

Perfil epidemiológico de los casos de sífilis en embarazadas en una maternidad pública

Epidemiological profile of syphilis cases in pregnant in a public maternity

Perfil epidemiológico de casos de sífilis em gestantes em uma maternidade pública

Vagner Ferreira dos Santos¹, Ana Carolina Dias Albuquerque²,
Camila Marinho Lages³, Lívia Carvalho Pereira⁴, Karla Joelma
Bezerra Cunha⁵, Deusiane Pereira da Silva⁶

¹Enfermeiro FMS - Teresina-PI. Pós-graduando em Enfermagem Obstétrica IESM. Correo electrónico: vagnerfersan@hotmail.com

²Enfermeira FMS - Teresina-PI. Pós-graduanda em Enfermagem Obstétrica IESM. Correo electrónico: dias_carole@hotmail.com

³Enfermeira Hospital Senador Dirceu Arcoverde – Uruçuí - PI. Pós-graduanda em Enfermagem Obstétrica IESM. Correo electrónico: camilamlages@hotmail.com

⁴Enfermeira Obstetra Rede Cegonha-UFMG. Doutoranda em Saúde, Ambiente e Sociedade IFF/FIOCRUZ. Docente Pós-graduação em Enfermagem Obstétrica IESM. Correo electrónico: livia.zinha@hotmail.com

⁵Enfermeira Obstetra. Doutoranda em Engenharia Biomédica pela UNIVAP. Correo electrónico: karlaenf@yahoo.com.br

⁶Enfermeira pela Universidade Estadual do Piauí-UESPI. Pós-graduanda em Urgência e Emergência pela Faculdade Santo Agostinho-FSA – Teresina-PI. Correo electrónico: deusapsilva@hotmail.com

Cómo citar este artículo en edición digital: Dos Santos, V.F., Dias Albuquerque, A.C., Marinho Lages, C., Carvalho Pereira, L., Bezerra Cunha, K.J., & Da Silva, D.P. (2019). Perfil epidemiológico de los casos de sífilis en embarazadas en una maternidad pública. Cultura de los Cuidados (Edición digital), 23 (54). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2019.54.34>

Correspondencia: End.: Quadra 14, Bloco 09, Ap. 103, Bairro: Morada Nova II, Teresina-PI, Brasil

Correo electrónico de contacto: livia.zinha@hotmail.com

Recibido: 18/12/2018; Aceptado: 11/03/2019



ABSTRACT

Objective: The objective of the study was to analyze the epidemiological profile of syphilis cases in pregnant women in a maternity hospital from Teresina, Piauí, in 2016.

Method: Descriptive and documental epidemiological research with quantitative

approach, carried out at the Epidemiological Surveillance Service of the maternity, from November 2016 to January 2017, based on data from the Notification of Injury Information System (SINANNET). Data were stratified according to age group, education, gestational age in diagnosis, titration of the non-treponemic test, syphilis

classification and partner adherence.

Results and discussion: In relation to the prevalence, seventy-five cases were notified in 2016, corresponding to 2,8%. The disease was prevalent in women aged from 20 to 29 years old who had incomplete elementary school education. The majority (77,33%) were diagnosed in third trimester, 22,7% of the pregnant women presented VDRL of 1:16, the most frequent clinical classification was tertiary and latent with 61,33% of the cases, with regard to the partners' adherence, only 32% performed the treatment.

Conclusions: It's necessary a rigorous diagnosis, treatment and follow-up in the attempt to reduce cases of syphilis in pregnant women and congenital syphilis, as well as to break the chain of transmission with directed strategies and actions in the fight against the disease.

Keywords: Pregnant, syphilis, syphilis in pregnant women, nursing.

RESUMO

Objetivo: O objetivo do estudo foi analisar o perfil epidemiológico dos casos de sífilis em gestante em uma maternidade de Teresina, Piauí, em 2016.

Método: Pesquisa epidemiológica descritiva e documental, com abordagem quantitativa, realizado no Serviço de Vigilância Epidemiológica da referida maternidade, de novembro de 2016 a janeiro de 2017, a partir de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINANNET). Os dados foram estratificados segundo: faixa etária, escolaridade, idade gestacional no diagnóstico, titulação do teste não treponêmico, a classificação da sífilis e adesão do parceiro.

Resultados e discussão: Em relação a

prevalência, no ano de 2016 foram notificados setenta e cinco casos, que corresponde a 2,8%. A doença mostrou-se prevalente nas mulheres na faixa etária de 20 a 29 anos e que cursaram ensino fundamental incompleto. A maioria (77,33%) foi diagnosticada no terceiro trimestre, 22,7% das gestantes apresentaram VDRL de 1:16, a classificação clínica mais incidente foi a terciária e latente com 61,33% dos casos, com relação à adesão dos parceiros, somente 32% realizaram tratamento.

Conclusões: É necessário um diagnóstico, tratamento e seguimento rigorosos na tentativa de reduzir os casos de sífilis em gestantes e sífilis congênita, assim como romper a cadeia de transmissão com estratégias e ações direcionadas no combate à doença.

Palavras chave: Gestante, sífilis, sífilis em gestante, enfermagem.

RESUMEN

Objetivo: El objetivo del estudio fue analizar el perfil epidemiológico de casos de sífilis en gestantes en una maternidad de Teresina, Piauí, en 2016.

Método: Investigación epidemiológica descriptiva y documental, con abordaje cuantitativo, realizada en el Servicio de Vigilancia Epidemiológica de la referida maternidad, desde noviembre de 2016 hasta enero de 2017, con datos del Sistema de Información de Agravios de Notificación (SINANNET). Los datos fueron estratificados según: grupo de edad, escolaridad, edad gestacional en el diagnóstico, titulación del test no treponémico, clasificación de sífilis y adhesión del socio.

Resultados y discusión: En relación a la prevalencia, en el año 2016 se notificaron 75 casos, lo que corresponde al 2,8%. La

enfermedad fue prevalente en mujeres de 20 a 29 años y que cursaron enseñanza fundamental incompleta. La mayoría (77,33%) fue diagnosticada en tercer trimestre, 22,7% de las gestantes presentaron VRDL de 1:16, la clasificación clínica más incidente fue la terciaria y latente con 61,33% de casos, con relación a la adhesión de los socios, sólo 32% realizaron tratamiento.

Conclusiones: Es necesario diagnóstico, tratamiento y seguimiento rigurosos con intento de reducir los casos de sífilis en gestantes y sífilis congénita, así como romper la cadena de transmisión con estrategias y acciones dirigidas a combatir la enfermedad.

Palabras clave: Gestante, sífilis, sífilis en gestante, enfermería.

INTRODUÇÃO

A sífilis é uma doença infectocontagiosa sistêmica, de evolução crônica, com manifestações cutâneas temporárias, sujeitas a período de latência. Tem como agente etiológico o *Treponema pallidum*. Sua evolução é dividida em primária, secundária e terciária. É transmitida predominantemente por via sexual, que também pode ser transmitida verticalmente durante a gestação. A forma congênita da doença (SC) tem consequências graves ao feto, sendo uma importante causa de aborto, natimortos e aumento de morbidade em lactentes (Avelleira & Bottino, 2006). O Ministério da Saúde (MS) define como Sífilis em gestante como qualquer gestante que apresente teste não treponêmico reagente com qualquer titulação e teste treponêmico reagente, independentemente de qualquer evidência clínica de sífilis, realizados durante o pré-natal ou gestante com teste

treponêmico reagente e teste não treponêmico não reagente ou não realizado, sem registro de tratamento prévio (Brasil, 2016)

No período de 2005 a junho de 2016, foram notificados no SINAN (Sistema de notificação de Agravos de Notificação) um total de 169.546 casos de sífilis em gestantes, dos quais 42,9% foram casos residentes na região Sudeste, 21,7% no Nordeste, 13,7% no Sul, 11,9% no Norte e 9,8% no Centro-Oeste. Em 2015, o número total de casos notificados no Brasil foi de 33.365, dos quais 14.959 (44,8%) eram residentes na região Sudeste, 6.240 (18,7%) na região Nordeste, 6.005 (18,0%) na região Sul, 3.518 (10,5%) na região Norte e 2.643 (7,9%) na região Centro-Oeste (Brasil, 2016).

A prevalência de sífilis em gestantes é monitorada por meio de estudos transversais em parturientes com representatividade nacional e regional. No último estudo entre parturientes, realizado em 2010-2011, com amostra de aproximadamente 36 mil participantes, distribuídas entre as cinco macrorregiões brasileiras, estimou-se a prevalência de sífilis em gestantes em 0,85% (mulheres com VDRL reagente com qualquer titulação, confirmado pelo FTA-Abs) (Brasil, 2015).

A sífilis é um problema de saúde pública com significativo impacto quanto ao seu modo de transmissão e frequência de desfechos graves para a gestante e conceito, além de evidenciar expressivas falhas dos serviços de saúde (Brasil, 2010). A testagem de gestantes para sífilis deve ser realizada 2 (duas) vezes durante o pré-natal, nos primeiro e terceiro trimestres. No momento da internação da gestante para os procedimentos destinados à realização do parto, deve-se realizar um teste treponêmico ou não treponêmico, laboratorial ou rápido, destinado ao diagnóstico da sífilis na

parturiente (Brasil, 2016). O SINAN tem como objetivo coletar, compartilhar dados gerados rotineiramente pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica das três esferas de governo, por intermédio de uma rede informatizada, para apoiar o processo de investigação e dar subsídios à análise das informações de vigilância epidemiológica das doenças de notificação compulsória (Brasil, 2006). Tendo em vista a magnitude da doença como um problema de saúde pública e sua elevada incidência no Brasil este estudo objetivou analisar o perfil epidemiológico dos casos de sífilis em gestantes internadas em uma maternidade pública a partir dos dados do SINAN no ano de 2016.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo epidemiológico, descritivo, documental e retrospectivo com abordagem quantitativa. Foi realizado por meio de dados disponíveis no SINAN - Sistema Nacional de Agravos e Notificações. Este Sistema é alimentado pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam na lista nacional de doenças de notificação compulsória. É portanto, um instrumento relevante para auxiliar o planejamento da saúde, definir prioridades de intervenção, além de permitir que seja avaliado o impacto das intervenções. Por se tratar de dados de domínio público, não é necessária apreciação por um comitê de ética em pesquisa. A população do estudo

foi constituída por 75 gestantes diagnosticadas com Sífilis durante a gravidez no ano de 2016 em uma Maternidade Município de Teresina. Os dados foram coletados seguindo as próprias variáveis da ficha de notificação de SG (Sífilis em gestantes), onde foram analisados a idade e nível de escolaridade da gestante, idade gestacional, titulação da sorologia do teste não treponêmico, e o tratamento oferecido à gestante e ao parceiro.

Foram considerados, por critério de inclusão, todos os casos de Sífilis em gestante notificados na maternidade do estudo referente ao ano de 2016, os quais as fichas estavam preenchidas de forma completa e legível. Como critérios de exclusão, foram eliminadas as fichas que apresentavam preenchimento incompleto ou inadequado de casos de SG.

Os dados foram digitados utilizando um o Software *Epi Info 7*. Ao término da digitação foi realizada a validação do banco de dados para a análise da consistência interna. As informações obtidas foram tratadas em termos estatísticos pelo software utilizado e distribuídas em tabelas para melhor compreensão do estudo.

RESULTADOS

Foram notificados 75 casos de sífilis em gestantes equivalendo a 2,78% do total de gestantes atendidas (2691 atendimentos), das quais foram extraídos os seguintes dados:

**TABELA 1: Distribuição de gestantes com sífilis por escolaridade em 2016 (n=75).
Teresina, PI**

Escolaridade	N	%
0 – Analfabeto	1	1,33
1 – 1ª a 4ª série incompleta do ensino fundamental	4	5,33
2 – 4ª série do ensino fundamental completo	3	4,00
3 – 5ª a 8ª do ensino fundamental incompleto	22	29,33
4 – Ensino fundamental completo	7	9,33
5 – Ensino médio incompleto	17	22,67
6 – Ensino médio completo	20	26,67
7 – Ensino superior incompleto	0	0
8 – Ensino superior completo	0	0
9 – Ignorado	1	1,33

FONTE: SINAN, 2017

Observa-se que dentre as 75 Gestantes detectadas com Sífilis, 22 destas tinham de 5ª a 8ª série do ensino fundamental incompleto, equivale a 29,33% do total de gestantes (Tabela 1). Este dado vai de acordo com os dados do Boletim Epidemiológico de

2016 do MS, onde no Piauí a taxa predominante também se encontra nesta faixa etária, onde, dos 110 casos registrados no Piauí, 34 estão na faixa etária de 5ª a 8ª serie incompleto.

**TABELA 2: Distribuição das gestantes com sífilis por faixa etária em 2016 (n=75).
Teresina, PI**

Faixa etária	N	%
15 a 19 anos	18	24
20 a 29 anos	39	52
30 a 39 anos	18	24

FONTE: SINAN, 2017

Observou-se que as gestantes mais acometidas pela patologia descrita no estudo estão entre 20 a 29 anos, com 39

gestantes, em um percentual de 52% (Tabela 2).

TABELA 3: Distribuição das gestantes com sífilis por Idade gestacional em 2016 (n=75), Teresina, PI

Idade gestacional	N	%
1º Trimestre	7	9,33
2º Trimestre	10	13,33
3º Trimestre	58	77,33

FONTE: SINAN, 2017

A tabela 3 identifica o momento do diagnóstico da Sífilis na gestação atual, ou seja, em qual período da gestação foi realizado o exame sorológico não

treponêmico – VDRL (do inglês *Venereal Disease Research Laboratory*), desta forma os casos foram identificados no terceiro trimestre de gestação, 77,33%.

TABELA 4: Distribuição das gestantes com sífilis de acordo com titulação do VDRL em 2016 (n=75), Teresina, PI

Titulação	N	%
Não informado	12	16
1/1	3	4
1/2	12	16
1/4	4	5,33
1/8	8	10,67
1/16	17	22,67
1/32	10	13,33
1/64	8	10,67
1/128	1	1,33

FONTE: SINAN, 2017

Com relação às titulações na sorologia de VDRL reagente, variando de não informado até uma titulação de 1:128, observa-se em maior proporção com 22,67% uma titulação

de 1:16. A maior titulação encontrada foi de 1:128, apresentado por uma gestante (1,33%) (Tabela 4).

TABELA 5: Distribuição das gestantes com sífilis segundo esquema de tratamento utilizado em 2016 (n=75), Teresina, PI

Esquema do tratamento prescrito	N	%
Penicilina G benzatina 2.400.000 UI	13	17,33
Penicilina G benzatina 4.800.00 UI	2	2,67
Penicilina G benzatina 7.200.000 UI	46	61,33
Outro esquema	2	2,67
Não realizado	10	13,33
Ignorado	2	2,67

FONTE: SINAN, 2017

Verificou-se que a maioria 61,33% das gestantes, fizeram o tratamento referente a sífilis terciária ou latente tardia utilizando

7.200.000 UI de Penicilina G Benzatina (Tabela 5).

TABELA 6: Distribuição dos parceiros tratados concomitantemente à gestante em 2016 (n=75), Teresina, PI

Parceiro tratado concomitantemente	N	%
Sim	24	32
Não	45	60
Ignorado	6	8

FONTE: SINAN, 2017

Outro aspecto que merece destaque diz respeito ao tratamento do parceiro, observou-se que 60% dos parceiros de gestantes detectadas com Sífilis não tiveram qualquer tratamento concomitantemente ao tratamento realizado com a gestante. Somente 24 parceiros, que corresponde a 32% realizaram algum tratamento juntamente com sua parceira. Em 06 fichas notificadas, equivalente a 8%, o tratamento do parceiro foi ignorado.

DISCUSSÃO

No Brasil em 2016 foram registrados 15247 casos de Sífilis em gestante, o Estado com menos casos detectados foi Roraima com 51 casos e o Estado com mais casos registrados foi em São Paulo, com 3382 casos já no Piauí, foram registrados 110 casos de sífilis em gestante, sendo 43 na capital Teresina (Brasil, 2016). Na maternidade em estudo foram notificados 75 casos de sífilis em gestante no ano de 2016, ressalva-se que o Boletim do Ministério da Saúde (MS) mais atualizado apresenta dados até a data de 30/06/2016.

Diante dos dados analisados sobre escolaridade e faixa etária das gestantes em estudo, interpreta-se que o perfil sociodemográfico das gestantes do estudo indicam que o diagnóstico de sífilis é mais frequente em jovens adultos com algum grau de escolaridade, resultados semelhantes em alguns estudos publicados por Lima, Sá e no Boletim epidemiológico de sífilis (Brasil, 2016; Lima, Costa & Dourado, 2008).

A Organização Mundial de Saúde recomenda realizar a testagem de gestantes para sífilis no momento da admissão hospitalar independente de qual procedimento obstétrico à se realizar (pós-aborto, parto), diante disto para nosso

estudo a Maternidade realizou o teste não treponêmico (VDRL) nas 75 gestantes detectadas com sífilis em gestantes. (OMS,2008; Brasil, 2010).

Para tanto, é indispensável a sorologia como confirmação no diagnóstico da Sífilis, independentemente da idade gestacional em que a gestante se encontra, no entanto a recomendação do Ministério da Saúde, é de que o teste – VDRL- se realize no primeiro trimestre da gravidez, ainda na primeira consulta pré-natal, para propiciar o tratamento precocemente e, dessa maneira, minimizar os efeitos da infecção sobre o feto. É importante avaliar o acesso ao serviço de saúde para esse grupo populacional, como as consultas de pré-natal, realização dos exames laboratoriais, diagnóstico precoce da sífilis, seu tratamento oportuno, além de orientações ao parceiro (Brasil, 2000).

Quando o cliente faz um tratamento eficaz para sífilis o resultado do teste quantitativo, ou seja, a titulação reduz. A titulação, geralmente, está mais elevada na fase secundária da doença. Observa-se redução dos títulos a partir do primeiro ano de evolução da doença, mesmo sem tratamento. Havendo o tratamento correto, observa-se a queda dos títulos após algumas semanas. A negatificação geralmente ocorre entre nove e doze meses, podendo, no entanto, permanecer com títulos baixos por longos períodos de tempo, ou até por toda a vida; é o que se denomina “memória” ou “cicatriz” sorológica. Assim, títulos baixos podem representar doença muito recente ou muito antiga, tratada ou não (Brasil, 2016).

É importante que após o teste não treponêmico qualitativo reagente se faça o teste quantitativo seriado. Como resultado dos testes quantitativos seriados encontra-se as titulações das diluições, o título 1:1 significa que a amostra foi testada sem diluir, 1:2 a amostra foi diluído em uma

parte igual de tampão; 1:4 a amostra foi diluída em três partes de tampão, e assim por diante. Dessa forma, uma amostra com título 1:256 possui mais anticorpos do que uma amostra com título 1:1 (Brasil, 2016).

No estudo, a maior quantidade de gestantes se apresentaram com titulação de 1:16, em um total de 17 gestantes. No entanto vale mencionar que na ficha de 12 gestantes não foram informadas a titulação, mesmo sendo informado que foi realizado o VDRL, o que dificulta o seguimento da gestante na titulação, ou seja, identificar a titulação no diagnóstico e válido para acompanhar a queda da mesma no decorrer do tratamento.

Mesmo reagente para teste treponêmico e para o VDRL (teste não treponêmico) com titulação baixa, não haverá indicação para um retratamento. Diante desta informação as gestantes que apresentaram titulação de 1:2 a 1:4 (total 16 gestantes) podem ter iniciado o tratamento mais tardio ou uma fase clínica da doença, no entanto na ficha não temos informações suficientes que indique se a gestante já teve ou não tratamento anterior. Um estudo publicado por Campos mostrou que VDRL de baixa titulação (1:1, 1:2 e 1:4) têm grande significado clínico, “quanto mais tardio for o tratamento maior será a possibilidade de o resultado do teste permanecer reagente para sempre” (Brasil, 2016; Campos *et al.*, 2010).

A fase clínica da doença não foi identificada devido a poucas informações no que se refere a sintomas clássicos da doença ou mesmo a ausência desses ou a ainda pela falta de dados nas fichas de notificação. Entre todas elas não há qualquer registro da realização de controle de cura.

Do total de 75 casos notificados, 12 gestantes não apresentavam o resultado do VDRL na notificação. É importante ressaltar que na sífilis primária os anticorpos

começam a surgir de 7 a 10 dias após o aparecimento do cancro duro, por isso nesse estágio os testes imunológicos podem não apresentar reatividade, o que poderia justificar a falta de informação nestas notificações.

Na sífilis secundária, todos os testes sorológicos detectam a reatividade, encontrando altas titulações, não excluindo a avaliação das lesões típicas na pele e mucosas, podendo ser o caso das 19 gestantes com titulações de 1:32 a 1:128, já na sífilis latente se observa uma titulação menor sem qualquer manifestação clínica, por fim, na sífilis terciária observa-se que os testes não treponêmicos tendem a ser baixos.

O risco de acometimento fetal varia de 70 a 100%, dependendo da fase de infecção na gestante e do trimestre da gestação. Para que o recém-nascido seja considerado tratado intraútero é necessário que a gestante seja tratada até 30 dias antes do parto. No estudo 10 gestantes não tiveram qualquer tipo de tratamento e 2 tiveram como ignorado, vale destacar a importância da terapêutica à gestante com diagnóstico de sífilis (OMS, 1996).

Atualmente a penicilina Benzatina é a única droga treponemicida que atravessa a barreira placentária e, portanto, trata a gestante e o feto. A sífilis deve ser tratada conforme sua fase clínica utilizando-se a penicilina benzatina, 2.400.000 UI, intramuscular. Na Sífilis primária aplica-se, em dose única (1.200.000 UI em cada glúteo), totalizando 2.400.000 UI; na Sífilis recente secundária e latente, ou latente com duração ignorada e sífilis terciária o tratamento é 2.400.000 UI semanalmente (por 3 semanas), sendo a dose total de 7.200.000 UI. Em gestantes como tratamento alternativo usa-se a Ceftriaxona 1g, IV ou IM, 1x/dia, por 8 a 10 dias, no entanto só devem ser considerados como opção nas contra-

indicações absolutas ao uso da penicilina (Brasil, 2016).

No estudo duas gestantes não utilizaram a penicilina como tratamento, enquadradas em outro esquema. O destaque maior equivale nas dez gestantes que mesmo com diagnóstico confirmado de Sífilis não utilizaram nenhum tratamento. Surgindo, portanto um questionamento sobre essas gestantes à respeito do tratamento não realizado.

Com relação ao parceiro, se testes positivos, tratar conforme fase clínica da doença; se teste negativo ou não realizado, tratar com a dose profilática de penicilina benzatina (2.400.000 UI) dose única¹⁰. Diante disto observa-se que todos os parceiros devem ser tratados juntamente com à gestante de forma eficaz para evitar um reinfecção da gestante ou outras parceiras. No estudo, apenas 24 parceiros realizaram o tratamento adequado, no entanto não se pode afirmar se houve o controle de cura. Assim, percebe-se que em outros estudos também evidenciou-se uma baixa adesão ao tratamento no parceiro como mostram alguns estudos (Araújo, C. L, *et al.*, 2012; Figueiró-Filho, E. A, *et al.* (2007); Holanda, M. T. C. G. , *et al.* 2011).

CONCLUSÃO

Sabe-se que a Sífilis em gestantes, é um problema de saúde pública e que este trabalho permitiu uma maior explanação à cerca do tema, afim de identificar a necessidade de implantar novas medidas e políticas de saúde que atendam a esse problema.

Vale ressaltar a importância dos profissionais estarem atualizados sobre as diretrizes e terapêutica da sífilis na gestação assim como da sífilis congênita, destacar que o preenchimento adequado às fichas de

notificação é uma ferramenta valiosa de acompanhamento e avaliação da assistência prestada, visto que muitas encontravam-se incompletas, dificultando a coleta de alguns dados para a pesquisa, além disso, preparar o profissional para identificar as diferentes fases clínicas da patologia também é necessário para implementação de tratamento adequado e eficaz.

Com relação ao diagnóstico precoce, vale destacar que a Atenção Básica é imprescindível, visto que seria o primeiro contato da gestante ao serviço de saúde, com realização do Pré-Natal, realizando um tratamento precoce, o que reduz o risco de infecção ao feto, no entanto, deve-se aumentar a cobertura e a qualidade do pré-natal, disponibilizando insumos para a realização da abordagem à sífilis na gestação, como testes rápidos diagnósticos. Já com relação a dificuldade de tratamento do parceiro pode estar relacionada à própria construção histórica das políticas de saúde, onde o homem comparado com a mulher, tende a procurar menos o serviço de saúde, realidade que precisa ser trabalhada no resgate do homem para o cuidado a saúde. O não tratamento do parceiro é um sério problema de saúde pública visto que a cadeia de transmissão continua ativa ocorrendo a reinfecção da parceira já tratada ou de outras.

O conhecimento e a utilização de protocolos, fluxogramas de sífilis, assim como o acesso aos testes rápidos nos serviços de saúde são fatores determinantes para um atendimento rápido, eficaz e indispensável para os pacientes que procuram as unidades de saúde, seja Atenção Básica ou Maternidade.

É necessário um diagnóstico mais precoce da doença com tratamento e seguimento rigoroso na tentativa de reduzir os casos de sífilis em gestantes e sífilis congênita, assim

com romper a cadeia de transmissão com estratégias e ações direcionadas no combate a doença devem ser implantadas especialmente nesse segmento da população.

REFERÊNCIAS

- Araújo, C. L., Shimizu, H. E., Sousa, A. I. A., Hamann, E. M. (2006). Incidência da sífilis congênita no Brasil e sua relação com a Estratégia Saúde da Família. *Revista de Saúde Pública*, 46(3), 479-486.
- Avelleira, J.C.R. & Bottino, G. (2006). Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 81(2), 111-126.
- Brasil (2000). Ministério da Saúde. Assistência pré-natal: manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil (2006). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Sistema de Informação de Agravos de Notificação–SINAN: normas e rotinas / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil (2010). Ministério da Saúde. *Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: manual técnico*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil (2010). Ministério da Saúde. *Sífilis: Estratégias para Diagnóstico no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, Coordenação de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids.
- Brasil (2015). Ministério da Saúde. *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT): Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) – CONITEC*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil (2016). Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria Nº - 2.012, de 19 de outubro de 2016. Aprova o Manual Técnico para o Diagnóstico da Sífilis e dá outras providências*. Diário Oficial da União de 20 de outubro de 2016; Seção 1. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil (2016). Ministério da Saúde. *Boletim Epidemiológico Sífilis 2016*. Secretaria de Vigilância em Saúde. V (35). Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil (2016). Ministério da Saúde. *Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília: Ministério da Saúde*.
- Brasil (2016). *Manual Técnico para Diagnóstico da Sífilis / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente transmissíveis, Aids e Hepatites Virais*. – Brasília: Ministério da Saúde.
- Campos, A. L. A., Araújo, M. A. L., Melo, S. P. & Gonçalves, M. L. C. (2010). Epidemiologia da sífilis gestacional em Fortaleza, Ceará, Brasil: um agravamento sem controle. *Cadernos de Saúde Pública*, 26(9), 1747-1755.
- Figueiró-Filho, et al. (2007) Sífilis congênita como fator de assistência pré-natal no município de Campo Grande - MS. *DST J Bras Doenças Sex Transm*. 19(3/4):139-43.
- Holanda, M. T. C. G, Barreto, M.A., Machado, K.M.M., Pereira, R.C. (2011). Perfil epidemiológico da sífilis congênita no Município do Natal, Rio Grande do Norte – 2004 a 2007. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 20(2):203-212.
- Lima, B. G. C, Costa, M. C. N & Dourado, M. I. C. (2008) Avaliação da qualidade do rastreamento de HIV/AIDS e sífilis na assistência pré-natal. *Epidemiol Serv Saúde*, 17 (2), 123-156.
- OMS. (1996) Organização Mundial de Saúde. *Maternidade segura: atenção ao nascimento normal: um guia prático*. Genebra: Organização Mundial de Saúde.
- OMS. (2008). Organização Mundial de Saúde. *Eliminação Mundial da sífilis Congênita: Fundamento lógico e estratégia para ação*. Genebra: Organização Mundial de Saúde.