UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE MEDICINA

EDER PINHEIRO DE SOUSA
WENDELL LUIZ DA COSTA LEMOS

SÍFILIS NA GESTAÇÃO: série histórica da doença no município de Belém-PA no período de 2008 a 2017

Belém - PA
2019

EDER PINHEIRO DE SOUSA
WENDELL LUIZ DA COSTA LEMOS

SÍFILIS NA GESTAÇÃO: série histórica da doença no município de Belém-PA no período de 2008 a 2017

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de Medicina para obtenção do grau de bacharel em Medicina pela Universidade Federal do Pará.
Orientadora: Profª. Dra. Eliete da Cunha Araújo.

Belém - PA
2019

EDER PINHEIRO DE SOUSA
WENDELL LUIZ DA COSTA LEMOS

SÍFILIS NA GESTAÇÃO: série histórica da doença no município de Belém-PA no período de 2008 a 2017

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de Medicina para obtenção do grau de bacharel em Medicina pela Universidade Federal do Pará.
Orientadora: Profª. Dra. Eliete da Cunha Araújo.

Banca examinadora:

_____
Orientador

_____
Nome / Instituição

_____
Nome / Instituição

Aprovado em: ___ /_ __/_____
Conceito: _____

A minha família que jamais deixaram de incentivar a minha carreira acadêmica. Ao meu filho por todo amor e carinho.

Eder Sousa.

A minha família, amigos e namorada pelo incentivo. Ao meu filho pelo amor e carinho.

Wendell Luiz

AGRADECIMENTOS

A Prof. Eliete da Cunha Araújo pelo valioso auxílio na orientação deste trabalho;

Ao Prof. Jose Carlos Wilkens Cavalcante pelas sugestões sempre pertinentes;

A todos que de forma direta ou indireta colaboraram para a realização deste trabalho.

O sucesso é ir de fracasso em fracasso sem perder o entusiasmo.

Winston Churchill.

RESUMO

Introdução: A sífilis é uma doença causada pelo *Treponema pallidum* e transmitida por via sexual, hematogênica ou vertical em qualquer período da gestação. O Ministério da Saúde indica seu rastreio de rotina a todas as gestantes que realizam pré-natal. Entretanto, a incidência da doença permanece elevada, representando um desafio à saúde pública. **Objetivo:** Descrever o perfil epidemiológico da sífilis na cidade de Belém-PA, no período de 2008 a 2017. **Método:** Estudo epidemiológico, retrospectivo, descritivo, no período de 2008 a 2017 na cidade de Belém-PA. **Resultados:** O número de casos de sífilis na gestação aumentou consideravelmente de 2013 a 2016, sendo que as gestantes mais acometidas pela doença encontravam-se na faixa etária de 20 a 29 anos e 31% do acometimento ocorreram nas adolescentes, a maioria delas possuía escolaridade menor ou igual ao ensino fundamental incompleto, raça\cor parda e a classificação clínica mais frequente foi de sífilis primária. **Conclusão:** A situação da sífilis em gestantes na cidade de Belém, parece não expressar a realidade epidemiológica desse agravo, seja por ausência de informações e também por informações duvidosas. Recomenda-se que novos estudos sobre este tema sejam realizados na região, a fim de aprofundar os conhecimentos direcionados para as necessidades de saúde das pacientes com sífilis na gestação.

Descritores: Sífilis, Doenças sexualmente transmissíveis, Gravidez, Epidemiologia.

ABSTRACT

Introduction: Syphilis is a disease caused by *Treponema pallidum* and transmitted sexually, hematogenously or vertically at any time during pregnancy. The Ministry of Health indicates its routine screening to all pregnant women who perform prenatal care. However, the incidence of the disease remains high, posing a public health challenge. **Objective:** To describe the epidemiological profile of syphilis in the city of Belém-PA, from 2008 to 2017. **Method:** Epidemiological, retrospective, descriptive study, from 2008 to 2017 in the city of Belém-PA. **Results:** The number of cases of syphilis during pregnancy increased considerably from 2013 to 2016, with the most affected women being in the age group of 20 to 29 years and 31% of the cases occurred in adolescents, most of whom had schooling less than or equal to incomplete primary education, race / color brown, and the most frequent clinical classification was primary syphilis. **Conclusion:** The situation of syphilis in pregnant women in the city of Belém does not seem to express the epidemiological reality of this disease, either because of lack of information or because of doubtful information. It is recommended that further studies on this topic be conducted in the region in order to deepen the knowledge aimed at the health needs of patients with syphilis during pregnancy.

Descriptors: Syphilis, Sexually Transmitted Diseases, Pregnancy, Epidemiology.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Ilustração do T. Pallidum 18
Figura 2 - Cancro duro por Sífilis 21
Figura 3 - Lesões de Sífilis Secundária 22
Figura 4 - Resumo da investigação diagnóstica de sífilis congênita 27
Figura 5 - Resumo das recomendações de testes diagnósticos específicos na sífilis congênita 27
Figura 6 - Valores de exame liquórico em RN com suspeita de neurossífilis 28
Figura 7 - Esquema terapêutico da gestante com sífilis 29
Figura 8 - Esquema terapêutico para parcerias sexuais de gestante com sífilis 30
Figura 9 - Monitoramento pós tratamento 31

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Sífilis em gestantes na cidade de Belém-PA, no período de 2008 a 2017. Belém/PA, 2019 36
Gráfico 2 - Taxa de detecção de gestantes com sífilis por ano de diagnóstico 2008-2017. Belém/PA, 2019 37
Gráfico 3 - Casos de gestantes com sífilis segundo faixa etária por ano de diagnóstico. Belém, 2008-2017 38
Gráfico 4 - Gestantes com sífilis Belém-PA, 2008-2017segundo escolaridade por ano de diagnóstico. Belém/PA 2019 40
Gráfico 5 - Gestantes com sífilis Belém-PA, 2008-2017 segundo raça/cor por ano de diagnóstico. Belém/PA 2019 41
Gráfico 6 - Gestantes com sífilis Belém-PA, 2008-2017 segundo classificação clínica por ano de diagnóstico. Belém/PA 2019 42
Gráfico 7 - Gestantes com sífilis Brasil, 2008-2017 segundo classificação clínica por ano de diagnóstico. Belém/PA 2019 43
Gráfico 8 - Gestantes com sífilis, 2008-2017. Belém/PA 2019. 44

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Sífilis em gestantes em Belém/PA, no período de 2008 a 2017. Belém/PA, 2019 35

Tabela 1 - Sífilis em gestantes em Belém/PA, no período de 2008 a 2017. Belém/PA, 2019 - (Continuação)..... 36

Tabela 2 - Sífilis em gestantes em Belém-PA, 2008-2017 segundo faixa etária por ano de diagnóstico. Belém/ PA 2019 37

Tabela 3 - Distribuição de casos de gestantes com sífilis Belém-PA, 2008-2017 segundo escolaridade por ano de diagnóstico, valores absolutos e percentuais. Belém/PA 2019 39

LISTA DE ABREVIATURAS

AVE - Acidente Vascular Encefálico.

DATASUS - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde.

DIAHV - Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais.

DST - Doença Sexualmente Transmissível.

FTA-Abs - Fluorescent Treponemal Antibody-Absorption.

MS - Ministério da Saúde.

RN - Recém-nascidos.

RPR - Rapid Plasma Reagin.

S1 - Sífilis Primaria.

S2 - Sífilis Secundária.

S3 - Sífilis Terciária.

SIM - Sistema de Informação sobre Mortalidade.

SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação.

SINASC - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos.

SNC - Sistema Nervoso Central.

SRR - Sífilis Recente Recidivante.

T. pallidum - Treponema pallidum.

VDRL - Veneral Disease Research Laboratory.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 14
1.1 OBJETIVOS 15
1.1.1 Objetivo Geral 15
1.1.2 Objetivos Específicos 15
1.1.3 Justificativa 15
2 REFERENCIAL TEÓRICO 17
2.1 CONCEITO, EPIDEMIOLOGIA, ETIOGENIA, PATOGENIA E IMUNOLOGIA 17
2.2 EVOLUÇÃO DA SÍFILIS, DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E PROGNÓSTICO 20
2.2.1 Clínica: 20
2.2.2 Sífilis Primária: 20
2.2.3 Sífilis Secundária: 21
2.2.4 Sífilis Terciária: 23
2.2.5 Sífilis Congênita: 25
2.2.6 Diagnóstico 25
2.2.7 Tratamento 28
2.2.8 Prognóstico 31
3 METODOLOGIA 33
3.1 TIPO DE ESTUDO 33
3.2 LOCAL 33
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO 33
3.3.1 Critérios de inclusão 33
3.3.2 Critérios de exclusão 33
3.4 COLETA DE DADOS 34
3.5 VARIÁVEIS DO ESTUDO 34
3.6 ANÁLISE DOS DADOS 34

3.7 ASPECTOS ÉTICOS 34
4 RESULTADOS 35
5 DISCUSSÃO 45
6 CONCLUSÃO 51
REFERÊNCIAS 52

1 INTRODUÇÃO

A sífilis continua sendo um sério problema de saúde pública no Brasil (BRASIL, 2012b, p.139).

A notificação compulsória da gestante com sífilis no país foi instituída desde 2005, conforme Portaria vigente (Anexo 1) (BRASIL, 2018b, p. 157).

O Ministério da Saúde (MS) caracteriza a gestação como um fenômeno fisiológico, parte de uma experiência de vida saudável que envolve mudanças dinâmicas do olhar físico, social e emocional (BRASIL, 2012a, p.56).

Destaca-se que a gestação somada ao parto, ao nascimento e ao puerpério são eventos carregados de sentimentos profundos, pois constituem momentos de crises construtivas, com forte potencial positivo para estimular a formação de vínculos e provocar transformações pessoais (BRASIL, 2012a, p.39).

Percebe-se que a gravidez é um momento ímpar na vida tanto da gestante quanto de sua família. Mas a gestante também pode ser acometida por diversos fatores patológicos como a sífilis, uma doença de característica infecciosa, uma Doença Sexualmente Transmissível (DST) em sua essência.

A sífilis é uma doença infecciosa, sistêmica, de evolução crônica, sujeita a surtos de agudização e períodos de latência. É causada pelo *Treponema pallidum* (*T. pallidum*), uma espiroqueta de transmissão predominantemente sexual e vertical que pode causar respectivamente a forma adquirida ou congênita da doença (BRASIL, 2012a, p.200).

Esse agravo pode ser controlado com sucesso por meio de ações e medidas de programas de saúde pública, em virtude da existência de testes diagnósticos sensíveis, tratamento efetivo e de baixo custo (BRASIL, 2012b, p.139).

O MS destaca que, no Brasil, a prevalência de sífilis em gestantes é de 1,6% e que entre os casos notificados em 2004, 78,8% das mães realizaram pré-natal (BRASIL, 2012a, p.139).

Evidências estimam que, na ausência de tratamento eficaz, 25% das gestações das mulheres infectadas não tratadas adequadamente resultarão em abortos no segundo trimestre ou óbito fetal; 11%, em morte fetal a termo; 13%, em partos prematuros ou baixo peso ao nascer, além de pelo menos 20% dos recém-nascidos (RN) apresentarão sinais sugestivos de sífilis congênita (BRASIL, 2018b, p. 175).

Há um esforço do MS na tentativa de reduzir a morbimortalidade materna e infantil fortalecendo as redes de atenção materno infantil através da implantação da Rede Cegonha. Esta representa um conjunto de iniciativas que envolvem mudanças no processo de cuidado à gravidez, ao parto e ao nascimento (BRASIL, 2012a, p.15).

A assistência pré-natal adequada, com a detecção e a intervenção precoce das situações de risco, bem como um sistema ágil de referência hospitalar, além da qualificação da assistência ao parto são os grandes determinantes dos indicadores de saúde relacionados à mãe e ao bebê que têm o potencial de diminuir as principais causas de mortalidade materna e neonatal (BRASIL, 2012a, p.15).

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo Geral

Descrever o perfil epidemiológico da sífilis na cidade de Belém-PA, no período de 2008 a 2017.

1.1.2 Objetivos Específicos

1. Descrever a evolução do número de casos de sífilis na gravidez na cidade de Belém-PA no período de 2008 a 2017;
2. Conhecer a proporção da doença em adolescentes no grupo estudado;
3. Identificar a forma clínica mais frequente no grupo estudado;
4. Verificar a relação da escolaridade e acometimento por sífilis no grupo estudado;
5. Analisar a frequência de acometimento quanto a raça e cor no grupo de estudo.

1.1.3 Justificativa

O MS destaca que no Brasil, a prevalência de sífilis em gestantes é de 1,6% e que entre os casos notificados em 2004, 78,8% das mães realizaram pré-natal (BRASIL, 2012a, p.139).

Evidências atuais estimam que, na ausência de tratamento eficaz, 25% das gestações das mulheres infectadas não tratadas adequadamente resultarão em abortos no segundo trimestre ou óbito fetal; 11%, em morte fetal a termo; 13%, em

partos prematuros ou baixo peso ao nascer, além de pelo menos 20% de RN que apresentarão sinais sugestivos de sífilis congênita (BRASIL, 2018b, p. 175).

Dessa forma, configura-se como relevante, conhecer a epidemiologia da doença em gestantes da cidade de Belém/PA no período do estudo, o que poderá contribuir para que os órgãos governamentais possam fazer o direcionamento de recursos que consigam impactar positivamente nesse agravo.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 CONCEITO, EPIDEMIOLOGIA, ETIOGENIA, PATOGENIA E IMUNOLOGIA

A sífilis é, por definição, uma infecção sistêmica crônica causada pelo *T. pallidum*, subespécie pallidum, que em geral é sexualmente transmitida (LONGO et al. 2013, p.1380), mas também pode ser transmitida por contato pessoal não sexual, infecção intrauterina (transmissão vertical), transfusão de sangue e transplante de órgão, e ocasionalmente por feridas que entram em contato com lesões infectadas (CHANDRASEKA, 2017, p. 1).

Chamamos atenção que a transmissão vertical responsável pela forma congênita da sífilis **revela acompanhamento pré-natal falho** Azulay (2011, p. 379). (Grifo nosso).

Esta falha no pré-natal que pode resultar em sífilis materna não tratada pode culminar com aborto, prematuridade, morte neonatal ou manifestações tardias na criança como surdez, déficit do desenvolvimento e as frequentes deformidades ósseas (FOCACCIA, 2015, p.1543).

A sífilis constituiu no passado um dos maiores flagelos da civilização, atingindo o status de epidemia na idade média. A partir de 1943 a doença sofreu um significativo decréscimo em sua incidência/prevalência e a razão para tal acontecimento foi a introdução da terapêutica com penicilina (FILHO, 2011, p.1293).

É doença universal, mais frequente nas cidades, sem predileção por raça ou sexo, no entanto acomete mais a faixa etária de jovens e fatores como liberdade sexual, dentre outros tem contribuído para um considerável aumento de sua incidência a partir de 1960, fazendo com que, só no Brasil, 950.000 casos sejam diagnosticados a cada ano (AZULAY, 2011, p. 379).

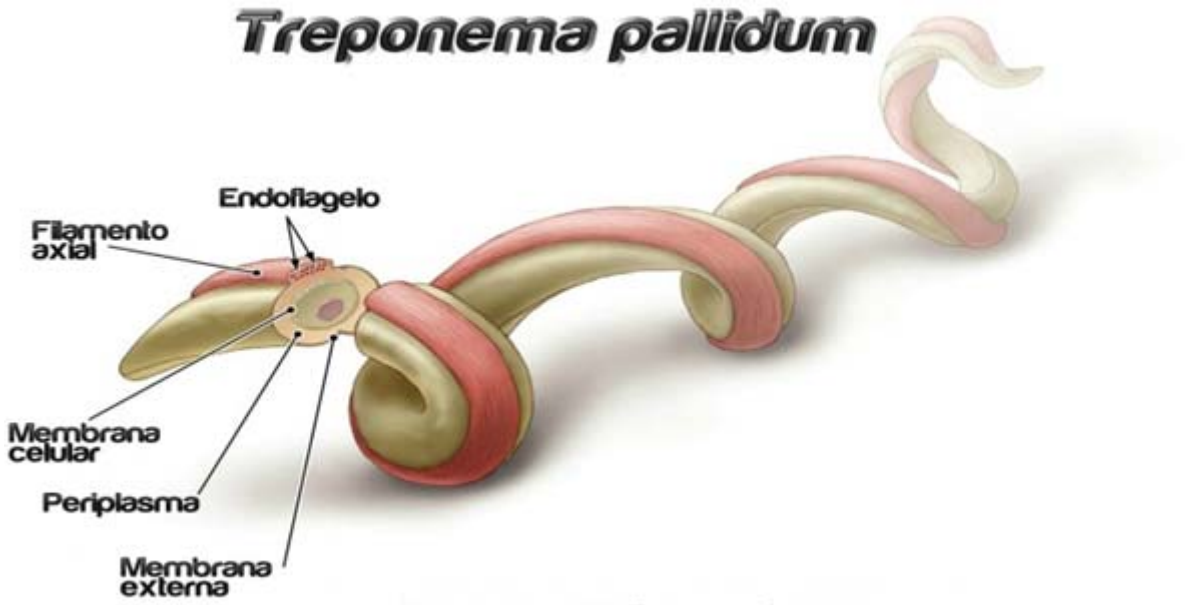
No Brasil, a notificação compulsória é exigida para os casos de sífilis congênita, sífilis na gestação (estimando-se que ocorra em 1,6% das gestações) e recentemente se tornou obrigatória para os casos de sífilis adquirida, mostrando a importância que doença assume para que não passe despercebida (AZULAY, 2011, p. 379).

O *T. pallidum* pertence a ordem *Spirochaetales*, é um microrganismo espiralado, fino, com o corpo envolvido por uma membrana citoplasmática, contendo endoflagelos responsáveis pela motilidade e não pode ser cultivado in vitro, apenas em coelhos (LONGO et al. 2013, p.1380-1381). Azulay (2011, p. 379) afirma que o

T. pallidum possui filamentos que induzem movimentos de rotação e flexão e que se dividem transversalmente a cada 30 horas.

Trata-se de uma espiroqueta com 8 a 20 espiras e com 6 a 30 micras de comprimento que possui capacidades metabólicas seriamente limitadas, não tem genes que codificam as enzimas do ciclo de Krebs e da fosforilação oxidante, mas compensam com transportadores de aminoácidos, carboidratos e cátions (LONGO et al. 2013, p.1380 e AZULAY, 2011, p. 379), como mostrado na Figura 1.

Figura 1 - Ilustração do *T. Pallidum*



Fonte: biomedicinapadrao.

O *T. pallidum* penetra rapidamente as membranas mucosas intactas ou abrasões microscópicas da pele e dentro de poucas horas invade os linfáticos e o sangue para produzir infecção sistêmica e focos metastáticos muito antes do aparecimento de uma lesão primária (LONGO et al. 2013, p.1380).

Depois de um período de incubação médio de 21 dias aparece a primeira lesão (cancro com repercussão ganglionar de vizinhança local: Sífilis Primaria (S1); cerca de 2 a 3 meses após surgem as lesões generalizadas (sifilides): Sífilis Secundária (S2). No primeiro ano pode haver silencio clínico ou surgir lesões pouco numerosas, mas ainda infectantes: Sífilis Recente Recidivante (SRR) e a partir do segundo ano em diante podem surgir as lesões circunscritas e não infectantes: Sífilis Terciária (S3). S1, S2, SRR compõem a sífilis recente não destrutiva e S3 compõe a sífilis tardia que é destrutiva (AZULAY, 2011, p. 378).

A lesão primária (cancro duro) aparece no sítio de inoculação e dura por 4-6 semanas involuindo posteriormente. O histopatológico mostra infiltração perivascular de TCD4+ e CD8+, plasmócitos, macrófagos, proliferação endotelial capilar e obliteração de pequenos vasos, o perfil de resposta é TH1 (ativação de macrófagos) (LONGO et al. 2013, p.1380).

O cancro duro é uma vasculite com infiltração celular, caracterizando uma resposta celular ao microorganismo e, à medida que a infecção prossegue aumenta a hipersensibilidade celular responsável pela imunidade que pode ser total, com cura espontânea em 60% dos casos ou parcial com circunscrição da lesão a determinados setores (AZULAY, 2011, p. 380).

As lesões de S2 sugerem ser proveniente de imunocomplexos (artrite, iridociclite, nefrite, erupção cutânea) caracterizado por infiltrados linfoplasmocitário perivascular e em alguns casos proliferação endotelial. Com a evolução essas lesões se mostram como estrutura tuberculóide, indicativo de hipersensibilidade celular. A S2 maculopapulosa se apresenta na pele com lesões histopatológicas caracterizando-a como hiperceratose da epiderme, proliferação capilar, com tumefação endotelial no corion superficial, papilas dérmicas com transmigração de leucócitos polimorfonucleares e no corion mais profundo infiltração perivascular por linfócitos TCD4+ e TCD8+, macrófagos e plasmócitos (LONGO et al. 2013, p.1381).

Finalmente as lesões tardias se apresentam como granuloma tuberculóide, com vasculite e necrose (hipersensibilidade celular exagerada) com numerosos plasmócitos, exceção se faz ao Sistema Nervoso Central (SNC) e sistema cardiovascular (AZULAY, 2011, p. 379).

A S3 geralmente cursa com goma, sífilis cardiovascular e a neurossífilis sintomática tardia e que não se sabe muito bem quais são os fatores que contribuem para o desenvolvimento da sífilis terciária (LONGO et al. 2013, p.1381).

Assim as diferenças clinicopatológicas decorrem da imunidade que se instala: a celular responsável pela imunidade, presente a partir da terceira semana de infecção e a humoral que não está relacionado com a imunidade, mas está presente desde a primeira semana após a instalação do cancro e persiste por toda vida (LONGO et al. 2013, p.1381).

A resolução espontânea do cancro (S1) como já foi destacada se dá pelo processo de fagocitose promovido pelos macrófagos ativados. Mas cerca de 6 a 8 semanas pós cicatrização do cancro geralmente ocorrem manifestações

parenquimatosas, constitucionais e mucocutâneas, caracterizando a S2 (LONGO et al. 2013, p.1380).

Os treponemas podem se encontrar no líquido cerebrospinal, humor aquoso do olho, pode até causar uma hepatite (raro) ou glomerulonefrite (raro), linfadenopatia na S2. Cerca de duas a seis semanas depois a lesão volta a regredir a exemplo da lesão primaria entrando no estado latente, e posteriormente fazer um estado de S3 (LONGO et al. 2013, p.1381).

Geralmente a doença vai se caracterizando por episódios de doença ativa, interrompidos por período de latência. Caso não tratada pode evoluir cronicamente com períodos de atividade e de latência, seguindo com grande precisão determinada cronologia (AZULAY, 2011, p. 379).

2.2 EVOLUÇÃO DA SÍFILIS, DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E PROGNÓSTICO

2.2.1 Clínica:

A Sífilis é subclassificada em recente (S1 e S2) e tardia (S3). A recente possui menos de um ano de evolução, enquanto que a tardia, mais de um ano de evolução. Mas, entre essas fases ainda pode existir períodos de silêncio clinico (somente o sorológico é positivo) podendo ser de dois tipos: *Latente recente* (<1ano) e *latente tardio* (>1ano) (AZULAY, 2011, p. 381). Filho (2011, p.1294) inclui na classificação recente além da S1 e S2 a latente recente também.

A Sífilis adquirida tem características anatômicas e clínicas diferentes nas várias fases evolutivas. Por outro lado, temos a Sífilis Congênita que pode ser *precoce ou tardia* e que apresenta relação com a adquirida no sentido de que as manifestações cutâneas da fase precoce e tardia se equiparam as manifestações dos períodos secundários e terciários respectivamente (FILHO, 2011, p.1294).

2.2.2 Sífilis Primária:

Ocorre o surgimento do protossifiloma (cancro duro) acompanhado de micropoliadenopatia regional entre 9 e 90 dias após o contágio, mas geralmente a média de aparecimento das lesões é 21 dias. A lesão é indolor, única, erosada ou ulcerada, bordas duras e rasa, fundo limpo, avermelhado, com discreta serosidade (AZULAY, 2011, p. 381), como mostra a Figura 2.

Figura 2 - Cancro duro por Sífilis





Fonte: bibliomed.

As mulheres são mais acometidas em colo uterino e na vulva (pequenos e grandes lábios), já no homem ocorre mais no sulco balanoprepucial e na glande. Em ambos pode ocorrer lesões extragenitais mantendo estrita relação com o local de inoculação. Trata-se de uma lesão altamente contagiosa que involui em cerca de 1 a 6 semanas (AZULAY, 2011, p. 381).

Algumas variantes da sífilis podem ser encontradas como a sífilis decaptada (sem cancro) ocorre quando na fase de contaminação se fazia uso de antibiótico ou por contaminação por transfusão; cancro misto ocorre na associação de cancro duro com o mole; cancro redux lesão gomosa que reaparece no lugar do antigo cancro duro. A adenopatia (100% presente nesta fase) é regional e indolor, múltipla, aflegmásica, geralmente bilateral, aparecendo cerca de 10 dias depois do cancro (AZULAY, 2011, p. 382).

O protossifiloma involui sem deixar cicatriz em cerca de 4 semanas, quando as reações sorológicas se tornam positivas (FILHO, 2011, p.1294).

2.2.3 Sífilis Secundária:

Decorre da disseminação do treponema pelo organismo e caracteriza-se pela erupção generalizada e polimórfica, simulando na parte cutânea outras dermatoses (FILHO, 2011, p.1294).

Aparece em média 2 meses após o cancro, caracterizando-se nesta fase como erupção cutânea generalizada, simétrica, com aspecto variável dependente do tempo de evolução, surgindo inicialmente como lesões maculosas exantema

morbiliforme não pruriginoso, as roséolas sifilíticas, evoluindo posteriormente como sifilides papulosas ou papuloescamosas (psoriasiformes), por vezes em frequência mínima pustulosas. Não é comum, mas pode aparecer três fases das lesões simultaneamente. As vezes aparecem lesões maiores circundadas por lesões satélites (corimbo). O acometimento palmoplantar (mostrado na Figura 3) é de grande valor diagnóstico, mesmo que não seja patognomônico (AZULAY, 2011, p. 382,383).

Figura 3 - Lesões de Sífilis Secundária



Fonte: medsaude.

Na mucosa oral a lesão se apresenta como placas mucosas, sendo múltiplas, erosivas, assintomáticas, cerca de 1cm, arredondadas ou ovais. Apresentam-se também como língua despapilada (sinal de cornil). Já nas zonas de atrito e região de ânus e vulva apresentam-se como sifilides papuloerosivas ou tuberoerosivas com caráter vegetante e muito contagiosa (AZULAY, 2011, p. 383).

Uma característica muito particular da S2 ocorre em negros em que as lesões podem apresentar configuração anular e circinada (sifilide elegante) mais comum ao

redor da boca e ânus. Ocorrência excepcional é a lesão em torno do pescoço hipocrômicas que ocorre mais em mulheres e em casos excepcionais (tardiamente no secundarismo). Fâneros podem estar acometidos cursando com “alopecia em clareira” por vezes difusa acometendo mais a região temporal ou occipital, madarose, paroníquia e anoniquia. Supercílios, cílios, bigode e barba podem ser acometidos (AZULAY, 2011, p. 383,385).

Tanto as lesões primárias quanto as secundárias contém treponemas, sendo, portanto, contagiantes. No secundarismo sifilítico as lesões ulceradas são muito raras (FILHO, 2011, p.1294).

Quanto ao acometimento sistêmico ocorre micropoliadenopatia generalizada, mialgias, artralgias, cefaleia, meningite e febre, emagrecimento, astenia além de iridociclite, hepatite, esplenomegalia e periostite (AZULAY, 2011, p. 385). Ao longo de poucos meses haverá regressão espontânea das lesões, quando então a doença entrará em latência. Portanto a S2 pode se apresentar de diversas formas, podendo fazer diagnóstico diferencial com inúmeras doenças (AZULAY, 2011, p. 385).

Existe o tipo denominado de sífilis latente, podendo ser dividida em fase precoce, menos de um ano após a exposição, e fase tardia, período acima de um ano pós exposição. Nesse caso não há manifestações clínicas, porém o diagnóstico pode ser feito através de testes sorológicos (FILHO, BARROS, 2013, p. 466).

2.2.4 Sífilis Terciária:

Segundo trabalhos realizados na era pré-antibiótica, a história natural da doença mostra que, caso não tratada, 37% dos pacientes evoluem, em média de 2 a 30 anos, para S3; cerca de 60% evoluem para cura espontânea da doença. Dos pacientes que desenvolvem S3, cerca de 16% apresentam lesões na pele, 10% complicações cardiovasculares, 6% neurossífilis e 10% vão a óbito (AZULAY, 2011, p. 385).

As manifestações tegumentares geralmente são únicas ou em pequena quantidade, assimétricas, regionais, localizadas e destrutivas, levando a cicatrizes não retrateis e atróficas. Essas lesões não são contagiosas e não regridem espontaneamente, porém tem boa resposta ao tratamento específico. As lesões podem ser de 3 tipos: gomas, tuberocircinadas e, nódulo justa-articulares (nodosidade justa-articular de Jeanselme) (AZULAY, 2011, p. 386).

As gomas são resultado de amolecimento, fistulização e ulceração dos nódulos. Este processo é indolor e ocorre, principalmente, nos tecidos subcutâneos, ósseo ou muscular, palato e na língua (FOCACCIA, 2015, p.1547). As lesões tuberocircinadas são formadas por tubérculos e nódulos, podendo ser ulcerados, de crescimento lento, centrífugo, com cicatrização central, cor vermelho-amarronzada e pode ser descamativa (AZULAY, 2011, p. 386).

Dentre as complicações cardiovasculares a mais comum é a aortite sifilítica, geralmente assintomática, mas pode resultar em insuficiência aórtica, aneurisma e estenose orificial das coronárias (FILHO, 2011, p. 1294).

A neurossífilis geralmente ocorre no período de 3 a 18 meses após a inoculação do *T. pallidum* em 15 a 40% dos pacientes, e dos pacientes com S1 não tratada, 7% apresentam sintomas (AZULAY, 2011, p. 386). Ela pode ou não apresentar sintomas, sendo a forma assintomática mais comum e é caracterizada por alterações no líquor sem manifestações clínicas (FILHO, 2011, p. 1294).

Os quadros sintomáticos principais são: meningite sifilítica, sífilis cerebrovascular e neurossífilis parenquimatosa. A meningite sifilítica geralmente ocorre nos dois primeiros anos pós infecção primária. Tem como sintomas mais comuns a cefaleia, rigidez de nuca, paralisia de nervos cranianos além de náuseas e vômitos. O líquor sempre está alterado e o quadro pode ser leve e desaparecer de maneira espontânea (AZULAY, 2011, p. 386).

A sífilis cerebrovascular ocorre, aproximadamente, 6 anos após a infecção primaria. O quadro clínico é semelhante ao de um acidente vascular encefálico (AVE) da artéria cerebral média, resultando em hemiparesia ou hemiplegia. Os pacientes podem apresentar pródromos, como vertigem, cefaleia, insônia, perda de memória e alterações de humor. O exame do líquor está quase sempre alterado (AZULAY, 2011, p. 386,387).

A sífilis parenquimatosa é caracterizada por tabes *dorsalis*, paralisia geral progressiva e pela atrofia óptica (FOCACCIA, 2015).

A tabes *dorsalis*, ocorre 15 a 25 anos após infecção inicial, devido a lesões na coluna e raízes posteriores da medula e dos gânglios da raiz dorsal. O quadro clínico é caracterizado por dores lancinantes nos membros inferiores, parestesia, ataxia, incontinência urinária, anormalidades pupilares, diminuição do reflexo patelar e aquileu, alterações sensoriais, paralisia ocular, atrofia óptica, e articulações de Charcot e o líquor apresenta-se normal em cerca de 10% dos pacientes. Enquanto

que a Atrofia óptica geralmente afeta um único olho e pode levar a amaurose bilateral caso não seja tratada (AZULAY, 2011, p. 387).

A paralisia geral caracteriza-se por sintomas psiquiátricos e/ou neurológicos, como alterações de memória, irritabilidade, tremores, convulsões e demência (FOCACCIA, 2015, p. 1547). Segundo Azulay (2011) o líquor é anormal e caso o paciente não seja submetido ao tratamento, o óbito ocorre em 3 a 4 anos.

Sem o tratamento adequado, as mulheres grávidas correm o risco de transmitir a doença para o concepto por via transplacentária ou durante o parto, ocasionando a sífilis congênita. Clinicamente, a sífilis congênita pode ser diferenciada entre recente, quando as manifestações clínicas surgem durante os 2 primeiros anos de vida e tardia após os 2 anos de vida (FOCACCIA, 2015, p. 1547).

2.2.5 Sífilis Congênita:

A transmissão pode ocorrer em todas as fases da gravidez, sendo mais comum após o quarto mês de gestação. Gestantes portadoras de sífilis recente têm entre 70 a 80% de chance de transmitir a infecção para o filho, diferentemente da sífilis tardia. Caso a contaminação do feto seja precoce maior será a chance de ocorrer um aborto ou a gestação resultar em um natimorto, e quando tardia, pode resultar em um nascimento prematuro (FILHO, 2011, p.1295).

Embora as espiroquetas possam atravessar a placenta em fases precoces da gestação, uma resposta imune fetal robusta só acontece por volta da 18ª a 22ª semana, quando as características da sífilis congênita podem ser visualizadas. Além disso, a infiltração placentária pode causar redução do fluxo sanguíneo ao feto, gerando restrição do crescimento que, quando grave, pode levar ao óbito fetal (BRASIL, 2018b, p. 175).

2.2.6 Diagnóstico

O diagnóstico da sífilis é dado por meio de testes imunológicos, podendo ser treponêmico e não treponêmico e através do exame direto (FILHO, BARROS 2013, p.467). Antes de pedir os exames, é importante considerar qual o estágio da sífilis o paciente se encontra (BRASIL, 2015a, p. 92).

A pesquisa direta de *T. pallidum* na sífilis recente primária e secundária podem ser realizados em campo escuro com uma sensibilidade entre 74 a 86%.

Quando não há essa possibilidade, a pesquisa pode ser feita por imunofluorescência, biópsia e exame de material corado (BRASIL, 2015a p. 92,93).

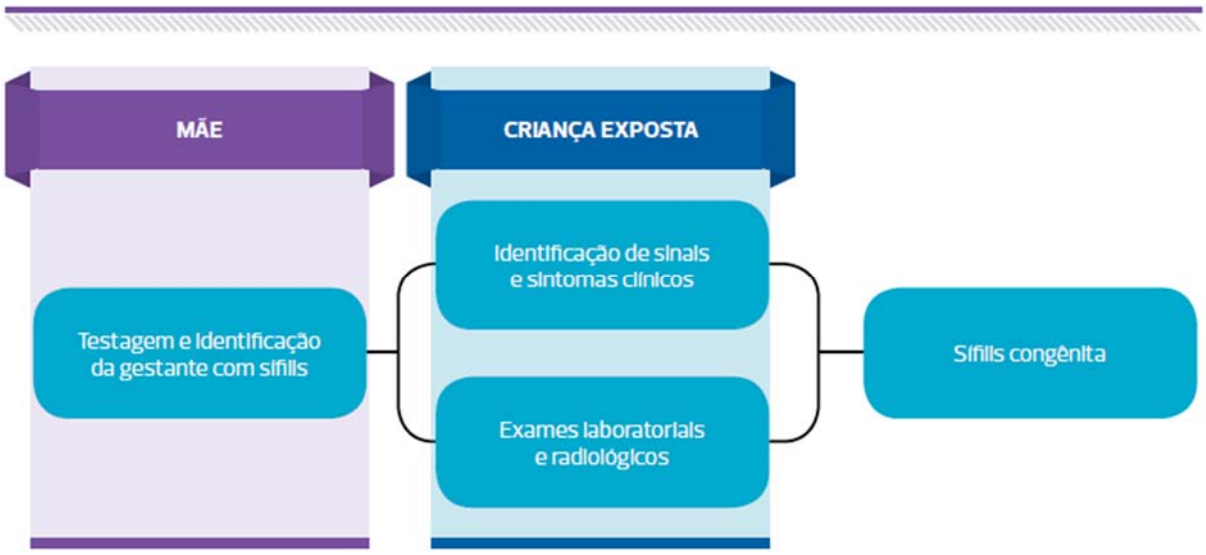
Na prática clínica os testes imunológicos são os mais utilizados. Dentre eles temos os testes não treponêmicos (*Veneral Disease Research Laboratory* [VDRL] e *Rapid Plasma Reagin* [RPR]) e os testes treponêmicos (*Fluorescent Treponemal Antibody-Absorption* [FTA-Abs], ELISA e testes rápidos) (FILHO, BARROS, 2013, p. 467).

Os testes não treponêmicos detectam anticorpos não específicos anticardiolipina para os antígenos do *T. pallidum*, podendo ser qualitativo, quando indica presença ou ausência de anticorpos na amostra, ou quantitativo permitindo a titulação de anticorpos. O resultado é expresso em títulos e é importante para diagnóstico e para verificar a resposta terapêutica, logo, a queda do título indica o sucesso do tratamento (BRASIL, 2015a, p. 93).

Já os testes treponêmicos detectam anticorpos específicos produzidos contra os antígenos do *T. pallidum*. São importantes para a confirmação do diagnóstico e os primeiros a se tornarem reagentes. Além disso, podem permanecer reagentes por toda vida do paciente, logo, não é recomendado sua utilização para avaliar a resposta ao tratamento (BRASIL, 2015a, p. 93).

Ressalta-se ainda que o diagnóstico da sífilis congênita representa um processo complexo, devido ao fato de que mais da metade das crianças são assintomáticas ao nascimento e, mesmo naquelas com alguma expressão clínica, os sinais e sintomas costumam ser discretos ou inespecíficos. Assim critérios epidemiológicos, clínicos e laboratoriais deve ser a base para o diagnóstico da sífilis congênita. A Figura 4 e figura 5 apresentam, respectivamente, o modo de investigação e recomendações de testes para diagnostico de sífilis congênita.

Figura 4 - Resumo da investigação diagnóstica de sífilis congênita



Fonte: Brasil, 2018b pg. 179.

Figura 5 - Resumo das recomendações de testes diagnósticos específicos na sífilis congênita

PESQUISA DIRETA	TESTES IMUNOLÓGICOS		
	Treponêmicos (TPHA, FTA-Abs, EQL, ELISA, testes rápidos)		**Não treponêmicos** (VDRL, RPR, TRUST)
Pesquisa a presença da espiroqueta do *T. pallidum* a partir de amostra obtida da lesão	**IgG**	› Resultado significativo após 18 meses de idade	› Coletar sangue do RN, evitando sangue do cordão umbilical › Significativo em menores de 18 meses de idade quando o título do RN for maior em 2 diluições comparado ao título materno em coletas simultâneas › Deve ser confirmado com 2ª amostra › Seguimento de RN com suspeita epidemiológica e testes não reagentes: 1, 3, 6, 12 e 18 meses de idade › Interromper após 2 exames consecutivos não reagentes
	IgM	› Baixa sensibilidade › Teste não reagente não exclui infecção	

Fonte: Brasil, 2018b pg. 182.

Avaliações adicionais incluem:

- Amostra de sangue: hemograma, perfil hepático e eletrólitos;
- Avaliação neurológica, incluindo punção liquórica: celularidade, proteinorraquia e teste não treponêmico quantitativo;
- Raio-X de ossos longos;

- Avaliação oftalmológica e audiológica.

A Figura 6 apresenta os valores de exames liquórico em RN que possuem suspeita de neurossífilis.

Figura 6 - Valores de exame liquórico em RN com suspeita de neurossífilis

PARÂMETRO	LCR NORMAL PRÉ-TERMO	LCR NORMAL A TERMO	LCR SUGESTIVO DE SÍFILIS NO RN	LCR SUGESTIVO DE SÍFILIS NAS CRIANÇAS MAIORES QUE 28 DIAS
Leucócitos	9 + 8 céls/mm³ (LVN: 0–29 céls/mm³)	8 + 7 céls/mm³ (LVN: 0–32 céls/mm³)	Maior que 25 céls/mm³	Maior que 5 céls/mm³
Proteínas	115mg/dL (LVN: 65–150mg/dL)	90mg/dL (LVN: 20–170mg/dL)	Maior que 150mg/dL	Maior que 40mg/dL
VDRL	Não reagente	Não reagente	Reagente	Reagente

Fonte: Brasil, 2018b pg. 183.

2.2.7 Tratamento

A penicilina benzatina é a única opção segura e eficaz para tratamento adequado das gestantes (BRASIL, 2018b, p. 165).

O tratamento da sífilis depende do estágio da doença. Na S1, S2 e latente recente, utiliza-se penicilina G benzatina, 2,4 milhões UI (1,2 milhão UI em cada glúteo), intramuscular, dose única, podendo usar como medicação alternativa a doxiciclina 100 mg, VO, duas vezes ao dia por 15 dias, exceto gestantes (BRASIL, 2015a, p. 97).

Embora **outros antibióticos** (como as tetraciclinas orais e os macrolideos) tenham sido utilizados para tratamento de sífilis em adultos, estes **não são recomendados no período da gestação** por causa da toxicidade ao feto, ou por não atravessarem a barreira placentária (BRASIL, 2018b, p. 165).

Em caso de sífilis latente tardia ou com duração ignorada e S3, é preconizado penicilina G benzatina, 2,4 milhões UI (1,2 milhão UI em cada glúteo), intramuscular, por 3 semanas. Medicamento alternativo é a doxiciclina 100 mg, VO, duas vezes ao dia por 30 dias, exceto gestantes, pelas razões já explicitadas acima (BRASIL, 2015a, p. 97).

Na neurossífilis é utilizado penicilina cristalina 3-4 milhões UI a cada 4 horas por infusão contínua, por 15 dias (FOCACCIA, 2015, p. 1549). Ceftriaxona 2 g, IV ou IM, uma vez ao dia, por 10 a 14 dias (BRASIL, 2015a, p. 98).

Quanto ao uso da ceftriaxona na gravidez não existem estudos controlados em gestantes que tenham determinado a eficácia da ceftriaxona no tratamento do feto, e por isso esta não **é uma medicação recomendada para o tratamento de sífilis na gravidez** (Brasil, 2018b, p. 165).

Mas há uma exceção para caso extremo como a falta de penicilina benzatina em que a gestante pode fazer uso da ceftriaxone 1g por dia IM 10-14 dias válido somente para casos de sífilis latente recente. Porém neste caso **será necessário notificar/investigar e tratar a criança para sífilis congênita**. Devem, ainda, buscar a comunicação efetiva com as parcerias sexuais também para testagem e tratamento em momento oportuno (BRASIL, 2018b, p. 165). A Figura 7 mostra o Esquema terapêutico para tratamento da gestante com sífilis.

Figura 7 - Esquema terapêutico 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
Neurossífilis	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: DIAHV/SVS/MS apud Brasil, 2018b pg. 165.

As gestantes e suas parcerias sexuais em início de tratamento devem ser orientadas quanto à possibilidade de ocorrência da reação de Jarisch-Herxheimer, após a primeira dose de penicilina, o paciente pode apresentar exacerbação das lesões cutâneas com eritema, dor ou prurido, as quais regridem espontaneamente após 12 a 24 horas, sem a necessidade da descontinuidade do tratamento. Tipicamente vem acompanhadas de febre, artralgia e mal-estar e à benignidade do quadro, que é autolimitado. Podem ser prescritos sintomáticos, como antipiréticos (BRASIL, 2018b, p. 166).

A penicilina é bastante segura com risco de reação adversa muito baixo, em especial as reações graves. Infelizmente, o receio de reações adversas à penicilina

por profissionais de saúde, em especial a raríssima reação anafilática, tem contribuído para a perda do momento oportuno de tratamento de pessoas infectadas por sífilis, colaborando para a manutenção da cadeia de transmissão da doença, inclusive sua faceta mais triste, a **sífilis congênita** (grifo nosso) (BRASIL, 2018b, p. 166).

Quanto ao tratamento das parcerias sexuais segue abaixo as recomendações para o tratamento correto.

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). No caso de teste reagente para sífilis, seguir as recomendações de tratamento da sífilis adquirida no adulto, de acordo com o estágio clínico da infecção, utilizando preferencialmente penicilina benzatina. (BRASIL 2018 b pg. 168).

A Figura 8 apresenta o esquema terapêutico para parcerias sexuais de gestante com sífilis.

Figura 8 - Esquema terapêutico para parcerias sexuais de 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

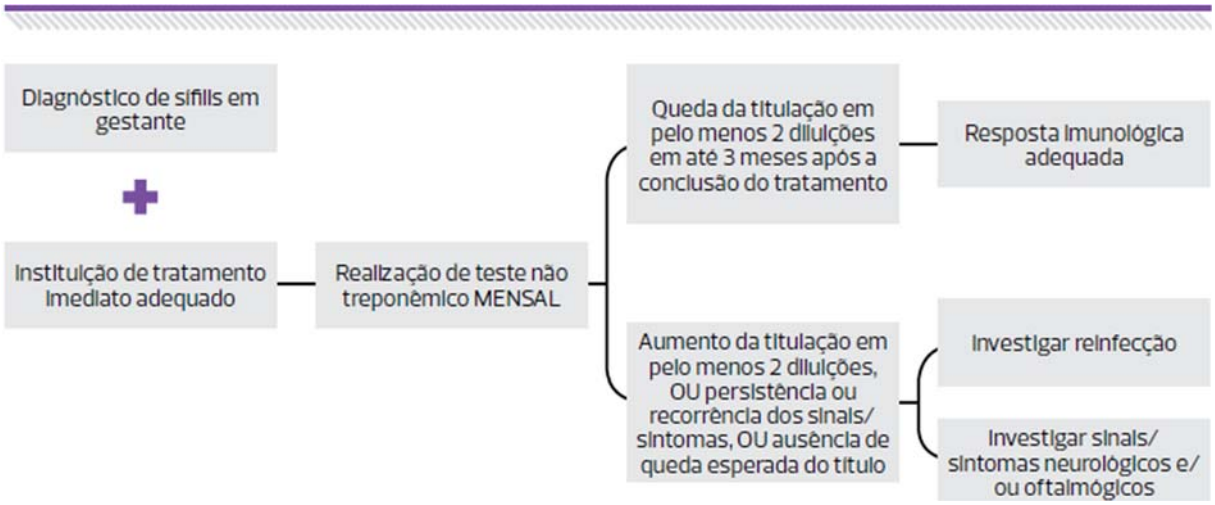
Fonte: DIAHV/SVS/MS apud Brasil, 2018b pg. 168.

É valido ressaltar que o uso correto e regular da camisinha feminina ou masculina é uma medida importante de prevenção da sífilis. O acompanhamento das gestantes e parcerias sexuais durante o pré-natal de qualidade contribui para o controle da sífilis congênita (DIAHV/SVS/MS, 2018).

O seguimento (Monitoramento pós-tratamento) da gestante com sífilis deve levar em consideração tanto os sinais e os sintomas clínicos quanto o monitoramento laboratorial da resposta ao tratamento. Os **testes não treponêmicos** (VDRL, RPR, TRUST, por exemplo) **devem ser realizados mensalmente nas gestantes**, utilizando preferencialmente sempre o mesmo teste, para que seja possível comparação entre eles. A resposta ao tratamento pode ser de dois tipos (I-

Resposta imunológica adequada; II-Critérios de retratamento: reativação e/ou reinfecção) como mostra a Figura 9.

Figura 9 - Monitoramento pós tratamento



Fonte: DIAHV/SVS/MS apud Brasil, 2018b pg. 169.

Portanto é importantíssimo registrar na caderneta de pré-natal da gestante todas as medidas que compõem as ações para prevenir a sífilis congênita, evitando, assim, que a criança exposta seja submetida a intervenções desnecessárias no pós-parto.

Para fins clínicos e assistenciais, alguns fatores são considerados para o **tratamento adequado da GESTANTE com sífilis**, como:

- Administração de **penicilina benzatina**;
- Término do tratamento até **30 dias antes do parto**;
- **Esquema terapêutico** de acordo com o estágio clínico;
- Respeito ao **intervalo recomendado** de doses;
- Avaliação quanto ao **risco de reinfecção**;
- Documentação de **queda do título do teste não treponêmico em pelo menos duas diluições** em três meses, ou de quatro diluições em seis meses após a conclusão do tratamento – resposta imunológica adequada (BRASIL, 2018b, p. 171).

2.2.8 Prognóstico

Para pacientes com diagnóstico de S1 ou S2 (sem comprometimento auditivo / neurológico / ocular), o prognóstico é bom seguindo o tratamento adequado. *T.*

pallidum permanece altamente responsivo às penicilinas e a cura é muito provável. Entre os pacientes com diagnóstico de S3, o prognóstico é menos otimista, 20% dos pacientes não tratados com S3 morrem da doença, tornando a sífilis uma das poucas DST capazes de matar seu hospedeiro. No entanto, com tratamento adequado, 90% dos pacientes com neurossífilis têm uma boa resposta clínica (CHANDRASEKAR, 2017, p. 7).

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo epidemiológico, retrospectivo, descritivo, no período de 2008 a 2017 na cidade de Belém-PA, a partir de conteúdos obtidos por consulta realizada em base de dados do sitio www.aids.gov.br/indicadores do Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais (DIAHV) que é ligado ao ligado à Secretaria de Vigilância em Saúde do MS que alberga e organiza dados coletados a partir do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), por meio do endereço eletrônico (www.datasus.gov.br), cujo acesso foi realizado em 08 de janeiro de 2019.

3.2 LOCAL

A pesquisa deu-se de forma integral em bancos de dados de acesso irrestrito disponíveis na internet, como DIAHV e DATASUS (Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM)) e enriquecida pela pesquisa bibliográfica de artigos científicos em plataformas na internet especificamente voltadas para esse fim, tais como Biblioteca Virtual em Saúde e Scielo.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO

A população em estudo foi composta por grávidas de quaisquer faixas etárias acometidas por sífilis, cujo caso foi notificado no banco de dados do Sistema Único de Saúde e disponibilizado pelo DATASUS, organizado pelo DIAHV.

3.3.1 Critérios de inclusão

Foram considerados elegíveis para o estudo, todos os registros extraídos da base de dados TABNET/DATASUS, referentes às gestantes acometidas por sífilis no período estudado, que foram organizadas e disponibilizadas pelo DIAHV.

3.3.2 Critérios de exclusão

Excluídas as mulheres grávidas não acometidas por sífilis e aquelas com sífilis, mas fora do período de estudo.

3.4 COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados a partir do sítio www.aids.gov.br/indicadores do DIAHV que é ligado à Secretaria de Vigilância em Saúde do MS que desde 2016, alberga os dados de sífilis em gestantes e sífilis congênita desagregados para cada um dos 5.570 municípios brasileiros. Utilizou-se do banco de dados do DATASUS/TABNET, as informações contidas no SINAN, SINASC, SIM.

3.5 VARIÁVEIS DO ESTUDO

As variáveis a serem estudadas foram: faixa etária, escolaridade, raça/cor e classificação clínica da doença.

3.6 ANÁLISE DOS DADOS

Para o tratamento dos dados optou-se pela análise quantitativa dos mesmos. Foram utilizados procedimentos de estatística descritiva (média, mediana, desvio padrão, amplitude) por meio do soft Bioestat 5.0. Criou-se grupos categorizados de acordo com as informações disponíveis no banco de dados DIAHV e TABNET/DATASUS.

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

Tendo-se por base que este estudo utilizou dados amplamente irrestrito, não houve necessidade de submeter o projeto aos cuidados de avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa.

4 RESULTADOS

A Tabela 1 e o Gráfico 1 mostram a evolução dos casos de sífilis em Belém no período de 2008 a 2017. A partir da análise observa-se dois padrões. Um padrão de 2008 a 2013 e outro de 2014 a 2017.

No período até 2013 os dados apresentam-se com certa uniformidade, pouca variação ao longo do tempo. A partir de 2014 observa-se mudança brusca no padrão gráfico, refletindo elevações no número de casos de sífilis em gestantes.

Até o ano de 2013 observa-se que a média do número de casos foi de 37,7 (dado não mostrado na tabela) com menor número de casos sendo atingido em 2013 (25 casos) e o maior valor sendo atingido em 2010 (47 casos).

Entretanto o período a partir de 2014 (incluso) o número de casos rapidamente se modifica, elevando-se, observando-se que a média de casos de 2014 até 2017 foi de 211,8 (dado não mostrado na tabela). E neste mesmo período, o menor número de casos foi em 2014 (86 casos) e o maior número de casos foi em 2015 e 2016 (266 casos).

Pela tabela é possível observar que as taxas vinham se mantendo constantes até 2013, e de 2013 para 2014 modificam-se substancialmente aumentando de 2,33% em 2013 para 8,01% em 2014. Os anos de 2015 e 2016 mantiveram as maiores taxas (24,79%) e 2017 reflete queda no número de casos.

O período de maior crescimento das taxas foi de 2014 (8,01%) para 2015 (24,79%). Pode-se observar na Tabela 1, que até 2013 se contabilizava somente 21,06% do total de casos (1073); ou seja, a maioria dos casos, aproximadamente 78,94% se concentrou nos anos de 2014-2017 refletindo o aumento expressivo dos casos evidenciado no Gráfico 1.

Tabela 1 - Sífilis em gestantes em Belém/PA, no período de 2008 a 2017.

Belém/PA, 2019

Ano	N de casos (Fi)	Fi ac	Fr	Fr ac
2008	37	37	3,45%	3,45%
2009	46	83	4,29%	7,74%
2010	47	130	4,38%	12,12%
2011	35	165	3,26%	15,38%
2012	36	201	3,36%	18,73%
2013	25	226	2,33%	21,06%
2014	86	312	8,01%	29,08%

Tabela 1 - Sífilis em gestantes em Belém/PA, no período de 2008 a 2017.

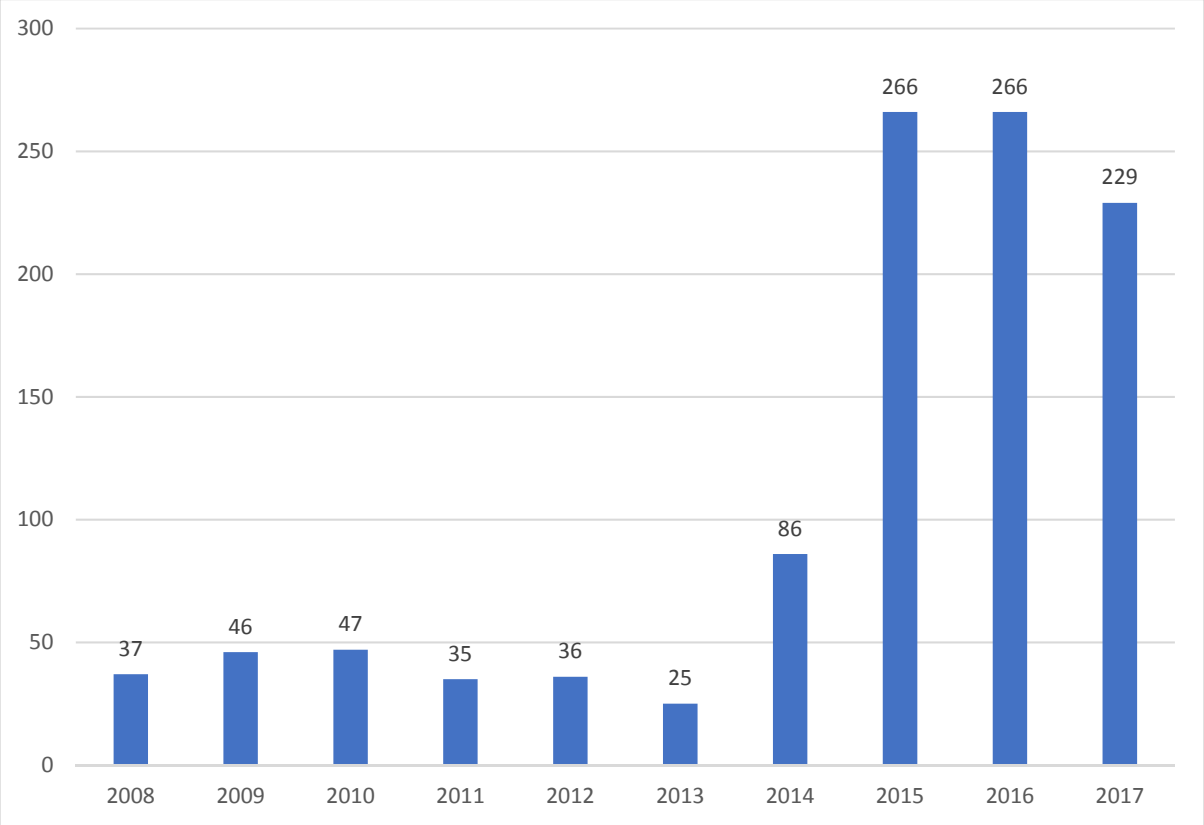
Belém/PA, 2019 - (Continuação)

Ano	N de casos (Fi)	Fi ac	Fr	Fr ac
2015	266	578	24,79%	53,87%
2016	266	844	24,79%	78,66%
2017	229	1073	21,34%	100,00%
Total	1073		100,00%	

Fonte: MS/SVS/Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. NOTAS:(1) Dados até 30/06/2016; (2) Dados preliminares para os últimos 5 anos.
Fi: Frequência absoluta; Fi ac: Frequência absoluta acumulada; Fr: frequência relativa; Fr ac: Frequência relativa acumulada.

Gráfico 1 - Sífilis em gestantes na cidade de Belém-PA, no período de 2008 a 2017.

Belém/PA, 2019



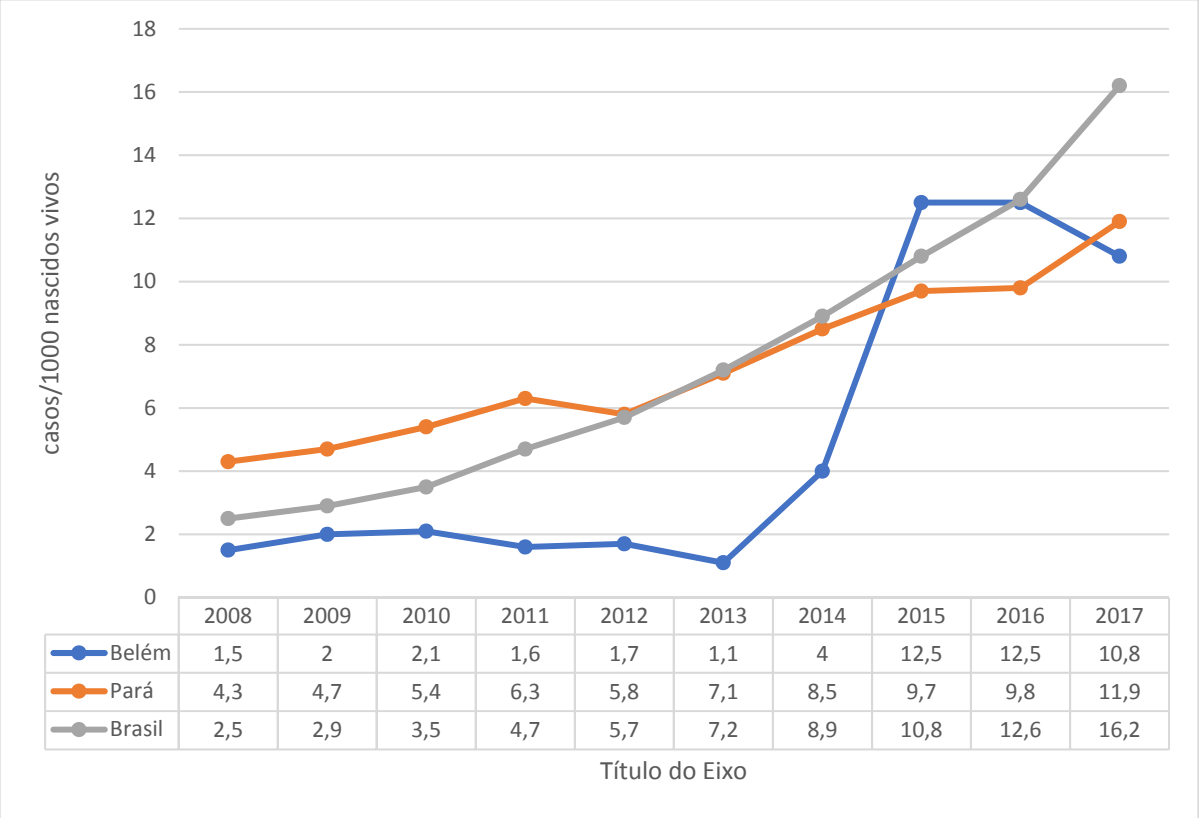
Fonte: MS/SVS/Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. NOTAS:(1). Dados até 30/06/2016; (2). Dados preliminares para os últimos 5 anos.

Pelo Gráfico 1 acima, nota-se que o menor número de casos foi atingido em 2013 e o maior em 2015 e 2016.

Observa-se no Gráfico 2 as taxas de detecção. Belém apresentou menor taxa em 2013 e maior taxa em 2015 e 2016. As taxas nacionais (Brasil) assumem padrão

crescente variando de 2,5 a 16,2. Observa-se padrão decrescente nos dados regionais (Pará) apenas entre 2011 e 2012.

Gráfico 2 - Taxa de detecção de gestantes com sífilis por ano de diagnóstico 2008-2017. Belém/PA, 2019



Fonte: MS/SVS/Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. NOTAS: (1). Dados até 30/06/2018; (2). Dados preliminares para os últimos 5 anos.

Pode-se observar na Tabela 2 e Gráfico 3, que a faixa etária mais acometida no período do estudo foi a de 20 a 29 anos (54,8%) e que 31,0 % da amostra foi constituída por adolescentes (10-19 anos).

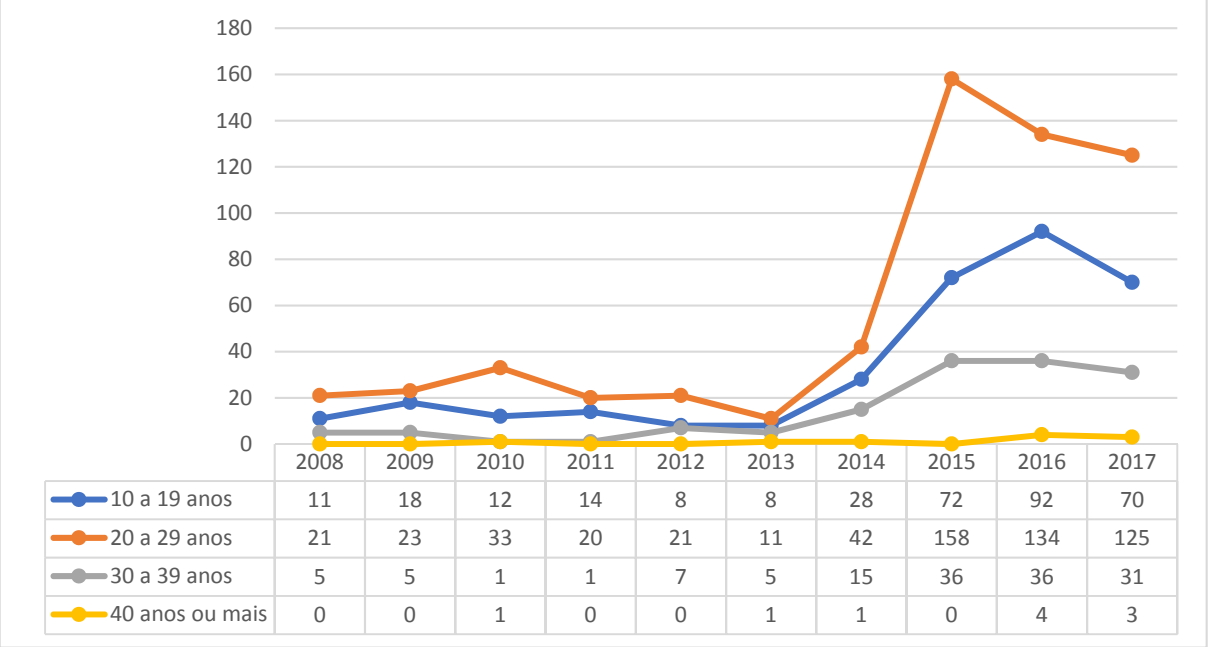
Tabela 2 - Sífilis em gestantes em Belém-PA, 2008-2017 segundo faixa etária por ano de diagnóstico. Belém/ PA 2019

Faixa Etária (ANOS)	2008 N (%)	2009 N (%)	2010 N (%)	2011 N (%)	2012 N (%)	2013 N (%)	2014 N (%)	2015 N (%)	2016 N (%)	2017 N (%)	Total N (%)
10 a 19	11	18	12	14	8	8	28	72	92	70	333
	29,7	39,1	25,5	40,0	22,2	32,0	32,5	27,1	34,6	30,6	31,0

20 a 29	21	23	33	20	21	11	42	158	134	125	588
	56,8	50,0	70,2	57,1	58,3	44,0	48,8	59,4	50,4	54,6	54,8
30 a 39	5	5	1	1	7	5	15	36	36	31	142
	13,5	10,9	2,1	2,9	19,4	20,0	17,4	13,5	13,5	13,5	13,2
40 ou mais	-	-	1	-	-	1	1	-	4	3	10
			2,1			4,0	1,2		1,5	1,3	0,9
	37	46	47	35	36	25	86	266	266	229	1073
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Fonte: MS/SVS/Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. NOTAS: (1) Dados até 30/06/2018; (2) Dados preliminares para os últimos 5 anos.

Gráfico 3 - Casos de gestantes com sífilis segundo faixa etária por ano de diagnóstico. Belém, 2008-2017



	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
10 a 19 anos	11	18	12	14	8	8	28	72	92	70
20 a 29 anos	21	23	33	20	21	11	42	158	134	125
30 a 39 anos	5	5	1	1	7	5	15	36	36	31
40 anos ou mais	0	0	1	0	0	1	1	0	4	3

Fonte: MS/SVS/Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. NOTAS: (1) Dados até 30/06/2018; (2) Dados preliminares para os últimos 5 anos.

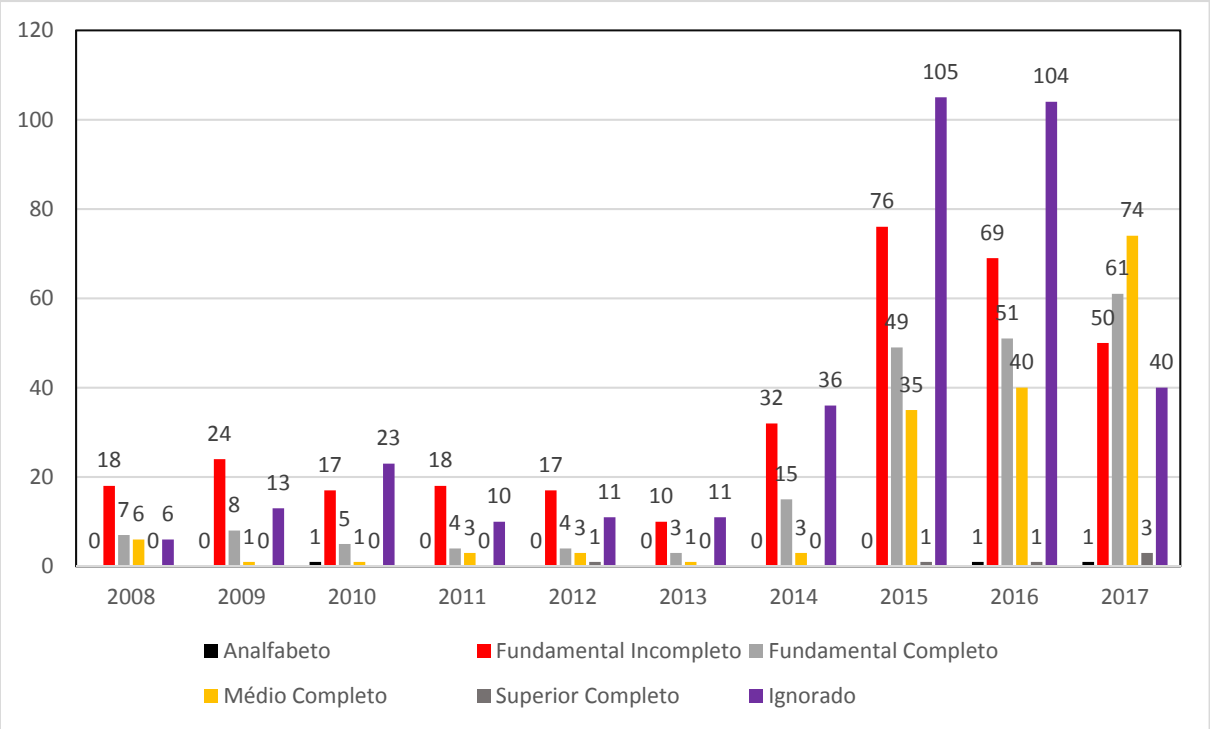
Observa-se que a maior parte das gestantes acometidas por sífilis no período 2008-2017 possuem fundamental incompleto (30,85% dos casos), e que grande parte dos casos foi registrado com escolaridade ignorada (Tabela 3 e Gráfico 4).

Tabela 3 - Distribuição de casos de gestantes com sífilis Belém-PA, 2008-2017 segundo escolaridade por ano de diagnóstico, valores absolutos e percentuais. Belém/PA 2019

Esc.	2008 N (%)	2009 N (%)	2010 N (%)	2011 N (%)	2012 N (%)	2013 N (%)	2014 N (%)	2015 N (%)	2016 N (%)	2017 N (%)	Total N (%)
A	-	-	1 2,13	-	-	-	-	-	1 0,38	1 0,44	3 0,28
FI	18 48,65	24 52,18	17 36,17	18 51,43	17 47,23	10 40,00	32 37,21	76 28,57	69 25,94	50 21,84	331 30,85
FC	7 18,92	8 17,39	5 10,64	4 11,43	4 11,11	3 12,00	15 17,45	49 18,42	51 19,17	61 26,64	207 19,29
MC	6 16,22	1 2,17	1 2,13	3 8,57	3 8,33	1 4,00	3 3,49	35 13,16	40 15,03	74 32,31	167 15,57
SC	-	-	-	-	1 2,78	-	-	1 0,38	1 0,38	3 1,31	6 0,56
Ig	6 16,22	13 28,26	23 48,94	10 28,57	11 30,56	11 44,00	36 41,86	105 39,47	104 39,10	40 17,47	359 33,46
Total	37 100%	46 100%	47 100%	35 100%	36 100%	25 100%	86 100%	266 100%	266 100%	229 100%	1073 100%

Fonte: MS/SVS/Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. NOTAS: (1). Dados até 30/06/2018; (2). Dados preliminares para os últimos 5 anos.
Esc: Escolaridade; A: analfabeto; FI: Fundamenta Incompleto; FC: Fundamental Completo; MC: Médio Completo; SC: Superior Completo; Ig: Ignorado.

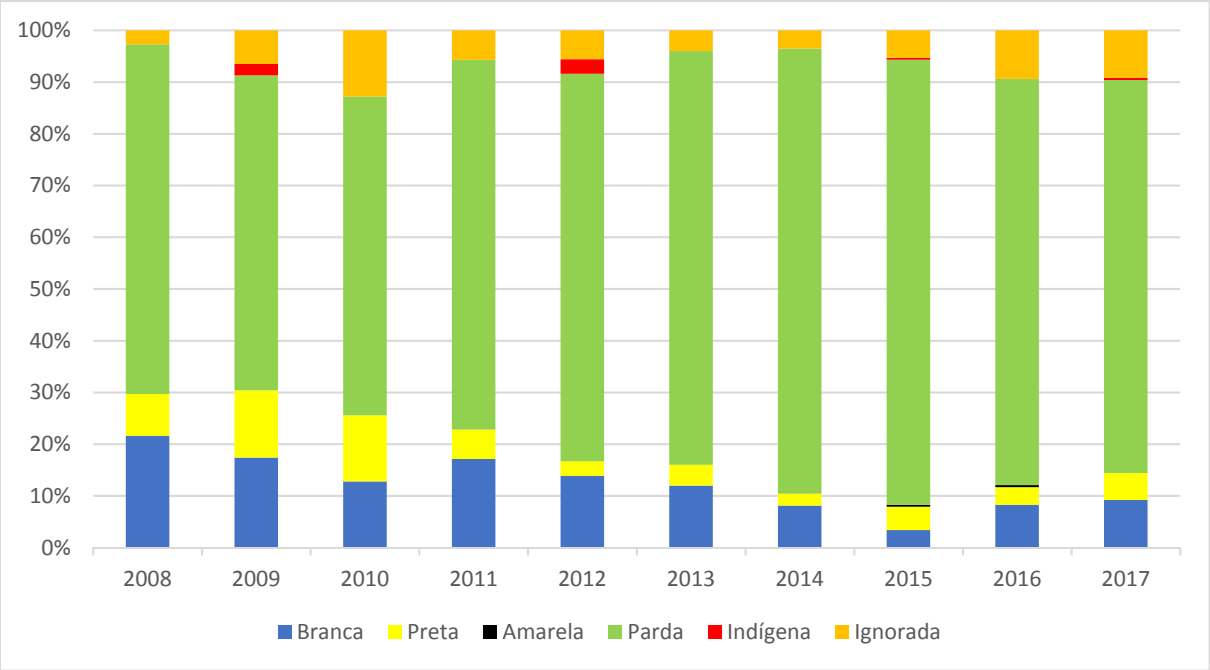
Gráfico 4 - Gestantes com sífilis Belém-PA, 2008-2017segundo escolaridade por ano de diagnóstico. Belém/PA 2019



Fonte: MS/SVS/Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. NOTAS: (1). Dados até 30/06/2018; (2). Dados preliminares para os últimos 5 anos.

A ocorrência de sífilis na gestação esteve associada a raça/cor parda, sendo esta a mais frequente em todos os anos estudados, enquanto a raça/cor indígena foi a menos acometida no mesmo período. O ano de maior ocorrência proporcional de casos de sífilis associada a raça/cor parda foi em 2015 com 86,1% dos casos, tendo menor ocorrência no ano de 2009 com 60,9% de acometimento, ver Gráfico 5.

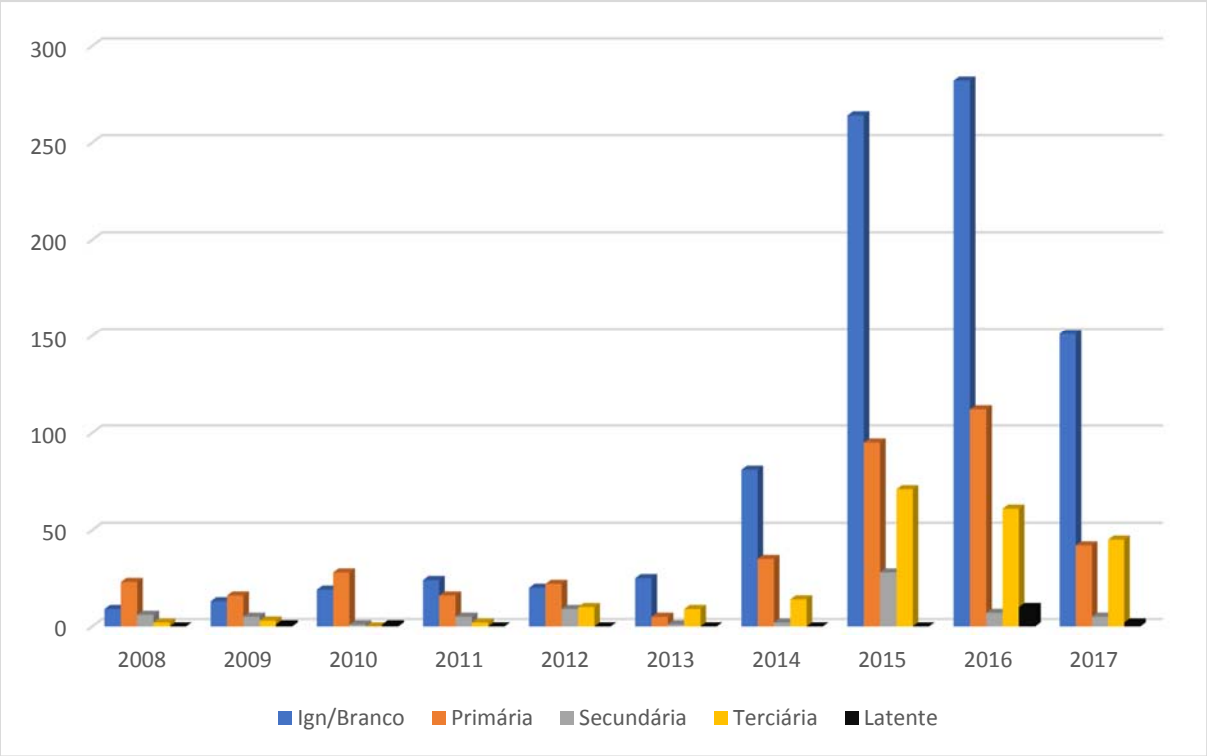
Gráfico 5 - Gestantes com sífilis Belém-PA, 2008-2017 segundo raça/cor por ano de diagnóstico. Belém/PA 2019



Fonte: MS/SVS/Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. NOTAS: (1). Dados até 30/06/2018; (2). Dados preliminares para os últimos 5 anos.

O Gráfico 6 mostra um número expressivo de casos onde a classificação clínica da doença não foi identificada ou não foi registrada. A classificação clínica mais frequente nas gestantes estudadas foi a S1, enquanto que a sífilis latente possui o menor número de casos. Em 2016 ocorreu o maior número de registro de S1 com 112 casos, e o menor em 2013 com 5 casos. Apenas nos anos de 2013 e 2017 a fase primária da doença não foi a mais registrada.

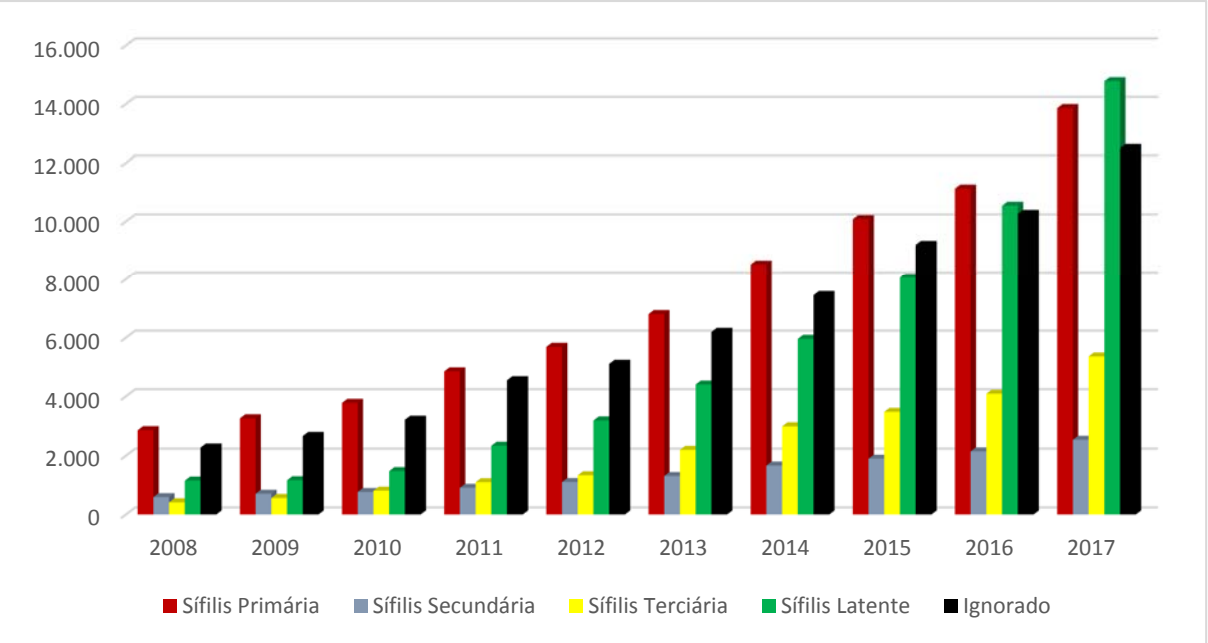
Gráfico 6 - Gestantes com sífilis Belém-PA, 2008-2017 segundo classificação clínica por ano de diagnóstico. Belém/PA 2019



Fonte: MS/SVS/Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. NOTAS: (1). Dados até 30/06/2018; (2). Dados preliminares para os últimos 5 anos.

O Gráfico 7 mostra a frequência da forma clínica da doença no Brasil, nos mesmos anos do presente estudo, que se reportou apenas aos casos ocorridos em Belém/PA.

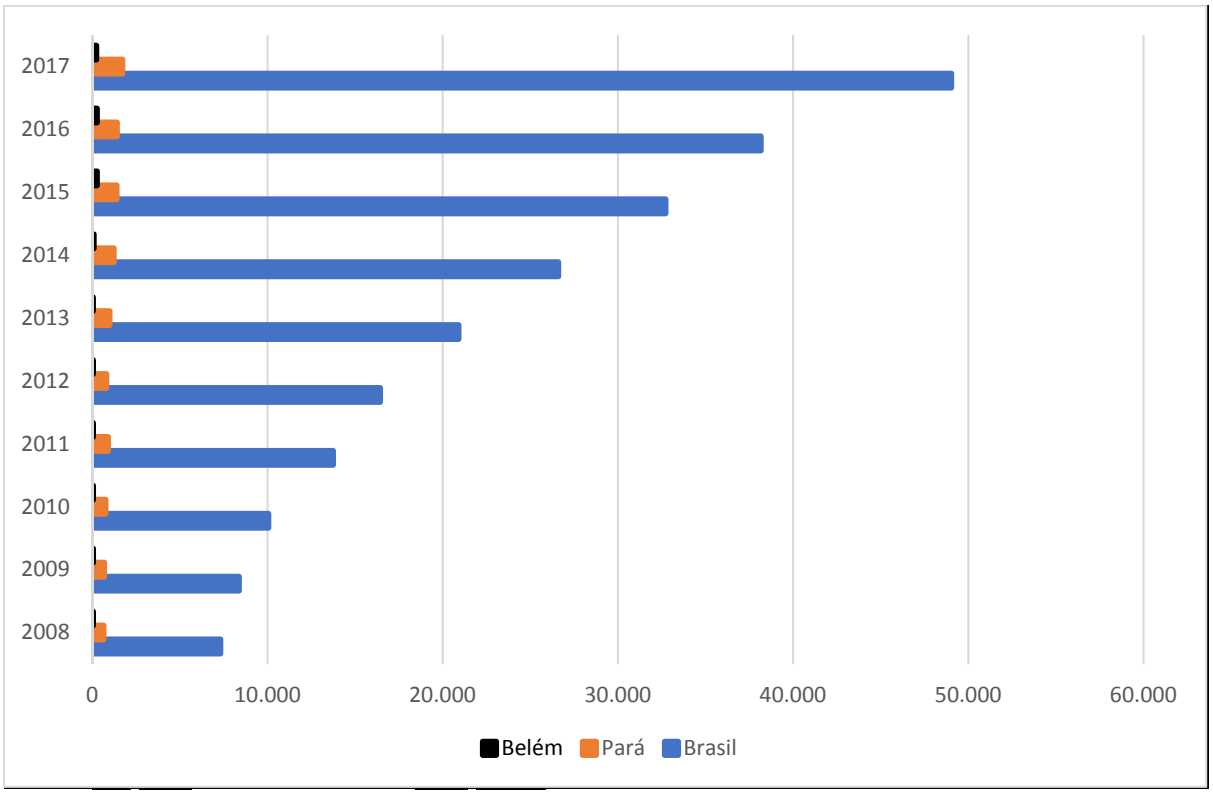
Gráfico 7 - Gestantes com sífilis Brasil, 2008-2017 segundo classificação clínica por ano de diagnóstico. Belém/PA 2019



Fonte: MS/SVS/Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. NOTAS: (1). Dados até 30/06/2018; (2). Dados preliminares para os últimos 5 anos.

Observa-se acima no Gráfico 7 o predomínio do número de casos de S1 em relação as demais classificações clínicas, enquanto que a S2 representa a menor frequência de casos. Apenas em 2017 a forma primária da doença não foi a mais registrada.

Gráfico 8 - Gestantes com sífilis, 2008-2017. Belém/PA 2019.



Fonte: MS/SVS/Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. NOTAS: (1). Dados até 30/06/2018; (2). Dados preliminares para os últimos 5 anos.

Observa-se no Gráfico 8 acima que, apesar de discretas oscilações, o número de casos da doença apresentou aumento crescente.

5 DISCUSSÃO

Até 2013 o número de casos notificados de sífilis apresentou poucas oscilações, elevando-se no período 2014-2017. De 2013 para 2014 as taxas do número de casos elevaram-se de 2,33% para 8,01% respectivamente. O maior crescimento dessas taxas foi de 2014 (8,01%) para 2015 (24,79%). Brasil (2018a, p. 4) relata que na última década, no Brasil, observou-se aumento de notificações de casos de sífilis adquirida, sífilis em gestantes e sífilis congênita, que pode ser atribuído, em parte, ao aprimoramento do sistema de vigilância e à ampliação da utilização de testes rápidos.

Mediante o exposto, é válido ressaltar que ainda há o desinteresse das empresas farmacêuticas na produção da penicilina benzatina, aliado ao crescente número de casos de sífilis. De acordo com a assessoria de imprensa do MS, desde o ano de 2014, os problemas de abastecimento de penicilina vinham sendo relatados pelos municípios e estados (MEDSCAPE, 2016).

Em relação a taxa de detecção de sífilis em gestantes, observou-se um aumento de 212,5% em 2015 quando comparado a 2014. Padovani, Oliveira & Pelloso (2018, p.3) em estudo retrospectivo, transversal realizado no Estado do Paraná encontraram taxa de detecção com aumento considerável entre 2011 e 2015, semelhante ao que ocorre em neste estudo.

Brasil (2018a, p. 4) destaca que em setembro de 2017 por meio da Nota Informativa nº 2 – SEI/2017 – DIAHV/SVS/ MS os critérios de definição de casos de sífilis adquirida, sífilis em gestantes e sífilis congênita foram alterados, a fim de proporcionar adequação da sensibilidade na captação de casos de sífilis congênita e diminuir a subnotificação de casos de sífilis em gestantes. No caso de sífilis em gestantes, definiu-se que todas as mulheres diagnosticadas com sífilis durante o pré-natal, parto e/ou puerpério devem ser notificadas como caso de sífilis em gestantes, e não como sífilis adquirida. No entanto em 2017 ocorreu menor número de casos (229) quando comparado a 2016 (266), assim como a taxa de detecção de sífilis em gestantes foi menor (12,5 em 2016 e 10,8 em 2017), isso não seria esperado devido a alteração implementada pelo MS para o diagnóstico.

Entretanto destaca-se a compra de penicilina pelo MS realizada em fevereiro de 2016 feita de forma extraordinária em decorrência dos problemas de abastecimento, com a ressalva dos eventuais atrasos na entrega de todos os tipos

de penicilina e seus derivados devido à falta da matéria-prima, que é produzida apenas na China e na Índia (MEDSCAPE, 2016). Este reabastecimento coincide com a queda do número de casos registrados em 2017.

Em relação a faixa etária, foi observado que 31,0 % dos casos da amostra foi constituída por adolescentes. Souza, Rodrigues & Gomes (2018, p. 96) em estudo observacional descritivo retrospectivo, no qual foi analisado o perfil epidemiológico dos casos de sífilis notificados no município de Macaé (RJ), registrados pelo município, no período de 2013 a 2016 encontrou 255 casos da enfermidade na forma gestacional, e destas 39,22 % eram adolescentes, resultados semelhantes aos observados neste estudo.

Padovani, Oliveira & Pelloso (2018, p.3), observaram em seus estudos que 22,59% eram adolescentes, sendo esta a faixa etária a que apresentou maior razão de prevalência da infecção no período gestacional, quando comparadas com outras idades. Nonato, Melo & Guimarães (2015, p.688) encontraram 18,4% de adolescentes. Lafetá et al. (2016, p.67) em estudo epidemiológico retrospectivo e descritivo investigando sífilis materna e congênita em Montes Claros, norte de Minas Gerais, no período de janeiro de 2007 a julho de 2013 encontrou 18,3 % dos de casos de sífilis materna acometendo a faixa etária de 11 a 20 anos, resultados inferiores ao encontrado neste estudo.

De França et al. (2015 p. 379) em estudo do tipo documental de corte transversal e com abordagem quantitativa, realizado no setor de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande/PB encontrou e corroborou com outros estudos que a maioria das gestantes acometidas por esta infecção são adolescentes e adultas jovens, bem como residentes na zona urbana. Rocha et al. (2016, p. 9) em estudo epidemiológico, quantitativo, descritivo e retrospectivo no município de Tangará da Serra, no período de 2007 a 2014, também encontrou que as gestantes mais acometidas são adolescentes e adultas jovens, e residentes na zona urbana. Essa faixa etária de mulheres infectadas retrata a prática da atividade sexual precoce e negligente, trazendo reforço à ideia de que ainda é necessário melhorias nas estratégias de educação em saúde visando conscientizar a prática sexual segura (COSTA et al. 2013).

Brasil (2018a, p. 17) relata que desde 2005 no País, a proporção de diagnóstico de sífilis em gestantes entre 30 e 39 anos era superior à daquelas entre 15 a 19 anos, tendo-se observado uma inversão dessa relação a partir de 2011.

Apesar de não englobar todas as adolescentes, esta constatação mostra que pelo menos em parte as adolescentes estão contribuindo com maior proporção de casos. O estudo em tela agrupou todas as adolescentes em uma faixa etária e encontrou taxas superiores de adolescentes sendo acometidas por sífilis na gravidez quando comparadas com a faixa etária de 30 a 39 anos. Neste estudo, 13,2% da faixa etária acometida eram de 30 a 39 anos, versus 31% de adolescentes. Estas foram inferiores apenas à faixa etária de 20 a 29 anos (54,8% dos casos), grupo mais acometido.

Este estudo mostra resultados semelhantes aos observados por De Mesquita et al. (2012, p.15) em estudo epidemiológico descritivo, com abordagem quantitativa realizado em sobral no Ceará entre 2006-2010, onde, ao longo da série histórica estudada, a faixa etária mais atingida foi o grupo entre 20 a 29 anos, representando 60,8% dos casos do ano de 2010, destacando a prevalência de sífilis gestacional em mulheres mais jovens, de 20 a 29 anos. Souza, Rodrigues & Gomes (2018, p. 96) também encontraram maior ocorrência na faixa etária de 20 a 29 anos correspondendo a 49,8% dos casos encontrados em seus estudos.

Quanto a escolaridade, De Mesquita et al. (2012, p.15) encontraram em seus estudos 36,4% de casos ignorados em 2007, ou seja, que não se tem informação sobre a escolaridade. Dez anos após, Brasil (2018a, p.17) registrou 26,1% dos casos com escolaridade ignorada no ano de 2017. Escolaridade ignorada em gestantes com sífilis foi observado nos estudos de Padovani, Oliveira & Pelloso (2018, p. 4) em 11,48% dos casos; Souza, Rodrigues & Gomes (2018, p. 96) em 54,51% dos casos e De Frias, Da Silva & Teixeira (2018) em 50% dos casos. Neste estudo, a escolaridade “ignorada” foi a mais prevalente nos anos de 2010 (48,94%), 2013 (44%), 2014 (41,86%), 2015 (39,47%) e 2016 (39,10%) demonstrando que é necessário melhorar a coleta de dados para que a alimentação do sistema se torne mais eficaz.

De Mesquita et al. (2012, p.15) afirma que esse problema ocorre frequentemente, sendo revelado em diversos estudos, como o realizado no Distrito Federal, onde em 13,6% dos casos não constava o dado sobre a escolaridade da gestante; ressalta ainda que essas informações devem ser preenchidas pelo profissional no momento da consulta pré-natal, uma vez que permite a avaliação fidedigna do perfil sociodemográfico das gestantes.

Padovani, Oliveira & Pelloso (2018, p.4) encontrou em um estudo com 270 gestantes acometidas por sífilis notificadas entre 2011 e 2015 a proporção de 0,74% de analfabetas. Souza, Rodrigues & Gomes (2018, p. 96) encontraram 0,39% de analfabetas e somente 7,45% das gestantes alcançaram pelo menos 12 anos de escolaridade (no mínimo ensino médio completo). Esta série histórica (2008-2017) encontrou a proporção de 0,28% de analfabetas e apenas 16,13% das gestantes possuíam no mínimo o ensino médio completo. Além disso, 30,85% das gestantes possuíam fundamental incompleto, denotando baixa escolaridade, assemelhando-se aos estudos de De Frias, Da Silva & Teixeira (2018) que encontraram 37,5% de gestantes acometidas por sífilis com fundamental incompleto.

Este estudo foi semelhante ao de Araújo et al. (2018, p.5) que desenvolveram um estudo quantitativo descritivo e retrospectivo onde avaliaram 124 fichas de notificação epidemiológica dos casos notificados de sífilis em gestantes no município de montes claros, norte de Minas Gerais, no período compreendido entre de 2006 a 2016 encontrando maior proporção (dentre os casos com escolaridade identificada) de gestantes com ensino fundamental incompleto representando 23,39%, concluindo em sua pesquisa a predominância das gestantes com baixa escolaridade.

Nonato, Melo & Guimarães (2015, p.688) em um estudo de coorte histórica com 353 gestantes acometidas por sífilis encontraram 74,1% delas com escolaridade menor igual a 8 anos de estudo. Elas relatam que esta baixa escolaridade está relacionada ao menor acesso à informação, a um limitado entendimento da importância dos cuidados com a saúde e, principalmente, às medidas de prevenção da infecção.

Tabisz (2012 apud Araújo, Monte & Haber, 2018) relata que a baixa escolaridade aliada ao baixo nível socioeconômico, promiscuidade sexual e sobretudo, a falta de adequada assistência pré-natal destacam-se entre os fatores de risco que contribuem para a prevalência de sífilis congênita.

Todavia é válido ressaltar que Almeida et al. (2009) destacaram um novo perfil de mulheres contaminadas, com maior escolaridade (mais que oito anos de ensino), casadas e com relato de apenas um parceiro sexual. Estes autores observaram, diferentemente de alguns estudos brasileiros, predomínio de mulheres com escolaridade superior a 8 anos, com a maioria se denominando parda, com idade de 21 a 30 anos e solteira.

Cunha & Merchan-Hamann (2015, p. 481) em estudo transversal, analítico, de base institucional atrelado a territórios, com parturientes de 15 a 49 anos de idade no período de janeiro de 2010 a dezembro de 2011 encontraram um gradiente decrescente de prevalências de sífilis na gestação à medida que aumentou nível de escolaridade.

Em relação a raça/cor, neste estudo foi observado que a ocorrência de sífilis na gestação esteve associada a raça/cor parda seguido pela raça/ cor branca, sendo a indígena a menos acometida no mesmo período.

O ano de maior ocorrência proporcional de casos de sífilis associada a raça/cor parda foi em 2015 com 86,1% dos casos, tendo menor ocorrência no ano de 2009 com 60,9% de acometimento, enquanto a branca obteve maior proporção em 2008 com 21,6% e menor em 3,4% em 2015. Já a indígena obteve maior proporção em 2015 com 2,8% dos acometimentos.

Os dados encontrados neste estudo assemelham-se aos descritos por Domingues et al. (2014, p. 769) o qual realizou um estudo de coorte de base hospitalar no Brasil realizado com 23.894 mulheres no período de fevereiro de 2011 a outubro de 2012, encontrando proporção maior de acometimento em mulheres declaradas pardas (56,1%), seguido por mulheres declaradas brancas (33,8%) e indígenas (0,4%) sendo a menor proporção de acometimento.

A cobertura de assistência pré-natal no Brasil atinge valores superiores a 90,0%, independentemente da região geográfica do País. No entanto, coberturas pouco mais baixas foram observadas entre indígenas, possivelmente decorrente de barreiras de acesso geográficas, culturais e sociais, logo, são necessárias estratégias diferenciadas para maior alcance dessas populações mais vulneráveis, pois mulheres sem assistência pré-natal apresentam a prevalência mais elevada de sífilis na gestação (DOMINGUES et al. 2014, p.772).

Em relação aos maiores índices de acometimento da raça parda, esta estatística pode estar relacionada ao desconhecimento por parte das mulheres sobre a definição de cada raça e, também, por ser esta característica autorreferida. (DE FRANÇA 2015, p. 379).

Quanto a classificação clínica, este estudo mostra um número expressivo de casos onde a classificação clínica da doença não foi identificada ou registrada. A classificação clínica mais frequente foi a S1, enquanto que a sífilis latente possui o menor número de casos. Em 2016 ocorreu o maior número de registro de S1 com

112 casos, e o menor em 2013 com 5 casos. Apenas nos anos de 2013 e 2017 a fase primária da doença não foi a mais registrada.

De Mesquita et al. (2012, p. 15) realizam um estudo no Ceará entre 2006 e 2010, demonstrando que a classificação clínica mais frequente entre as gestantes com sífilis é a primária, equivalendo a 71% dos casos no ano de 2008. Corroborando com os dados obtidos, Padovani, Oliveira & Pelloso (2018, p. 5) em um estudo retrospectivo, transversal realizado no Paraná no período de 2011 a 2015 identificaram que a maioria dos casos notificados (61,11%) foram classificados como S1, dados similares aos do presente estudo.

Segundo o MS, existe uma dificuldade no diagnóstico clínico de sífilis em gestantes, pois o cancro duro é assintomático e comumente, sua localização é de difícil visualização como na parede vaginal, cérvix ou períneo (BRASIL, 2015b, p.82).

O presente estudo demonstrou que grande parte das gestantes podem ter sido classificadas de maneira equivocada quanto a classificação clínica, devido ao alto percentual de casos na fase primária e terciária da doença, sendo que o resultado esperado seria a fase latente que é mais incidente (BRASIL, 2015b, p.92).

Vale ressaltar que erros na interpretação e classificação da fase clínica da doença podem levar a tratamentos inapropriados, e que os casos onde não é possível estabelecer a evolução da doença e naqueles com ausência de sinais clínicos devem ser classificados como sífilis de duração ignorada (BRASIL, 2015c, p.120).

6 CONCLUSÃO

No período de 2008 a 2017, foram notificados 1073 casos de sífilis em gestantes, tendo elevação substancial do número de casos a partir de 2014 coincidindo com o desabastecimento da penicilina, além do aprimoramento do sistema de vigilância e à ampliação da utilização de testes rápidos. Em 2017 foi observado redução do número de casos coincidindo com o reabastecimento da penicilina feito pelo MS.

Concluiu-se que a maioria das acometidas possuía escolaridade menor ou igual ao ensino fundamental incompleto, um número expressivo de acometimento em adolescentes (31%), e que a raça/cor mais acometida é a parda. Além do que a classificação clínica mais frequente foi a de S1, a qual pode não retratar a realidade, devido à dificuldade de diagnóstico clínico nessa fase da doença.

A situação da sífilis em gestantes na cidade de Belém, de acordo com os dados trabalhados, parece não expressar a realidade epidemiológica desse agravo, seja por ausência de informações e também por informações duvidosas. Há provável subnotificação, evidenciada pelo aumento considerável do número de casos de 2013 a 2016, que apesar de um decréscimo no ano de 2017, sinaliza a necessidade de maior eficácia nas políticas de controle da sífilis no município estudado. É fundamental a adoção de medidas para o controle da doença, passando pela capacitação dos profissionais de saúde, objetivando modificar o cenário epidemiológico da sífilis na gravidez.

Por basear-se em dados secundários, é possível observar limitações intrínsecas a este método de pesquisa, que teve como objetivo descrever o perfil dessa população. Portanto, recomenda-se que novos estudos sobre este tema sejam realizados na região, a fim de aprofundar os conhecimentos direcionados para as necessidades de saúde das pacientes com sífilis na gestação.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, K.C. *et al*. Sífilis em gestantes atendidas em uma unidade de saúde pública de Anápolis, Goiás, Brasil. **Rev. bras. anal. clín.**, vol. 41, n.3, p.181-184, 2009. Disponível em: < http://www.bases.bireme.br>. Acesso em: 23 mar. 2019.

ARAÚJO, A.G.R. et al. Estudo epidemiológico dos casos de sífilis em gestantes em uma cidade do norte de Minas Gerais. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 11, n. 3, p. e143, 25 dez. 2018. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/143>. Acesso em 16 fev. 2019.

ARAÚJO, E.C.; MONTE, P.C.B.; HABER, A.N.C.A. Avaliação do pré-natal quanto à detecção de sífilis e HIV em gestantes atendidas em uma área rural do estado do Pará, Brasil. **Rev. Pan-Amaz. Saúde.**, vol**.** 9 n.1, p.33-39, 2018. – e-ISSN: 2176-6223. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/pdf/rpas/. Acesso em: 16 de jan. 219.

AZULAY, R.D.; AZULAY, D.R.; ABULAFIA, L.A. **Dermatologia.** 5ed., rev. e atual.- [reimpr.]. Rio de Janeiro: Guanabara Koogam, 2011. p. 379-393.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT): **Atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis (IST).** Brasília: MS, 2015a. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/editora>. Acesso em: 15 ago. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT): **Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais.** Brasília: MS 2018b. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/editora>. Acesso em: 10 jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas**. Gestação de Alto Risco, Manual Técnico.** Brasília: MS, 2012b. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/editora>. Acesso em: 21 ago. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica**. Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco.** Brasília: MS, 2012a. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/editora>. Acesso em: 10 jul. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico de Sífilis** Volume 49 Nº 45. Brasília: MS, 2018a. Disponível em: <http://www.aids.gov.br>. Acesso em 10 de jan.2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas. **Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis**. Brasília: Ministério da Saúde; 2015b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas. **Prevenção da transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais**. Brasília: Ministério da Saúde; 2015c. 120 p.

CHANDRASEKAR, PH. **Syphilis: Background, Pathophysiology, Etiology.** Medscape, 2017. Michigan. Disponível em: <https://emedicine.medscape.com/article>. Acesso em: 19 nov. 2017.

COSTA C.C. et al. Congenital syphilis in Ceará: epidemiological analysis of one decade. **Rev. Esc. Enferm. USP**. Vol. 47 n.1 p.152-9. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n1/a19v47n1>. Acesso em: 23 mar. 2019.

CRESPO, A.; REIS, M.C. Efeito Diploma no Brasil. **Notas técnicas 2006**. Disponível em: <www.ipea.gov.br>mercado de trabalho. Acesso em: 15 fev. 2019.

CUNHA, A.R.C.; MERCHAN-HAMANN, E. Sífilis em parturientes no Brasil: prevalência e fatores associados, 2010 a 2011. **Rev. Panam. Salud. Publica**. Vol. 38, n. 6, p.479–86. 2015. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/rpsp. Acesso em: 24 mar. 2019.

DE FRANÇA, I.S.X et al. Fatores associados à notificação da sífilis congênita: um indicador de qualidade de assistência pré-natal. **Rev. Rene.** Vol. 16 n. 3 p.374-81.2015 maio-jun. Disponível em: <http: //www.redalyc.org/articulo.oa?id=324041234010>ISSN 1517-3852 Rev Rene. 2015 maio-jun; 16(3): 374-81.

DE FRIAS, I.L.A.; DA SILVA, J.P.F.; TEIXEIRA, J.H.N. **Prevalência de sífilis em gestantes atendidas nas unidades básicas de saúde do município de Catende-Pe, no período de 2016**. disponível em: http:// repoitorio.asces.edu.br/handle/123456789/1486. Acesso em: 13 fev. 2019.

DE MESQUITA**,** K.O et.al*.* Epidemiological Profile of Cases of Syphilis in Pregnant Women in the City of Sobral, Ceará, from 2006 to 2010. **S A N A R E, Sobral,** V.11. n.1., p. 13-17, jan. /jun. – 2012. Acesso em: 03 fev. 2019. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br>*.*

DOMINGUES, R.M. S.M. et al. Prevalence of syphilis in pregnancy and prenatal syphilis testing in Brazil: Birth in Brazil study. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 5, p. 766-774, Oct. 2014. Available from: <http://www.scielo.br/scielo. access on 24 Mar. 2019.

FILHO, G.B. **Bogliolo Patologia.** 8 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogam, 2011. p. 1293-1295.

FILHO, L.F; BARROS, L. (Org.) **Medicina interna na prática clínica.** Porto Alegre: Artmed, 2013. p. 465 – 467.

FOCACCIA, R. **Tratado de infectologia**. 5ed. rev. e atual. São Paulo. Atheneu, 2015.

FONTELLES, M.J. **Bioestatística Aplicada à Pesquisa Experimental**. Vol.1.São Paulo. Livraria da Física, 2012.

FURLANETO, I.P.; AYRES, M. **Bioestatística Conceitos Básicos**. Belém-Pa. Gráfica Supercores 2015

LAFETÁ, K.R.G. et al. Maternal and congenital syphilis, underreported and difficult to control**. Rev Bras. Epidemiol**.19(1): 63-74; jan-mar 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/>. Acesso em: 16 jan. 2019.

LONGO, D.L. et al. (Org.) **Medicina interna de Harrison**. 18.ed. Porto Alegre: AMGH, 2013. p.1380-1388.

MEDSCAPE. **Desabastecimento de penicilina alerta para desafio global de combate à sífilis**, 2016. Disponível em http://portugues.medscape.com/verartigo/6500488. Acesso em: 14 abr. 2017.

NONATO, S.M.; MELO, A.P.S, GUIMARÃES, M.D.C. Sífilis na gestação e fatores associados à sífilis congênita em Belo Horizonte-MG, 2010-2013**. Epidemiol. Serv. Saúde**. Vol. 24 n.4. p.681-94. Out-dez 2015. Disponível em: https://www.scielosp.org. Acesso em: 05 fev. 2019

PADOVANI, C.; OLIVEIRA, R.R.; PELLOSO, S.M. Syphilis in during pregnancy: association of maternal and perinatal characteristics in a region of southern Brazil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 2018; 26: e3019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2305.3019>. Access: 2019/03/02;

ROCHA, R.P.S. et. al. Análise do perfil epidemiológico de sífilis nas gestantes e crianças, em Tangará da Serra, de 2007 a 2014. **Rev. Norte Mineira de Enfermagem**, vol. 5, n.2, p.03-21, 2016. Disponível em: <https://www.researchgate.net>. Acesso em: 13 fev. 2019.

SOUZA, B.S.O.; RODRIGUES, R. M.; GOMES, R.M.L. Análise epidemiológica de casos notificados de sífilis. **Rev. Soc. Bras. Clin. Med.**, vol.16, n.2, p.94-8, Abr-Jun 2018. Disponível em https://fi-admin.bvsalud.org. Acesso em: 12 fev. 2019.

TABISZ, L.et al. Sífilis, uma doença reemergente. **Rev. Med. Res.**, vol.14, n.3, p.165-72, jul-set 2012. Disponível em: < http://crmpr.org.br/publicacoes/cientificas/index.php/revista-do-medico-residente/article/viewFile/263/251>. Acesso em: 23 mar. 2019.

ANEXO