trate e Cure–Sífilis, Não! do MS e pela estratégia “*Countdown to 2030*” (BRITO *et al.* 2021) que possuíam como alvo dos projetos as gestantes.

Em 2019 houve uma queda nas notificações dos casos de SG, cenário semelhante também ocorreu na cidade de Palmas segundo o estudo De Jesus *et al.* (2021), em Maceió de acordo com Da cunha *et al.* (2021), em Tocantins no estudo de Eleres (2023), em Imperatriz conforme Sousa *et al.* (2023), assim como na análise do perfil epidemiológico do Brasil em Alves *et al.* (2022) e Monteiro (2023).

Algumas justificativas para essa redução é o isolamento acontecido durante a Pandemia de COVID-19 , também pela mudança de equipes de saúde, das eleições ocorridas em 2018, que podem ocorrer problemas nas transferências de dados entre as gestões para o SUS, ou demora na notificação durante a alimentação do sistema DATASUS/SINAN.

Apesar da queda de notificações de casos de SG em 2019, é notório que a pandemia não influenciou de forma expressiva nas notificações de SG, podendo essa característica ser uma influência do Programa Rede cegonha e da instalação do Programa Cheque Cesta Básica Gestante–Sistema Mãe Maranhense que possuía critérios para alimentação, acompanhamento e participação da gestante durante o pré-natal.

Em relação á 2020, as notificações tiveram uma redução de 2,17% no período de 2019-2020, porém foi menor que a redução de 12,38% ocorrida de 2018-2019, a diminuição de casos também aconteceu nos estudos desenvolvido por Alves *et al.*, (2022), em que o estudo possuía como objetivo analisar o perfil epidemiológico dos casos de sífilis em gestante no Brasil referente aos anos de 2015 a 2020. No estudo constatou uma redução dos casos de SG no ano de 2018 a 2019.

E nos estudos de Eleres (2023) que analisou o perfil epidemiológico da sífilis gestacional na cidade de Araguatins-TO no período de 2015 a 2021, em que foi constatado um aumento de casos de 2017 a 2018 e uma redução no período de 2019 a 2021. O mesmo cenário aconteceu em Imperatriz-MA no estudo de Sousa *et al.*, (2023) que analisou o perfil epidemiológico da sífilis gestacional e sífilis congênita no município nos anos de 2016 a 2020, em que constataram o perfil de SG prevalente em mulheres parda e na faixa etária e 20 a 39 anos.

Hipótese a essa diminuição foi a influência da pandemia COVID-19 pois o país passava pelo segundo pico de casos, além disso, a influência das Agenda de Ações Estratégicas para a redução da Sífilis no Brasil em 2020/2021 instaurada pelo MS e pelo Programa Cheque Cesta Básica Gestante– Sistema Mãe Maranhense ocasionaram em uma baixa redução nas notificações.

Ademais, no ano de 2021 houve uma redução de 42 casos em relação ao ano anterior nas notificações de SG. O mesmo cenário se repetiu em Eleres (2023) na cidade de Araguatins, em Pitanga *et al.*, (2023) que analisou o perfil epidemiológico da sífilis gestacional e da sífilis congênita no período de 2017 a 2021 no Estado de São Paulo, em que ocorreu uma redução dos casos em 2021. E no estudo epidemiológico de Monteiro (2023) que investigou o perfil da sífilis gestacional e congênita no Estado do Paraná no período de 2017 a 2021, com perfil prevalente de gestantes brancas, com diagnóstico de sífilis terciária e na faixa etária de 20 a 39 anos.

Em contrapartida, em Fagundes *et al.* (2022) na cidade de Palmas-TO aconteceu um aumento no número de casos notificados no ano de 2021, o estudo analisou o perfil epidemiológico da sífilis gestacional em Palmas no período de 2017 a 2021, que constatou o perfil prevalente de gestantes pardas.

Algumas justificativas para a diminuição de notificação de casos de SG pode estar relacionada a influência da pandemia COVID-19 que ainda estava ativa, e com as mudanças de equipes de saúde já que em 2020 foi ano eleitoral, que pode ter ocorrido subnotificações no DATASUS/SINAN. Apesar que nesse ano o MS lançou a Campanha Nacional de Combate às Sífilis Adquirida e Congênita e no Maranhão e ainda estava ativo o Programa Cheque Cesta Básica Gestante- Sistema Mãe Maranhense.

Analisando os municípios da 11^a Regional de Saúde do Maranhão os municípios de Santa Luzia e Santa Inês obtiveram aumento nos números de notificações de 2017 a 2018 e uma redução em 2019. O mesmo aconteceu nas cidades de Palmas durante o estudo desenvolvido por De Jesus *et al.* (2021) que analisou o panorama epidemiológico da sífilis em gestante na cidade de Palmas entre 2017 a 2019 em que ocorreu o mesmo cenário de aumento e redução de casos.

E em Maceió no estudo de Da Cunha *et al.* (2021) que analisou o perfil de sífilis gestacional nos municípios de Maceió e Alagoas, a mesma semelhança foi constatada em Araguaína no estudo de Eleres (2023). Santa Inês continuou em declínio até 2021, enquanto Santa Luzia obteve um aumento em 2020 mesmo cenário apresentado no estudo de Fagundes *et al.* (2022) e uma diminuição dos casos em 2021.

Em segundo lugar os municípios de Alto Alegre do Pindaré e Pindaré-Mirim obtiveram quase o mesmo número de notificações de SG, 38 e 37 casos respectivamente, porém, Alto Alegre do Pindaré aumentou o número de notificações de 2017-2018, passando de 1 para 16 casos, e constatou-se um declínio até 2021. Pindaré-Mirim obteve aumento de 2 casos em 2018, e continuou com um aumento progressivo até 2020 seguido de uma queda em 2021, mesmo cenário ocorreu no estudo de sífilis materna no município de Palmas de 2017-2021 em Fagundes *et al.* (2022).

Os municípios de Monção e Igarapé do Meio aumentaram os casos notificados em 2018 e se estabilizaram em 2019, porém em 2021 ambos os municípios reduziram. As cidades de Tufilândia e Bom Jardim não notificaram em 2017, porém notificaram

nos anos seguintes, com diminuição em 2021. Ademais, as cidades de Bella Vista do Maranhão e Pio XII, mantiveram os números de notificações em 2018.

Porém Pio XII obteve um aumento progressivo nos anos seguintes até 2021, enquanto Bella Vista do Maranhão não notificou casos de SG nos de 2020 a 2021. Cenário similar de não notificação de SG de 2018-2020 aconteceu nas cidades de São João do Caru, Satubinha e Governador Newton Bello, se mantendo a ausência de notificação em 2021. Uma das justificativas é que a falta de recursos dos municípios menores ocasiona maior probabilidade de subnotificação, acarretando baixo índice de notificação, como apresentou no estudo de Monteiro (2023).

Em relação a faixa etária das gestantes o presente estudo seguiu a faixa etária simples do DATASUS/SINAN, evidenciou que as gestantes com sífilis tinham maior prevalência na idade de 20 a 39 anos em todos os anos, totalizando 263 casos notificados, seguido pela faixa etária de 15 a 19 anos com 108 casos. Paralelamente em São Paulo apresentou o mesmo perfil epidemiológico de acordo com Pitanga *et al.* (2023). Este cenário pode estar relacionado ao quadro de gestação tardia pela adesão ao mercado de trabalho e empreendedorismo (De oliveira, 2019), com a criação da lei complementar 10403/2015 que fomentou o empreendedorismo por mulheres no Maranhão, de acordo com os dados da Junta Comercial do Estado do Maranhão (JUCEMA) que corresponde a aproximadamente 44%.

As faixas etárias de 10 a 14 anos apresentaram 10 casos de SG ocupando a terceira posição, seguida da faixa de 40 a 59 anos com 7 casos notificados no total. Contrária ao perfil encontrado em Brito *et al.*, (2021) em que as gestantes com sífilis eram predominantes em mulheres novas e adolescentes. Diante disso, é notório a necessidade de medidas preventivas e rastreio para a faixa etária de gestantes com 20 a 39 anos.

Em relação a variável raça/cor foi constatado no período de 2017 a 2022 que as gestantes autodeclaradas pardas obtiveram maior prevalência com 298 casos notificados, seguido da raça/cor branca e preta, com 45 e 41 casos notificados, indígena e ignorado/branco obtiveram 1 caso. Perfil semelhante encontrado no estudo em São Paulo de Pitanga *et al.* (2023). Um dos fatores da prevalência raça/cor parda estar relacionado manutenção de desigualdades sociais presente nos grupos mais vulneráveis desde a formação do país acarretando menor qualidade de vida.

Além disso, segundo indicadores do MS, constatou-se que a adesão ao pré-natal é mais predominante em gestantes autodeclaradas brancas, que em gestantes autodeclarada parda e preta, acarretando problemas na assistência prestada a essas gestantes. Ademais, a pouca expressividade de caso da raça/cor Indígena pode estar relacionada queda do número de declarante indígenas no Maranhão na Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios (PNAD), que segundo o último censo a população indígena corresponde a menos de 1% da população, apesar do estado ser o 3º maior com população indígena de acordo com a demarcação de terra.

Um fator preocupante é encontrado ao analisar a variável evolução, que demonstra o seguimento da evolução do caso de SG. Todos os casos foram notificados com a evolução Ignorado/branco com 388 casos, ou seja, não houve seguimento do acompanhamento do caso clínico das gestantes, demonstrando uma falha na assistência, além de impossibilitar estudos efetivos sobre a SG no Maranhão e investimentos de abordagem pela VE.

No que concerne a variável classificação clínica, foi constatado na 11ª Regional de Saúde do Maranhão uma prevalência da Sífilis primária nos diagnósticos de SG com 150 (38,7%) casos notificados, seguidos da sífilis latente com 83 casos, resultado correlatados foram contrários ao encontrado no município de Palmas no estudo de Fagundes *et al.* (2022). A classificação ignorado/branco e sífilis terciária obtiveram quase o mesmo resultado, com 67 (17,3%) e 66 (17,0%) casos notificados respectivamente. Cenário contrário ao resultado encontrado no estado de Tocantins em Eleres (2023) que obteve ignorado/branco com a maior prevalência.

Esse cenário por estar relacionado com Campanhas de combate a sífilis instituídas pelo MS e a capacitação dos profissionais no pré-natal que o Governo do Maranhão realizou em 2021, acarretando o diagnóstico SG de forma precoce. Além disso, é válido ressaltar que o SINAN não permite diferenciação de sífilis latente recente e tardia o que leva a subnotificação desses estágios.

Ao analisar a variável Teste não Treponêmico constatou-se que o resultado Reativo obteve maior prevalência com 269 casos notificados, seguido do resultado Não realizado em 92 casos, o resultado Não reativo obteve 18 casos e Ignorado/branco com 9 casos. Tais dados apresentam semelhança com o estudo realizado por Eleres (2023) realizado em Araguatins. Esse perfil epidemiológico

evidencia uma possível falha no acompanhamento das gestantes durante o pré-natal, seja pela equipe de saúde ou pela falta de adesão da gestante.

Ademais, ao analisar a variável Teste treponêmico verificou-se que o resultado Reativo possui maior prevalência nas notificações com 313 casos, o resultado Não realizado ocupa o segundo lugar com 57 casos notificados, seguido do resultado Não reativo com 11 casos e a menor proporção encontra-se no resultado ignorado/branco. Cenário semelhante é encontrado em Palmas no estudo de Fagundes *et al.*, (2022). Tais resultado apresentam uma alerta que os protocolos instituídos pelo MS não estão sendo seguidos, demonstrando uma falha na assistência do pré-natal.

7 CONCLUSÃO

Os dados obtidos no presente estudo demonstram que a sífilis gestacional é um problema de saúde pública, em virtude da falha na assistência, pois, corrobora para agravos e riscos a nível coletivo, pois, pode acarretar danos físico ou mental nos pacientes, além de possuir uma probabilidade de risco epidemiológico. O perfil da sífilis gestacional encontrado na 11ª Regional de Saúde do Maranhão no período de 2017 a 2021, demonstra um total de 388 casos notificados, sendo a maioria dos casos notificados estarem presente na faixa etária de 20 a 39 anos de idade.

A raça/cor mais prevalente foi a parda, e as gestantes apresentaram o estágio Sífilis primária na maioria dos casos, possuindo a evolução do caso como ignorado/branco a mais expressiva. A maioria dos casos o Teste não treponêmico foi realizado com resultado reagente em 269 gestantes, enquanto o Teste treponêmico foi realizado em 313 gestante e obtiveram o resultado reagente nos casos notificados.

Os resultados demonstram que a qualidade da assistência pré-natal, possuem falhas. Os profissionais precisam seguir o protocolo de diagnóstico da sífilis, realizando as duas testagens na gestante (TNT e TT), garantindo uma assistência de acordo com todos os princípios do SUS. Ademais, a falta de realização dos testes pode ocorrer pela falta de adesão das gestantes ao pré-natal, sendo necessário analisar o acolhimento durante o pré-natal.

Sob esse viés, o presente estudo também aponta lacunas na vigilância epidemiológica e preenchimento das fichas de notificações pelos profissionais de saúde, tendo em vista que a evolução do caso era nortear políticas públicas e contribuem para estudos efetivos sobre a eficácia do diagnóstico e tratamento.

Diante disso, a Enfermagem possui papel fundamental na identificação de casos de sífilis no pré-natal, assim como, a notificação desses casos. Em virtude disso, é indispensável que os profissionais sejam incentivados a notificar os casos de SG e receberem qualificação contínua por meio de treinamentos pelos gestores garantindo uma melhoria na abordagem profissional e controle da SG.

Em relação as taxas de notificações apresentaram uma redução no período pandêmico, acredita-se na influência da pandemia COVID-19, pois durante esse período os atendimentos eletivos foram interrompidos, além disso, a medida preventiva de isolamento da população ocasionou a diminuição o acesso da

população á assistência primária, as campanhas promovidas pelo MS durante o período do estudo ajudaram na prevenção da sífilis gestacional. Portanto, a assistência ao pré-natal e ações VE precisam ser aperfeiçoadas, para garantir intervenções que atendam a necessidade da população.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, Maria Ilk Nunes de; CARVALHO, Eduardo M.; LIMA, Luci Praciano. Vigilância epidemiológica: conceitos e institucionalização. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 2, p. 7-14, 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/6L4R958YLyJywqtG9WcRRCv/?lang=pt&format=html>. Acesso em: 15 de out. de 2023.
- ARANTES, Luciano José; SHIMIZU, Helena Eri; MERCHÁN-HAMANN, Edgar. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 1499-1510, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/n4YY5zdQm83CjXCS8NfCZ3c/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 30 de out de 2023.
- ALVES, Suzana Cássia Feltrin *et al.* Aspectos epidemiológicos dos casos de sífilis em gestantes no Brasil de 2015 a 2020. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 15, n. 2, p. e9673-e9673, 2022. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/Saude/article/view/9673/5803>. Acesso em: 16 de ago de 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico sífilis 2023**. Secretaria de vigilância em saúde, Ano 6 , n. 1, Brasília -DF, p. 1-60, 2023. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/boletinsepidemiologicos/2023/sifilis/boletim_sifilis2023.pdf/view#:~:text=Boletim%20Epidemiol%C3%B3gico%20%20S%C3%ADfilis%202023%20O%20documento%20disponibiliza,avalia%C3%A7%C3%A3o%20de%20pol%C3%ADticas%20e%20a%C3%A7%C3%B5es%20p%C3%BAlicas%20em%20sa%C3%BAde. Acesso em: 26 de out de 2023.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE: SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical de HIV, sífilis e hepatites virais**. 2019. Disponível em: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wpcontent/uploads/2021/08/miolo_pcdt_tv_08_2019.pdf. Acesso em: 15 de nov de 2023.
- 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**. 2021a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sifilis/publicacoes/manual-tecnico-para-o-diagnostico-da-sifilis.pdf>. Acesso em: 15 de nov de 2023.
- BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE; SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. COORDENAÇÃO-GERAL DE DESENVOLVIMENTO DA EPIDEMIOLOGIA EM SERVIÇOS. **Guia de Vigilância em Saúde (5ª ed.)**. 2021, 1126 p. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_5ed_rev.pdf. Acesso em: 18 de nov de 2023.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Sífilis**, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sifilis>. Acesso em: 30 de jun de 2023.

BRASIL. MINISTÉRIO PÚBLICO DO MARANHÃO: **Mapa das três macrorregiões de saúde**. Maranhão, 2018. Disponível em: https://www.mpma.mp.br/arquivos/CAOPSAUDE/Anexo_Resolu%C3%A7%C3%A3o_CIBMA_n%C2%BA_64-2018.pdf. Acesso em: 15 de jan de 2023.

BRITO, Raul Costa *et al.* Perfil epidemiológico dos casos notificados de sífilis na gestação no Brasil/Epidemiological profile of reported cases of syphilis in pregnancy in Brazil. **BJDV**, v. 7, p. 90808-22, 2021. Disponível em: https://scholar.google.pt/scholar?hl=pt-BR&as_sdt=0%2C5&q=BRITO%2C+Raul+Costa+et+al.+Perfil+epidemiol%C3%B3gico+dos+casos+notificados+de+s%C3%ADfillis+na+gesta%C3%A7%C3%A3o+no+Brasil%2FEpidemiological+profile+of+reported+cases+of+syphilis+in+pregnancy+in+Brazil.+BJDV%2C+v.+7%2C+p.+90808-22%2C+2021.+&btnG=. Acesso em: 04 de dez de 2023.

CANDIDO, Gabriela Oliveira *et al.* Perfil epidemiológico de sífilis gestacional em um Departamento Regional do estado de São Paulo: padrão de incidência e características epidemiológicas de 2010 a 2021. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 14, p. e320111436475-e320111436475, 2022. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/36475/30382>. Acesso em: 12 de dez de 2023.

CONCEIÇÃO, Hayla Nunes da; CÂMARA, Joseneide Teixeira; PEREIRA, Beatriz Mourão. Análise epidemiológica e espacial dos casos de sífilis gestacional e congênita. **Saúde em debate**, v. 43, p. 01-14, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/V5sfBFJ843smX8y8n99Zy6r/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 23 de nov de 2023.

DA CUNHA, Mickaella Ribeiro *et al.* Perfil epidemiológico da sífilis gestacional em uma cidade do nordeste brasileiro: clínica e evolução de 2014 a 2019. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 3, p. e6086-e6086, 2021. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/6086/4216>. Acesso em: 04 de set de 2023.

DA SILVA NASCIMENTO, Daniella *et al.* Assistência de enfermagem ao pré-natal na atenção básica: uma revisão integrativa. **Revista Artigos. Com**, v. 27, p. 1-8, 2021. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/artigos/article/view/7219/4496>. Acesso em 03 de nov de 2023.

DAMASCENO, Alessandra BA *et al.* Sífilis na gravidez. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto** (TÍTULO NÃO-CORRENTE), v. 13, n. 3, p. 88-94, 2014. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/revistahupe/article/view/12133/9986>. Acesso em: 26 de out. de 2023.

DE OLIVEIRA CAMPOS, Crislene; CAMPOS, Crislane Oliveira. Abordagem diagnóstica e terapêutica da sífilis gestacional e congênita: revisão narrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 53, p. e3786-e3786, 2020. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/3786/2308>. Acesso em: 23 de nov de 2023.

DE OLIVEIRA, Evanice Queiroz Reis; DE OLIVEIRA, Jefferson Carlos. A mulher contemporânea e a gravidez tardia: a importância da abordagem durante a graduação de enfermagem. **CONDEPE**, 2019. Disponível em: <https://proceedings.science/condepe-2019/trabalhos/a-mulher-contemporanea-e-a-gravidez-tardia-a-importancia-da-abordagem-durante-a?lang=pt-br>. Acesso em: 07 de jan de 2024.

DE JESUS, Francisca Ângela *et al.* Perfil epidemiológico dos casos de sífilis em gestantes em Palmas Tocantins entre 2017 a 2019. **Multidebates**, v. 5, n. 2, p. 181-189, 2021. Disponível em: <https://revista.faculdadeitop.edu.br/index.php/revista/article/view/350/332>. Acesso em: 16 de ago de 2023.

DIAS, Ernandes Gonçalves *et al.* Ações do enfermeiro no pré-natal e a importância atribuída pelas gestantes. **Revista Sustinere**, V. 6, n. 1, p. 52-62, 2018. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/sustinere/article/view/31722/25719>. Acesso em: 23 de nov de 2023.

DOMINGUES, Carmen Silvia Bruniera *et al.* Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: sífilis congênita e criança exposta à sífilis. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 30, p. 1-15, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/SwXRF6pXG3hX58K86jDSckv/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 26 de out de 2023.

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira *et al.* Prevalência de sífilis na gestação e testagem pré-natal: Estudo Nascer no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, p. 766-774, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/6xRg585f3KGCRtrWhCDCRNy/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 de nov de 2023.

DOS SANTOS FERREIRA, Ana Karolina *et al.* Perfil epidemiológico de sífilis gestacional no Nordeste Brasileiro. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 11, p. e339101119626-e339101119626, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/19626/17594>. Acesso em: 17 de dez de 2023.

ELERES, Victor Martins; DE LIMA, Lílian Natália Ferreira. O PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE SÍFILIS GESTACIONAL NO MUNICÍPIO DE ARAGUATINS NO PERÍODO DE 2015 A 2021. **intercursos**, v. 1, n. 1, 2023. Disponível em: <http://intercursos.org/index.php/intercursos/article/view/10/10>. Acesso em: 13 de set de 2023.

FAGUNDES, Daniel Faria *et al.* Análise do perfil epidemiológico da sífilis materna no município de Palmas, Tocantins, no período de 2017 a 2021. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 14, p. e250111436378-e250111436378, 2022. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/36378/30301>. Acesso em: 21 de dez de 2023.

FERNANDES, César Eduardo; SÁ, Marcos F. Silva. **Tratado de Obstetrícia Febrasgo**. Rio de Janeiro: Editora ELSEVIER, 3565 p. , 2019.

FOCACCIA, Roberto; VERONESI, Ricardo. **Tratado de infectologia**. Rio de Janeiro: Atheneu, v. 3, p.1606-1613, 2005.

FRANCKE, Maria Olivia Adati. Diagnóstico sorológico de sífilis: uma revisão integrativa. 2020. 65f. Trabalho de Conclusão de Curso, (Especialização)-Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/58610/2020_monografia_maria-francke.pdf?sequence=2&isAllowed=y. Acesso em: 23 de jul de 2023.

MATOS, Greice Carvalho de *et al.* A trajetória histórica das políticas de atenção ao parto no Brasil: uma revisão integrativa. **Rev. Enferm. UFPE on line**, p. 870-878. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11552/13485>. Acesso em 30 de nov de 2023.

MONTEIRO, Poliane Scremin; EVANGELISTA, Fernanda Ferreira. Sífilis gestacional e congênita no estado do Paraná de 2017 a 2021: estudo transversal. **Saúde e Pesquisa**, v. 16, n. 4, p. 1-15, 2023. Disponível em: <https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/11264/7484>. Acesso em: 04 de dez de 2023.

MONTENEGRO, Cab. Filho Jr. **Rezende Obstetrícia, 13ª edição**. Rio de Janeiro: Guanabara Koongan, 2017.

MOURÃO, Charles Ielpo *et al.* **Princípios de parasitologia, 2ª ed- EdUECE**, 155 p. 2015.

NEVES, David Pereira. **Parasitologia humana**. In: Parasitologia humana. 498 p. 2004.

NETO, Benedito Geraldês *et al.* A sífilis no século XVI-o impacto de uma nova doença. **Arq Ciênc Saúde [Internet]**, v. 16, n. 3, p. 127-129, 2009. Disponível em: https://ahs.famerp.br/racs_ol/vol-16-3/IDJ5.pdf. Acesso em: 25 de out. de 2023.

PASSOS, Mauro Romero Leal *et al.* Sífilis, história, ciência e artes: calendário da história da sífilis. **Brazilian Journal of Sexually Transmitted Diseases**, v. 33, p. 1-20, 2021. Disponível em: <https://bjstd.org/revista/article/view/1136/1036>. Acesso em: 25 de out. de 2023 .

PITANGA, Stefane Santos de Jesus *et al.* 2023. 6. perfil epidemiológico dos casos de sífilis gestacional e sífilis congênita no período de 2017 a 2021 no estado de São Paulo. Dendasck, Carla Viana, et al. Ciência da saúde: Atualização de área - janeiro e fevereiro de 2023. p. 88-100. **Livros acadêmicos núcleo do conhecimento**. 1ª ed. São Paulo, 2023. Disponível em: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/livros/wp-content/uploads/2023/03/casos-de-sifilis-1.pdf>. Acesso em: 07 de jan de 2024.

SALES, Magda Coeli Vitorino *et al.* Perfil epidemiológico dos casos de sífilis congênita e gestacional no Estado do Piauí, Brasil. **O Mundo da Saúde**, v. 46, p. 357-368, 2022. Disponível em: <https://revistamundodasaude.emnuvens.com.br/R/mundodasaude/article/view/1435/1225>. Acesso em: 14 de dez de 2023.

SANTANA, Ana Livia dos Santos. SINAN: instrumento de avaliação da sífilis gestacional no Brasil, p. 1-20 . 2019. Disponível em: <https://www.repositorio.unilab>

.edu.br/jspui/bitstream/123456789/1772/3/2019_arti_anasantana.pdf. Acesso em: 10 de nov de 2023.

SARACENI, Valéria; MIRANDA, Angélica Espinosa. Relação entre a cobertura da Estratégia Saúde da Família e o diagnóstico de sífilis na gestação e sífilis congênita. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, p. 490-496, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/LrbkrtPbgGntYmQJJWyQcvy/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 03 de nov de 2023.

SARACENI, Valéria. A sífilis, a gravidez e a sífilis congênita. Rio DST/AIDS, p. 1-22, 2005. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Valeria-Saraceni/publication/267420790_A_sifilis_a_gravidez_e_a_sifilis_congenita/links/548acd100cf2d1800d7aeed6/A-sifilis-a-gravidez-e-a-sifilis-congenita.pdf. Acesso em: 18 de nov de 2023.

SILVA, Marina Jacinto Oliveira da. **A Sífilis no Tempo e no Espaço: história e arqueologia da sífilis nas Américas e Europa**. 2023. Trabalho de Conclusão de Curso. 35 p. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/52941/1/TCC%20Marina%20Jacinto%20Oliveira%20da%20Silva.pdf>. Acesso em: 30 de out de 2023.

SONDA, Eduardo Chaida *et al.* Sífilis Congênita: uma revisão da literatura. **Revista de Epidemiologia e controle de Infecção**, v. 3, n. 1, p. 28-30, 2013. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/5704/570463904006.pdf>. Acesso em: 30 de nov de 2023.

SOUSA, Stela Batista Corrêa *et al.* Perfil epidemiológico dos casos de sífilis gestacional e sífilis congênita em Imperatriz-MA. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 6, n. 2, p. 7515-7528, 2023. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/58839/42753>. Acesso em: 25 de ago de 2023.

SCHERER, Verena *et al.* Sinan net: um sistema de informação à vigilância na saúde do trabalhador. **Cogitare Enfermagem**, v. 12, n. 3, 2007. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/10027/6888>. Acesso em: 25 de set de 2023.

WALDMAN, Eliseu Alves. **VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA**. 1991. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo. 220 p. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/6078905/mod_resource/content/1/Textos%20de%20apoio%204%20-%20Erradica%C3%A7%C3%A3o%20de%20doen%C3%A7as%20infecciosas.pdf. Acesso em: 15 de out. de 2023.

YAMASHITA, Eduardo Massaro *et al.* Perfil epidemiológico dos casos notificados de sífilis gestacional e congênita em Curitiba/PR (2014-2019). **Revista de Saúde Pública do Paraná**, v. 4, n. 4, p. 77-91, 2021. Disponível em: <http://revista.esco.ladesaude.pr.gov.br/index.php/rspp/article/view/569/243>. Acesso em: 22 de ago de 2023.

APÊNDICE

APÊNDICE A – FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE 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.cdc.gov e www.ats.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 da sintomatologia da sífilis e de tratamento prévio.				
^a Casos confirmados de coarctação sorológica não devem ser notificados.				
Dados Gerais	1 Tipo de Notificação		2 - Individual	
	2 Agravado/enferma		Código (CID10)	3 Data da Notificação
	SÍFILIS EM GESTANTE		O98.1	
Dados Gerais	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)	
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7 Data do Diagnóstico
	8 Nome do Paciente		9 Data de Nascimento	
Notificação Individual	10 (ou) idade	11 Sexo	12 Gestante	
	1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	F - Feminino	F	1 - 1ª Trimestre 2 - 2ª Trimestre 3 - 3ª Trimestre 4 - Não gestacional/ignorado 9 - Ignorado
	14 Escolaridade		13 Raça/Cor	
Notificação Individual	15 Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe	
	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito
	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida, ...)		Código
Dados de Residência	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)		24 Geo campo 1
	25 Geo campo 2	26 Ponto de Referência		27 CEP
	28 (DDD) Telefone	29 Zona	30 País (se residente fora do Brasil)	
Dados Complementares do Caso				
Aut. epid. gestante	31 Ocupação			
	32 UF	33 Município de realização do Pré-Natal	Código (IBGE)	34 Unidade de realização do pré-natal
	35 Nº da Gestante no SISPRENATAL		36 Classificação Clínica	
Dados laboratoriais	1 - Primária 2 - Secundária 3 - Terciária 4 - Latente 9 - Ignorado			
	Resultado dos Exames			
	37 Teste não treponêmico no pré-natal	38 Título		
Tratamento/intercorrências	1-Reagente 2-Não Reagente 3-Não Realizado 9-Ignorado	39 Data		
	40 Teste treponêmico no pré-natal			
	1-Reagente 2-Não reagente 3-Não realizado 9-Ignorado			
Aut. epidemiológicos da paciente sexual	41 Esquema de tratamento prescrito à gestante			
	1 - Penicilina G benzatina 2.400.000 UI 2 - Penicilina G benzatina 4.800.000 UI 3 - Penicilina G benzatina 7.200.000 UI 4 - Outro esquema 5 - Não realizado 9 - Ignorado			
	42 Parceiro tratado concomitantemente à gestante			
Aut. epidemiológicos da paciente sexual	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			
	43 Esquema de tratamento prescrito ao parceiro			
	1 - Penicilina G benzatina 2.400.000 UI 2 - Penicilina G benzatina 4.800.000 UI 3 - Penicilina G benzatina 7.200.000 UI 4 - Outro esquema 5 - Não realizado 9 - Ignorado			
Sísfilis 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