



FACULDADE NOVA ESPERANÇA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM FARMÁCIA

AGNES LORRAINE DA SILVA

**PERFIL EPIDEMIOLOGICO DOS CASOS DE SÍFILIS EM GESTANTES NO
ESTADO DA PARAIBA**

JOÃO PESSOA

2022

AGNES LORRAINE DA SILVA

PERFIL EPIDEMIOLOGICO DOS CASOS DE SÍFILIS EM GESTANTES NO ESTADO
DA PARAIBA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Faculdade Nova Esperança como parte dos
requisitos exigidos para a obtenção do título de
Bacharelado em Farmácia.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Vivianne Marcelino de Medeiros Candeia

JOÃO PESSOA

2022

S578p

Silva, Agnes Lorraine da

Perfil epidemiológico dos casos de sífilis em gestantes no estado da Paraíba. / Agnes Lorraine da Silva. – João Pessoa, 2022. 35f.; il.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Vivianne Marcelino de M. Candeia.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Farmácia) – Faculdade Nova Esperança - FACENE

1. Treponema Pallidum. 2. Infecções Sexualmente Transmissíveis. 3. Incidência Sociodemográfica. I. Título.

CDU: 616.97:618.2

AGNES LORRAINE DA SILVA

**PERFIL EPIDEMIOLOGICO DOS CASOS DE SÍFILIS EM GESTANTES NO
ESTADO DA PARAÍBA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado pela aluna Agnes Lorraine da Silva, do Curso de Bacharelado em Farmácia, tendo obtido o conceito de _____, conforme a apreciação da Banca Examinadora constituída pelos professores:

Aprovado(a) em: _____ de _____ de _____

BANCA EXAMINADORA:

Prof.^ª Dra. Vivianne Marcelino de Medeiros Candeia – Orientadora
(Faculdade de Enfermagem Nova Esperança)

Prof.^ª Dra. Maria Denise Leite Ferreira – Examinador Interno
(Faculdade de Enfermagem Nova Esperança)

Prof. Dr. Luiz Henrique Agra Cavalcante Silva – Examinador Interno
(Faculdade de Enfermagem Nova Esperança)

JOÃO PESSOA

2022

RESUMO

A sífilis é uma infecção sexualmente transmissível, causada pela bactéria *Treponema pallidum*. A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera como agravante a possibilidade de transmissão da doença de mãe para filho durante o período gestacional, intensificando a importância de análise da doença sífilis congênita. Esse trabalho tem como objetivo analisar o perfil epidemiológico de gestantes com sífilis no estado da Paraíba-PB, no período de 2017 a 2021, analisando as variáveis: faixa etária, escolaridade, raça ou cor e classificação clínica. Trata-se, portanto, de um estudo epidemiológico descritivo, com abordagem quantitativa, realizado a partir de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), disponível no Departamento de Informática do SUS (DATASUS), tabulados pelo TABNET, referentes aos casos de sífilis gestacional notificados no Estado da Paraíba- PB, entre janeiro de 2017 a dezembro de 2021. Os dados coletados foram organizados e processados em planilhas do Microsoft Excel ® 2010. O estudo possibilitou uma análise e pesquisa dos dados evidenciando que foram encontrados 2.995 casos de sífilis em gestantes no estado da Paraíba nos anos de 2017 a 2021. Tendo um declínio a partir de 2019 a 2021. A maioria dos casos foi em mulheres pardas, na faixa etária de 20-30 anos, com incidência de escolaridade da 5ª a 8ª série do Ensino Fundamental incompleto. Sendo de fundamental importância a realização de estudos epidemiológicos sobre a sífilis gestacional assim como outras IST's, apresentando reflexo positivo na implantação de novas políticas públicas que auxiliem em maiores efeitos na prevenção da doença. Deste modo, faz-se necessário investir em assistência pré-natal de qualidade, com busca precoce da gestante, busca ativa das gestantes faltosas, captação dos parceiros, ações de promoção da saúde, orientação sexual, diagnóstico e tratamento oportuno, no intuito de reduzir a transmissão vertical preconizados pelo Ministério da Saúde.

Palavras-chave: *Treponema pallidum*. Infecções Sexualmente Transmissíveis. Incidência sociodemográfica.

ABSTRACT

Syphilis is a sexually transmitted infection caused by the bacterium *Treponema pallidum*. The World Health Organization (WHO) considers the possibility of transmission of the disease from mother to child during the gestational period as an aggravating factor, intensifying the importance of analyzing the disease congenital syphilis. This study aims to analyze the epidemiological profile of pregnant women with syphilis in the state of Paraíba-PB, from 2017 to 2021, analyzing the variables: age group, education, race or color and clinical classification. It is, therefore, a descriptive epidemiological study, with a quantitative approach, carried out from data from the Notifiable Diseases Information System (SINAN), available at the Department of Informatics of the SUS (DATASUS), tabulated by TABNET, referring to the cases of gestational syphilis reported in the State of Paraíba-PB, between January 2017 and December 2021. The collected data were organized and processed in Microsoft Excel ® 2010 spreadsheets. The study made it possible to analyze and research the data, showing that 2,995 cases of syphilis in pregnant women in the state of Paraíba from 2017 to 2021. Decline from 2019 to 2021. Most cases were in brown women, aged 20-30 years, with an incidence of 5^o to 8th grade of incomplete Elementary School. It is of fundamental importance to carry out epidemiological studies on gestational syphilis as well as other STIs, with a positive impact on the implementation of new public policies that assist in greater effects in the prevention of the disease. In this way, it is necessary to invest in quality prenatal care, with an early search for pregnant women, active search for absent pregnant women, attracting partners, actions to promote health, sexual orientation, diagnosis and timely treatment, in order to reduce vertical transmission recommended by the Ministry of Health.

Keywords: *Treponema pallidum*. Sexually Transmitted Infections. Sociodemographic incidence.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
DST	Doença Sexualmente Transmissível
FTA-ABS	Fluorescent Treponemal Antibody Absorption
FTA-ABS	Fluorescent Treponemal Antibody Absorption
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
MS	Ministério da Saúde
MHATP	Treponema Pallidum Microhemagglutination
OMS	Organização Mundial da Saúde
RPR	Rapid Plasm Reagin
SC	Sífilis Congênita
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
TV	Transmissão Vertical
TPHA	Treponema Pallidum Hemagglutination Assay
TPHA	Treponema Pallidum Hemagglutination Assay
WHO	World Health Organization

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Desenho esquemático do <i>Treponema pallidum</i>	14
Figura 2. Dentes de Hutchinson.....	16
Figura 3. Tíbia em formato de sabre.....	17
Figura 4. Fluxograma do diagnóstico laboratorial da sífilis.....	20

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Número de casos de Sífilis em gestantes diagnosticados no estado da Paraíba, durante o período de 2017a 2021.....	25
Gráfico 2. Distribuição do número de casos de sífilis em gestante no estado da Paraíba no período de 2017 a 2021 de acordo com o Teste não treponêmico.....	29
Gráfico 3. Distribuição do número de casos de sífilis em gestante no estado da Paraíba no período de 2017 a 2021 de acordo com o Teste treponêmico.....	29

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Distribuição do número de casos de gestantes com sífilis notificados no estado da Paraíba de acordo com a variável raça, no período de 2017 a 2021.....	26
Tabela 2. Distribuição do número de casos de sífilis em gestantes notificados no estado da Paraíba de acordo com a faixa etária, no período de 2017 a 2021.....	27
Tabela 3. Distribuição do número de casos de gestantes sífilíticas notificados no estado da Paraíba de acordo com a variável escolaridade, no período de 2017 a 2021.....	27
Tabela 4. Distribuição do número de casos de gestantes sífilíticas notificados no estado da Paraíba de acordo com a variável classificação clínica, no período de 2017 a 2021.....	28

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 OBJETIVOS.....	12
2.1 OBJETIVO GERAL.....	12
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	12
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	13
3.1 SURGIMENTO DA INFECÇÃO PELO TREPONEMA PALLIDUM.....	13
3.2 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DA SIFÍLIS.....	14
3.3 SIFÍLIS GESTACIONAL.....	16
3.4 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DA SÍFILIS GESTACIONAL.....	17
3.5 FATORES DE RISCO PARA SIFÍLIS NA GESTAÇÃO.....	19
3.6 DIAGNÓSTICO DA SÍFILIS GESTACIONAL.....	19
3.7 MEDIDAS PREVENTIVAS E TRATAMENTO PARA SIFÍLIS GESTACIONAL.....	21
3.8 PAPEL DO FARMACÊUTICO NO CUIDADO DA PACIENTE COM SIFÍLIS NA GESTAÇÃO.....	21
4 METODOLOGIA.....	23
4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	23
4.2 OBTENÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....	23
4.3 CAMPOS E VARIÁVEIS ANALISADAS NA FICHA DE NOTIFICAÇÃO.....	24
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	25
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	31
REFERÊNCIAS.....	32

1 INTRODUÇÃO

Sífilis é uma doença infecciosa causada pela bactéria gram-negativa *Treponema pallidum*, pertencente à ordem *Espirochetales*, Família *Espiroquetaceae*. Tem sua forma espiralada que penetra no organismo através das membranas mucosas e se dissemina de forma hematogênica. É considerada uma doença sexualmente transmissível (IST) que pode ser transmitida de forma vertical (de mãe para feto) durante o período gestacional, sendo classificada como sífilis congênita, ou adquirida por vias mais raras de forma (indireta) hematogênica quando em contato com objetos contaminados como agulhas, tatuagem, entre outros (GUIMARÃES *et al.*, 2018).

A Sífilis pode ter várias fases e manifestação clínica dependendo de seu estágio (Primária, secundária, fase latente e terciária). Por ser altamente contagiosa, tem uma proliferação rápida, que progressivamente piora a cada estágio de sintomas desenvolvido. Dentre estas fases o maior período de infecção e contaminação é entre as duas primeiras, onde ocorrem os primeiros e maiores sintomas da doença. Após o estágio secundário existe a fase latente onde o paciente pode ficar assintomático por anos, o que provoca equívoco no diagnóstico (DAMASCENO *et al.*, 2014; KALININ; NETO; PASSARELI, 2015).

A ocorrência de sífilis em gestantes ainda é de grande predominância, sendo também um grave problema de saúde pública, de modo que seu combate segue com prevalência no país. Todas as pessoas que mantêm vida sexualmente ativa, principalmente gestantes, devem fazer o teste rápido de sífilis. Na gestação, a sífilis demanda intervenção de imediato com o propósito de conter a transmissão de mãe para feto (transmissão vertical) que pode ser passada por via transplacentária na hora do parto ou em período gestacional ao conceito, o que resulta na sífilis congênita (SC). Dependendo da fase em que a gestante se encontra e a exposição fetal na hora do parto, a infecção entre as primeiras semanas pode levar a 100% de probabilidade de transmissão, o que pode afetar a criança causando deficiências congênitas e outras complicações como abortamento ou natimortalidade, parto prematuro ou morte do recém-nascido (CAMPOS *et al.*, 2010; GUIMARÃES *et al.*, 2018).

O diagnóstico para sífilis gestacional é realizado na atenção básica por meio de exames específicos e inespecíficos. Na gestação é indicado a triagem da sífilis no primeiro trimestre, no terceiro e no parto, independente de exames anteriores, e em casos de abortamento, permitindo assim iniciar precocemente o tratamento, de modo a evitar os riscos de transmissão da doença para o feto, o que inclui a redução dos riscos de transmissão. É importante ressaltar que todas as condutas e diagnóstico são feitos para a prevenção e diminuição dos casos de sífilis

congênita evitando intervenções não necessárias após o nascimento (DAMASCENO *et al.*, 2014; FIGUEIREDO *et al.*, 2020).

O tratamento é feito à base de Penicilina Benzatina, medicamento considerado como de primeira linha de tratamento contra sífilis por ser a única que atravessa a barreira transplacentária e por ter evidência científica que comprove sua eficácia garantindo doses adequadas no recém-nascido, sendo administrada por via parenteral (GUIMARÃES *et al.*, 2018).

Durante o tratamento é visto a necessidade e importância do farmacêutico para o cuidado do paciente na atenção básica e pré-natal juntamente com os profissionais de saúde. Os atendimentos farmacêuticos para o acompanhamento dos pacientes com a escuta ativa levam a identificação das necessidades desse paciente, analisando a situação e podendo fazer intervenções se caso for preciso. Além disso, tendo o papel na orientação da dispensação e fiscalização desse medicamento.

O acompanhamento desse profissional leva a uma maior adesão do paciente ao tratamento, já que falhas na prescrição e utilização desse medicamento são reduzidas. Sendo indispensável o monitoramento do profissional como também sua colaboração em estratégias para diminuição de sífilis em gestantes e prevenção de sífilis congênita. Dando importância ao aumento da sífilis ao longo dos anos e mostrando que ainda existem falhas na atenção básica e pré-natal, justifica-se a indispensabilidade de realizar uma pesquisa com o objetivo de levantar dados e discutir o perfil epidemiológico da doença no estado da Paraíba (NASCIMENTO, 2018).

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar os dados epidemiológicos dos casos de sífilis em gestantes notificados no estado da Paraíba no período de 2017 a 2021 através do SINAN.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Investigar a incidência de sífilis em gestantes no Estado da Paraíba, segundo variáveis sociodemográficas e clínicas.
- Identificar o conjunto de ações e serviços no controle da sífilis em gestantes.
- Associar a eficácia das medidas adotadas para prevenção e controle da doença.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 SURGIMENTO DA INFECÇÃO PELO *TREPONEMA PALLIDUM*

A sífilis é uma doença infecciosa crônica, que desafia há séculos a humanidade. Há duas teorias mais significativas que tentam explicar sua origem: 1. sugere que a doença teria surgido durante as expedições de Cristóvão Colombo, trazida do Novo Mundo para o Velho Mundo, por marinheiros e 2. que a sífilis seria proveniente de mutações dos últimos 10 mil anos, ocasionada a partir de adaptações sofridas por espécies de treponemas endêmicos do continente africano, dando assim origem a forma mais virulenta desta doença e fazendo com que no século XVI, ela se torna-se o maior problema de saúde pública da época (AVALLEIRA; BOTTINO, 2006; GIMENDEZ, 2017).

Teve seu agente etiológico descoberto por Fritz Richard Schaudinn e Paul Erich Hoffman em 1905 examinando uma amostra de pápula existente na vulva de uma mulher com sífilis secundária (BRAZIL, 2014).

Em 1960, devido ao surgimento da pílula anticoncepcional e as mudanças na sociedade em descrição ao comportamento sexual, fizeram com que o número de casos novamente aumentasse e com isso a necessidade e interesse pelo estudo (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).

Tendo uma melhoria nos cuidados contra a doença e na saúde da população nos anos 60 a sífilis adquirida e a sífilis congênita tiveram sua diminuição, chegando-se a prever a supressão total da doença no século XX (GUINSBURG; SANTOS, 2010).

No final dos anos 70, houve uma reestruturação das infecções sexualmente transmissíveis, com o surgimento da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), onde novos casos de sífilis vinham à tona, comprovando que a sífilis seria um agente facilitador para transmissão do HIV. Por consequência a necessidade de novos estudos para prevenção e controle da doença (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006; GIMENDEZ, 2017).

A bactéria *Treponema pallidum* (Figura 1, pág. 14) medem cerca de 0,1 a 0,2 micrômetro de largura e 5 a 20 micrômetros de comprimento. É uma espiroqueta da classe *Spirochaetes*, Gram negativa, anaeróbia facultativa, catalase negativa que tem sua forma espiralada e seu habitat natural a mucosa urogenital (PIRES *et al.*, 2014).

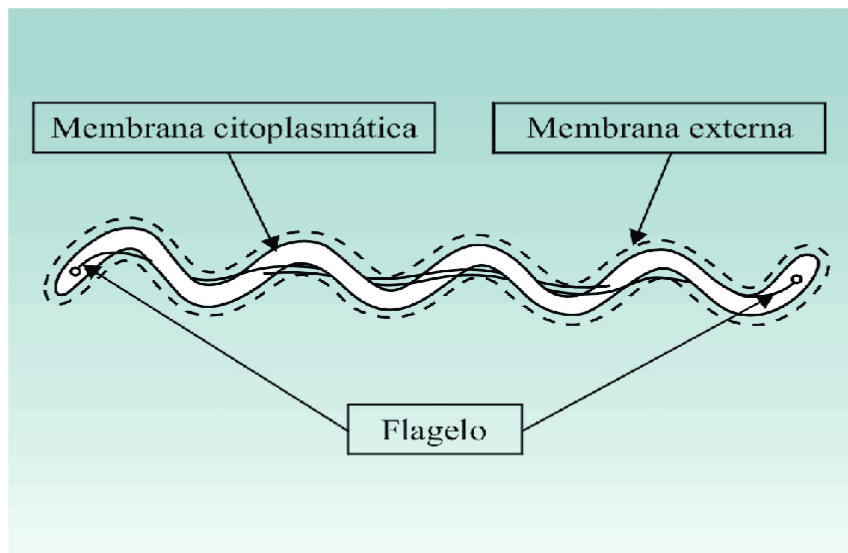
Todo seu genoma foi sequenciado, sendo um genoma de 1.138.006 pares de bases e 1.041 sequências de codificação preditas. Por causa disso, a bactéria precisa de muitas vias, como o ciclo do ácido tricarbóxico, componentes da fosforilação oxidativa e a maioria das

vias biossintéticas e depende do hospedeiro como o ser humano para realizar as funções necessárias (PIRES *et al.*, 2014; FRANTRY *et al.*, 2002).

Em 1906 houve o primeiro teste sorológico que foi feito através de um extrato hepático de um natimorto de mãe com sífilis (PIRES *et al.*, 2014).

A partir dessa descoberta e dos testes se tornou mais fácil encontrar um tratamento adequado para a doença que através do surgimento da penicilina como terapia principal para sífilis, continua sendo o medicamento mais utilizado para o tratamento dessa doença (SOUSA *et al.*, 2019).

Figura 1. Desenho esquemático do *Treponema pallidum*.



Fonte: AVELLEIRA; BOTTINO (2006).

3.2 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DA SIFÍLIS

Doença classificada como (IST) sexualmente transmissível curável, mostra-se em diferentes manifestações clínicas e estágios (primária, secundária, latente e terciária) com maior risco de transmissão na fase primária e secundária (SOUZA MARQUES *et al.*, 2018).

Sífilis primária é determinada por exibir lesões específicas como úlcera única, medindo entre 0,3 e 3,0 cm, indolor, denominada cancro duro. É uma lesão rosada que tem sua variação de aparecimento, segundo a OMS e o Ministério da Saúde, em média de 21 a 30 dias, onde geralmente após esse período tende a diminuir de intensidade, em média três semanas depois do aparecimento, de modo natural sem deixar cicatriz no local da lesão, estando frequentemente associadas à coinfeção pelo HIV (DAMASCENO *et al.*, 2014; KALININ; NETO; PASSARELI, 2015).

Sífilis secundária acontece depois da infecção primária não tratada com os sintomas tendo início seis semanas a seis meses da infecção primária. Seus sintomas são expostos como erupção cutânea disseminada geralmente aparecendo no tronco e extremidades como: palma das mãos ou na planta dos pés, tornando-se uma fase muito contagiosa. A fase secundária da sífilis pode causar mal-estar, febre, cansaço, prurido, cefaleia, perda de apetite (Hiporexia) e consequentemente perda de peso (DAMASCENO *et al.*, 2014).

Após o estágio secundário existe a fase latente onde o paciente pode ficar assintomático, sem apresentar sintomas por anos e sem contágio. O estágio pode ser considerado precoce: tendo infecção inicial em menos de 12 meses de evolução, ou tardia mais de 12 meses de evolução (GIMENDEZ, 2017; DAMASCENO *et al.*, 2014).

Sífilis terciária ou período tardio é a fase mais grave de todas, onde sua lesão peculiar é a formação de gomas sífilíticas contendo um ou mais nódulo ou úlcera granulomatosa. É uma lesão geralmente indolor que pode levar a destruição dos tecidos da pele atingindo até órgãos internos. Se não tratada de modo correto, a sífilis no estágio terciário pode prejudicar o cérebro, a artéria aorta, ossos e outros órgãos (DAMASCENO *et al.*, 2014; KALININ; NETO; PASSARELI, 2015).

Embora sendo conhecida no mundo ocidental desde o século XV, somente em 1850 surgiu o conceito de transmissão vertical, sendo descrito em 1906, pela primeira vez, a transmissão transplacentária (SANTOS JÚNIOR; VERONESI; FOCCACIA apud FRANCISCO, 2014).

A sífilis congênita é a infecção durante a gravidez no feto pelo *Treponema pallidum*, atravessando a barreira transplacentária, podendo ser também transmitido para o feto durante a hora do parto. A transmissão varia de acordo com o estágio em que a paciente se encontra e a infecção no feto varia de acordo com o tempo de exposição a doença (KALININ NETO; PASSARELI, 2015).

O feto pode ser assintomático se a infecção se instalar no último trimestre da gravidez. Quando sintomatológico, seus sintomas são variáveis e vão desde rinite hemorrágica, erupção eritematopapulosa, placas mucosas, condiloma plano, fissuras periorificiais radiadas, pênfigo sífilítico, microadenopatia e hepatoesplenomegalia, choro intenso e plaquetopenia, entre outras manifestações possíveis na sífilis congênita recente, até ceratite intersticial, tibia em sabre, gomas, hidrartrose bilateral de Clutton e ainda outras manifestações tardias. Estigmas como os dentes de Hutchinson (Figura 2, pág. 16), nódulos de Parrot no crânio, nariz em sela, fronte olímpica e alterações no exame de fundo de olho, apresentando aspecto em “sal e pimenta” (DAMASCENO *et al.*, 2014; BRASIL, 2010).

Figura 2. Dentes de Hutchinson.



Fonte: [Coggle.it/diagram/WOAUfkTdKQABIwbl/t/infecções- neonatais](http://Coggle.it/diagram/WOAUfkTdKQABIwbl/t/infecções-neonatais)

3.3 SIFÍLIS GESTACIONAL

A sífilis na gravidez, transmitida através de relações sexuais desprotegida durante a gestação. É uma doença tratável; portanto, a sífilis congênita pode ser impedida. A maioria dos casos vem de falhas no próprio pré-natal das gestantes, já que é indispensável seu acompanhamento, diagnóstico e tratamento. Resultante dessa falha a transmissão para o feto pode acarretar várias consequências (THAIZA *et al.*, 2019).

A falta de sintomatologia juntamente com a falta de conhecimento sobre a infecção é uma das causas que leva principalmente a transmissão por contato sexual e quando não tratada corretamente pode levar a casos mais graves (FERREIRA; SANTOS; VIEIRA, 2016).

Durante o período da gestação a fase de maior contaminação pela bactéria é a fase primária e secundária e o seu não diagnóstico após o contágio pode levar a infecção grave que pode causar má-formação do feto, prematuridade, neurosífilis, cegueira, aborto ou morte do bebê, quando este nasce doente (SOUSA *et al.*, 2019).

Os fatores mais importantes e que pode definir a doença transforma-se em sífilis congênita são: o estágio da sífilis gestacional e a quantidade de tempo que o feto ficará exposto no útero (BRASIL, 2010).

A propagação ocorrerá caso exista lesões genitais maternas no momento da passagem do feto pelo canal do parto, ou ao longo do aleitamento materno somente se houver lesões sífilíticas na mama ocasionando a Sífilis Congênita (SC) (GIMENDES, 2017).

Sífilis congênita é definida como a contaminação por via transplacentária para o feto durante a gestação ou pode também ocorrer durante o parto caso o bebê entre em contato com alguma lesão existente na genitália da mãe (GIMENDES, 2017).

A manifestação clínica da sífilis congênita é dividida em: sífilis congênita precoce e sífilis congênita tardia e suas características clínicas variam conforme a classificação da doença. Sífilis congênita precoce, seus sintomas aparecem logo após o nascimento ocorrendo lesões cutâneas mucosas; lesões palmo plantares, fissuras radiadas periorificiais, verrugas ano-genitais (Condilomas), aumento do fígado (hepatoesplenomegalia); lesões ósseas: periostite e osteocondrite; lesões do sistema nervoso central: convulsões, meningite e outras; lesões do aparelho respiratório (pneumonia alba) e rinite sanguinolenta, sendo em uma minoria dos casos (CHAIDA *et al.*, 2013).

Na sífilis congênita tardia seus sintomas aparecem depois de dois anos ocorrendo lesões como: fronte olímpica, nariz em sela, dentes deformados, mandíbula curta, arco palatino elevado, cegueira, surdez neurológica, tibia em sabre (Figura 3, pág. 17) e retardo mental (aprendizado tardio) (CHAIDA *et al.*, 2013).

Figura 3. Tibia em formato de sabre.



Fonte: [Coggle.it/diagram/WOAUfkTdKQABIwbl/t/infecções- neonatais](http://Coggle.it/diagram/WOAUfkTdKQABIwbl/t/infecções-neonatais)

3.4 ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS DA SIFÍLIS GESTACIONAL

A infecção tem distribuição mundial e a Organização Mundial de Saúde (OMS) avalia que apesar da doença estar instituída na notificação compulsória, no Brasil a cada ano há a prevalência de casos. Estima que somente em 2019 foram registrados 61.127 casos de sífilis em gestantes (taxa de detecção de 20,8/1.000 nascidos vivos). Ainda segundo a OMS a situação

da sífilis no Brasil não é diferente da de outros países. Os números de casos da infecção são preocupantes e a infecção precisa ser contida (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

Conforme o boletim epidemiológico de 2020 houve 24.130 casos de sífilis congênita (taxa de incidência de 8,2/1.000 nascidos vivos) mostrando que é necessário o controle durante a gestação dos casos para que não se resulte na (SG) e mortes fetais e neonatais.

A Sífilis Congênita (SC) entrou na lista de doenças compulsórias na portaria 542 de 22 de dezembro de 1986, mas atualmente estar sendo mantida na portaria nº2325 de 8 de dezembro de 2003, com finalidade de reduzir Transmissão Vertical (TV) da sífilis para níveis normais. A Organização Mundial de Saúde (OMS) apresentou a iniciativa de eliminação da SC, tendo como meta a diminuição de 50 ou menos casos por 100.000 nascidos vivos, visando também melhor triagem e tratamento das soropositivas (MOURA, 2018).

Na região nordeste a taxa de detecção de Sífilis gestacional é de 15,6 e sífilis congênita 7,6 por 1.000 nascidos vivos. A região Nordeste ocupa o segundo Ranking das regiões com maior número de Sífilis gestacional do País (COSTA *et al.*, 2021).

Na Paraíba no ano de 2019 foi visto que a incidência na taxa de detecção foi de 15,8 casos em gestantes por 1.000 nascidos vivos, sendo 1,5% maior que o ano anterior de 2018. Apesar de que na Paraíba esse aumento pode não ser tão brusco como em outras regiões a circunstância continua sendo preocupante, já que em anos anteriores essas taxas foram menores (COSTA *et al.*, 2018).

Segundo o boletim epidemiológico por ano de notificação da Paraíba de 2018 a 2021 o ano de 2019 foi o que mais teve notificação de sífilis adquirida, porém no ano de 2020 tivemos uma desaceleração no crescimento da taxa passando de 49,2 casos em 2019 para 24,7 casos/100.000 habitantes em 2020. Ainda no ano de 2020 tivemos uma redução de 0,5 casos/1.000 nascidos vivos sobre os casos de sífilis em gestantes em relação ao ano de 2019, reflexo supostamente da pandemia e ocorrência do COVID que prejudicou o diagnóstico precoce e ações de saúde em todo estado (Secretaria do estado da saúde da Paraíba, 2021).

No período de 2005 a junho de 2020, foram notificados no SINAN 384.411 casos de sífilis em gestantes no Brasil, sendo atribuído a região Nordeste em 2019, 15,6% dos casos e no estado da Paraíba uma taxa de 12,1%. Analisada a idade gestacional de detecção de sífilis em gestantes, observou-se que, em 2019, a maior proporção das mulheres (38,7%) foi diagnosticada no primeiro trimestre, ao passo que 24,2% representaram diagnósticos realizados no segundo trimestre, e 30,4%, no terceiro trimestre (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

3.5 FATORES DE RISCO PARA SIFÍLIS NA GESTAÇÃO

Um dos principais fatores de risco ocorre na Atenção Básica (AB), a não realização do pré-natal e acompanhamento da gravidez como a solicitação de exames para saber o histórico da gestante se já teve ou não a doença ou outros tipos de IST além da não realização do VDRL a maior ocorrência é por falhas na testagem gerando um diagnóstico falso negativo (COSTA *et al.*, 2021).

Como o tratamento da sífilis pode se estender dependendo da fase em que se encontra, muitos pacientes acabam abandonando a adoção terapêutica na doença. A IST não tratada ou o tratamento feito de forma incorreta e incompleta antes da gestação como também durante entra em caso de risco. Uma vez não tratada pode acarretar a consequência de uma transmissão vertical (TV), ocasionando Sífilis congênita (SG) (COSTA *et al.*, 2021; MARQUES *et al.*, 2018).

Na maioria dos estudos feitos mostra-se que a falta de informação e escolaridade é um dos fatores que influenciam na testagem positiva para sífilis gestacional entre as pacientes. Em análise epidemiológica evidencia-se que mais da metade das mulheres varia em Ensino Fundamental incompleto e Ensino Médio Completo, além do início da vida sexual precoce sem o uso de preservativos (MARQUES *et al.*, 2018).

Na gravidez o principal fator de risco pela elevada incidência da sífilis congênita é a assistência pré-natal inadequada ou falta de assistência, assim como também falta de testes e obtenção de resultados, abuso de drogas pela mãe durante a gestação, pobreza, gestação durante a adolescência, raça/cor não branca, baixa escolaridade, história de doenças sexualmente transmissíveis (DST), história de sífilis em gestações anteriores, múltiplos parceiros e baixa renda (NONATO *et al.*, 2015).

3.6 DIAGNÓSTICO DA SIFÍLIS GESTACIONAL

Durante a gravidez a triagem da sífilis é feita no 1º trimestre e 3º da gestação, no momento do parto independente de outros exames durante a gestação e também no caso de aborto (MINISTERIO DA SAÚDE, 2016).

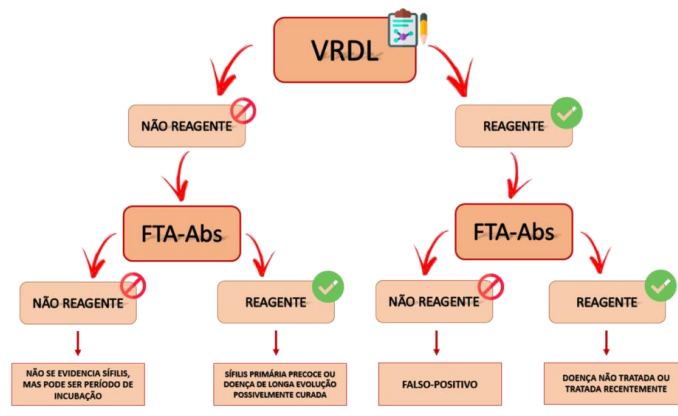
O seu diagnóstico durante a gestação é feito na Atenção Básica (AB) sendo crucial para a prevenção da Transmissão Vertical (TV). O diagnóstico é considerado por fase clínica e evolutiva da doença indicado por lesões na pele e mucosas disseminadas. O diagnóstico da infecção pela sífilis exige uma correlação entre dados clínicos, resultados de testes laboratoriais,

histórico de infecções passadas e investigação de exposição recente. Através de testes treponêmicos e não treponêmicos (Figura 4, pág. 20) é realizada testagem sorológica por método VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) e RPR sendo os dois testes não treponêmicos que possui uma sensibilidade maior ou testes rápidos feitos no início da gestação (COSTA *et al.*, 2021; SOUSA, 2019). Sobre os exames treponêmicos os mais usados são FTA-Abs (Fluorescent Treponema antigen absorvente) e MHATP (Microhemaglutinação para *Treponema Pallidum*), não podendo ser realizado na hora do nascimento já que por ser mais específicos podem dar um resultado falso-negativo (GIMENDES, 2017; SOUSA, 2019).

A Sorologia não-Treponêmica (VDRL e RPR) é indicada para o diagnóstico e seguimento terapêutico. O teste pode permanecer reagente por longos períodos, mesmo após a cura da infecção, mas apresenta tendência a queda progressiva nas titulações, até sua negatização. O recém-nascido não infectado pode apresentar anticorpos maternos transferidos através da placenta, e neste caso, o teste será reagente até o sexto mês de vida aproximadamente (BRASIL, Ministério da Saúde).

Sorologia treponêmica (FTA-Abs, TPHA, ELISA) são testes úteis na exclusão de resultados de VDRL falsos-positivos. O FTA-Abs/IgG, quando reagente em material do recém-nascido, não significa infecção pré-natal, pois os anticorpos IgG maternos ultrapassam a barreira placentária. O FTA-Abs/IgM por sua vez não ultrapassa a barreira placentária, significando, quando reagente no material do recém-nascido, infecção fetal. Porém, tem baixa sensibilidade, podendo resultar em exames falsos negativos. Em geral, os testes treponêmicos permanecem reagentes por toda a vida, mesmo após a cura da infecção, contra-indicando seu uso para acompanhamento. Testes treponêmicos reagentes em crianças maiores de 18 meses. (BRASIL, Ministério da Saúde).

Figura 4. Fluxograma do diagnóstico laboratorial da sífilis.



3.7 MEDIDAS PREVENTIVAS E TRATAMENTO PARA SIFÍLIS GESTACIONAL

Assim como o diagnóstico, o tratamento em gestante é de grande importância para prevenção de sífilis congênita. Apesar de ser um tratamento simples e eficaz por vezes não é realizado de forma correta ou adequadamente, quando o resultado do teste for positivo é necessário iniciar-se seu tratamento de imediato sem esperar por mais um segundo resultado (MOURA, 2018).

Tendo sintomas ou não a gestante deve ser testada para sífilis durante o pré-natal e fazendo repetições para acompanhamento, sendo uma medida preventiva que seu parceiro sexual também faça testes ou tratamento se caso der positivo para evitar a transmissão. Toda mulher que sofreu aborto espontâneo após as 20 semanas da gestação deve também ser testada assim como toda mãe e seu bebê devem ter pelo menos 1 exame negativo para sífilis antes da alta hospitalar (GIMENEZ, 2017). Dependendo do estágio clínico da doença seu tratamento será diferente em doses. O tratamento de primeira linha indicado pelo Ministério da Saúde é Penicilina G Benzatina, podendo ser substituída por outros antibióticos como: ceftriaxona, doxicilina e eritromicina. Na falta de Penicilina o segundo medicamento indicado é a ceftriaxona (MOURA, 2018; SOUSA, 2019).

A dose usual para sífilis primária, secundária e latente recente é de: Penicilina G Benzatina 2,4 milhões UI, dose única (1,2 em cada glúteo); sífilis latente tardia ou com duração ignorada e terciária é de: Penicilina G Benzatina 2,4 milhões UI, dose semanal por três semanas, dando uma dose total de 7,2 milhões UI (MOURA, 2018; MARQUES *et al.*, 2018).

Sobre os parceiros sexuais em casos de sífilis na gestação sendo primária, secundária ou latente necessitam ser tratadas em princípio com apenas uma única dose de penicilina benzatina intramuscular. A condição de parceiro não tratado caracteriza tratamento materno inadequado e, por conseguinte, a criança será considerada caso de sífilis congênita.

3.8 PAPEL DO FARMACÊUTICO NO CUIDADO DA PACIENTE COM SIFÍLIS NA GESTAÇÃO

Durante esses longos anos a atenção básica vem sofrendo mudanças em suas estratégias e englobamentos de profissionais para o combate a doenças de aviso compulsório. A farmácia clínica vem mostrando a sua importância dentro da saúde básica comum e visibilizando resultados na diminuição da distância entre o paciente, o farmacêutico e a equipe multiprofissional (NASCIMENTO, 2018).

O movimento da farmácia clínica dentro da saúde básica mostra como promover a interação do profissional da saúde com o paciente trazendo a melhora do paciente na adoção do tratamento garantindo a melhora no quadro (SOUZA, 2017; NASCIMENTO, 2018).

O farmacêutico tem sua importância em garantir o acesso do medicamento ao paciente como também prescrição apropriada, segurança na administração e sua eficácia visando a melhora da paciente gestante evitando efeitos adversos e complicações, levando assim a maior adesão ao tratamento e uma ação terapêutica adequada (NASCIMENTO, 2018; WHO, 2006).

Além da dispensação em si do medicamento o farmacêutico deve trazer informações para essas pacientes. A educação em saúde não trás apenas um benefício para o paciente mas a oportunidade de ambos em aprendizagem. A transparência sobre posologia, sintomas, riscos e benefícios aumenta seu entendimento e interação com o profissional trazendo confiança, resultando numa adesão maior, promovendo o tratamento correto (MINAS, 2010; MEDEIROS, 2013).

Referente ao medicamento a sua prescrição correta se torna decisiva para eficácia do tratamento, quando utilizado de forma correta o resultado é um sistema funcional e organizado dentro da atenção básica. A junção da equipe multiprofissional desde o Médico prescritor ao farmacêutico e enfermeiros na prescrição e ajuste terapêutico contribui na utilização correta e eficácia (NASCIMENTO, 2018).

É visto que o farmacêutico é um importante membro na equipe multidisciplinar e que com a sua cooperação e estratégias tem o papel no ganho da melhoria dentro dos níveis básicos de saúde, visto que, é capacitado para detectar e prevenir falhas resultando na redução não só de casos, trazendo a melhora na recuperação do paciente mas também de gastos significativos na saúde pública.

4 METODOLOGIA

A Paraíba é uma das 27 unidades federativas do Brasil. Localiza-se no leste da Região Nordeste, com uma área de 56.467,242 km². Apresenta uma população de 4,059 milhões de habitantes, sendo o 15º estado mais populoso do Brasil. A capital e município mais populoso do estado é João Pessoa, com população estimada em 2021 em 825,796 habitantes. É a oitava cidade mais populosa da Região Nordeste e a 23ª do Brasil (IBGE, 2020).

4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Tratou-se de um estudo descritivo e exploratório por meio de uma investigação, retrospectiva e quantitativa de dados epidemiológicos que foi obtido através dos casos de sífilis em gestantes no estado da Paraíba no período de 2017 a 2021 por meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), disponibilizados no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). O SINAN é um sistema de informação do Ministério da Saúde implantado em todo território nacional para o registro dos agravos de notificação compulsória.

O levantamento dos dados publicados no SINAN usados foi de 2017 a 2021, a fim de atualizar e tornar disponível uma análise epidemiológica mais precisa dos casos confirmados de sífilis em gestantes na Paraíba.

4.2 OBTENÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram coletados em março de 2022. Após a obtenção dos dados reportados na plataforma do SINAN, de 2017 a 2021, foi executada uma análise criteriosa dos casos de sífilis em gestantes na Paraíba, confirmados na plataforma do Ministério da Saúde.

A população do estudo foi constituída por todos os casos de sífilis em gestantes no estado da Paraíba relativo ao período de 2017 a 2021. Os dados coletados foram organizados e processados em planilhas do Microsoft Excel® 2010 e confrontados com literatura pertinente. A interpretação dos dados foi feita de acordo com as estatísticas apresentadas por cada um dos aspectos relevantes e buscou-se relacioná-los a características qualitativas de cada critério, como também as possíveis hipóteses para os achados.

4.3 CAMPOS E VARIÁVEIS ANALISADAS NA FICHA DE NOTIFICAÇÃO

Para a realização da pesquisa foram coletadas as variáveis referentes à: Ano de diagnóstico, raça, faixa etária, escolaridade, classificação clínica, teste não treponêmico e teste treponêmico. Variáveis disponíveis no DATASUS do SINAN.

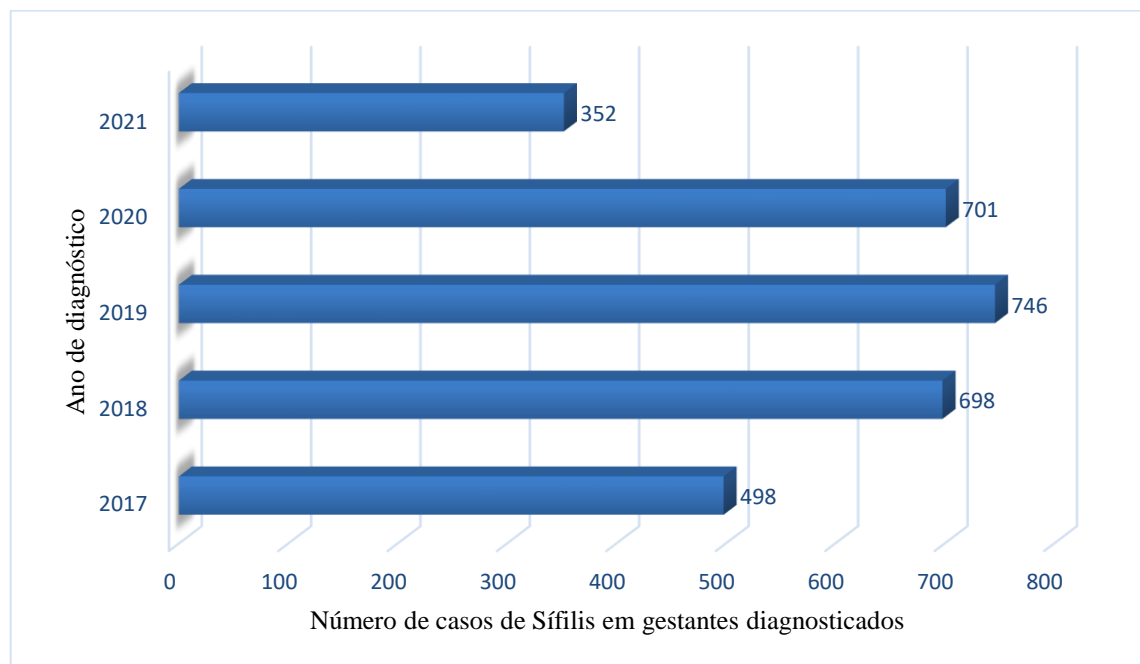
Essa pesquisa utilizou um banco de dados secundários com o comprometimento de garantia do anonimato e sigilo de todas as informações obtidas. Por se tratar de dados de domínio público registrados no SINAN, visto que, os mesmos são disponibilizados a toda a população, não foi necessário submeter o projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

As informações foram coletadas no banco de dados do Sistema de Informação e Agravos de Notificação (SINAN). Após analisados, os dados foram apresentados em tabelas e gráficos de acordo com as variáveis: Ano de diagnóstico, raça, faixa etária, escolaridade, classificação clínica, teste não treponêmico e teste treponêmico. Todos os casos foram notificados somente no estado da Paraíba no período de 2017 à 2021.

Os resultados revelaram 2.995 casos notificados de sífilis em gestantes no estado da Paraíba, no período de 2017 à 2021. Sendo o ano de 2019 o período com o maior número de registro de casos e o ano de 2021 o período com menores notificações de casos (Gráfico 01, pág. 25).

Gráfico 1. Número de casos de Sífilis em gestantes diagnosticados no estado da Paraíba, durante o período de 2017a 2021.



Fonte: DA SILVA(2022).

De acordo com o gráfico 01 (pág. 25), podemos observar um aumento significativo dos casos diagnosticados entre os anos de 2017 e 2019, tendendo posteriormente a uma progressiva redução dos números entre 2020 e 2021. Um estudo feito por Marques *et al.*(2018), esclarece que uma das explicações para esse aumento é a ampliação no uso de testes rápidos em gestantes e a mudança comportamental, no que diz respeito a diminuição do uso de métodos

contraceptivos. Em relação a essa progressiva queda dos casos notificados, acredita-se que possa estar relacionado à subnotificação, haja vista a mobilização local dos profissionais de saúde ocasionada pela pandemia de COVID-19. Outros estudos realizados em outros estados constataram a mesma situação de queda no número de casos nos últimos anos (MINASSE *et al.*, 2021).

A maioria das gestantes com sífilis eram da raça parda seguida por brancas (Tabela 1, pág. 26), o que corrobora com o perfil étnico do estado da Paraíba, haja vista que no último censo realizado no estado, foi constatado que a maior percentagem da população paraibana é da etnia parda (IBGE, 2020).

Tabela 1. Distribuição do número de casos de gestantes com sífilis notificados no estado da Paraíba de acordo com a variável raça, no período de 2017 a 2021.

RAÇA	ANO				
	2017	2018	2019	2020	2021
Ign/ Branco	-	28	38	28	23
Branca	-	82	96	88	36
Preta	-	51	50	50	28
Amarela	-	7	6	5	5
Parda	-	555	537	518	321
Indígena	-	1	3	2	2

Fonte: DA SILVA(2022).

Moura *et al.* (2019) também atestam esses dados, uma vez que demonstram em seu estudo que na região Nordeste existe um número extremamente alto de pardos, bem como os percentuais apresentam-se mais elevados para essa população, devido a miscigenação do povo brasileiro e sua autodeclaração de população parda. Quanto ao povo indígena do Brasil, Santos *et al.* (2020) falam que a baixa incidência de casos notificados se deve a subnotificação associada ao preenchimento incompleto e incorreto das fichas de notificação e a não alimentação do Sistema pelas unidades notificadoras.

Em relação a idade (Tabela 2, pág. 27) das gestantes diagnosticadas com sífilis, foi encontrado neste estudo prevalência de casos em jovens entre 20 e 29 anos, seguido de adolescentes entre os 15 e 19 anos.

Tabela 2. Distribuição do número de casos de sífilis em gestantes notificados no estado da Paraíba de acordo com a faixa etária, no período de 2017 a 2021.

FAIXA ETÁRIA	ANO				
	2017	2018	2019	2020	2021
10-14 anos	9	8	10	5	4
15-19 anos	121	194	174	181	93
20-39 anos	325	510	530	488	313
40-59 anos	9	12	16	17	5

Fonte: DA SILVA(2022).

Segundo Santos *et al.* (2020), entre os 20-29 anos de idade a mulher se encontra no auge de sua vida sexualmente ativa, ficando mais susceptível as infecções sexualmente transmissíveis. Fora que o número expressivo de adolescentes grávidas com a infecção por sífilis atesta o início precoce e desprotegido da vida sexual da mulher.

Quanto a escolaridade (Tabela 3, pág. 27) das gestantes sífilíticas, a maior parte destas possuíam ensino fundamental da 5 a 8ª série incompleto. Segundo estudos sobre as diversidades da predominância da sífilis nas regiões do Brasil a escolaridade foi considerada um dos fatores que mais contribuem para o aumento da doença entre as adolescentes e jovens, já que a falta de informação sobre a doença também se mostrou importante, devido a recusa ao tratamento como consequência da falta de conhecimento (SANTOS *et al.*, 2020).

Lins (2014) apresenta em seu estudo sobre sífilis gestacional e congênita no extremo setentrional da Amazônia, que o alto índice de casos de sífilis gestacional estar atrelado aos fatores idade, raça e escolaridade, corroborando com os achados dessa pesquisa.

Tabela 3. Distribuição do número de casos de gestantes sífilíticas notificados no estado da Paraíba de acordo com a variável escolaridade, no período de 2017 a 2021.

ESCOLARIDADE	ANO				
	2017	2018	2019	2020	2021
Ign/Branco	161	192	182	215	111
Analfabeto	4	6	8	7	12
1° a 4° série incompleta do Ensino Fundamental	43	50	47	33	11
4° série completa do Ensino Fundamental	26	37	50	32	10
5° a 8° série incompleta do Ensino Fundamental	107	172	182	147	117

Ensino Fundamental completo	38	73	83	68	39
Ensino Médio incompleto	36	70	63	74	46
Ensino Médio completo	40	117	101	104	62
Educação Superior Incompleta	6	4	8	6	3
Educação Superior completa	3	3	6	5	4

Fonte: DA SILVA(2022).

Ao se analisar o tipo de classificação clínica (Tabela 4, pág. 28) mais predominante entre as gestantes paraibanas, observou-se um predomínio de casos sem classificação, seguidos dos casos de sífilis primária.

Tabela 4. Distribuição do número de casos de gestantes sífilíticas notificados no estado da Paraíba de acordo com a variável classificação clínica, no período de 2017 a 2021.

CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA	ANO				
	2017	2018	2019	2020	2021
Ign/Branco	192	251	259	269	175
Primária	167	220	216	188	102
Secundária	28	26	39	61	35
Terciária	25	34	41	38	29
Latente	52	193	175	135	74

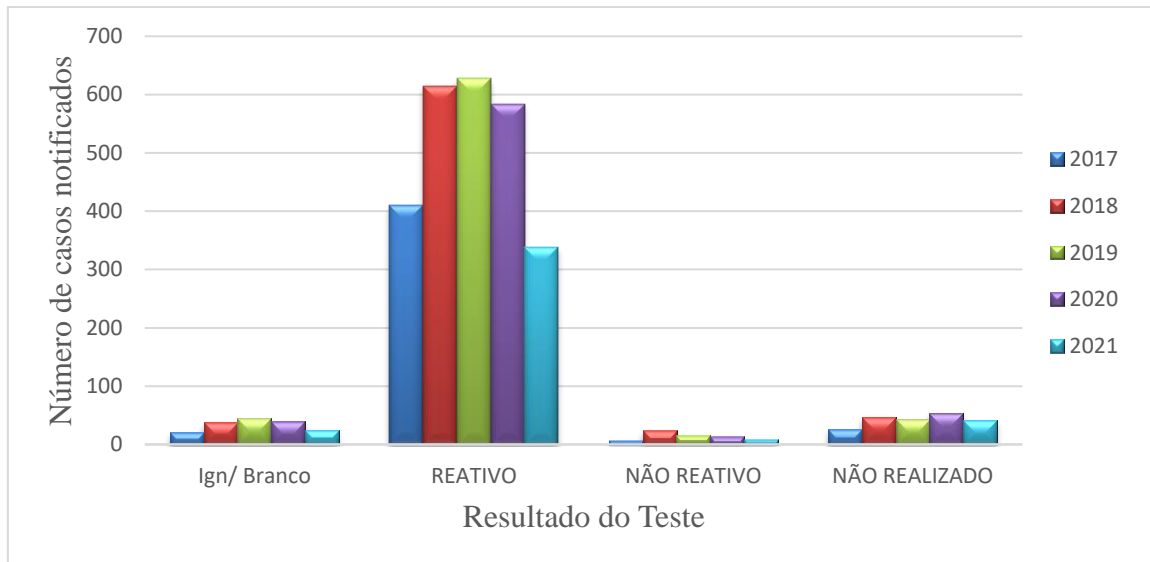
Fonte: DA SILVA(2022).

Segundo o Ministério da saúde, a maioria dos diagnósticos em gestantes ocorre no estágio de sífilis latente, de modo que os dados apresentados podem ter sido causados por algum equívoco ou erro de classificação, o que pode levar a tratamentos inadequados. Cavalcante *et al.* concordam com essa suspeita, uma vez que atestam em seus estudos a ocorrência de equívocos quanto a classificação das gestantes, levando ao alto percentual de mulheres na fase primária, diferentemente do que se espera do rastreamento (NUNES *et al.*, 2020).

Os critérios para diagnóstico da sífilis gestacional baseiam-se em testes não treponêmicos e treponêmicos, de modo que a análise da execução destes testes (Gráficos 2 e 3, pág. 29) demonstrou alta prevalência de exames reativos, evidenciando a eficácia dos mesmos para confirmação das infecções sexualmente transmissíveis (IST), como a sífilis. Entre os anos investigados, pode-se observar que o ano de 2019 foi o que apresentou o maior número de casos

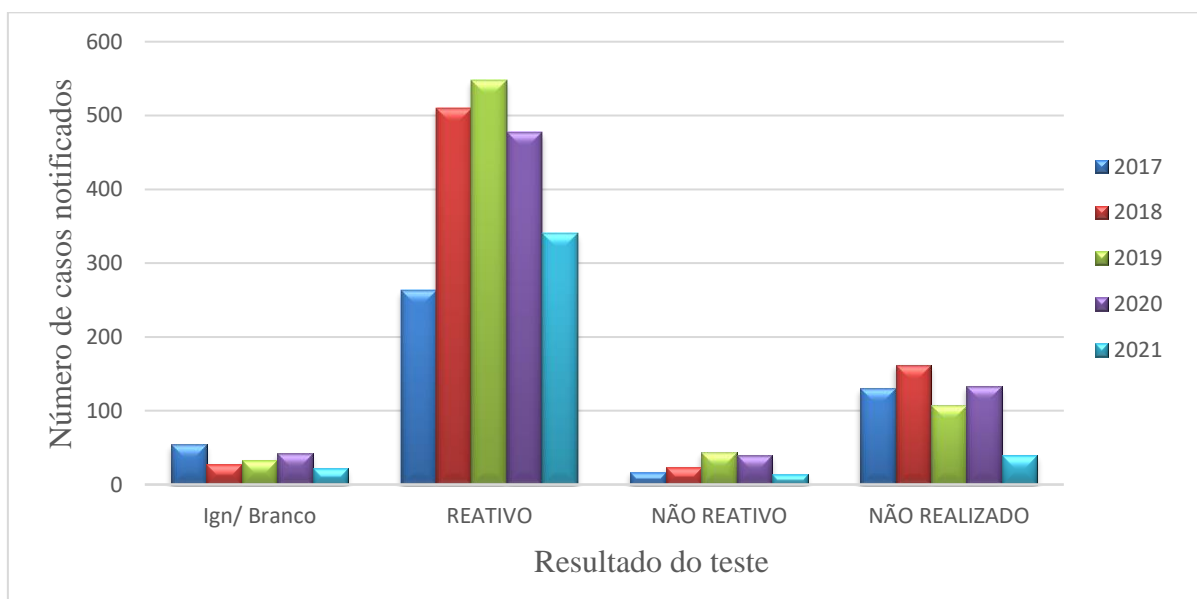
positivos, corroborando com a informação que descreve 2019 como o ano com maior número de casos de sífilis gestacional confirmados.

Gráfico 2. Distribuição do número de casos de sífilis em gestante no estado da Paraíba no período de 2017 a 2021 de acordo com o Teste não treponêmico.



Fonte: DA SILVA(2022).

Gráfico 3. Distribuição do número de casos de sífilis em gestante no estado da Paraíba no período de 2017 a 2021 de acordo com o Teste treponêmico.



Fonte: DA SILVA(2022).

Segundo Sousa *et al.* (2018) é possível estabelecer uma comparação entre os testes VDRL e Teste Treponêmico Rápido, no entanto eles relatam que o Teste Rápido Treponêmico apresenta maior sensibilidade e especificidade uma vez que sua ação imunocromatográfica de fluxo lateral, tendo sucesso em detectar de maneira simples e ligeira a presença de anticorpos anti-Treponema, devido os antígenos do *T. pallidum* que estão fixados na área teste (T). Sua vantagem é um pequeno intervalo de tempo para emissão dos resultados, que diz respeito a uma faixa que varia de 20 a 30 minutos após sua realização, possibilitando uma leitura ágil, o que o torna muito útil e eficaz no auxílio do diagnóstico, tendo também um custo não tão elevado, e não necessitando de estruturas laboratoriais para sua execução. Porém apresenta desvantagens por não servir como único teste confirmatório necessitando de outros.

O conjunto de ações e serviços no controle da sífilis em gestantes tem como objetivo a prevenção da doença através da Edu-comunicação, como também controlar a transmissão vertical do *Treponema pallidum*, acompanhar adequadamente o comportamento da infecção nas gestantes, para planejamento e avaliação das medidas de tratamento, de prevenção e controle com a incorporação do projeto de Resposta Rápida à Sífilis nas Redes de Atenção “Sífilis Não”, especialmente na perspectiva de ampliação dos seus objetivos, como a redução da sífilis adquirida e da sífilis em gestantes (BRASIL, 2020).

Dentre os conjuntos de ações e políticas elaboradas pelo Ministério da Saúde (MS) pode-se evidenciar a Política Nacional de Atenção Integrada a Saúde da Mulher (PAISM) que tem como foco a elaboração e normatização da atenção à saúde da mulher em todos os ciclos de sua vida (RIBEIRO, 2019).

É importante ressaltar que apesar das ações muitas mulheres ainda se tornam portadoras de sífilis, evidenciado pelos números de casos expostos nos resultados apresentados neste estudo. Sendo assim, é essencial uma preocupação constante dos profissionais de saúde na atenção básica, conscientização e adoções de medidas mais efetivas de prevenção e um controle sistematicamente aplicado, para que possamos realmente combater com efetividade a sífilis gestacional.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme exposto, foram encontrados 2.995 casos de sífilis em gestantes no estado da Paraíba nos anos de 2017 a 2021. Tendo um declínio nos anos de 2020 e 2021, fato esse justificado pelo atrasado de notificação por causa do período da Pandemia no Brasil.

A pesquisa constatou que a maioria dos casos foi em mulheres pardas, na faixa etária de 20-29 anos, com incidência de escolaridade da 5^o a 8^o série do Ensino Fundamental incompleto, o que atesta que o estado da Paraíba tem ainda uma alta persistência de casos entre as mulheres paraibanas de vida sexualmente ativa. Deste modo, faz-se necessário investir em assistência pré-natal de qualidade, com busca precoce da gestante, busca ativa das gestantes faltosas, captação dos parceiros, ações de promoção da saúde, orientação sexual, diagnóstico e tratamento oportuno, no intuito de reduzir a transmissão vertical preconizados pelo Ministério da Saúde.

O farmacêutico dentre os profissionais de saúde é uma peça fundamental para o combate da doença trazendo mais segurança na adoção do tratamento para as pacientes e colaborando com a equipe multidisciplinar. Ao longo desses anos vimos a inclusão dos farmacêuticos em práticas clínicas e na atenção primária onde foi notada a melhora significativa de erros em prescrição, dispensação e educação em saúde.

Portanto, pode-se concluir que o contínuo monitoramento das variáveis utilizadas nesse estudo são importantes para que se possa avaliar o resultado das ações e políticas públicas direcionadas ao controle da sífilis gestacional e conduzir as tomadas de decisões relacionadas à IST's. Sendo assim, é fundamental a realização de estudos epidemiológicos sobre a sífilis gestacional bem como de outras IST's, pois pode ter reflexo positivo na implantação de novas políticas públicas que auxiliem em maiores efeitos na prevenção da doença, contando sempre com profissionais bem capacitados.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Boletim Epidemiológico - Sífilis Brasil: MS; 2019.** Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2019/boletim-epidemiologico-sifilis-2019> Acesso em: 27 de set. 2021.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). **Boletim Epidemiológico - Sífilis Brasil: MS; 2020.** Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2020/boletim-sifilis-2020> Acesso em: 27 set.2021.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Nota Informativa nº 2-SEI/2017. Altera os critérios de definição de caso para notificação de sífilis adquirida, sífilis em gestante e sífilis congênita [Internet]. Brasília (DF): **Ministério da Saúde**; 2017. Disponível em: https://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/Sifilis-Ges/Nota_Informativa_Sifilis.pdf Acesso em: 29 de set.2021.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR), Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: 1º ciclo: microdados da avaliação externa [Internet]. Brasília (DF): **Ministério da Saúde**; 2011 [cited 2021 Jan 20]. Disponível em: https://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/microdados_pmaq/Modulo_I_UBS/BD_UBS_BRASIL.xlsx Acesso em: 29 de set.2021.

CARDOSO, A.R.P. *et al.* Análise dos casos de sífilis gestacional e congênita nos anos de 2008 a 2010 em Fortaleza, Ceará, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 2, p. 563-574, 2018.

CASTRO, R. E. V. DE. **Sífilis congênita: o que o médico precisa saber.** Disponível em: <https://pubmed.com.br/sifilis-congenita-o-que-o-medico-precisa-saber/>.

CAVALCANTE, M.P.A;PEREIRA, R.B.L;CASTRO, J.G.D. Sífilis gestacional e congênita em Palmas, Tocantins, 2007-2014. **Epidemiol Serv Saúde.**, v. 26, n. 2, p. 255-64, 2017.

CERQUEIRA, B. G. T. de; SILVA, E. P. da; GAMA, Z. A. S. Improvement of quality of care for gestational syphilis in the municipality of Rio de Janeiro. **Revista De Saúde Pública**, v. 55, n. 34, 2021.

COSTA, P. A. *et al.* Epidemiological profile of Gestational Syphilis cases in Paraíba, Brazil. **Research, Society and Development.** v. 10, n. 9 , e24210918020, 2021

DAMASCENO, A.B.A. *et al.* Sífilis na gravidez, **Revista HUPE, Rio de Janeiro** v. 13, n. 3, 2014.

Experiências Exitosas de Farmacêuticos no SUS. Disponível em: <http://revistas.cff.org.br/?journal=experienciasexitosas&page=article&op=view&path%5B%5D=1402&path%5B%5D=1380>. Acesso em: 9 mar. 2022.

FERNANDES, A. C. M. *et al.* Perfil epidemiológico dos casos de sífilis em gestantes no município de Macapá, Amapá, de 2015 a 2017. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 2, n. 6, p. 4993–5002, 2019.

FERREIRA MASCARENHAS, L. E. **DESAFIOS NO TRATAMENTO DA SÍFILIS**

GESTACIONAL. Disponível em:

<<http://www.repositorio.bahiana.edu.br/jspui/bitstream/bahiana/735/1/DESAFIOS%20NO%20TRATAMENTO%20DA%20S%3%8dFILIS%20GESTACIONAL.pdf>>. Acesso em: 9 mar. 2022.

GUIMARÃES, T A. *et al.* Sífilis em gestantes e sífilis congênita no Maranhão. **Arquivos de Ciências da Saúde**, [S.l.], v. 25, n. 2, p. 24-30, 2018. Disponível em: doi.org/10.17696/2318-3691.25.2.2018.1023 Acesso: 20 maio 2022

LIMA V.C, MORORÓ R.M, MARTINS M.A, RIBEIRO S.M, LINHARES M.S.C. Perfil epidemiológico dos casos de sífilis congênita em um município de médio porte no nordeste brasileiro. **J Health BiolSci.**,v. 5, n. 1, p. 56-61, 2017.

LINS, C. D. M. (2014). **Epidemiologia da sífilis gestacional e congênita no extremo setentrional da Amazônia**. 2014. Dissertação (Mestrado) Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Roraima, Boa Vista – RR

MARQUES, J. V. S., Alves, B. M., Marques, M. V. S., Arcanjo, F. P. N., Parente, C. C., & Vasconcelos, R. L. Perfil epidemiológico da sífilis gestacional: clínica e evolução de 2012 a 2017. **SANARE-Revista de Políticas Públicas**, v. 17, n. 2, 2018.

MÉDICA, N. M.-E. **Você precisa saber tratar Sífilis, pois a OMS estima que há 1 milhão de casos em gestantes**. Disponível em: <<https://educacaomedica.com.br/?p=150>>. Acesso em: 9 mar. 2022.

MINASSE, Y. C. **Sífilis nodular secundária: Para apresentação em antebraço**. Anais Eletrônico XII EPCC, Universidade Cesumar –2021

MOURA, M. C. L. *et al.* Sífilis congênita no Piauí: Um agravamento sem controle. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research–BJSCR**, v. 26, n. 3, p. 29-35, 2019.

NASCIMENTO, L.F.A, **Atenção Farmacêutica na Sífilis**, (Monografia de Graduação em Farmácia) – Universidade Federal de Juiz de Fora, 48.p – 2019.

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. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, n. 4, p. 681–694, 2015.

NUNES, J. P. G.; BARBOSA, V. V. Uma série histórica da incidência de Sífilis na gestante no Pará entre os períodos de 2013 a 2018. **Pará Research Medical Journal**, v. 4, 2020.

OLIVEIRA, J. S. de; Santos, J. V. Perfil epidemiológico da sífilis congênita no estado da Bahia, no período de 2010 a 2013: **Revista Eletrônica Atualiza Saúde**, Salvador, v. 2, n. 2, 2015.

PRADO, B.F. **Desafios enfrentados na assistência no pré-natal para a prevenção e controle de sífilis gestacional: uma revisão de literatura.** (Monografia de Graduação em Enfermagem) – Universidade Católica de Goiás, 49.f-2021

QUIRINO, K. H. B. DA S.; OLIVEIRA, I. S. DE; MELO NETO, B. Sífilis gestacional: um estudo epidemiológico no Nordeste do Brasil. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 6, p. e51210616001, 8 jun. 2021.

RIBEIRO, W.P. **Plano de intervenção para o controle da sífilis em gestantes na unidade básica de saúde dom Bosco na cidade de Pará de Minas- Minas Gerais.** (Monografia de Especialização Gestão do Cuidado em Saúde da Família) – Universidade Federal Triângulo Mineiro, 32.f-2019.

SANTOS, L.G. *et al*, As diversidades da predominância da sífilis adquirida nas regiões do Brasil (2010 – junho de 2019), **Revista Eletrônica Acervo Científico**, Aracaju – Sergipe, Vol. 10, p.1-10, 6/2020. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/react.e3553.2020> Acesso: 20 mai 2022

SOUZA, L.V. **Perfil epidemiológico da sífilis em gestantes no município de Pinheiros, Maranhão- 2009 a 2018**, (Monografia de Graduação em Medicina) – Universidade Federal do Maranhão, 34.f- 2019.

SOUZA, A.N. *et al*, Diagnóstico de sífilis em gestantes: estudo comparativo entre duas metodologias, **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research**, Terezina- Piauí, Vol.23, n.3, pp.36-40, 06/2018 Disponível em: <http://www.mastereditora.com.br/bjscr> Acesso: 20 maio 2022

VIDAL, G.G. S. **Perfil epidemiológico da sífilis congênita no município de Sinop/MT no ano de 2016.** (Monografia de Graduação em Enfermagem) - Universidade Federal de Mato Grosso Campus de SINOP, 61 f- 2017.