



FACULDADE NOVA ESPERANÇA DE MOSSORÓ – FACENE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM FARMÁCIA

MARIA LUCILENE FERNANDES MARTINS

**SÍFILIS EM GESTANTES NO MUNICÍPIO DE MOSSORÓ-RN: CASOS DE 2015 A
2019**

MOSSORÓ
2019

MARIA LUCILENE FERNANDES MARTINS

**SÍFILIS EM GESTANTES NO MUNICÍPIO DE MOSSORÓ-RN: CASOS DE 2015 A
2019**

Monografia apresentada ao curso de Farmácia da FACENE, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Farmácia.

ORIENTADORA: Prof^a. Dra Karoline Rachel Teodosio de Melo.

MOSSORÓ
2019

MARIA LUCILENE FERNANDES MARTINS

**SÍFILIS EM GESTANTES NO MUNICÍPIO DE MOSSORÓ-RN: CASOS DE 2015 A
2019**

Monografia apresentada pela aluna Maria Lucilene Fernandes Martins, do Curso de Bacharelado em Farmácia, tendo obtido o conceito de _____, conforme a apreciação da Banca Examinadora constituída pelos professores:

Aprovado em: _____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dra Karoline Rachel Teodosio de Melo (FACENE/RN)

ORIENTADORA

Prof^a. Prof. Dr. Almino Afonso de Oliveira Paiva (FACENE/RN)

MEMBRO

Prof^a. Ma. Lissa Melo Fernandes de Oliveira (FACENE/RN)

MEMBRO

Dedico à minha mãe Maria Vera Lúcia,
pelo amor, dedicação e fortalecimento
durante toda a minha vida.

AGRADECIMENTOS

A Deus, que foi meu protetor desde sempre.

À minha família: pai, mãe, irmãos. Base da minha força, determinação e apoio nas horas difíceis.

À minha orientadora Dra. Karoline Rachel, pela dedicação e delicadeza ao me repassar as revisões necessárias para tornar melhor este trabalho.

Aos colegas de curso por todo o apoio e interação que resultou em muito aprendizado.

RESUMO

A sífilis é uma infecção sexualmente transmissível e pode atingir todo o organismo, sendo vista como importante caso de saúde pública. Em mulheres gestantes, pode ser ainda mais grave, uma vez que pode atingir o feto. Neste trabalho, o objetivo principal é conhecer aspectos relacionados aos registros de casos de sífilis em gestantes no município de MossoróRN. De forma específica, quantifica-se os casos notificados no SINAN, identificando as faixas etárias e graus de escolaridades, além do perfil socioeconômico das gestantes diagnosticadas com sífilis e verificando a classificação clínica e o esquema de tratamento das gestantes decorrer dos anos de 2015-2019. A pesquisa tem caráter descritivo e exploratório e de abordagem quantitativa, uma vez que tem como fonte de busca as bases de dados do Sistema Único de Saúde como o Sistema Nacional de Agravos e Notificações (SINAN), a Secretaria Municipal de Saúde de Mossoró e se fundamenta em um referencial teórico que se pauta também em pesquisa bibliográfica, na qual se observa as definições etiológicas da Sífilis e quais danos ela pode causar à saúde da gestante e de seu bebê. Os resultados obtidos permitiram conhecer vários quantitativos referentes ao número de casos de sífilis em gestante durante o período de 2015-2019, os quais foram em número de 111. Houve crescimento dos casos anualmente, entre 2015-2016 os casos aumentaram de 4 para 18 (400%), em 2017 houve uma queda de 4 casos (22%); já de 2017 para 2018 o avanço da doença retorna, aumentando de 14 para 34 (142%) e chega a 2019 com mais um aumento, passando de 34 casos para 41, sem os dados referentes ao restante do ano. Foi possível também detectar que as faixas etárias mais atingidas pela doença são de 15-19 e 20-34 (respectivamente 28% e 65%) no período de 2015-2019. Já no que diz respeito ao perfil demográfico, as mulheres pardas lideram o ranking representadas por 55% dos casos, seguidas das brancas com 31%. Destas, as mais afetadas quanto ao grau de escolaridade são as que têm ensino fundamental e médio, completo ou incompleto, elas representam 92% dos casos. Com referência ao tipo de sífilis, o número maior de notificações é da sífilis primária, tendo indicador de 31%; a secundária e a terciária têm índices de 21% e a latente 7%; 20% dos casos são ignorados. Prevalece o esquema de tratamento com penicilina em 90% dos casos, sendo 5% não realizado e 5% ignorados. Diante do crescimento ocorrido nos últimos anos é importante desenvolver uma estratégia em saúde que possibilite maior controle para poder se alcançar a regressão da prevalência.

Palavras-chave: Casos de Sífilis. Indicadores. Tratamento.

ABSTRACT

Syphilis is a sexually transmitted infection that can affect the entire body and is seen as an important public health case. In pregnant women, it can be even more serious as it can reach the fetus. In this paper, the main objective is to know aspects related to the case records of syphilis in pregnant women in the municipality of MossoróRN. Specifically, the cases reported in SINAN are quantified, identifying the age groups and educational levels, as well as the socioeconomic profile of pregnant women diagnosed with syphilis and checking the clinical classification and treatment scheme of pregnant women during the years 2015-2019. The research has a descriptive and exploratory character and quantitative approach, since it has as its search source the databases of the Unified Health System such as the National System of Disorders and Notifications (SINAN), the Municipal Health Secretary of Mossoró and if It is based on a theoretical framework that is also based on bibliographic research, which observes the etiological definitions of Syphilis and what damage it can cause to the health of pregnant women and their babies. The results obtained made it possible to know several figures regarding the number of cases of syphilis in pregnant women during the period 2015-2019, which were in number 111. There was an increase of cases annually, between 2015-2016 cases increased from 4 to 18 (400%), in 2017 there was a drop of 4 cases (22%); From 2017 to 2018, the progress of the disease returns, increasing from 14 to 34 (142%) and reaching 2019 with a further increase, from 34 cases to 41, without data for the rest of the year. It was also possible to detect that the age groups most affected by the disease are 15-19 and 20-34 (respectively 28% and 65%) in the 2015-2019 period. Regarding the demographic profile, brown women lead the ranking represented by 55% of cases, followed by white women with 31%. Of these, those most affected by educational level are those with elementary and high school, complete or incomplete, they represent 92% of cases. Regarding the type of syphilis, the largest number of notifications is of primary syphilis, with an indicator of 31%; secondary and tertiary have rates of 21% and latent 7%; 20% of cases are ignored. The treatment regimen with penicillin prevails in 90% of the cases, 5% not being performed and 5% ignored. Given the growth that has occurred in recent years, it is important to develop a health strategy that allows greater control in order to achieve prevalence regression.

Keywords: Syphilis Cases. Indicators Treatment.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Cenário de notificação da sífilis em gestante no Brasil no período 2005-2017.....	32
Tabela 2 – Cenário de notificação da sífilis em gestante no Brasil no ano de 2017.....	33
Tabela 3 – Casos de sífilis em gestante em Mossoró/RN no decorrer dos 2015-2019.....	38
Tabela 4 – Índices de progressão/regressão dos casos de sífilis em gestante em Mossoró/RN ao longo de 2015-2019.....	40
Tabela 5 – Faixa etária ao longo dos anos 2015-2019 – Mossoró/ RN.....	41
Tabela 6 – Percentual dos casos por faixa etária, por ano, no período 2015-2019.....	43
Tabela 7 – Casos de gestantes com sífilis em Mossoró, segundo escolaridade, no período 2015-2019.....	45
Tabela 8 – Casos de gestantes com sífilis segundo raça ou cor por ano de diagnóstico, em Mossoró no período de 2015-2019.....	47
Tabela 9 – Casos de gestantes com sífilis segundo raça ou cor por ano de diagnóstico, em Mossoró, no período de 2015-2019.....	49
Tabela 10 – Casos de gestantes com sífilis, segundo esquema de tratamento prescrito por ano de diagnóstico no período de 2015-2019 em Mossoró.....	50

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - <i>Treponema pallidum</i> : desenho esquemático.....	17
Figura 2 – Características do <i>Treponema Pallidum</i>	18
Figura 3 – Fase primária da sífilis: cancro duro.....	19
Figura 4 – Fase secundária da sífilis: lesões.....	20
Figura 5 – Sífilis Terciária.....	21
Figura 6 – Tratamento da sífilis com uso de <i>stufa cicca</i>	27
Figura 7 – Composto Salvarsan usado para tratamento da sífilis.....	28
Figura 8 - Taxa de detecção (por 100.000 habitantes) de sífilis adquirida, taxa de detecção de sífilis em gestantes e taxa de incidência de sífilis por transmissão vertical, segundo ano de diagnóstico. Brasil, 2010 a 2016.....	31

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Aumento de casos de sífilis em gestnte por ano – Mossoró/RN.....	39
Gráfico 2 – Representação linear dos casos no período de 2015-2018.....	39
Gráfico 3 – Faixa etária com maior número de casos de sífilis em gestante entre 2015-2019.....	43
Gráfico 4 – Percentual de sífilis em gestante, por faixa etária, ao longo dos anos 2015-2019.....	44
Gráfico 5 – Percentual de sífilis em gestante, por grau de escolaridade, ao longo dos anos 2015-2019.....	46
Gráfico 6 – Percentual de sífilis em gestante, por cor/raça/etnia, ao longo dos anos 2015-2019.....	48
Gráfico 7 – Percentual de classificação da sífilis em gestante, ao longo dos anos 2015-2019.....	50
Gráfico 8 – Percentual de casos de gestantes com sífilis segundo esquema de tratamento, ao longo dos anos 2015-2019.....	51

LISTA DE SIGLAS

BVS – Biblioteca Virtual em Saúde

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde

DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

IST – Infecções Sexualmente Transmissíveis

LCR – Líquido Cefalorraquidiano

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

RN – Rio Grande do Norte

SESAP/RN – Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Norte

SciELO – *Scientific Eletronic Library Online*

SINAN – Sistema Nacional de Agravos e Notificações

VDRL – *Venereal Disease Research Laboratory*

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 PROBLEMATIZAÇÃO.....	14
1.2 JUSTIFICATIVA.....	15
2 OBJETIVOS	16
2.1 GERAL.....	16
2.2 ESPECÍFICOS.....	16
3 REVISÃO DE LITERATURA	17
3.1 DEFINIÇÕES ETIOLÓGICAS DA SÍFILIS.....	17
3.1.1 Diagnóstico e tratamento da Sífilis	22
3.1.2 Sífilis em gestantes: riscos e efeitos adversos	25
3.1.3 Tratamento da sífilis	27
3.2 CENÁRIOS EPIDEMIOLÓGICOS DA SÍFILIS.....	30
4 METODOLOGIA	35
4.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA.....	35
4.2 UNIVERSO E LOCAL DE PESQUISA.....	36
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	36
4.4 COLETA DE DADOS.....	37
4.5 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....	37
5 CASOS DE SÍFILIS EM MOSSORÓ NO PERÍODO 2015-2019	38
5.1 PERFIL NUMÉRICO DOS CASOS DE SÍFILIS EM MOSSORÓ DURANTE O PERÍODO DE 2015-2019.....	38
5.2 PERFIL ETÁRIO DOS CASOS DE SÍFILIS EM MOSSORÓ.....	41
5.3 PERFIL SÓCIODEMOGRÁFICO DAS GESTANTES AFETADAS COM A SÍFILIS.....	44
5.4 CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA E ESQUEMA DE TRATAMENTO DA SÍFILIS EM GESTANTE NO PERÍODO DE 2015-2019 EM MOSSORÓ.....	49
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	52
REFERÊNCIAS	54
ANEXOS	56

1 INTRODUÇÃO

Sífilis é uma doença que tem preocupado profissionais de saúde no mundo inteiro. A cada ano, as suas estimativas têm sido crescentes. E quando se trata de sífilis em gestantes, os casos preocupam ainda mais. No ano de 2010, as estimativas mundiais eram de que teriam ocorrido 927.936 infecções maternas por sífilis ativa e 350.915 complicações na gravidez. Sendo um problema de saúde pública já considerado grave, a situação é mais complexa ainda quando se associa as complicações perinatais que podem ocorrer, como é o caso da sífilis por transmissão vertical (PADOVANI; OLIVEIRA; PELLOSO, 2018).

Pode-se compreender que além de ser uma doença que requer cuidados e intervenções dos sistemas públicos de saúde, as ações devem ser bastante ativas, no sentido de atingir o avanço da doença, visto não ser apenas algo que necessita de controle, como nas epidemias, mas, porque seus efeitos adversos são profundos.

De acordo com o estudo de Padovan, Oliveira e Pelloso (2018), são muitos os efeitos adversos da Sífilis em gestantes: abortos, óbitos neonatais, parto prematuro, baixo peso do recém-nascido, sífilis por transmissão vertical. Tomando como base o ano de 2012, foram “350.915 efeitos adversos, 143.100 foram mortes fetais/natimortos, 61.860 mortes neonatais, 44.132 prematuros/baixo peso e 101.813 crianças infectadas” (PADOVANI, OLIVEIRA; PELLOSO, 2018).

Em se tratando dos aspectos relacionados à sífilis no Brasil, somente em 2015 foram notificados 33.365 casos de sífilis na gestação. Para este número, a taxa de detecção de 11,2 casos de sífilis em gestantes por mil nascidos vivos. Um aumento muito grande quando se relaciona esse resultado ao ano de 2010 em que a taxa era de 3,3 casos por mil nascidos vivos. O crescimento dos casos foi de 202% em apenas cinco anos. Os dados mais preocupantes são nas regiões Sul e Sudeste do país. Nestas regiões, a taxa de detecção foi de 15,1 e 12,6 casos de sífilis, respectivamente, em gestantes por mil nascidos vivos, superando de forma bastante significativa a taxa nacional (BRASIL, 2016).

Já em 2016, essas regiões continuaram sendo bastante atingidas com os casos de sífilis em gestantes. Segundo o Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde (2017) “no ano de 2016, foram notificados 87.593 casos de sífilis adquirida, 37.436 casos de sífilis em gestantes e 20.474 casos de sífilis por transmissão vertical - entre eles, 185 óbitos - no Brasil. A maior proporção dos casos foi

notificada na região Sudeste” (BRASIL, 2017, p. 6). Estes números, quando observadas as taxas por estado, são mais elevados no Espírito Santo, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e Mato Grosso do Sul. Em síntese, casos de sífilis em gestante são motivos para grandes preocupações no campo da saúde pública.

Em relação aos atendimentos por municípios, estes se subdividem em regiões de saúde, de acordo com o disposto no Decreto n.º 7.508/2011 a região de saúde é definida como o espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização e o planejamento de ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011). É com base nesta concepção que os estados definem o recorte de atuação regional em suas jurisdições administrativas.

No Rio Grande do Norte, a partir do Plano Diretor de Regionalização do SUS implantado no ano de 2008, foram instituídas oito regiões de saúde sob este modelo, que buscam dar maior resolutividade às demandas do sistema (FEITOSA, 2013). As oito regiões de saúde do RN são: I- São José do Mipibu; II – Mossoró; III – João Câmara; IV- Caicó; V – Santa Cruz; VI – Pau dos Ferros; VII – Metropolitana e VIII – Açu. Os municípios que integram a II região são: Apodi, Areia Branca, Augusto Severo (Campo Grande), Baraúna, Caraúbas, Felipe Guerra, Governador Dix-Sept-Rosado, Grossos, Janduís, Messias Targino, Mossoró, Serra do Mel, Tibau e Upanema. Portanto, o município de Mossoró, encontra-se situado na II Regional de Saúde, sendo o polo desta. No entanto, neste trabalho contempla-se apenas os casos de sífilis *in locus* municipal.

As informações do Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde dão conta de que o aumento nos casos de sífilis nos últimos cinco anos, tanto no que concerne à sífilis por transmissão vertical, quanto a adquirida, pode ser atribuído a diversos fatores, entre os quais se destacam: o aumento da cobertura de testagem a partir da ampliação do uso de testes rápidos, a redução do uso de preservativo, a resistência dos profissionais de saúde à administração da penicilina na Atenção Básica, desabastecimento mundial de penicilina, entre outros. E além destes existe ainda a necessidade de aprimoramento do sistema de vigilância, algo que pode se refletir no aumento de casos notificados quando há falhas (BRASIL, 2017).

Todo esse cenário ocorre justamente, tanto a nível mundial quanto nacional, em um contexto no qual a Organização Mundial da Saúde (OMS), desde o ano de

2007, quando lançou a iniciativa de eliminar a transmissão da sífilis e vem reforçando essa ideia nos últimos anos. E mais, observa-se que são muito poucos os estudos no Brasil que investigaram as consequências da sífilis na gestação, em especial quando se associam aos maternos e perinatais (PADOVANI *et al.*, 2018).

Considerando, tanto as informações que conferem a necessidade de preocupação com a sífilis em gestantes, percebeu-se a carência em se desenvolver estudos que possam esclarecer o problema em diversos outros locais no Brasil. Pensando nisto, este trabalho investigou como estão os aspectos epidemiológicos relacionados à sífilis em gestantes na região de saúde de Mossoró-RN, partindo da seguinte indagação: Como se apresentam a prevalência e perfil sócioeconômico das gestantes com diagnóstico de sífilis no município de Mossoró-RN?

1.2 JUSTIFICATIVA

O despertar para o estudo sobre sífilis em gestantes na região mencionada surgiu a partir da necessidade de identificar tanto os números quanto os aspectos no que concerne aos riscos e danos que podem sofrer as mulheres que adquirem essa doença durante a gravidez.

Frente ao exposto, percebeu-se que o referido trabalho apresenta grande importância devido à constatação de que é necessário se preocupar com os números que geram riscos e efeitos adversos para as mulheres, e conseqüentemente para a sociedade. Logo, fez-se necessário ampliar as pesquisas acerca do tema, sendo este o caminho mais curto para a sua compreensão.

No que consta do valor acadêmico, os benefícios do estudo se ampliam à medida que os resultados podem funcionar como subsídio teórico a ser utilizado tanto nas práticas profissionais do farmacêutico quanto para o aprendizado teórico, uma vez que os resultados permitem a aproximação das situações reais na região estudada e o entendimento sobre o público observado.

A relevância social do estudo se justificou no sentido de que os serviços de saúde pública de Mossoró podem ser muito beneficiados com o desenvolvimento de pesquisas como esta, pelo fato de que o espaço onde as práticas são desenvolvidas também é foco de mudanças e de ampliação de conhecimentos que podem ser utilizados com a finalidade de mudar o cenário da sífilis e seus efeitos para a mulher gestante.

Assim, a comunidade será receptora como usuária, ou seja, esta é a maior beneficiada, já que, o profissional que conhece melhor a realidade tem possibilidade de atender melhor seu público, que nesse caso serão as gestantes, que podem ser melhores atendidas, tanto por farmacêuticos quanto por outros profissionais de saúde pública.

E por fim, observou-se também que tal pesquisa é benéfica ao contexto científico e a própria formação pessoal, pois foram adquiridos novos conhecimentos e difundidos novos saberes acerca de aspectos relacionados à sífilis em gestantes no município do estudo.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Analisar aspectos relacionados à prevalência e o perfil socioeconômico, classificação clínica e esquema de tratamento dos casos de sífilis em gestantes no município de Mossoró-RN, no período de 2015-2019.

2.2 ESPECÍFICOS

1. Verificar o total de casos de sífilis em gestantes, anualmente e no período de 2015-2019 em Mossoró/RN; no município de Mossoró no período de 2015-2019;
2. Tabular as faixas etárias e o perfil socioeconômico das gestantes diagnosticadas com sífilis,
3. Descrever a classificação clínica e o esquema de tratamento prescrito e realizado no decorrer do período de 2015-2019.

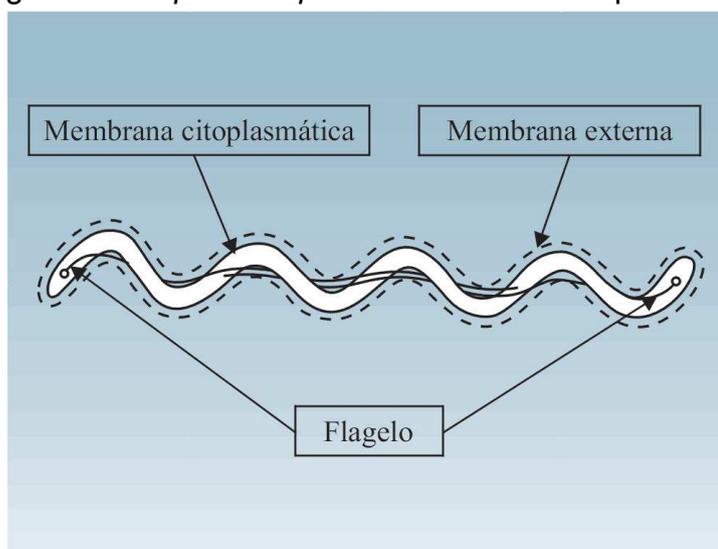
3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 DEFINIÇÕES ETIOLÓGICAS DA SÍFILIS

A sífilis é uma doença antiga, de caráter infeccioso, bacteriana e tem como agente a espiroqueta *Treponema pallidum* e pode ser transmitida de diversas maneiras. No entanto, a mais frequente é o contato sexual, quando a relação ocorre sem proteção (KALININ *et al.*, 2015).

É uma doença que se tornou conhecida na Europa no final do século XV, logo se disseminou por todo o continente, o que a transformou em uma praga mundial (SILVA e BONAFÉ, 2013). Avelheira e Bottino (2006) informam que existem duas teorias que explicam a origem dessa doença. A primeira é a teoria colombiana, que adota a ideia de que a sífilis é uma patologia endêmica do Novo Mundo, introduzida na Europa pelos navegantes espanhóis quando encontraram o continente americano. A segunda teoria explica que se trata de uma doença proveniente de mutações e adaptações sofridas por espécies de treponemas, agentes endêmicos do continente africano. Considerando a segunda, que considera o treponema, apresentamos na Figura 1 o desenho esquemático deste agente.

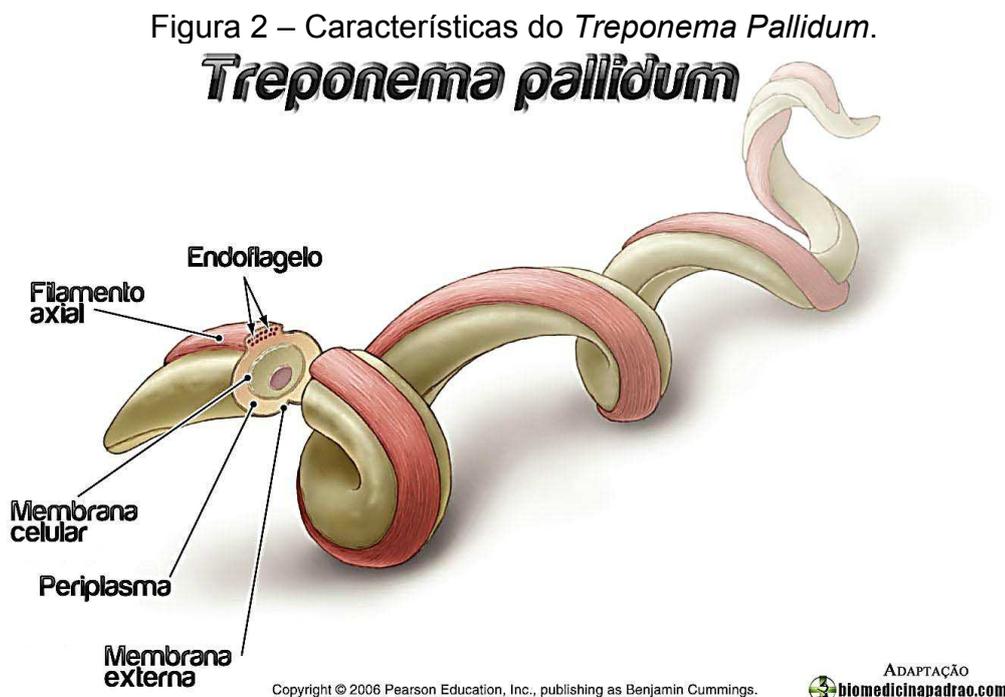
Figura 1 - *Treponema pallidum*: desenho esquemático.



Fonte: Avelheira e Bottino (2006).

Afirmam Silva e Bonafé (2013) que o agente etiológico da sífilis se divide transversalmente a cada 30 horas e sua penetração no organismo humano acontece

por pequenas lesões que são decorrentes da relação sexual. Com isso, o treponema atinge o sistema linfático regional e vai para outras diversas partes do corpo por disseminação hematogênica. A Figura 2 demonstra características físicas do agente *Treponema Pallidum*.



Fonte: <https://prevencaoapaeguaramirim.wordpress.com/2016/10/26/sifilis-na-gravidez/>

Segundo Kalinin *et al* (2015), a transmissão do agente etiológico tem a possibilidade de ocorrer de muitas formas. O contato sexual desprotegido com a pessoa infectada é a principal, mas, “a via hematogênica e o contato direto com a mucosa, sangue ou saliva de pacientes infectados” (KALININ *et al*, p. 66) também é possível, sendo nestes moldes, a chamada sífilis adquirida. Outra forma é a transmissão vertical, quando a mãe infectada transmite a doença para o feto.

A resposta do organismo infectado é uma erosão e exulceração no ponto de inoculação e, sistemicamente, há a produção de complexos imunes circulantes os quais podem se depositar em qualquer órgão (CONTRERAS, *et al.*, 2008).

Avelheira e Bottino (2006), acrescentam que se trata de uma patologia que acomete todos os órgãos e sistemas de quem a adquire. Com esse caráter, tem desafiado os sistemas de saúde de todo o mundo há séculos, pois, apesar de já

existir um tratamento eficaz e de baixo custo, tem se mantido como problema de saúde pública até os dias atuais.

Há uma classificação definida no Brasil pelo Ministério da Saúde (MS), com base no que é orientado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em que, preconiza-se as características clínicas, imunológicas e histopatológicas em três fases: primária, secundária e terciária (BRASIL, 2006).

A *sífilis primária* é uma lesão específica denominada de cancro duro, cancro sifilítico/ luético ou protossifiloma. Sua apresentação é em forma de pápula, placa ou nódulo, com medidas de aproximadamente 1 a 2 cm de diâmetro com aparência de erosão ou ulceração. É indolor, com bordas de consistência fibrosa, de fundo liso e brilhante (KALININ *et al*, 2015). A Figura 3 demonstra como são os cancros identificados na fase primária.

Figura 3 – Fase primária da sífilis: cancro duro.



Fonte: Avelheira e Bottino (2006).

Vale ressaltar que esses cancros podem aparecer em diversas partes do corpo: nos lábios têm aparência crostosa e acastanhada, em outras partes e até em locais de extração dentária, na língua. Enfim, variadas partes do organismo podem manifestar a aparição da doença. Segundo Avelheira e Bottino (2006) o tempo de aparição desses aspectos do cancro duro é de 10 a 90 dias. Já a OMS e o MS informam um tempo diferente: 21 a 30 dias após a inoculação do agente.

A *sífilis secundária* é consequência da primária, quando essa não passa pelo tratamento adequado (BRASIL, 2006). É a segunda fase da doença, na qual as manifestações clínicas são generalizadas. Neste momento, ocorre uma explosão de sintomas, que segundo Kalinin *et al.* (2015) é um dos pontos que justifica a histórica consagração da doença, uma vez que é nesta fase que outras enfermidades decorrentes da mesma começam a aparecer. Há uma disseminação da espiroqueta pelo corpo e atinge órgãos internos e externos. A Figura 4 demonstra como se observam sinais na pele das mãos, na fase secundária.

Figura 4 – Fase secundária da sífilis: lesões



Fonte: Avelheira e Bottino (2006).

Algumas variações de tempo e períodos são mencionadas para que ocorra a fase secundária. Mas, a informação dada pelo MS é de que 6 a 8 semanas é tempo suficiente para a fase secundária após o aparecimento do cancro. Entre os sintomas gerais dessa fase existem relatos de “mal-estar, mialgias, artralguas, micropoliadenopatia generalizada, febre baixa, cefaleias, faringite, rouquidão, hepatoesplenomegalia e perda de apetite” (KALININ, *et al.*, 2015, p. 69). Na pele, as lesões aparecem de forma simétrica, às vezes em erupção máculo-papular difusa, indolor, de cor eritematosa e de duração breve.

A *sífilis terciária* trata-se da fase mais grave da doença. Nesta, é observado que 30% a 40% dos pacientes que passam por ela foram tratados de forma

inadequada (KALININ *et al.*, 2015). As alterações presenciadas na sintomatologia, neste momento da doença, são observadas após mais de 3 anos de infecção. Aparecem na pele em qualquer lugar do corpo, nas mucosas e sistemas cardiovascular e nervoso (AVELHEIRA; BOTINO, 2006). Na figura 5 observa-se como ocorre a manifestação cutânea nesta fase da doença.

Figura 5 – Sífilis Terciária



Fonte: Avelheira e Bottino (2006).

Segundo Kalinin *et al.* (2015), a maior parte dos pacientes que passam pela fase terciária da sífilis não tem conhecimentos sobre a enfermidade, como também foram mal examinados por profissionais de saúde. É ignorada a complexidade da doença, que neste momento já atinge vários dos sistemas. Cerca de 8% dos casos já apresentam a sífilis cardiovascular, que pode acarretar aneurisma, uma vez que algumas das enfermidades decorrentes são: aortite, hipertrofia ventricular e falência cardíaca congestiva (KALININ, *et al.*, 2015).

O sistema nervoso central também é afetado em 8% dos casos, por isso a denominação dada é neurosífilis, que pode causar *tabes dorsalis*, uma degeneração lenta dos neurônios e suas fibras sensoriais; Kalinin *et al* (2015), fundamentando-se em Leão *et al* (2006) enfatiza que os resultados desse processo

são: “psicose, demência, paresia, parestesia unilateral ou bilateral do nervo trigêmeo e do nervo facial e morte. Além disso as articulações do paciente também podem ser afetadas, a chamada artropatia de Charcot” (KALININ, *et al.*, 2015, p. 70).

Foram incluídas pelo MS e OMS, na classificação da sífilis, o tipo transmissão vertical, que é transmitida ao feto durante a gestação, fase esta vivenciada pela mulher e que pode acarretar prejuízos ao feto, uma vez que a criança pode nascer contaminada pela doença. Assim, a infecção durante a gravidez e conseqüentemente do feto possibilita a sífilis por transmissão vertical que “é o resultado da disseminação hematogênica *T. pallidum* da gestante infectada não tratada ou inadequadamente tratada para o conceito por via transplacentária (AVELHEIRA; BOTTINO, 2006, p. 116). A via transplacentária significa a transmissão vertical, ocorrida pelo estágio da sífilis na mãe.

Vale ainda ressaltar que a sífilis por transmissão vertical, segundo o MS e a OMS pode ser classificada em dois tipos: a precoce e a tardia, as quais serão definidas e discutidas mais detalhadamente no tópico 3.2, onde apresentamos os riscos e efeitos adversos da sífilis no período gestacional.

3.1.1 Diagnóstico da sífilis

O diagnóstico da sífilis requer exames sofisticados. Segundo Kalinin *et al.* (2015) é feito a partir da verificação dos sintomas através do exame laboratorial com coleta de sangue e o exame sorológico, como também por provas diretas, exame radiográfico, exame do líquido cefalorraquidiano se houver suspeita de neurosífilis ou ainda quando existe a presença de sinal patognomônico que é a chamada de tríade de Hutchinson.

Ainda segundo Kalinin *et al.* (2015), de uma forma geral o exame sorológico que verifica o agente etiológico logo nos primeiros dias de infecção. Sendo que, podem continuar positivos por toda a vida do indivíduo infectado, fato este que se chama de cicatriz sorológica. “Já os exames não treponêmicos se positivam um pouco mais tarde, ou ao final da sífilis primária ou no início da fase secundária, e tendem a se negatizar com o tratamento adequado ou nas fases tardias, latente e terciária” (KALININ *et al.*, 2015, p. 73).

Quanto às provas diretas, que são exames que aprofundam o diagnóstico, são exames definitivos, uma vez que não sofrem interferências de cruzamento de

mecanismos. São indicados na fase inicial da doença quando há um número grande de microorganismos, geralmente na fase primária da doença. Pode ser empregado material procedente da mucosa oral, mas, neste caso é aconselhável, segundo Avelheira e Bottino (2006, p. 117) “considerar a possibilidade de dificuldade na distinção entre o treponema e outras espiroquetas saprófitas da boca, exceto no caso do teste de imunofluorescência direta”.

Vê-se que para ter um diagnóstico seguro é preciso fazer testes diversos. Avelheira e Bottino (2006) indicam de forma mais clara os exames diagnósticos que podem ser feitos. São eles:

- 1) Exame do campo escuro – consiste no exame direto da linfa da lesão, através da observação por microscópio com condensador de campo escuro, o qual proporciona, através da luz indireta, a visualização do *T. pallidum* vivo e móvel. Trata-se de teste rápido, de baixo custo e definitivo;
- 2) A pesquisa direta com material corado – este consiste em procedimentos nos quais se utilizam quatro métodos: Fontana-Tribondeau, método de Burri, Giemsa e Levaditi. No primeiro, após a coleta da linfa é feito um esfregaço na lâmina com adição da prata, quando esta impregna na parede do treponema o torna visível; no segundo método, é utilizada a tinta chinesa chamada de nanquim para detectar o treponema; o procedimento de coloração pelo Giemsa o observa quando o agente cora palidamente, mas, dificulta a observação do espiroqueta; e no último procedimento, através do método de Levaditi é preciso usar a prata em cortes histológicos.

É indicada ainda por Avelheira e Bottino (2006) a prova de imunofluorescência direta, que é um exame específico de alta precisão, com sensibilidade superior a 90% e que elimina possibilidades de confusão de treponemas. Tal exame é chamado de *direct fluorescent-antibody testing for T. Pallidum* (DFA-TP).

Para o diagnóstico, consideramos ainda as indicações estratégicas do MS, no caso do Brasil. As recomendações desta instituição de controle e cuidado da saúde dos brasileiros são para que este diagnóstico seja feito de forma distinta em cada fase da sífilis. Quando a sífilis ainda está na sua fase primária,

o diagnóstico laboratorial pode ser feito pela pesquisa direta do *Treponema pallidum* por microscopia de campo escuro, pela coloração de Fontana-Tribondeau, que utiliza sais de prata, e pela imunofluorescência direta. Os

anticorpos começam a surgir na corrente sanguínea cerca de 7 a 10 dias após o surgimento do cancro duro, por isso nessa fase os testes sorológicos são não-reagentes (BRASIL, 2010, p. 21).

A estratégia de considerar o diagnóstico laboratorial ainda na fase primária é que, quando mais cedo a doença começa a ser tratada, mais chances de mais cedo os testes sorológicos se tornarem não-reagentes. Se ocorre tardiamente, como já fora citado, todos os testes treponêmicos permanecem reagentes por toda a vida.

Para diagnóstico da sífilis na fase secundária, é recomendável observar as seguintes situações dos exames laboratoriais: “todos os testes sorológicos são reagentes e os testes quantitativos tendem a apresentar títulos altos” (BRASIL, 2010, p. 21). Vale ainda a mesma ressalva da permanência do reagente por toda a vida nos testes treponêmicos; já os não treponêmicos podem se comportar de forma variável nesta fase.

Na estratégia do MS é possível ainda considerar a condição do período latente da doença. Neste período, caso o tratamento não aconteça ou seja feito inadequadamente, os sinais desaparecem, mas, incubada e se desenvolvendo no organismo. Essa fase latente, pode ser até um ano chamada de recente. Ao ultrapassar este período é chamada de tardia. Por não apresentar manifestação clínica, geralmente o indivíduo pensa que está curado. No entanto, os testes laboratoriais são parecidos com os da fase primária. A diferença a ser observada é que diminuem os títulos nos testes quantitativos e também há a presença de anticorpos no líquido, quando o VDRL é reagente e baixos títulos no soro (BRASIL, 2010).

Na fase terciária, devido já ter passado pela secundária e na sequência se tornado latente, é um estado da doença que demora para se manifestar, às vezes de dez a vinte anos. Já sabemos também que os testes treponêmicos terão resultados reagentes, só que, a manifestação é inflamatória e destrói os tecidos ósseos. O principal caráter desta fase da doença é “a formação de gomas sífilíticas, tumorações amolecidas vistas na pele e nas membranas mucosas, que também podem acometer qualquer parte do corpo, inclusive no esqueleto ósseo” (BRASIL, 2010, p. 22). É justamente a observação dessas manifestações que abrem espaço para trabalhar o diagnóstico porque a tendência é que se situem também a sífilis cardiovascular e a neurosífilis em uma mesma fase.

O diagnóstico feito pelos testes sorológicos vão continuar apresentando reagentes, títulos treponêmicos baixos, mas também podem ocorrer casos não reagentes. Quando aparecem sintomas neurais, é importante o exame do líquido cefalorraquidiano (LCR), mas, não é suficiente para o diagnóstico da neurosífilis. A recomendação é que “o diagnóstico seja feito pela combinação da positividade do teste sorológico, aumento das células e de proteínas no LCR e [...] Para testagem do LCR, o VDRL é o exame recomendado”. Porém, mesmo sendo recomendável esses procedimentos, ainda é preciso observar que este último exame tem baixa sensibilidade (30 – 47% de resultados falso-negativos) e alta especificidade.

De todas as informações que podem ser consideradas para o diagnóstico da sífilis, a principal que se pode atentar é que a infecção pelo *Treponema pallidum* não é como tantas outras doenças que podem conferir imunidade permanente. Esta diferença do sarampo, por exemplo, faz com que seja necessário persistir sempre nas diferentes formas de diagnosticá-la, pois, há diferenças entre a cicatriz sorológica e a reinfecção, que é sempre uma possibilidade.

Por isso, o MS recomenda que, qualquer diagnóstico laboratorial, mesmo considerando os detalhes das manifestações clínicas e das distinções nos testes treponêmicos, é importante que haja uma associação entre a história do usuário; os dados clínicos; e a detecção de antígenos ou anticorpos por meio de testes laboratoriais (BRASIL, 2010).

3.1.2 Sífilis em gestantes: riscos consequências para a mãe e o bebê

A sífilis em gestantes é aquela em que o diagnóstico de infecção pelo *Treponema pallidum* ocorre no período da gestação. O risco maior nesse caso é a infecção do feto, que ocasiona o surgimento da sífilis por transmissão vertical, que é a “infecção do feto em decorrência da passagem do treponema pela placenta” (BRASIL, 2010, p. 23). Silva e Bonafé (2013) acrescentam que a sífilis por transmissão vertical também ocorre na “gestante infectada não tratada ou inadequadamente tratada para o conceito por via transplacentária”, ou seja, ocorre e transmissão vertical da doença e a criança já nasce infectada, sendo necessário passar por tratamento.

Avelleira e Bottino (2006, p. 116) afirmam que a “infecção do embrião pode ocorrer em qualquer fase gestacional ou estágio da doença materna. Acrescentam

ainda que a probabilidade de transmissão é mais ou menos elevada em acordo com o estágio em que a doença se encontra na mãe e a exposição do feto no útero. Se a mãe esteve na fase primária da doença, as possibilidades de transmissão são bem mais ampliadas porque é o período em que as espiroquetas são mais numerosas na circulação.

Kalinin *et al.* (2015) afirmam que a infecção pode ocorrer também no decorrer do momento do parto, uma vez que há riscos de o bebê entrar em contato com alguma lesão que porventura exista na genitália da mãe.

O fato é que, quanto mais recente for a infecção materna, mais grave é a infecção por transmissão vertical da sífilis (BRASIL, 2010). E isto torna a doença um caso peculiar no sistema de saúde pública com respeito à realização de exames laboratoriais para diagnóstico da infecção durante o pré-natal.

As taxas de transmissão são bem elevadas. Segundo Avelleira e Bottino (2006), nas fases primárias a transmissão varia de 70 a 100% nas fases primária e secundária; é de 40% na fase latente recente e 10% na latente tardia.

Enquanto isso, as estimativas do MS, com base em estudos é que os números relacionados especificamente à sífilis em gestantes, é que a prevalência da doença em mulheres gestantes até o momento do parto é de 1,6%, o que corresponde a aproximadamente 49 mil parturientes infectadas e 12 mil nascidos vivos com sífilis. Isto quando se considera a taxa de transmissão de 25%, de acordo com estimativa da OMS (BRASIL, 2010).

Vários estudos de pesquisadores e as informações do MS indicam que são muito sérios os riscos de uma mulher gestante portadora de sífilis contaminar o feto e as consequências, nesse caso, são mais preocupantes ainda.

A contaminação do feto pode ocasionar abortamento, óbito fetal e morte neonatal em 40% dos conceptos infectados ou o nascimento de crianças com sífilis. Aproximadamente 50% das crianças infectadas estão assintomáticas ao nascimento (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006. p. 116).

Há ainda que se considerar que a sífilis por transmissão vertical pode causar parto prematuro, que é diferente do abortamento. Todavia, os dados referentes ao aborto espontâneo devido à sífilis por transmissão vertical são bastante elevados. Segundo Kalinin *et al.* (2015, p. 71) “a taxa de aborto espontâneo em mães infectadas é de cerca de 40%”.

No que concerne aos sintomas da sífilis em gestantes, as alterações físicas são as mesmas que ocorrem em qualquer outra pessoa infectada, observando-se as fases primária, secundária ou terciária (KALININ, *et al.*, 2015). Por isso, o diagnóstico laboratorial na gestante é desenvolvido segundo os mesmos procedimentos com qualquer paciente.

No entanto, quando tem-se a certeza da infecção da mãe e queremos investigar a possibilidade de transmissão vertical, a sua definição deve ser feita considerando “a comparação dos resultados dos testes não treponêmicos da mãe e da criança, os resultados dos exames de imagem e dos sinais clínicos presentes na criança” (BRASIL, 2010, p, 23).

3.1.3 Tratamento da sífilis

Quando a doença surgiu, vários tipos de tratamento foram testados. Segundo Avelheira e Bottino (2006), inicialmente foram usados mercúrio, arsênio, bismuto e alguns iodetos diretamente nas infecções. Porém, foram tentativas de baixa eficácia, alta toxicidade e feitas com muitas dificuldades operacionais.

Outros tratamentos que se inspiravam na pouca resistência do agente etiológico ao calor foram testados, como é o caso do aumento da temperatura corporal, banhos quentes de vapor ou a inoculação de plasmódios na circulação, como demonstra a Figura 6, em que, é usada uma espécie de estufa, chamada de *stufa cicca*.

Figura 6 – Tratamento da sífilis com uso de *stufa cicca*.



Fonte: Avelheira e Bottino (2006).

relações sexuais. Segundo Silva e Bonafé (2013, p. 4), o esquema atual do tratamento da sífilis recomendado pelo MS é o seguinte:

Sífilis Primária - Penicilina benzatina 2.400.000UI, IM, dose única;
Sífilis Secundária ou Latente Recente - Penicilina benzatina 4.800.000UI, IM, em duas doses semanais de 2.4MUI;
Sífilis Terciária, Sífilis Latente tardia e Sífilis Latente de tempo desconhecido - Penicilina benzatina 7.2MUI, IM, em três doses semanais de 2.4MUI e Neurosífilis com Penicilina Cristalina EV. (Grifos dos autores). (SILVA; BONAFÉ, 2013, p.4).

Para os casos de sífilis por transmissão vertical, Silva e Bonafé (2013) indicam que o esquema do MS segue a seguinte recomendação:

Em mães não tratadas ou inadequadamente tratadas, se houver alterações clínicas e/ou sorológicas e/ou radiológicas, o tratamento deverá ser com penicilina cristalina 50.000UI/kg/dose, EV, duas vezes ao dia se tiver menos de uma semana de vida e três vezes ao dia se tiver mais de uma semana de vida, por 10 dias; ou penicilina G procaína 50.000UI/kg, IM, por 10 dias (SILVA e BONAFÉ, 2013, p.4).

Observa-se que a penicilina está presente em todo o esquema, havendo mudança apenas na dosagem, dependendo da fase em que a doença se encontra. Segundo Kalinin *et al.* (2015), a penicilina benzatina, que é o composto recomendado pela OMS), age com uma interferência muito positiva à síntese do peptidoglicano, que é o componente da parede celular do *Treponema pallidum*. A destruição do agente se dá pela penetração da água em seu interior. Sendo que, até hoje não existem relatos de resistência.

Kalinin *et al.* (2015) recomenda ainda a necessidade de controle e prevenção da doença, ressaltando que, para quem nunca adquiriu é importante conhecer as manifestações da doença, a fim de que o diagnóstico seja feito o quanto antes para obter um tratamento mais eficiente e eficaz. No caso de quem já passou pelo diagnóstico, realizar o tratamento adequado e, além disso, fazer exames constantes para verificar, por exemplo, enquanto estiver em tratamento os testes de sorologia não específica devem ser realizados trimestralmente. E para as mulheres gestantes, esses testes de detecção da doença são obrigatórios logo nos primeiros meses de gravidez, visto os danos que a sífilis causa ao bebê.

3.2 CENÁRIO EPIDEMIOLÓGICO DA SÍFILIS

A sífilis já atingiu milhões de pessoas no mundo. Segundo Kalinin *et al.* (2015) a Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que 12 milhões de pessoas no mundo todo sejam atingidas anualmente. É uma doença que está inserida entre o conjunto de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) que afetam um milhão de pessoas mundialmente por dia.

Segundo o Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde, o cenário da sífilis em gestantes é que a doença “afeta um milhão de gestantes por ano em todo o mundo, levando a mais de 300 mil mortes fetais e neonatais e colocando em risco de morte prematura mais de 200 mil crianças” (BRASIL, 2017, p. 5). Somente na América Latina, as estimativas indicam que nascem entre 166.000 e 344.000 crianças com sífilis congênita anualmente.

Os últimos cinco anos, ou seja, de 2011 a 2016, foi observado um aumento frequente no número de casos de sífilis no Brasil, especialmente nas gestantes. Somente no ano de 2016 foram “notificados 87.593 casos de sífilis adquirida, 37.436 casos de sífilis em gestantes e 20.474 casos de sífilis congênita - entre eles, 185 óbitos (BRASIL, 2017, p. 6).

O Ministério da Saúde atribui ao aumento dos casos, a simples realidade de que os testes sorológicos foram expandidos, os testes rápidos foram ampliados, e além disso, há indicadores da redução do uso de preservativo, acompanhado de “resistência dos profissionais de saúde a administração da penicilina na Atenção Básica, desabastecimento mundial de penicilina, entre outros. Enfim, ao mesmo tempo em que ocorreram fatos que diminuíssem a atenção na cura, também ocorreu um aprimoramento do sistema de vigilância, o que teve como reflexo o aumento de notificações.

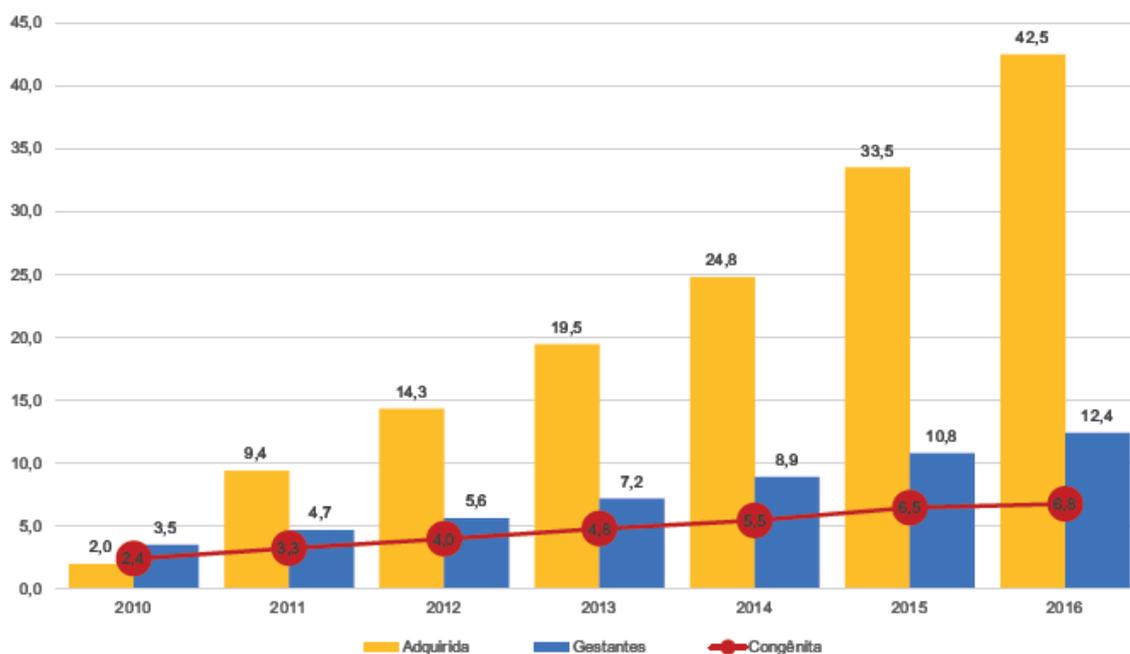
No Brasil, a cada ano esse cenário é mais preocupante. Ao observar que o Boletim Epidemiológico de 2016 indica, para o ano de 2015 a notificação de 33.365 casos de sífilis na gestação, sendo a taxa de detecção de 11,2 casos de sífilis em gestantes por mil nascidos vivos, observa-se que esse número aumentou significativamente para 37.436 em gestantes no ano de 2016.

Esse mesmo cenário, continua progredindo nas regiões brasileiras, segundo o Boletim Epidemiológico do SUS no ano seguinte, ou seja, em 2016.

Quando observadas as taxas, individualmente para cada estado, destacam-se as elevadas taxas de sífilis em gestantes encontradas no Espírito Santo, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e Mato Grosso do Sul. Em relação a sífilis congênita, os três primeiros estados supracitados permanecem em evidência, ao lado do estado de Pernambuco. Quando observados os óbitos por sífilis congênita em menores de 1 ano de idade, sobressai a taxa de 18,1 óbitos/ 1.000 nascidos vivos no estado do Rio de Janeiro, representando 23,2% do total observado em todo o país (BRASIL, 2017, p. 6).

É imprescindível observar que, independente do cenário regional ser mais ou menos preocupante, todas as regiões do Brasil merecem atenção, uma vez que todos os cenários preocupam devido a se tratar de uma IST que claramente está presente no dia-a-dia das pessoas desde muito tempo, apesar de ser tão antiga e de existir um tratamento eficaz. No caso da sífilis em gestantes, da sífilis adquirida e sífilis por transmissão vertical, o cenário apresentado no Brasil entre os anos de 2010 a 2016 é o exposto na Figura 8 a seguir:

Figura 8 - Taxa de detecção (por 100.000 habitantes) de sífilis adquirida, taxa de detecção de sífilis em gestantes e taxa de incidência de sífilis por transmissão vertical, segundo ano de diagnóstico. Brasil, 2010 a 2016.



Fonte: Boletim Epidemiológico (2017).

A observação de que houve aumento considerável do número de casos é inegável. Os índices de aumento, além de constantes são progressivos entre 2010 e

2016. As taxas de incidência da sífilis por transmissão vertical se ampliam por três vezes no período,

passando de 2,4 para 6,8 e de 3,5 para 12,4 casos por mil nascidos vivos, respectivamente”. Enquanto isso, a sífilis adquirida, que teve sua notificação compulsória implantada em 2010, a taxa de detecção aumentou de 2,0 casos por 100 mil habitantes em 2010 para 42,5 casos por 100 mil habitantes em 2016 (BRASIL, 2017, p. 8).

O cenário da sífilis no Brasil é preocupante e merece atenção especial. Os números do Boletim Epidemiológico publicado em novembro de 2018 (referente aos casos de 2017), pelo MS, revelam que o aumento dos casos foi progressivo no último ano observado. Todos os cenários tiveram elevação das taxas de infecção. Quando se comparam os números com o ano de 2016, o crescimento foi de 28,5% somente na taxa de detecção de sífilis em gestantes, 16,4% na incidência de sífilis por transmissão vertical e 31,8% na incidência de sífilis adquirida (BRASIL, 2018).

E quando se trata da doença em gestantes, todos os estados e regiões apresentam quadros cada vez mais complexos, mesmo que o Sul e o Sudeste sejam as regiões de maior incidência. Na região Nordeste, que é a mais interessante para o objeto deste estudo, no período de 2005 a junho de 2017, foram notificados pelo Sinan um total de 200.253 casos de sífilis em gestantes. Neste cenário, vejamos na Tabela 1, qual lugar é ocupado pela região Nordeste nesse período.

Tabela 1 – Cenário de notificação da sífilis em gestante no Brasil no período de 2005 a junho de 2017.

TOTAL DE CASOS	REGIÕES DE DETECÇÃO	PERCENTUAL POR REGIÃO
200.253	Norte	11,1%
	Nordeste	20,7%
	Centro-Oeste	9,4%
	Sudeste	44,2%
	Sul	14,6%

Fonte: Boletim Epidemiológico do SUS (2017).

O fato é que, observando a Tabela 1, percebe-se que a região Nordeste ocupa a segunda posição no ranking da sífilis em gestante entre os anos de 2005 a

2017. É importante mencionar, os números do último ano registrado, 2016. Neste ano, o cenário é apresentado da seguinte forma na Tabela 2.

Tabela 2 – Cenário de notificação da sífilis em gestante no Brasil no ano de 2016/2017.

TOTAL DE CASOS	REGIÕES DE DETECÇÃO	PERCENTUAL POR REGIÃO
37.436	Norte	10,4%
	Nordeste	17,5%
	Centro-Oeste	7,5%
	Sudeste	46,9%
	Sul	17,7%

Fonte: Boletim Epidemiológico do SUS (2017).

Vemos claramente que o Nordeste continua ocupando uma posição bastante preocupante em relação aos cenários da sífilis em gestantes no Brasil. Esses dados, quando convertidos à realidade do estado do Rio Grande do Norte ganham características e indicadores específicos que são importantes para podermos descrever a Região de Saúde de Mossoró na atuação do trabalho com essas especificidades da doença.

As informações apresentadas pelo Boletim Epidemiológico com relação à realidade do Rio Grande do Norte, comparando os dados de 2011 com os de 2016, houve um aumento considerável, uma vez que, passou de 3,6% em 2011 para 5,1% em 2016, para cada 1.000 nascidos vivos. O estado não está entre os mais afetados pela doença, pois, quem assume a posição mais preocupante é o Rio Grande do Sul, ficando com uma taxa 23,7 casos/1.000 nascidos vivos. No entanto, é preciso verificar o índice de aumento, o que revela a progressividade do contágio entre as pessoas.

No ano de 2017, o aumento dos casos no estado tornou-se mais preocupante ainda. Segundo o Boletim Epidemiológico da Vigilância, foram notificados 416 casos de sífilis, somente em gestantes, elevando o indicador para 9,2%. De um modo geral, de acordo com os dados, foram mais de 1.400 casos de sífilis (BRASIL, 2018).

De acordo com Carvalho e Brito (2014), desde 2007 que os casos de sífilis, de uma forma geral, merecem atenção especial o estado do Rio Grande do Norte. Mesmo que entre 2007 e 2010 tenha ocorrido uma diminuição na taxa, observada por essas autoras.

No ano de 2017, a capital Natal apresenta um índice bastante elevado da doença, sendo superior a 17%, ficando abaixo apenas de Porto Alegre e Recife, dentre as capitais do Brasil. E um dos detalhes observados, é que a população mais afetada pela doença em todos os cenários brasileiros são as mulheres, em especial as negras jovens na faixa etária de 20 a 29 anos, um grupo que representa sozinho 14% de todos os casos de sífilis adquirida e em gestantes (BRASIL, 2018). Pelo que observamos, compreender outros cenários da sífilis no estado torna-se algo imprescindível.

4 METODOLOGIA

4.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

Segundo Marconi e Lakatos (2008) quando se quer caracterizar metodologicamente uma pesquisa, há que se considerar que isto não requer apenas descrever o tipo de pesquisa a ser realizada, mas, detalhar os itens possíveis de serem respondidos segundo as questões que se vinculam ao que está sendo investigado, aos sujeitos envolvidos e sua quantidade. Trata-se, portanto, de se retratar os métodos, as técnicas, os procedimentos segundo objetivos, local, e o tipo de amostragem.

Essa visão impulsiona concluir que a caracterização desta pesquisa necessitou de uma análise mais aprofundada, conforme observação desse conjunto de caracteres. Considerando isso, vê-se que este estudo se inseriu-se dentro do contexto da pesquisa documental e bibliográfica, pois se deteve a investigar os números da sífilis em gestantes em relatórios, boletins de saúde e dados registrados pelo Ministério da Saúde, DATASUS, Secretaria Municipal de Mossoró e Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Norte (SESAP/RN).

Segundo Gil (2002) existe uma diferença entre a pesquisa documental e a bibliográfica. “A pesquisa bibliográfica é desenvolvida com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos [...] exclusivamente a partir dessas fontes bibliográficas” (GIL, 2002, p. 44). A pesquisa documental, segundo o mesmo autor, se desenvolve pela busca de informações em documentos e materiais escritos que ainda não passaram por uma análise, embora sejam de domínio público, como são os relatórios do DATASUS e boletins de vigilância em saúde.

Quanto ao tipo de pesquisa, segundo seus objetivos, esta se incluiu no tipo descritiva e exploratória e de abordagem quantitativa. É uma pesquisa descritiva porque teve como produto a caracterização da incidência, prevalência, fisiopatologia, manifestações da sífilis como fenômeno a ser observado, investigado e analisado.

Enquanto isso, é uma pesquisa exploratória porque visou aprofundar o conhecimento do pesquisador sobre um determinado fenômeno; a finalidade principal da mesma foi desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, criando questionamentos e lançando possíveis hipóteses para estes quesitos, sendo

que tal processo foi feito através de levantamentos bibliográficos, documental ou mesmo através de entrevistas.

Por fim, a abordagem foi quantitativa porque pretendeu descrever informações e dados obtidos sobre a sífilis na região de saúde de Mossoró/RN, trabalhar e detalhar números, estatísticas e apresentá-los observando a progressividade do fenômeno durante determinados períodos (GIL, 2002).

4.2 UNIVERSO E LOCAL DE PESQUISA

O universo da pesquisa foi a II Região de Saúde do Rio Grande do Norte, porém o local foi o município de Mossoró, que está vinculado a esta região, juntamente com outros municípios localizados na Região Oeste Potiguar, entre os quais estão: Apodi, Areia Branca, Baraúna, Campo Grande, Caraúbas, Felipe Guerra, Governador Dix-Sept-Rosado, Grossos, Janduí, Messias Targino, Mossoró, Serra do Mel, Tibau, Upanema.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Informar a população de um estudo é apresentar detalhes dos sujeitos que se encontram no universo da pesquisa. A população é o número de pessoas que são incluídas no estudo, a amostra corresponde ao número de sujeitos selecionados para que suas respostas sejam fontes de análises (GIL, 2002).

Neste estudo desenvolvido em Mossoró, considerou-se que, todo o estado do Rio Grande do Norte é dividido em 08 (oito) regiões, sendo a II Região de Saúde responsável pela atenção e promoção em saúde de uma população de 237. 241 pessoas que residem em Mossoró. Desta população, focaliza-se apenas os casos de sífilis em gestantes notificados e confirmados no DATASUS no município de Mossoró/RN.

O número de amostra foi obtido através da soma de casos ocorridos ano a ano, no período de 2015-2019. A soma dos casos foi obtida através do *Excel*, cálculo a partir da fórmula $fx=SOMA (B2:B10)$, o que auxiliou na contabilização dos casos no período estabelecido para a pesquisa.

4.4 A COLETA DE DADOS

A coleta de dados de uma pesquisa é uma das partes de fundamental importância. Segundo Gil (2002) uma das mais importantes atividades para a obtenção de dados nas pesquisas sociais porque é dele que se obtém os dados que respondem aos questionamentos da investigação, ou seja, ao problema de pesquisa, os quais permitem confirmar ou não as hipóteses.

Neste estudo, não houve um instrumento a ser elaborado pela pesquisadora, mas, buscou-se por dados que se referem ao cenário epidemiológico da sífilis no município de Mossoró. Coletou-se os dados referentes aos números de casos no sistema da Secretaria Municipal de Saúde no período de 2015 a 2019, observando a progressão/regressão da doença.

Os dados foram coletados em fontes impressas, as quais se incluem livros, revistas, periódicos. Nas fontes eletrônicas foram feitas buscas em bases de dados da internet, como *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Biblioteca Digital do CONASS, repositórios do DATASUS, MS e SESAP/RN.

4.5 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados foram analisados em conformidade com a abordagem e o tipo de pesquisa, uma vez que, segundo Gil (2008) esta parte do texto de uma pesquisa sempre varia de acordo com plano de pesquisa. Neste caso, atendendo aos pressupostos da descrição em pesquisa quantitativa, a apresentação dos dados será desenvolvida a partir da exposição de números em gráficos e tabelas, seguida de textos que interpretam os dados apresentados.

Os dados serão expostos e analisados com a demonstração de dados estatísticos que serão calculados e registrados a de tabelas e gráficos construídos no *Excel* Versão 1910 do office 2016.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 PERFIL NUMÉRICO DOS CASOS DE SÍFILIS EM MOSSORÓ DURANTE O PERÍODO DE 2015-2019

A busca realizada no Sistema da Secretaria Municipal de Saúde de Mossoró permitiu extrair os números anuais dos casos de sífilis em gestante no município de Mossoró, o que possibilitou observações acerca da evolução/ regressão da epidemiologia. Os dados referentes ao total de casos por ano são apresentados na Tabela 3.

Tabela 3 – Casos de sífilis em gestante em Mossoró/RN no decorrer dos 2015-2019.

Ano	Número de Casos
2015	04
2016	18
2017	14
2018	34
2019	41

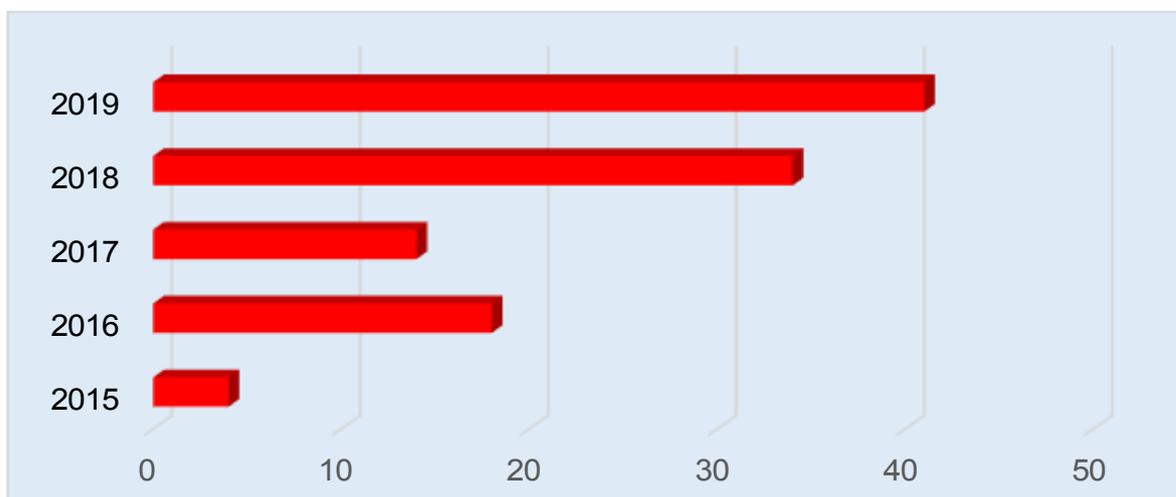
Fonte: Dados coletados em pesquisa de campo (2019).

Como se observa, de 2015 a 2019 a maior tendência foi a evolução dos casos. Somente entre 2015 e 2016 o aumento foi bastante considerável, os casos aumentaram de 4 para 18, revelando-se um crescimento 400% em apenas um ano. De 2016 para 2017 houve uma queda dos casos em 22%, o que representa um número de 4 casos a menos em 2017, comparado ao número de 18 que foram registrados em 2016. No entanto, essa queda entre 2016-2017 não se estendeu a longo prazo ou avanço no sentido de controle da doença, uma vez que, no ano de 2018, os casos aumentaram de 14 para 34, o que representa um aumento de 142% de 2017 para 2018.

Com relação à regressão/ progressão dos casos de 2018 para 2019, mesmo não tendo ainda finalizado este ano, já é possível observar uma progressão nos registros: os números evoluem de 34 para 41, o que representa o crescimento de

20% de um ano para outro. Observando os Gráficos 1 e 2 é possível perceber como ocorreu a progressão/ regressão do número de casos.

Gráfico 1 – Aumento de casos de sífilis em gestnte por ano – Mossoró/RN.



Fonte: Dados coletados em pesquisa de campo (2019).

É possível constatar que apenas entre 2016 e 2017 houve regressão, nos demais anos, todos os números foram acrescidos, o que indica a evolução, para mais casos, sendo que, o ano de 2019 é o que apresenta a situação mais crítica, pois os casos já chegam a 41.

Ao se observar a movimentação linear representada no Gráfico 2, constata-se o mesmo: os casos de sífilis em Mossoró progrediram apenas entre 2016 e 2017. Nos demais anos, de 2015 a 2019 os casos apenas progrediram, sendo que, o aumento mais contundente foi entre 2015 e 2016.

Gráfico 2 – Representação linear dos casos no período de 2015-2019.



Fonte: Dados coletados em pesquisa de campo (2019).

Na Tabela 4, podemos constatar estatisticamente os números percentuais de progressão/ regressão dos números em cada ano.

Tabela 4 – Índices de progressão/regressão dos casos de sífilis em gestante em Mossoró/RN ao longo de 2015-2019.

Ano	Número de Casos	Progressão/Regressão de número de casos
2015-2016	04-18	400%
2016-2017	18-14	22%
2017-2018	14-34	142%
2018-2019	34-41	20%

Fonte: Dados coletados em pesquisa de campo (2019).

A análise do perfil numérico dos casos de sífilis em gestante no município de Mossoró no período de 2015-2019 permite compreender que a situação não é muito diferente dos estudos realizados em anos anteriores no que se refere às situações brasileira e em especial na região Nordeste.

No Brasil, por exemplo, somente de 2017 para 2018, os casos aumentaram de 17% para 21,4% de detecções, para cada mil nascidos vivos. Já no Nordeste, segundo o Boletim do Epidemiológico do SUS (2017), a região ocupou, de 2005 a 2017, a segunda posição no ranking desta patologia no Brasil.

Pelo observado na Tabela 2, em Mossoró no Rio Grande do Norte (RN), o maior crescimento foi entre os anos de 2015-2016 (400%) e 2017-2018 (142%). Houve uma regressão de 22% apenas entre os anos de 2016-2017, mas, nos demais anos os casos começaram a crescer novamente, pulando de 34 em 2018 para 41 em 2019, crescendo em um índice de 20%.

Vale ressaltar que esses números de Mossoró contribuíram para a prevalência elevada dos casos no Rio Grande do Norte, que começaram a evoluir no ano de 2011. Entre 2016 e 2017 o crescimento foi o maior de todos. O número de casos de sífilis em gestante, por cada mil partos foi de 3,6% em 2011 e evoluiu para 5,1% em 2016; e em 2017 o indicador avançou, somente em um ano, para 9,2% (BRASIL, 2018).

E ao detectar que, somente em Mossoró, em 2019 já são 20% de casos a mais até o mês de outubro, quando findar o ano a probabilidade é de um crescimento considerável, talvez menor que 2017-2018, mas, ainda preocupante. Esse crescimento indica a hipótese de que as políticas voltadas para o controle da doença não estão sendo eficazes. Provavelmente não existam campanhas educativas nas unidades de saúde com relação aos riscos causados à mãe e ao bebê que convivem com sífilis gestacional.

5.2 PERFIL ETÁRIO DOS CASOS DE SÍFILIS EM MOSSORÓ

A pesquisa de campo também proporcionou contabilizar o perfil etário dos casos de sífilis em gestante no município de Mossoró durante o período de 2015-2017. Inicia-se demonstrando, na Tabela 5, a faixa etária de detecção por ano de diagnóstico.

Tabela 5 – Faixa etária ao longo dos anos 2015-2019.

Faixa etária	2015	2016	2017	2018	2019	Total
10-14	-	-	-	-	1	1
15-19	1	3	5	11	11	31
20-34	2	15	5	23	27	72
35-49	-	-	4	-	2	6
50-64	1	-	-	-	-	1
					Total	111

Fonte: Dados coletados em pesquisa de campo (2019).

É observado que, as duas faixas etárias que se sobressaem dentre todas é a de 15-19 e a de 20-34 anos. Uma segunda observação é possível, além da idade considerada ideal no caso da segunda faixa mencionada: quando a segunda maior faixa etária em que foi detectada a sífilis em gestante é a idade de 15-19 anos, fica evidente que há um número considerável de adolescentes grávidas com diagnóstico de sífilis. E isto se torna um dado preocupante, porque confirma elevado índice de gravidez na adolescência no município de Mossoró.

A situação da gravidez na adolescência é preocupante em todo o país. Os dados do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC, 2016), do Ministério da Saúde, apresentam que em 2015 o percentual de gravidez na adolescência caiu

17% no Brasil. Trata-se da redução, em números absolutos, de 661.290 nascidos vivos de mães entre 10 e 19 anos, desde 2004 para 546.529 em 2015. Mas, são taxas que não têm tido muita diminuição de lá para cá. Os números atuais ainda são considerados muito altos, pois, representam 18% do total de nascidos vivos no país, no ano de 2018.

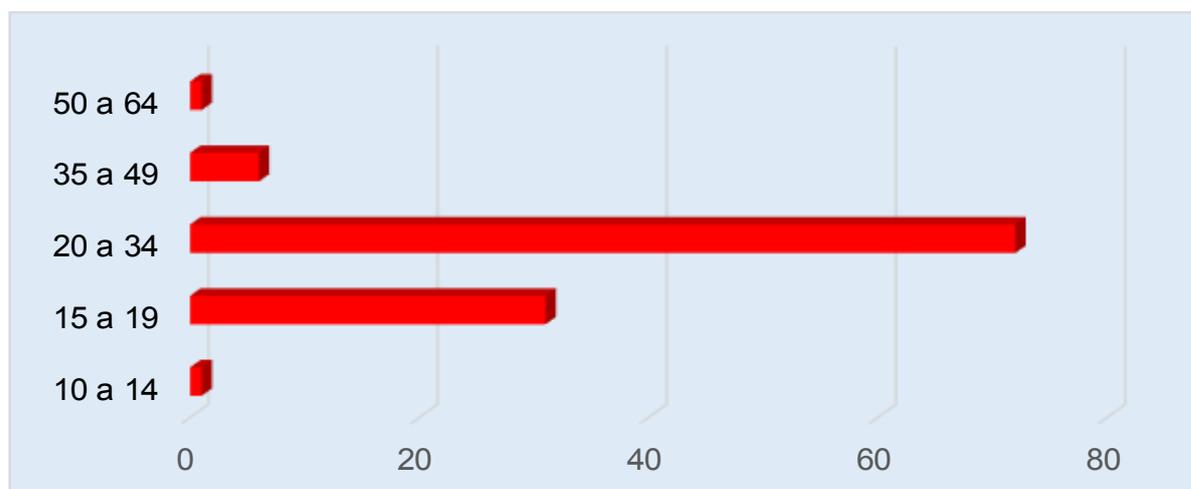
Em Mossoró, no Rio Grande do Norte, o fenômeno que já é estudado pela Faculdade de Serviço Social (FASSO) da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN). Devido aos elevados números observados, um grupo de pesquisadores reuniram trabalhos que estudam os casos desde 1996, trazendo à tona os crescentes números da gravidez na adolescência no município até o ano de 2012

Uma matéria do site Portal No Ar, escrita por Sousa (2016) revela que naquele ano os indicadores eram os seguintes, com referência ao estado do Rio Grande do Norte: 19,9% dos nascidos vivos são de mães adolescentes entre 10 e 19 anos. As informações também ressaltam que a maior preocupação é no interior, onde os números são maiores do que na capital.

Segundo dados da Secretaria Estado da Saúde Pública (SESAP/RN, 2018), a taxa representada por Mossoró, com relação aos casos de gravidez na adolescência de 2010 a 2016 é de 17,2% para a faixa etária de 10-19 anos. Em 2017, os mesmos números apresentam uma queda muito breve, para 16,69.

Em todo o estado todo do RN, neste ano de 2019, os números são de 19% nesta mesma faixa etária de idade. No que se refere ao total de casos no período estudado, 2015-2019, a partir dos dados da Tabela 6, verifica-se que foram 111 casos de sífilis ao longo do período de 2015-2019, somente no município de Mossoró. E desse total, 72 deles está concentrado na faixa etária de 20 a 34 anos, em segunda posição, com 31 casos está a faixa etária de 15-19 anos. No Gráfico 3, é possível observar com maior veemência o caráter de prevalência da sífilis em gestantes nas faixas etárias de sua prevalência.

Gráfico 3 – Faixa etária com maior número de casos de sífilis em gestante – Mossoró 2015-2019.



Fonte: Dados coletados em pesquisa de campo (2019).

Ainda considerando os números da sífilis em gestantes, por faixa etária, os índices estatísticos destes casos, por ano, são demonstrados na Tabela 7.

Tabela 6 – Percentual dos casos por faixa etária, por ano, no período 2015-2019.

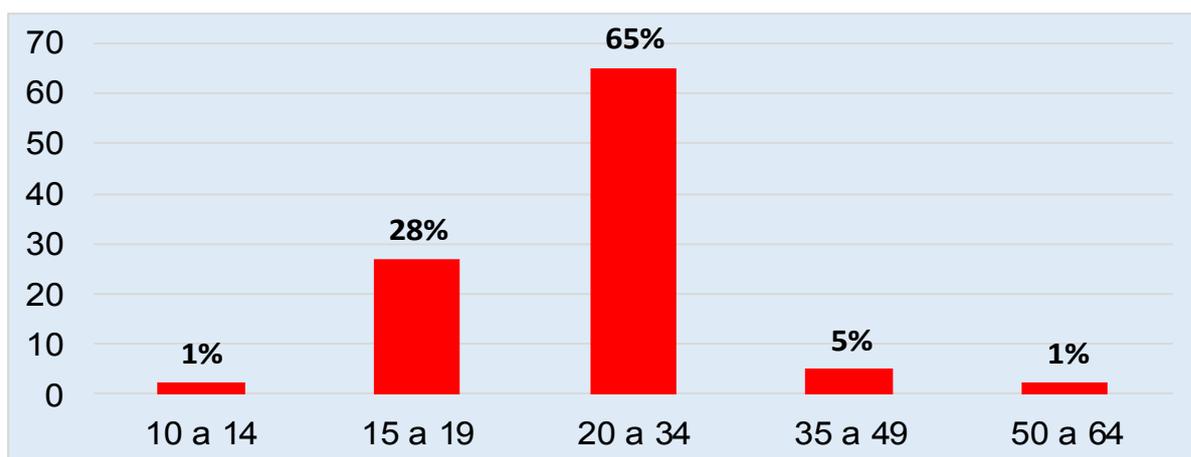
Faixa etária	2015	2016	2017	2018	2019
10-14	-	-	-	-	2,4
15-19	25,0	16,6	35,7	32,3	26,8
20-34	50,0	83,4	35,7	67,7	65,8
35-49	-	-	28,6	-	4,8
50-64	25,0	-	-	-	-

Fonte: Dados coletados em pesquisa de campo (2019).

Os índices da Tabela 5 confirmam que a maior prevalência de casos de sífilis em gestante se concentra na faixa etária de 20 a 34 anos, em todos os anos observados, desde 2015 até o mês de outubro de 2019. Os maiores índices desta faixa etária se apresentam nos anos de 2015 (50%), 2016 (83,4%), 2018 (67,7%) e 2019 (65,8%) dos casos. Acredita-se que, dois motivos podem ser identificados como fatores que influenciam no aumento desses indicadores em 2016: um deles é a falta de uma política ou programa de educação para as mulheres em idade reprodutiva, com relação aos riscos de contaminação da doença; o outro é que pode

ter ocorrido maior eficácia no que concerne ao diagnóstico e os registros dos casos no SINAN. Comparando os dados, ao longo de todos os anos, constatam-se os seguintes dados no Gráfico 4:

Gráfico 4 – Percentual de sífilis em gestante, por faixa etária, ao longo dos anos-2015-2019.



Fonte: Dados coletados em pesquisa de campo (2019).

A leitura do Gráfico 4 permite compreender que, no período de 2015-2019, a primeira posição de prevalência da sífilis em gestantes está na faixa etária de 20-34 anos, com 65% dos casos. Em segunda posição, com 28% dos casos, está a idade de 15-19 anos. Se juntarmos mais 1% da faixa etária de 10 a 14 anos com esta, constata-se que 29% dos casos da doença, no decorrer do período afetam adolescentes na faixa etária de 10-19 anos. Um índice bastante elevado que também revela preocupação, por se tratar de um outro problema, a gravidez na adolescência.

5.3 PERFIL SÓCIODEMOGRÁFICO DAS GESTANTES AFETADAS COM A SÍFILIS

O perfil sociodemográfico da população com sífilis gestacional agrega algumas etnias originárias do povo brasileiro, que une o indivíduo branco europeu, o negro e o pardo, proveniente de misturas indígenas, europeias e africanas, dentre outros povos.

De acordo com dados do Sistema de Informação de Agravos e Notificação (SINAN, 2019), quando disponibiliza os dados sociodemográficos, apresenta

números e índices com relação à escolaridade por ano, desde 2007 até 2019. Continua-se com o recorte de 2015-2019, e os dados de escolaridade das gestantes afetadas com a sífilis estão expostos na Tabela 8.

Tabela 7 – Casos de gestantes com sífilis em Mossoró, segundo escolaridade, no período 2015-2019.

Escolaridade	2015	2016	2017	2018	2019	Total
Analfabeto	-	-	1	-	-	1
Ensino Fundamental Incompleto	-	5	5	11	3	24
Ensino Fundamental Completo	-	-	1	4	2	7
Ensino Médio Incompleto	2	2	3	7	1	15
Ensino Médio Completo	-	-	4	10	3	17
Superior Incompleto	-	-	1	1	-	2
Superior Completo	-	-	-	2	-	2
					Total	68

Fonte: Dados coletados no SINAN (2019).

Ao interpretar os dados contidos na Tabela 8, percebe-se que, durante o período de 2015-2019, ocorreram 68 casos, nos quais as mulheres com o Ensino Fundamental Incompleto foram as mais afetadas, com 24 casos. As que têm Ensino Médio Completo ficam na segunda posição, com 17 casos e em terceira posição as estantes com Ensino Médio Incompleto, 15 casos. Os números revelam que os graus de escolaridade com maior concentração de sífilis em gestante são o Ensino Fundamental e Médio.

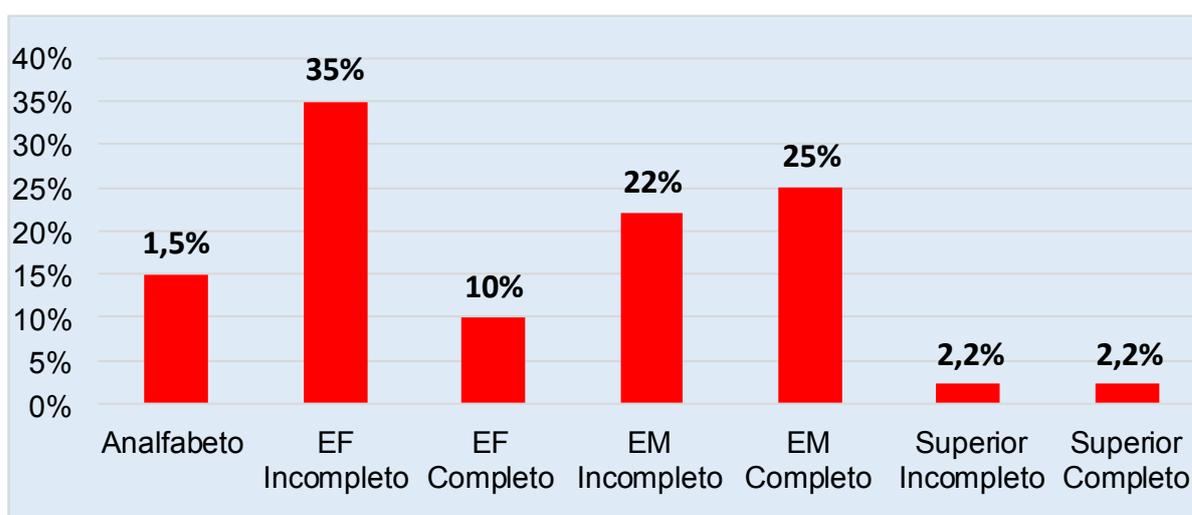
Também se nota, pelos dados apresentados na tabela acima, que os anos de maior concentração dos casos de gestantes com o ensino fundamental e médio diagnosticadas com sífilis são os de 2017 e 2018, sendo este o de maior número de casos em todos os outros anos. Somente em 2018 foram 32 mulheres desses dois graus de escolaridade notificadas com sífilis, ou seja, 47% de todos os casos do período estão no ano de 2018. Justamente o ano em que os casos de sífilis em Mossoró tiveram um aumento de 142%, como consta na Tabela 4.

É importante refletir que, resultados como estes, implicam contundentemente em problemas, interferências para a vida dessas mulheres e para a vida dos seus bebês. A sífilis na gestação implica, primeiramente na possibilidade da sífilis congênita, o que vai contribuir para o aumento dos casos desta segunda patologia

associada à primeira. Isso gera impactos, por causa dos indicadores sociais de saúde, que vão aumentar, e conseqüentemente, necessita que os governos elaborrem estratégias de combate que acabam sendo: mais gastos, mais trabalho, mais investimentos.

Esses números referentes ao perfil escolar, em termos de percentuais, apresentam índices que também se pode fazer a leitura no Gráfico 5.

Gráfico 5 – Percentual de sífilis em gestante, por grau de escolaridade, ao longo dos anos-2015-2019.



Fonte: Dados coletados no SINAN (2019).

Os dados do Gráfico 5 mostram que são 35% dos casos de sífilis em gestantes são diagnosticados em mulheres que têm a escolaridade fundamental incompleta, 25% são de escolaridade média completa e 22% de escolaridade média incompleta. As mulheres com grau de escolaridade fundamental completa, representam 10% dos casos.

Sobre as etnias, raças ou cores da pele que mais são afetadas com a sífilis em gestante, os dados estão expostos na Tabela 9.

Tabela 8 – Casos de gestantes com sífilis segundo raça ou cor por ano de diagnóstico, em Mossoró no período de 2015-2019.

Cor/ Raça/ Etnia	2015	2016	2017	2018	2019	Total
Branca	2	4	4	14	2	27
Preta	1	2	1	1	1	6
Amarela	1	-	-	-	-	1
Parda	3	5	11	20	8	47
Indígena	-	-	-	-	-	0
Ignorada	-	1	4	-	-	5
					Total	86

Fonte: Dados coletados no SINAN (2019).

Pelos dados demonstrados na Tabela 7 verifica-se que dois grupos, classificados como cor de pele são os que concentram maior número de notificações de casos de sífilis em gestantes: as mulheres brancas e as pardas. Respectivamente, são 27 e 47 casos dos 86 confirmados para o período. Esses indicadores nos quais a representação do branco e do pardo, enquanto cor da pele são os mais afetados com a sífilis em gestante, são frequentes. No Boletim Epidemiológico do SUS (2017) há a informação de que, no período de 2010-2016 já prevaleciam esses índices de abrangência maior da doença entre brancos e pardos.

Mas, só a título de análise, vale compreender que no Brasil, como bem foi dito no início, há uma tendência de a população, por motivo de os povos originários concentrarem-se nas etnias branca-europeia e parda; esta última originária das misturas genealógicas do branco com índios e negros, a tendência é de domínio de uma população branca ou parda.

Há ainda, a questão do preconceito, em que negros, às vezes, alguns indígenas e negros não se identificarem em suas classificações étnicas, concentrando informações entre branco e pardo ou ignorando a informação. Vê-se que no período houve cinco casos ignorados. Percebe-se ainda que o número que se refere a mulheres negras é insignificante, apenas 6; enquanto para indígenas nenhum caso é apresentado.

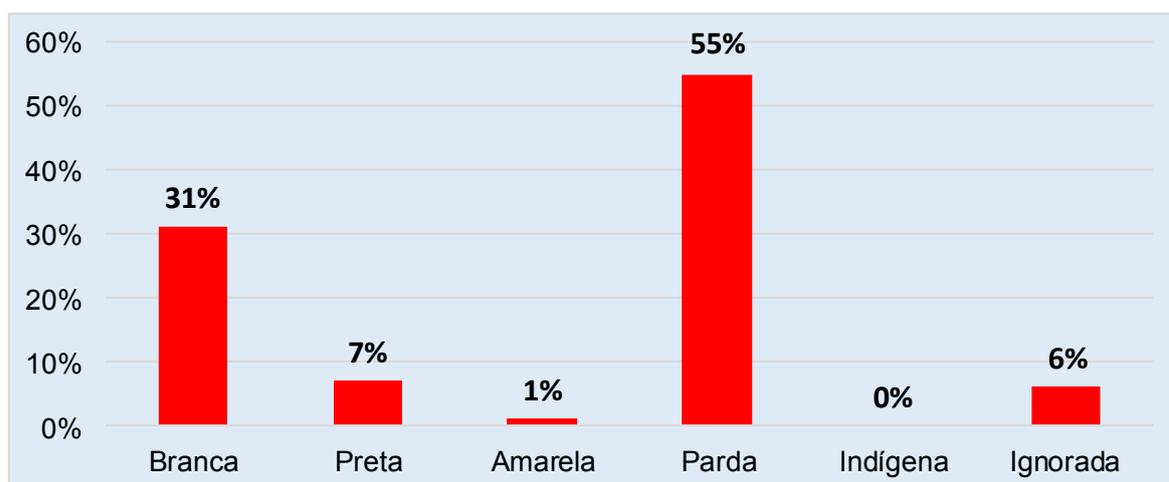
A questão das dificuldades de se afirmar-se enquanto negro ou índio no Brasil ainda é algo muito presente, apesar da legislação, das políticas afirmativas e dos estudos mais recentes abordarem que a auto-afirmação é algo importante para a

identidade de um país, de um território ou região. Motta e Quadros (2016), ao realizarem estudos com populações universitárias contatam que.

[...] em relação à concepção da identidade étnico-racial, aqueles (as) que se autodeclararam “brancos (as)”, não demonstraram grande dificuldade em afirmar a identidade, diferentemente da população pesquisada de ‘negros’, ‘pardos’ e ‘indígenas’ (MOTTA; QUADROS, 2016, p 295).

Portanto, a falta de números referente a indígenas e baixo índice de mulheres negras com sífilis gestacional pode estar relacionado com essa problemática da auto-afirmação. Quanto aos percentuais contabilizados para o período, pode-se observar a demonstração no Gráfico 6:

Gráfico 6 – Percentual de sífilis em gestante, por cor/raça/etnia, ao longo dos anos-2015-2019.



Fonte: Dados coletados no SINAN (2019).

As informações do gráfico acima são concisas, confirmam que as mulheres pardas lideram o ranking de notificação, sendo mais da metade delas diagnosticadas como casos de sífilis em gestante, 55% destas; as mulheres brancas estão em segundo lugar, sendo elas 31% dos casos notificados. As outras raças representam números insignificantes quando comparadas com brancas e pardas.

Portanto, percebe-se que, em termos de escolaridade e raça, cor de pele ou etnia, as mulheres com sífilis estão entre as que têm Ensino Fundamental e Médio, juntas elas somam 63 casos dos 68 registrados, o que representa 92% dos casos notificados no período de 2015-2019. As de cor branca e parda somam 74 dos 86

registrados no SINAN, o que representa 86% dos casos notificados no mesmo período.

5.4 CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA E ESQUEMA DE TRATAMENTO DA SÍFILIS EM GESTANTE NO PERÍODO DE 2015-2019 EM MOSSORÓ

Como foi mencionado no referencial teórico, a sífilis, em gestante ou não, tem uma classificação clínica, que segundo Kalinin *et al.* (2015) são: sífilis primária, lesão também chamada cancro duro; a secundária, que é uma evolução da primária e a terciária, a fase mais grave da doença. Além da sífilis latente, que é uma evolução, tanto da secundária quanto da terciária.

Segundo essa classificação, os casos de registrados em Mossoró, no período de 2015-2019, são registrados na Tabela 10.

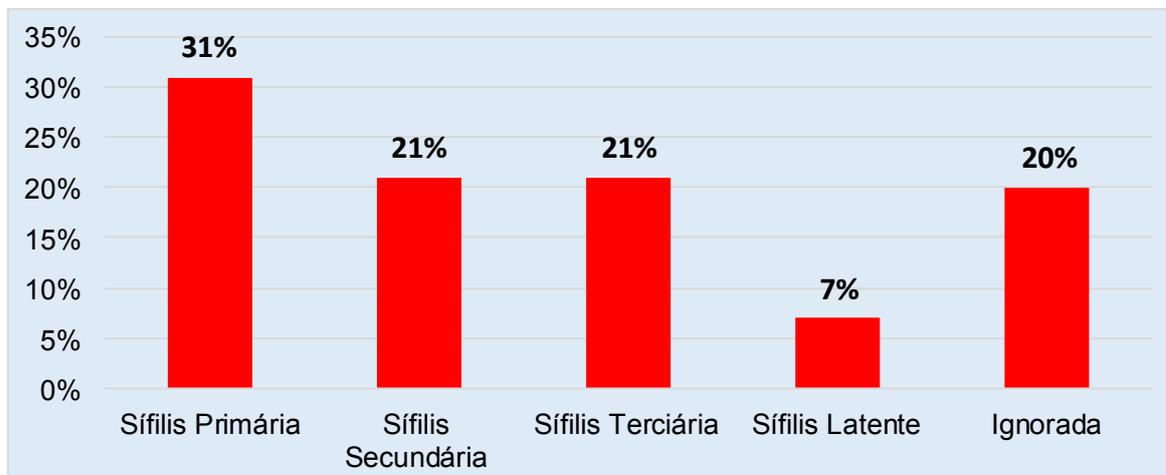
Tabela 9 – Casos de gestantes com sífilis segundo raça ou cor por ano de diagnóstico, em Mossoró, no período de 2015-2019.

Classificação Clínica	2015	2016	2017	2018	2019	Total
Sífilis Primária	2	6	7	9	2	26
Sífilis Secundária	-	-	4	13	1	18
Sífilis Terciária	2	1	-	10	5	18
Sífilis Latente	-	1	3	1	1	5
Ignorado	3	4	6	3	3	17
						86

Fonte: Dados coletados no SINAN (2019).

Vê-se que, de 86 casos notificados e analisados, há um número maior de casos de sífilis primária, 26 casos. Os números relacionados aos tipos secundária e terciária são os mesmos, 18 casos cada. E no caso da sífilis latente, apenas 5 casos, sendo que, tiveram 17 casos ignorados na sua classificação. Em termos de percentuais, estes números estão quantificados no Gráfico 7:

Gráfico 7 – Percentual de classificação da sífilis em gestante, ao longo dos anos 2015-2019.



Fonte: Dados coletados no SINAN (2019).

Os números apresentados revelam que os maiores percentuais estão concentrados no tipo primário e secundário, respectivamente representados por 31% e 21%. A sífilis latente representa um número não muito elevado. O indicador mais surpreendente e que necessita de uma análise reflexiva é a representação de 20% de casos ignorados quanto ao tipo clínico. Esses casos podem alimentar qualquer uma das outras classificações, caso fossem identificados.

No que se refere aos esquemas de tratamento, os dados do SINAN especificam que o principal esquema de tratamento prescrito é a penicilina, mas, há outros esquemas, porém, não mencionados quanto à farmacologia. Para compreender esses detalhes referentes ao tratamento indicado, é preciso verificar os dados da Tabela 11 e do Gráfico 8, para ver as estatísticas referentes. Os dados do ano de 2019, quando ao esquema de tratamento não estão ainda disponíveis.

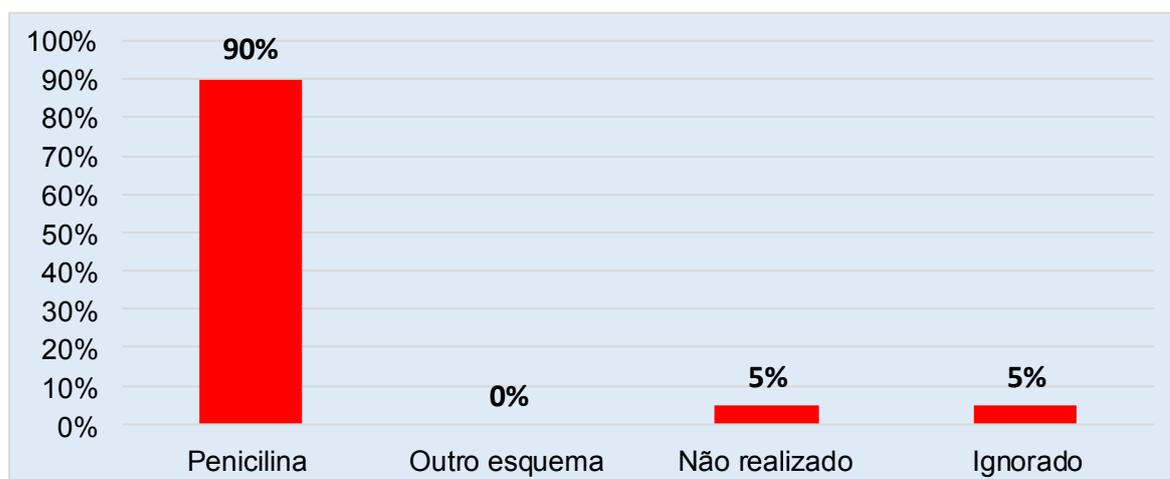
Tabela 10 – Casos de gestantes com sífilis, segundo esquema de tratamento prescrito por ano de diagnóstico no período de 2015-2019 em Mossoró.

Esquema de tratamento	2015	2016	2017	2018	2019	Total
Penicilina	7	9	18	32	ND	66
Outro esquema	-	-	-	-	ND	0
Não realizado	-	-	1	3	ND	4
Ignorado	-	3	1	-	ND	4
						74

Fonte: Dados coletados no SINAN (2019). ND – Não disponível.

Observa-se que, dos 74 casos disponibilizados nos dados do SINAN (2019), a maioria destes, 66, tem esquema de tratamento com a penicilina, que é o principal farmacológico indicado para a sífilis. O restante, tem informação de que o esquema não foi realizado, 4 deles, ou que foi ignorado, também no número de 4. Percentualmente, esses dados são apresentados no Gráfico 8.

Gráfico 8 – Percentual de casos de gestantes com sífilis segundo esquema de tratamento, ao longo dos anos-2015-2019.



Fonte: Dados coletados no SINAN (2019).

Portanto, independente da classificação clínica estabelecida, o esquema prescrito tem como base a Penicilina. Nenhum deles tem outro esquema de tratamento prescrito, enquanto que, 5% não tem tratamento realizado e outros 5% tem tratamento ignorado pelo sistema de notificação. Em se tratando do tratamento ignorado, compreende-se que o referido esquema não foi identificado no sistema.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho de pesquisa, a partir de seus objetivos de quantificação e qualificação dos casos de sífilis em gestante no município de Mossoró/ RN, no decorrer dos anos de 2015-2019, possibilitou, além do alcance de suas finalidades, reunir e adquirir conhecimentos relevantes, que vão servir de aprendizado e base para a prática profissional e para as escolhas pessoais em geral.

Ao refletir sobre aspectos construídos no referencial teórico, percebe-se que sífilis é uma doença contagiosa, uma IST e que este aspecto tem contribuído para a sua disseminação entre mulheres em idade reprodutiva. O aumento de casos durante o período, no município pesquisado, revela a necessidade de todas as mulheres e homens ficarem atentos às possíveis contaminações, incluindo os que ocupam os poderes públicos, que devem atentar para o planejamento de estratégias de combate.

Ao quantificar os casos foi possível perceber que o maior crescimento do número de casos se deu entre os anos de 2015-2016, quando os números pularam de 4 para 18 casos, um aumento de 400%. No ano seguinte (2017), houve uma regressão de 22%, porém, de 2017 para 2018 um novo aumento dos casos em 142%, quando os casos evoluíram de 14 para 34. Em 2019, apesar de não ter nem terminado o ano, o SINAN já conta com a notificação de 41 casos, o que representa um aumento de 20%.

Dos casos quantificados, as faixas etárias mais atingidas são de 15-19 (28%) e 20-34 (65%); as mulheres pardas estão na primeira posição, representadas por 55% dos casos, seguidas das brancas com 31%. As notificações também apresentam o perfil de escolaridade mais atingido é composto por mulheres que têm entre Ensino Fundamental e Médio. Estas representam 92% dos casos.

O tipo de sífilis mais comum entre as mulheres com sífilis gestacional é o primário (31%). A sífilis secundária e terciária são diagnosticadas em 21% cada tipo e a latente em apenas 7% e uma boa parcela dos casos tem diagnóstico ignorado (20%). Para 90% dos casos prevalece o esquema de tratamento com penicilina, sendo 5% não realizado e 5% ignorados.

O que mais chama a atenção nos casos de sífilis gestacional em Mossoró é o elevado número entre gestantes adolescentes, além do aumento constante nos números da doença de um ano para outro. É pertinente perceber que existem

fenômenos interferindo nesta realidade, os quais precisam ser estudados, pois, podem estar relacionados, tanto a uma maior eficácia das notificações dos diagnósticos, como também à falta de estratégias de combate da patologia, em especial nas faixas etárias mais afetadas.

Ao observar e analisar os casos de sífilis, sua evolução e a forma como esses números têm crescido no decorrer de 2015 a 2019, é evidente a necessidade de estratégias para combatê-los, em especial quando se trata de estratégias para as mulheres em idade reprodutiva. Percebe-se que esta população é a mais atingida com a doença, o que revela a imprescindível elaboração de campanhas educativas, preventivas e combativas, no sentido de fazer regredir o avanço no município de Mossoró.

REFERÊNCIAS

AVELLEIRA, J. C. R.; BOTTINO, G. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. **An. Bras. Dermatol.**, v. 81, n. 2, p. 111-126. 2006.

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

_____. **Sífilis: Estratégias para Diagnóstico no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, Coordenação de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids. 2010. 100 p. (Série TELELAB)

_____. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico da Sífilis. **Secretaria de Vigilância em Saúde** – Ministério da Saúde, 2016, v. 47, n. 35. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2016/boletim-epidemiologico-de-sifilis-2016> > Acesso em 28 de abril de 2019.

_____. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico da Sífilis. **Secretaria de Vigilância em Saúde** – Ministério da Saúde, 2017, v. 48, n. 36. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2016/boletim-epidemiologico-de-sifilis-2017> > Acesso em 28 de abril de 2019.

_____. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico da Sífilis. **Secretaria de Vigilância em Saúde** – Ministério da Saúde, 2018, v. 49, n. 37. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2016/boletim-epidemiologico-de-sifilis-2018>> Acesso em 28 de abril de 2019.

CONTRERAS, E. *et al.*; 2, Sífilis: um grande imitador. **Infectio**, Bogotá, n. 2, p.1-11, 02 abr. 2008.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. - São Paulo: Atlas, 2002.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa**. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2008.

KALININ *et al.* Sífilis: aspectos clínicos, transmissão, manifestações orais, diagnóstico e tratamento. **Odonto**, 2015; v. 23, n. 45-46): 65-76. Disponível em: <<https://www.metodista.br/revistas/revistasims/index.php/Odonto/article/view/6497/5382>> Acesso em 28 de abril de 2019.

LEÃO, J. C.; *et al.* Oral Manifestations of syphilis. **Clinics.**, São Paulo, v. 61, n. 2, p. 161-166, 2006.

MARCONI, M. A. & LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed. - São Paulo: Atlas 2003.

MOTTA, R. C. A concepção da identidade étnica na visão de estudantes do ensino superior. **Revista Eletrônica de Educação**, v. 10, n. 2, p. 286-298, 2016. Disponível

em: <<http://www.reveduc.ufscar.br/index.php/reveduc/article/download/1540/504>>. Acesso em 17 de nov. 2019.

PADOVANI, C. *et al.* Sífilis na gestação: associação das características maternas e perinatais em região do sul do Brasil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 26, e3019, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692018000100335&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 28 de abril de 2019.

SESAP/RN. **Secretaria de Estado da Saúde Pública do Rio Grande do Norte.** Pactuação Interfederativa 2017-2021. Governo do Estado do Rio Grande do Norte: julho de 2018. <<https://www.cosemsrn.org.br/wp-content/uploads/2018/07/SISPACTO-AVALIA%C3%87%C3%83O-DE-INDICADORES-18-JULHO-20183.ppt>>. Acesso em 17 nov. 2019.

SINASC. **Sistema de Informações de Nascidos Vivos.** Referente ao período de 2004-2015. Departamento de Informação do SUS (DATASUS), 2019.

SILVA, Z. A. C.; BONAFÉ, M. S., Sífilis: uma abordagem geral, evento: **VIII- EIPC- Encontro Internacional de Pesquisa Científica pelo Centro Universitário de Maringá**, CESUMAR-PR, jun.2013, disponível em: www.cesumar.br, acesso em 28 de abril de 2019.

SOUSA, P. No RN, 19,9% dos nascidos vivos são de mães adolescentes entre 10 e 19 anos. **Portal No Ar.** Edição de 5 de fevereiro de 2016. Disponível em: <<https://portalnoar.com.br/314346-2/>>. Acesso em 17 de nov. 2019.

ANEXOS

ANEXO A - Tabela de Dados da Secretaria Municipal de Saude de Mossoró – número de casos 2005/2019.

Colar
rea de Tran...
Fonte
Alinhamento
Número
Estilo

Mesclar e Centralizar
Formato
Format. Condicional como Tabl

R20

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M
1	PREFEITURA MUNICIPAL DE MOSSORÓ												
2	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE												
3	VIGILÂNCIA A SAÚDE												
4	VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA - SETOR AGRAVOS AGUDOS												
5													
6													
7	CASOS DE SIFILIS EM GESTANTE DE 2015 A 2019 - PACIENTES RESIDENTES EM MOSSORÓ												
8													
9	ANO 2015												
10	Fx Etaria SINAN	Fev	Out	Nov	Dez	Total							
11	15-19	0	0	0	1	1							
12	20-34	1	1	0	0	2							
13	50-64	0	0	1	0	1							
14	Total	1	1	1	1	4							
15													
16	ANO 2016												
17	Fx Etaria SINAN	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Nov	Total	
18	15-19	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	3	
19	20-34	0	3	4	1	1	1	2	2	1	0	15	
20	Total	1	3	4	1	2	1	2	2	1	1	18	
21													
22	ANO 2017												
23	Fx Etaria SINAN	Fev	Mai	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total			
24	15-19	1	1	0	0	0	0	2	1	5			
25	20-34	0	0	1	1	1	2	0	0	5			

Plan1 Plan2 Plan3

Colar
rea de Tran...
Fonte
Alinhamento
Número
Estilo

Mesclar e Centralizar
Formato
Format. Condicional como Tabl

R20

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M
22	ANO 2017												
23	Fx Etaria SINAN	Fev	Mai	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total			
24	15-19	1	1	0	0	0	0	2	1	5			
25	20-34	0	0	1	1	1	2	0	0	5			
26	35-49	2	0	1	0	0	0	1	0	4			
27	Total	3	1	2	1	1	2	3	1	14			
28													
29	ANO 2018												
30	Fx Etaria SINAN	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Ago	Set	Nov	Dez	Total		
31	15-19	0	2	1	1	0	4	1	1	11			
32	20-34	4	1	5	0	2	7	4	0	23			
33	Total	4	3	6	1	2	11	5	1	34			
34													
35	ANO 2019												
36	Fx Etaria SINAN	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Total		
37	10 A 14	0	0	0	0	0	0	1	0	1			
38	15-19	2	1	2	0	0	0	2	3	11			
39	20-34	2	2	3	2	3	3	4	3	27			
40	35-49	0	0	0	0	1	0	0	1	2			
41	Total	4	3	5	2	4	3	7	7	41			
42													
43	FONTE: SINAN (SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO)												
44	DATA: 16/10/2019												
45													
46													

Plan1 Plan2 Plan3

ANEXO B – Tabela de dados do SINAN – Números de casos segundo escolaridade, faixa etária, cor e raça - 2015-2019.

INDICADORES E DADOS BÁSICOS DA SÍFILIS NOS MUNICÍPIOS BRASILEIROS

Abrangência dos dados:

Rio Grande do Norte

Subcategoria:

Mossoró

Baixar Dados em Planilha Excel

Escolaridade	Total	2007 - 2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Analfabeto	1,1	-	-	-	-	4,5	-	-	-	-	5,0	-	-
1ª a 4ª série incompleta	9,7	60,0	10,5	27,3	-	9,1	-	-	-	8,3	10,0	-	18,2
4ª série completa	7,6	20,0	15,8	4,5	8,3	4,5	-	6,3	-	8,3	10,0	8,6	-
5ª a 8ª série incompleta	20,0	-	21,1	40,9	25,0	13,6	50,0	6,3	28,6	25,0	5,0	22,9	9,1
Fundamental Completo	7,0	20,0	5,3	9,1	8,3	-	-	6,3	-	-	5,0	11,4	18,2
Médio Incompleto	13,0	-	5,3	13,6	16,7	4,5	-	12,5	28,6	16,7	15,0	20,0	9,1
Médio Completo	14,6	-	5,3	-	33,3	9,1	-	18,8	-	-	20,0	28,6	27,3
Superior Incompleto	2,2	-	-	4,5	-	4,5	-	-	-	-	5,0	2,9	-
Superior Completo	1,6	-	-	-	-	-	-	6,3	-	-	-	5,7	-
Não se aplica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ignorado	23,2	-	36,8	-	8,3	50,0	50,0	43,8	42,9	41,7	25,0	-	18,2

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

Tabela 5.A - Casos de gestantes com sífilis segundo faixa etária por ano de diagnóstico. Brasil, 2005-2019

Faixa Etária	Total	2005 - 2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
10 a 14 anos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
15 a 19 anos	49	-	5	6	-	10	2	2	2	2	6	12	2
20 a 29 anos	94	4	9	10	10	7	1	9	4	7	7	18	8
30 a 39 anos	41	3	4	5	2	5	1	5	-	3	7	5	1
40 anos ou mais	3	-	1	1	-	-	-	-	1	-	-	-	-
Ignorado	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

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

Baixar Dados em Planilha Excel

Raça ou Cor	Total	2005 - 2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Branca	53	4	4	5	5	5	-	4	2	4	4	14	2
Preta	19	-	5	5	-	1	1	1	1	2	1	1	1
Amarela	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-
Parda	99	3	9	12	7	10	3	8	3	5	11	20	8
Indígena	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ignorada	15	-	1	-	-	6	-	3	-	1	4	-	-

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