

**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE - UNESC
CURSO DE BIOMEDICINA**

KELI ABLE DA SILVEIRA

**DIAGNÓSTICO DE SÍFILIS EM UM MUNICÍPIO DO EXTREMO SUL
CATARINENSE**

CRICIÚMA

2017

KELI ABLE DA SILVEIRA

**DIAGNÓSTICO DE SÍFILIS EM UM MUNICÍPIO DO EXTREMO SUL
CATARINENSE**

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado pela Banca Examinadora para obtenção do Grau de Bacharel no Curso de Biomedicina da Universidade do Extremo Sul Catarinense, UNESC.

Criciúma, Junho de 2017.

BANCA EXAMINADORA


MSC. LIZIARA SILVA FRAPORTI – Orientadora


Esp. Ana Daniela Coutinho Vieira


MSc. José Otávio Feltrin

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, a minha família por ser à base da minha vida, e aos amigos que me acompanharam durante esta jornada.

AGRADECIMENTOS

Após tantos obstáculos enfrentados ao longo desta caminhada, com força de vontade, perseverança e acima de tudo muito comprometimento finalmente consigo realizar esta conquista. No entanto nada teria conquistado se não fosse à presença de alguns envolvidos que me ajudaram durante esta trajetória. Assim...

Deixo meus votos de agradecimentos:

A Deus por ter me dado força e coragem nos momentos mais difíceis.

Ao meu esposo e filhos por todo amor e carinho, além do apoio incondicional que me deram nesta jornada.

A minha orientadora Liziara Silva Fraporti por todo ensinamento transmitido, por suas correções e críticas.

Ao Professor Kristian Madeira pela paciência, apoio e incentivos.

A minha amiga Émilin de Jesus Casagrande de Souza por todo apoio, dedicação e carinho.

Aos Professores Ana Daniela Coutinho e José Otávio por ter aceitado o convite de compor a banca, e pela disponibilidade do tempo na avaliação do trabalho.

E a todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu sincero muito obrigado.

*“Conhecimento não é aquilo que você sabe,
mas o que você faz com aquilo que você sabe”.*

(Aldous Huxley)

RESUMO

A sífilis é uma doença infectocontagiosa, transmitida sexualmente e verticalmente durante a gestação. Suas manifestações incidem por períodos de atividade e latência acarretando em lesões cutâneas, porém pode evoluir para formas mais graves quando não tratada ou inadequadamente tratada. O diagnóstico laboratorial é essencial para a confirmação da sífilis, embora seja uma doença extremamente curável vem se tornando um problema de saúde pública, pois se estima que cerca de 12 milhões de novos casos de sífilis ocorrem por ano em todo o mundo. **Objetivo:** Verificar o número de casos diagnosticados de sífilis nos anos de 2015 e 2016, no município de Içara, cidade do Extremo Sul Catarinense. **Metodologia:** Foi realizado um estudo do tipo retrospectivo, descritivo, com abordagem quantitativa, com consulta em banco de dados no Serviço de Atendimento Especializado (SAE) no município de Içara/SC. Realizaram-se também pesquisas em dados secundários por meio de levantamento bibliográfico em livros e artigos científicos relacionados ao tema **Resultados e Discussões:** Os dados coletados correspondem ao período janeiro de 2015 e dezembro de 2016. Foram incluídos no estudo 87 casos de sífilis adquirida não específica (primária, secundária e terciária). Os casos de Sífilis em Gestantes e Adesão ao tratamento do parceiro totalizaram 17 casos. Dos 17 casos, 7 dos parceiros realizaram tratamento e 10 dos parceiros não realizaram o tratamento. Os 11 casos diagnosticados, de sífilis congênita, 3 foram descobertos durante o parto, e 8 durante o pré-natal. **Conclusão:** Como qualquer outra doença sexualmente transmissível, a sífilis deve ser diagnosticada, prevenida e tratada. Dos anos diagnosticados (2015 e 2016) para o município de Içara/SC foi possível perceber que ocorreu uma redução nos casos de sífilis, o que faz concluir que durante esse período ocorreu mais campanhas e orientações direcionadas aos indivíduos com fatores de riscos.

Palavras-chave: Sífilis congênita; Sífilis adquirida; Infecções por treponema; *Treponema Pallidum*; Doenças sexualmente transmissíveis.

ABSTRACT

Syphilis is an infectious, sexually and vertically transmitted disease during pregnancy. It manifests in periods of activity and latency leading to cutaneous lesions. However, it can progress to more severe forms when untreated or inadequately treated. Laboratory diagnosis is essential to confirm the presence of the bacteria, although it is an extremely curable disease, it has become a public health problem. It is estimated that around 12 million new syphilis cases occur annually worldwide. **Objective:** Verify the number of diagnosed cases of syphilis in 2015 and 2016, in the municipality of Içara (Santa Catarina State, Brazil). **Methodology:** A retrospective, descriptive study with a quantitative approach was carried out with a database query in the Specialized Attention Service (SAE) in the city of Içara. It was also conducted a research on secondary data through a bibliographic survey in scientific articles and books related to the topic. **Results and Discussions:** The collected data ranges between January 2015 to December 2016. The study included 87 cases of non-specific acquired syphilis (either primary, secondary and tertiary). The cases of syphilis in pregnant women and commitment to the treatment of the partner sum to 17 cases. Of these 17 cases, 7 of the partners were subjected to treatment and 10 of the partners did not undergo treatment. The 11 diagnosed cases of congenital syphilis, 3 cases were discovered in childbirth period, and 8 during prenatal care. **Conclusion:** Like any other sexually transmitted disease, syphilis must be diagnosed, prevented, and treated. Based on the studied years (2015 and 2016) in the municipality of Içara (Brazil), it was possible to notice that there was a reduction in the number of syphilis cases, leading to the conclusion that during this period there were more campaigns and orientations directed to individuals with risk factors.

Keywords: Congenital syphilis; Acquired Syphilis; Treponema infections; Treponema Pallidum; Sexually transmitted diseases.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Comparação da média de idade entre gênero e ano de pacientes diagnosticados com sífilis adquirida.	23
Tabela 2. Casos de sífilis adquirida segundo sexo, por ano de diagnóstico.	24
Tabela 3. Comparação do número casos de sífilis adquirida por ano e gênero.....	24
Tabela 4. Casos de diagnóstico de Sífilis em Gestantes e Adesão ao tratamento do parceiro	25
Tabela 5. Tratamento dos parceiros de Gestantes diagnosticadas com Sífilis	26
Tabela 6. Parceiros que não aderiram ao tratamento de Sífilis.....	27
Tabela 7. Sífilis Congênita avaliada no momento do diagnóstico.	28
Tabela 8. Diagnóstico da Sífilis Congênita para os anos de 2015 e 2016.	29

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- ABNT:** Associação Brasileira de Normas Técnicas
- AMREC:** Associação dos Municípios da Região Carbonífera
- ELISA:** *Enzyme Linked Immuno Sorbent Assay*
- FTA – Abs:** *Fluorescent Treponema Antibody Absorption*
- IBGE:** Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- IgM:** Imunoglobulina da Classe M
- IgG:** Imunoglobulina da Classe G
- IFI:** Imunofluorescência Indireta
- IST:** Infecção Sexual Transmissível
- MHA – TP:** *Microhemagglutination para Treponema Pallidum*
- n:** Número
- OMS:** Organização Mundial da Saúde
- p:** Menor Nível de Significância
- RPR:** *Rapid Test Reagin*
- SAE:** Serviço de Atendimento Especializado do Município de Içara
- SINAN:** Sistema Nacional de Agravos e Notificações
- SUS:** Sistema Único de Saúde
- SPSS:** *Statistical Package for the Social Sciences*
- TPPA:** *Treponema Pallidum Particle Agglutination Assay*
- T. Pallidum:** *Treponema Pallidum*
- TR:** Testes Rápidos
- UNESC:** Universidade do Extremo Sul Catarinense
- VDRL:** *Venered Disease Laboratory*

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 SÍFILIS E SEU AGENTE ETIOLÓGICO.....	13
1.2 FASES DA SÍFILIS.....	14
1.3 SÍFILIS CONGÊNITAS.....	15
1.4 DIAGNÓSTICO LABORATORIAL.....	15
1.5 TRATAMENTO E PREVENÇÃO.....	17
1.6 PREVALÊNCIAS NO BRASIL E SANTA CATARINA.	17
2 OBJETIVOS	19
2.1 OBJETIVO GERAL	19
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	19
3 MATERIAIS E MÉTODOS	20
3.1 AMOSTRA.	20
3.2 COLETAS DE DADOS.....	20
3.3 ANÁLISES ESTATÍSTICAS	21
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	22
5 CONCLUSÃO	31
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	32
ANEXOS	36
ANEXOS 1 : PARECER SUBSTANCIADO DO CEP: CARTA DE ACEITE.	37
ANEXOS 2 : SISTEMA SINAN: SÍFILIS CONGÊNITA.	38
ANEXOS 3 : SISTEMA SINAN: SÍFILIS EM GESTANTE.	40

1 INTRODUÇÃO

1.1 SÍFILIS E SEU AGENTE ETIOLÓGICO

A sífilis é uma doença sistêmica infectocontagiosa exclusiva do ser humano, caracterizada por períodos de atividade e latência, além disso, é uma importante doença venérea que está diretamente relacionada com morbidade e mortalidade neonatal. Embora acarrete em lesões cutâneas, essa enfermidade também pode evoluir para formas mais graves comprometendo, por exemplo, o sistema nervoso, o aparelho cardiovascular, respiratório e gastrointestinal (BRASIL 2010; ZILHÕA et al., 2004). Não existe imunidade definitiva contra a sífilis, por conseguinte cada vez que os indivíduos são expostos à bactéria, será possível contrair a doença novamente (BENZAKEN et al., 2016).

O agente etiológico da sífilis (*Treponema Pallidum*) foi descoberto em 1905 pelo o zoologista Fritz Schaudinn e pelo dermatologista Paul Erich Hoffman, através de um material a fresco coletado da pápula existente na vulva de uma mulher com sífilis secundária (SOUZA, 2005). Dados recentes, obtidos por microscopia de campo escuro demonstram que o *Treponema pallidum* (*T.pallidum*) aparece com as seguintes características morfológicas: corpos espiralados brilhantes e brancos 0,10-0,18 µm de largura, de comprimento 6-20 µm e com uma dinâmica dos seus movimentos 8-14 espirais regulares (OMS, 2015).

Essa bactéria é destruída pelo calor e pela falta de umidade, contudo pode sobreviver por até 10 horas em objetos úmidos. A motilidade e a quimiotaxia do *T.pallidum* junto com sua capacidade de aderir às células contribuem para a sua virulência (AVELLEIRA e BOTTINO, 2006; BENZAKEN et al., 2006). Sua transmissão ocorre principalmente pelo contato sexual. Também pode ocorrer pela transmissão vertical quando a gestante não é tratada ou foi inadequadamente tratada, ou pelo contato do feto com as lesões genitais (BRASIL 2016; AVELLEIRA e BOTTINO, 2006). Quanto à evolução da doença, pode ser caracterizada das seguintes formas: recente e tardia, onde a forma recente pode se manifestar na fase primária, secundária e latente. Sendo que a forma tardia pode ter envolvimento multissistêmico (CARVALHO et al., 2014; MELLO et al., 2014).

Segundo Monteiro (2006) na sífilis primária geralmente ocorre lesão conhecida como cancro. Na fase secundária ocorre uma dispersão do *T.pallidum*,

afetando todo o corpo, podendo apresentar lesão na pele afetando planta dos pés e palma das mãos. De modo geral os sintomas são mal-estar, febre, dor-de-cabeça, dor-de-garganta, perda de apetite e peso, além de ínguas pelo corpo. Após esse período (fase secundária) o indivíduo pode entrar na fase latente com o desaparecimento dos sintomas, porém ele pode contaminar outros indivíduos, ou evoluir para a fase terciária. Na fase terciária ou crônica há o comprometimento de vários órgãos vitais. No caso do cérebro pode ocorrer a neurosífilis acarretando em paralisia dos nervos, trombose, derrames cerebrais e meningite. Na medula óssea os sintomas levam à perda de sensibilidade dos membros e controle dos esfíncteres. No coração manifesta-se com insuficiência cardíaca, estenose e aneurisma, levando à falta de ar e ligeira fadiga.

1.2 FASES DA SÍFILIS.

Na fase primária a pessoa desenvolve uma lesão única no órgão genital (da mulher ou do homem) que é indolor e sem inflamação com bordas endurecidas podendo ou não evoluir para ulceração também chamada de cancro duro ou cancro primário. Na maioria dos casos essas manifestações surgem nessa região três semanas após a inoculação e desaparecem sem deixar cicatriz no período de quatro a cinco semanas (SANTOS e ANJOS, 2009; MONTEIRO, 2006).

Conforme Avelleira e Bottino (2006) e González (2012) a fase secundária tem início entre quatro e oito semanas após a lesão primária. A pele e os órgãos internos são os mais acometidos conforme o *T.pallidum* se alastra, causando manchas avermelhadas de curta duração pelo corpo todo. Também ocorre a escamação da região palmares e plantares, já na mucosa oral apresenta lesões esbranquiçadas extremamente contagiosas, além do condiloma na genitália.

Após as apresentações da sífilis primária e secundária há uma fase denominada latente na qual não há sintomas, porém, a bactéria ainda está presente na corrente sanguínea (OMS 2008). Cerca de 40% dos indivíduos com infecção latente irão desenvolver a sífilis tardia (sífilis terciária), porém, podem-se levar muitos anos para se manifestar. A fase terciária apresenta-se como uma doença inflamatória e progressiva, evoluindo e afetando vários órgãos. Ela é caracterizada por formação de gomas sífilíticas e tumores amolecidos na pele e mucosas podendo propagar-se pelo corpo todo. As formas mais graves incluem a neurosífilis afetando

o cérebro ou a medula espinhal e a sífilis cardiovascular que acomete a aorta e o coração (SCHÖN e BERTSCH, 2016; BRASIL 2010; OMS, 2008).

1.3 SÍFILIS CONGÊNITAS

Segundo Savi (2015) sífilis congênita é quando o feto adquire a doença por via transplacentária, denominada transmissão vertical. Isso ocorre quando sua progenitora não é tratada ou foi inadequadamente tratada. Essa transmissão também ocorre pelo contato direto do recém-nascido com a bactéria *T.pallidum* na hora do parto vaginal (AVELLEIRA e BOTTINO, 2006). De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) 1,5 milhões de mulheres grávidas são infectadas com sífilis todos os anos. Além disso, eventos adversos graves associados à sífilis irão acometer 50% das gestantes infectadas não tratadas (MALLMA et al., 2016).

A transmissão vertical pode acontecer em qualquer período gestacional, pois o *T. pallidum* pode atravessar a placenta antes do quarto mês de gestação. Porém, as lesões são notadas apenas a partir de cinco meses de gravidez (OLIVEIRA, 2011). De modo geral a sífilis congênita pode acarretar em parto natimorto, prematuridade, baixo peso ao nascerem, deformidades, lesões neurológicas, complicações agudas dentre outras sequelas. No entanto quanto mais avançada for à doença materna, menor o risco de transmissão para o feto (SARACENI, 2005). De acordo com Carvalho e colaboradores (2014) a infecção fetal tem maior risco de acontecer na fase recente da doença e geralmente ocorre na 16ª e a 28ª semana de gravidez, caracterizando a sífilis congênita.

1.4 DIAGNÓSTICO LABORATORIAL

O diagnóstico laboratorial é essencial para a confirmação da sífilis, pois de modo geral a manifestação pode ser facilmente confundida com outras doenças (PINTO et al., 2014). O diagnóstico vai depender da fase da infecção, podendo ser utilizado para triagem e distinção entre os indivíduos assintomáticos e sintomáticos (NADAL e FRAMIL, 2007). A utilização de testes sorológicos permanece como sendo a principal forma de se estabelecer o diagnóstico da sífilis e são divididos em testes não-treponêmicos: esses detectam anticorpos que não são específicos contra

o *T.pallidum*, entre eles temos o VDRL (*Venereal Disease Laboratory*) e RPR (*Rapid Test Reagin*). Os testes treponêmicos: vão detectar anticorpos específicos produzidos pela infecção do *T.pallidum* os mais utilizados são; FTA-Abs (*Fluorescent treponemal antibody absorption*), MHA-TP (*microhemaglutinação para Treponema pallidum*), TPPA (*Treponema pallidum particle agglutination assay*), ELISA (*Enzyme-linked immunosorbent assay*), e Testes rápidos, por imunogromatografia. Os testes treponêmicos são feitos apenas qualitativamente (LLOR e BAYONA, 2016; BRASIL, 2010). Conforme Brasil (2016) e Porto (2012) também são realizados pesquisa direta do *T.pallidum*, com a finalidade de detectar o patógeno em uma amostra biológica (sensibilidade variando entre 70 a 80%).

O VDRL e RPR são testes de floculação, pois se baseiam em uma suspensão antigênica que contém cardiolipina, colesterol e lecitina, a ligação desses componentes ocorre ao acaso e resulta na formação de estruturas denominadas de micela, a ligação de anticorpos em várias micelas resulta na floculação. São utilizados em todos os casos, exceto na sífilis primária, sendo recomendados para monitorar o tratamento, a cada seis meses (PORTO, 2012; NADAL e FRAMIL, 2007). O FTA-abs é uma técnica de imunofluorescência indireta (IFI), essa técnica utiliza *T.pallidum* fixado em áreas demarcadas de lâminas de vidro em que são feitas as reações. É o primeiro teste a se tornar reagente após a infecção, tendo bom desempenho no diagnóstico da sífilis primária (BRASIL, 2014).

Testes rápidos (TR) a maioria dos testes rápidos baseia-se na técnica de imunocromatografia de fluxo lateral ou imunocromatografia em plataforma de dupla migração. Esses detectam anticorpos treponêmicos e permitem a realização em qualquer ambiente. A leitura dos resultados pode ser feita a olho nu, e podem ser feitos com amostras de sangue total, soro ou plasma. A amostra após ser adicionada à base da mostra reage com partículas revestidas de antígenos de sífilis que foram aplicadas na base de amostra do teste.

Esta mistura migra cromatograficamente ao longo da tira de teste e interage com os antígenos de sífilis imobilizados na região da linha de teste. Esta dupla combinação de antígenos pode detectar anticorpos da classe IgG e IgM, mas não diferencia as classes de imunoglobulinas (WAMA, 2015; BRASIL, 2014). Ao realizar a leitura do teste, observe se ocorreu à formação de uma linha colorida na área C (controle), presença dessa linha indica que não houve problema com a reação. Quando há formação de uma linha colorida na área T(teste) e outra na área

C(controle) o resultado significará reagente. Quando há formação de linha colorida apenas na área C, o resultado significará não reagente para sífilis (BRASIL, 2014).

1.5 TRATAMENTO E PREVENÇÃO

Sabe-se que cerca de 35% das pessoas que adquirirem a bactéria *T.pallidum* irão evoluir para cura espontânea (BRASIL, 2016). Porém, quando isso não ocorre o fármaco de primeira escolha é a penicilina benzatina, pois ela age em todos os estágios da sífilis e não foram descritos casos de resistência a essa medicação. No caso de neurosífilis é administrada a penicilina cristalina pelo poder de atravessar a barreira hematoencefálica. Para o tratamento de gestante a penicilina é a única medicação eficaz (OLIVEIRA, 2011).

Nos casos em que ocorrem reações à penicilina são administradas drogas alternativas como a doxiciclina, a tetraciclina e a eritromicina. Fármacos de segunda escolha são ceftriaxone e azitromicina, porém com atividade inferior à da penicilina (AVELLEIRA e BOTTINO, 2006). De acordo com COOPER (2016), não só o Brasil como também em outros países vem ocorrendo uma carência de penicilina. Neste caso a falta de tratamento adequado poderá levar a graves consequências, principalmente para crianças infectadas, pois é possível que a infecção congênita tardia da sífilis afete o sistema nervoso central, ossos, articulações, dentes, olhos e pele.

Por ser uma doença onde o principal contágio é pelo ato sexual, torna-se extremamente importante a informação sobre o uso de preservativos principalmente para a população mais vulnerável. Além do diagnóstico e tratamento precoce do indivíduo infectado, faz-se necessário também o tratamento de seu parceiro (a). Medidas preventivas para o controle da sífilis devem ser incentivadas com o objetivo de evitar novos casos (AVELLEIRA e BOTTINO, 2006).

1.6 PREVALÊNCIAS NO BRASIL E SANTA CATARINA.

No mundo cerca de 12 milhões de novos casos de sífilis ocorrem por ano, sendo dois milhões em gestantes, do qual 80% dos casos ocorrem complicação para mãe e o feto (DOURADO et al., 2014). Apesar de ser um agravo com notificação obrigatória desde 1986, o controle da sífilis congênita continua insuficiente no País,

visto que no ano de 2008 foi observada uma taxa de mortalidade infantil de 11,7/100mil nascidos vivos (BORBA e TRAEBERT, 2012; BRASIL, 2015).

Segundo Brasil (2016) a organização mundial da saúde (OMS) estima que mais de 300 mil mortes fetais e neonatais são causadas por infecção por sífilis durante a gestação por ano. Em 2015 foram notificados 65.878 casos de sífilis adquirida no Brasil, ficando o Sudeste com o maior número de casos 37.056 e na região norte o menor número 2.098, enquanto que na região Sul os números de casos totalizaram 17.042. Uma taxa de detecção de 42,7 casos por 100 mil habitantes em todo o país. Dentre os casos notificados 136.835 são homens, uma razão de 1,5 casos em homens para cada caso de sífilis adquirida em mulheres. A idade mais acometida foi de 20 a 39 anos com 55,6% dos casos.

Drasticamente no ano de 2015 foram registrados 5.427 de novos casos em SC e quando comparado com o ano de 2014 observou um aumento de 46% (BRASIL, 2016). Segundo dados preliminares para o ano de 2016 publicados por Brasil (2016) no período 2005 a junho de 2016 no município de Içara foram notificados 24 casos (por 1.000 nascidos vivos) de gestante com sífilis sendo que nove desses casos foram apenas no ano de 2015. A faixa etária mais acometida foi de 20 a 29 anos no mesmo ano, e o diagnóstico da infecção foi durante o pré-natal (BRASIL, 2016). Conforme dados coletados no Serviço de Atendimento Especializado do Município de Içara - SAE entre os anos de 2015 e 2016 foram notificados 87 casos de sífilis adquirida não específica (primária, secundária e terciária), 17 casos em gestante e 11 congênita.

A sífilis no Brasil sempre foi considerada um grave problema de saúde pública, devido a essas circunstâncias, é importante o diagnóstico precoce a fim de evitar a evolução da doença, e o início imediato do tratamento adequado, evitando assim o agravamento da infecção e propagação de novos casos. O presente estudo visou esclarecer os casos de diagnóstico de sífilis, nos períodos de 2015 e 2016, em uma cidade do Extremo Sul Catarinense, bem como verificou adesão ao tratamento dos parceiros em gestantes.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Verificar o número de casos diagnosticados de sífilis nos anos de 2015 e 2016, no município de Içara, cidade do Extremo Sul Catarinense.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1.Determinar o número de casos diagnosticados de sífilis nos anos de 2015 á 2016, através dos bancos de dados em um Serviço de atendimento especializado (SAE), no município de Içara, cidade do Extremo Sul Catarinense;

2.Verificar a faixa etária e o gênero da população diagnosticada com sífilis positiva;

3.Determinar os tipos de sífilis (adquirida, em gestantes e congênitas) diagnosticadas nos anos de 2015 e 2016, através dos bancos de dados em um Serviço de atendimento especializado (SAE), no município de Içara, cidade do Extremo Sul Catarinense;

4.Identificar os casos diagnosticados e a adesão ao tratamento.

3 MATERIAIS E MÉTODOS

Foi realizado um estudo do tipo retrospectivo, descritivo, com abordagem quantitativa, com consulta em banco de dados no Serviço de Atendimento Especializado (SAE) no município de Içara/SC. Realizaram-se também pesquisas em dados secundários por meio de levantamento bibliográfico em livros e artigos científicos relacionados ao tema, e os dados gerados foram avaliados por meio de softwares estatísticos. O projeto foi aceito pelo comitê de ética para pesquisa com seres humanos da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, com o parecer nº 1.941.785 (ANEXO 1).

A amostra do estudo foi composta por todos os casos de sífilis (adquirida, gestante e congênita) notificados no Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN), no período de Janeiro 2015 à Dezembro de 2016, resultando em uma amostra de 115 indivíduos. E toda a coleta dos dados foi realizada em março de 2017 por meio do banco de dados disponível no SAE, que deposita às informações nos bancos de dados do SINAN. As variáveis investigadas foram: número de casos de sífilis notificados no 2015-2016, idade e gênero (ANEXO 2 e ANEXO 3).

3.1 AMOSTRA

A amostra deste estudo foi composta por prontuários dos pacientes atendidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e que possuem notificação de diagnóstico para sífilis, no ano de 2015 e 2016, na Secretaria de Saúde do Município de Içara/SC. Foram incluídos os prontuários de todos os pacientes caracterizados na população alvo, considerando-se o procedimento como coleta censitária.

O estudo foi realizado no município de Içara localizado no litoral sul de Santa Catarina, pertencente à AMREC (Associação dos Municípios da Região Carbonífera). Segundo o IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas) a população estimada atualmente é de 53.998 habitantes no Município (IBGE, 2010).

3.2 COLETAS DE DADOS

A coleta dos dados foi realizada a partir do banco de dados do Serviço de Atendimento Especializado de Içara. Os indivíduos foram identificados pelo número

de registro, a fim de preservar os dados pessoais. Foram categorizadas variáveis como: notificação para a sífilis; exames realizados de triagem e confirmação; adesão ao tratamento de parceiros em gestantes; idade; sexo.

3.3 ANÁLISES ESTATÍSTICAS

Os dados coletados foram analisados com auxílio do software IBM *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 22.0. As variáveis quantitativas foram expressas por meio de média e desvio padrão. As variáveis qualitativas foram expressas por meio de frequência e porcentagem. Os testes estatísticos foram realizados com um nível de significância $\alpha = 0,05$ e, portanto, confiança de 95%. A distribuição dos dados quanto à normalidade foi avaliada por meio da aplicação do teste de Shapiro-Wilk. A investigação da variabilidade das variáveis quantitativas entre as categorias das variáveis qualitativas foi investigada por meio da aplicação do teste de Levene.

A comparação da média das variáveis quantitativas entre as categorias das variáveis qualitativas dicotômicas foi realizada por meio da aplicação do teste t de Student para amostras independentes quando observada distribuição Normal e U de Mann-Whitney quando a variável não seguiu esse tipo de distribuição. A investigação da existência de associação entre as variáveis qualitativas foi realizada por meio da aplicação dos teste Qui-quadrado de Pearson, Razão de Verossimilhança e Exato de Fisher, seguidos de análise de resíduo quando observada significância estatística.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados coletados correspondem ao período janeiro de 2015 e dezembro de 2016. Foram incluídos no estudo 87 casos de sífilis adquirida não específica (primária, secundária e terciária), sendo o total desses casos 43 masculinos e 44 femininos.

Pode-se observar na (Tabela 1) que não houve significância quando se avaliou a idade entre os gêneros (masculino e feminino), ou seja, o desvio padrão entre as idades foi de $35,35 \pm 13,21$ para o gênero masculino variando a idade de 22 a 48 anos e $34,86 \pm 15,86$ para o feminino variando a idade de 19 a 50 anos.

Quando comparado a idade media de um estudo realizado na penitenciária Juiz Plácido de Souza em Caruaru/PE, no ano de 2011, os casos de Sífilis em detentos do gênero masculino, a idade permaneceu entre 21 a 41 anos ($31,2 \pm 10,1$) (ALBUQUERQUE et al., 2013). Não muito distante do que foi observado nos indivíduos do gênero masculino de Içara. Outra pesquisa realizada por Cavalcante e colaboradores (2012) no município de Sobral no estado do Ceará caracterizou a faixa etária de 27 a 43 anos, de mulheres diagnosticadas/notificadas para sífilis. Assim se distanciando da faixa etária encontrada no município do respectivo estudo. Enquanto no Brasil os casos de sífilis adquirida nos anos de 2015 e 2016 totalizaram 55,115 masculinos e 36,929 femininos, sendo a faixa etária de 20 á 29 anos a mais acometida (BRASIL, 2016).

Nos anos avaliados (2015 e 2016) ocorreu uma significância entre as idades. Isso se deve ao fato de ocorrerem mais casos em 2015 (55) do que em 2016 (32) ocorrendo um desvio padrão de $35,82 \pm 14,02$ em 2015 e $33,88 \pm 15,52$ em 2016. De acordo com Bertolo (2014) o desvio padrão é uma dispersão estatística ao qual mede quão largamente estão espalhados os valores em um conjunto de dados.

Tabela 1. Comparação da média de idade entre gênero e ano de pacientes diagnosticados com sífilis adquirida.

Variáveis	n	Idade (anos)	Valor-p*
		Média ± Desvio padrão	
Sexo			
Masculino	43	35,35 ± 13,21	0,708
Feminino	44	34,86 ± 15,86	
Ano			
2015	55	35,82 ± 14,02	0,010
2016	32	33,88 ± 15,52	

Fonte: Dados da Pesquisa, 2017.

*Valor obtido após aplicação do teste U de Mann-Whitney.

Para calcular o valor p da tabela 1 utilizou-se o teste U de Mann-Whitney. Esse teste segundo Pereira (2009) avalia a inferência estatística sobre uma população a partir de uma de uma amostra, ou seja, e uma regra de decisão que aceita ou rejeita uma hipótese estatística baseando-se em elementos amostrais. Quando se avaliou o valor p para o gênero (feminino e masculino) não houve significância o valor apresentado foi de 0,708 sendo que para apresentar significância o p tem que ser $\leq 0,050$. Já na variante ano (2015 e 2016) pode-se perceber que houve significância, pois em 2015 apresentou-se indivíduos mais velhos que em 2016.

A sífilis hoje representa um problema de saúde pública, e sua disseminação ocorre em todo mundo, compete aos profissionais da saúde ficarem atentos as manifestações da doença e a informação adequada sobre o tratamento para os infectados (BRASIL, 2015). Segundo Brasil (2016) o estado de Santa Catarina notificou 3.021 casos de sífilis adquirida no ano de 2015, e no ano de 2016 o mesmo estado notificou 1.625 casos de sífilis adquirida.

Com base nos dados obtidos pelo SAE no município de Içara, pode-se perceber uma redução nos casos notificados, de 55 casos em 2015 para 32 casos em 2016. Essa redução foi observada também á nível Brasil de acordo com boletim epidemiológico de 2016 (Tabela 2). Deve-se ao fato que nesse período houve campanhas focando no controle, tratamento adequado e prevenção o que contribuiu

para a redução nos casos da infecção por sífilis. Além da capacitação de profissionais da saúde (BRASIL, 2016).

Tabela 2. Casos de sífilis adquirida segundo gênero, por ano de diagnóstico, no Brasil

Variáveis	Ano			
	2015		2016	
	nº	%	nº	%
Masculino	39.638	60,2	15.477	59,1
Feminino	26.220	39,8	10.709	40,9

Fonte: BRASIL, 2016.

Como houve a significância no valor de p para o variável ano. Utilizou-se na Tabela 3 o teste qui-quadrado de Pearson. Esse teste é um teste de hipótese, ou seja, ele encontra um valor de dispersão para duas variáveis nominais (ano, idade, gênero e dentre outros), avaliando sua associação existente entre variáveis qualitativas (CONTI, 2009).

No ano de 2015 ocorreram 33 casos para o sexo masculino cerca de (76,7%) e 22 casos para o feminino (50%). Já no ano de 2016 houve uma redução nos casos sendo 10 casos masculinos (23,3%), e permanecendo 22 casos femininos (50%) e o valor de p para ambos os casos apresentou uma significância de 0,010.

Tabela 3. Comparação do número casos de sífilis adquirida por ano e gênero, município de Içara/SC.

Variáveis	Sexo, n (%)		Valor – p*
	Masculino	Feminino	
Ano			
2015	33(76,7)	22(50,0)	0,010
2016	10(23,3)	22(50,0)	

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

*Valor obtido por meio do teste qui-quadrado de Pearson.

Os casos de Sífilis em Gestantes e Adesão ao tratamento do parceiro (Tabela 4), no ano de 2015 foi notificado 8 casos com a idade materna entre 17 a 36 anos ($27,00 \pm 9,58$), em 2016, 9 casos variando a idade entre 18 a 31 anos ($25,00 \pm 6,42$), totalizando 17 casos. Conforme o boletim epidemiológico (2016) a faixa etária

mais acometida nos anos de 2015 e 2016 no Brasil foi de 20 a 29 anos. O que não difere do estudo realizado por Aquino e Silva (2012) em Santa Catarina que determinou o perfil das mulheres portadoras de sífilis gestacional a partir dos casos notificados no SINAN (Sistema Nacional de Agravos e Notificações), onde foi demonstrado, segundo os bancos de dados, 328 casos de sífilis gestacional na faixa etária entre 20 a 24 anos.

Dos 17 casos, 7 dos parceiros realizaram tratamento apresentando um desvio padrão de $27,29 \pm 6,02$ e 10 dos parceiros não realizaram o tratamento com desvio padrão de $25,00 \pm 9,14$. O valor de p nesse caso foi de 0,281, ou seja, não houve significância. Um detalhe a ser destacado é que o teste utilizado foi o teste de U de Mann Whitney, juntamente com o teste de T de Student Levene. O teste de Levene permite averiguar a homogeneidade (igualdade) entre as variâncias.

O mesmo teste foi apresentado para o variável ano (2015 e 2016) podemos observar que também não houve significância entre os anos (0,617). O fato que não ocorrer significância pode estar relacionado ao número (n) ser pequeno na amostra, avaliada, ou seja, quanto maior for à variância mais distante da média estarão os valores, e quanto menor for à variância mais próxima os valores estarão da média.

Dos 10 casos onde não ocorreram tratamento dos parceiros, apenas 9 apresentaram motivos, ou seja, 4 não reagente apresentando um desvio padrão de $(21,25 \pm 3,40)$, 4 não comunicados com desvio padrão de $(25,75 \pm 11,35)$ e 1 não compareceu com desvio padrão $(41,00 \pm 0,00)$.

Tabela 4. Casos de diagnóstico de Sífilis em Gestantes e Adesão ao tratamento do parceiro

Variáveis	n	Idade		Valor – p
		Média ± Desvio padrão		
Tratamento do parceiro				
Sim	7	$27,29 \pm 6,02$		0,281
Não	10	$25,00 \pm 9,14$		
Gestantes				
2015	8	$27,00 \pm 9,58$		0,617
2016	9	$25,00 \pm 6,42$		
Motivo				
Não reagente	4	$21,25 \pm 3,40$		-
Não comunicado	4	$25,75 \pm 11,35$		
Não compareceu	1	$41,00 \pm 0,00$		

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

*Valor obtido por meio do teste U de mann-whitney e T. de Student – Levene.

Pode-se perceber na Tabela 4 que dos 10 casos que não houve o tratamento, apenas 9 apresentaram motivo (não reagente, não comunicado e não compareceu) e 1 caso conforme apresentado na notificação SINAN, não justificou motivo para o não realização do tratamento.

Na Tabela 5 são apresentados os dados referentes ao tratamento dos parceiros das gestantes diagnosticadas com sífilis. No ano de 2015, apenas 1 parceiro (14,3 %) realizou o tratamento e 7 parceiros (70,0 %) não realizaram o tratamento. Em contrapartida no ano de 2016, 6 parceiros (85,7%) realizaram o tratamento e 3 parceiros (30,0%) não realizaram o tratamento. Pode-se perceber que houve significância, pois em 2016 apresentou mais indivíduos tratados que ano anterior.

A convocação do parceiro deve ser insistida com exaustão, pois quando o parceiro não é tratado adequadamente o recém-nascido pode ser considerado um caso de sífilis congênita e assim deve ser investigado e conseqüentemente tratado.

Um estudo realizado no município de Natal/RN teve como objetivo identificar o perfil epidemiológico da sífilis congênita, nos anos de 2004 a 2007, em 311 casos de sífilis congênita foi demonstrado que 35 casos, realizaram o tratamento dos parceiros (taxa de 11,3%), em contrapartida 168 casos, ou seja, 54,0% não realizaram o tratamento (HOLANDA et al., 2011). Para que a gestante possa ser considerada adequadamente tratada, o tratamento destinado aos parceiros é indispensável. Podemos observar uma melhora em relação à adesão dos parceiros das gestantes diagnosticadas com sífilis no presente estudo no ano de 2016.

Tabela 5. Tratamento dos parceiros de Gestantes diagnosticadas com Sífilis

Variáveis	Tratamento parceiro, n(%)		Valor-p*
	Sim	Não	
Ano			
2015	1 (14,3)	7 (70,0)	0,050
2016	6 (85,7)	3 (30,0)	
Motivo			
Não reagente	0 (0,0)	4 (44,4)	-
Não comunicado	0 (0,0)	4 (44,4)	
Não compareceu	0 (0,0)	1 (11,1)	

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

*Valor obtido por meio do teste Exato de Fischer.

O teste exato de Fischer é utilizado quando se quer analisar a contingência de uma tabela (2x2) e testar se a variável da linha e a variável da coluna são independentes. Um detalhe importante é que o valor p do teste exato de Fischer é preciso para todos os tamanhos amostrais, enquanto que os resultados do teste Qui-quadrado que examina também as mesmas hipóteses pode ser impreciso quando o número de células/amostras é pequeno (RAKOTOMALALA, 2015).

Dentro dos anos avaliados (2015 e 2016), pelo teste razão verossimilhança (Tabela 6), os motivos pelos quais os parceiros não aderiram ao tratamento de sífilis (não reagente, não comunicado e não compareceu). De acordo com Orel e colaboradores (1999) esse teste avalia a hipótese que compara a qualidade do ajuste de dois modelos, um modelo e restrito com todos os parâmetros livres e um modelo correspondente restrito pela hipótese nula, onde determina qual desses modelos oferece o melhor ajuste para seus dados amostrais.

Tabela 6. Parceiros que não aderiram ao tratamento de Sífilis.

Variáveis	Ano (%)		Valor - p
	2015	2016	
Motivo			
Não Reagente	2(33,3)	2(66,7)	0,493
Não Comunicado	3(50,0)	1(33,3)	
Não Compareceu	1(16,7)	0(0,0)	

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Obs: Teste: razão de verossimilhança.

No ano de 2015, 2 parceiros, equivalente a 33,3% apresentaram como motivo não reagente, 3 não comunicados cerca de 50% e 1 (16,7%) não compareceu ao tratamento. Já no ano de 2016, 2 parceiros, o equivalente 66,7 %, apresentaram como motivo não reagente, 1 (33,3%) não comunicado, e 0 (0,0) não compareceu. Em um estudo realizado no ano de 2008, em cinco maternidades públicas do Município de Fortaleza, Ceará. Das 58 gestantes diagnosticadas, apenas 14 informaram que os parceiros foram tratados, 38 não houve tratamento do parceiro e seis não souberam informar. Entre os 14 casos mencionados de tratamento do parceiro, em apenas seis foram relatados tratamento completo (CAMPOS et al., 2012).

Podemos então perceber que ocorreram mais tratamentos no ano de 2016 do que no ano de 2015, isso provavelmente ocorreu devido às campanhas

realizadas pelo Ministério da Saúde focando na prevenção e tratamento assim impedindo a perpetuação da cadeia de transmissão e reinfecção desta patologia (BRASIL, 2016). O valor p foi de 0,493, sendo não houve significância em relação aos motivos pelos quais os parceiros não realizaram o tratamento. Na Tabela 7, foi avaliada a sífilis congênita nos anos de 2015 e 2016 durante o momento do diagnóstico (parto e pré-natal). Dos 11 casos diagnosticados, 3 casos de sífilis congênita foram descobertos durante o parto, apresentando um desvio padrão de (23,00 ± 5,00) entre as idades, que variam de 18 a 28 anos. E 8 casos diagnosticados durante o pré-natal podendo apresentar um desvio padrão de (26,88 ± 7,36) com idades entre, 19 a 36 anos. Podemos notar que as gestantes que realizaram o pré-natal eram mais velhas que as gestantes que tiveram o diagnóstico durante o parto.

De acordo com Saraceni e colaboradores (2003) em um estudo sobre mortalidade perinatal por sífilis congênita realizado no Rio de Janeiro. Quando comparado as gestantes com sífilis identificadas nas campanhas de eliminação de sífilis congênita e as demais registradas no SINAN nos anos de 1999 e 2000, pode-se perceber que a faixa etária da idade materna variou entre 20 a 34 anos. O que não difere de outro estudo realizado no banco de leite de uma maternidade em Santa Catarina sobre a Prevalência sífilis em doadoras de leite, encontrou-se a faixa etária de 20 a 35 anos (SAVI, 2015).

Tabela 7. Sífilis Congênita avaliada no momento do diagnóstico.

Variáveis	Média ± Desvio padrão (idade) n = 11	Valor - p
Momento Diagnóstico		
Parto	3 (23,00 ± 5,00)	0,428
Pré - Natal	8 (26,88 ± 7,36)	
Ano		
2015	6 (27,33 ± 7,94)	0,447
2016	5 (24,00 ± 5,39)	

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Obs: Testes: Shapiro-wilk/ T. de Student – Levene

De acordo com Bussb e Morettin (2003) o teste de Shapiro Wilk é um teste de normalidade que determina se um conjunto de uma determinada variável aleatória é bem modelado por uma distribuição normal ou não. Ele ainda pode calcular a probabilidade desta variável estar normalmente distribuída. Um estudo realizado por França e colaboradores (2015) avaliou as notificação da sífilis congênita no período de 2007 a 2012 compreendendo um total de 113 casos, destes 56 casos (50,9%) com diagnóstico no período do pré-natal e no parto ou pós parto 54 números (49,1%).

No estado de Sergipe no período de 2009-2014 a faixa etária materna diagnosticada com sífilis foi de 20 a 34 (68,42%) e 662 casos (37,19%) o diagnóstico foi no período pré-natal e 816 casos (45,84%) durante o parto (MOURA e SILVEIRA, 2015). Pode-se perceber que a faixa etária foi semelhante a do município de Içara. Quanto ao momento de diagnóstico o município de Içara obteve um maior número de casos diagnosticados durante o pré-natal. Esses dados são considerados um resultado positivo visto que o tratamento para gestante infectadas com sífilis é considerado adequado quando iniciado trinta dias antes do parto (BRASIL, 2015).

Foi possível também determinar que o valor p para o momento de diagnóstico (parto e pré-natal) foi 0,428, ou seja, não houve significância. O mesmo ocorreu para os anos de 2015 e 2016 onde o valor p foi de 0,447

A fim de avaliar a sífilis congênita a para o momento do diagnóstico (parto e pré-natal) para os anos avaliados (Tabela 8) utilizou-se o teste Exato de Fischer.

Tabela 8. Diagnóstico da Sífilis Congênita para os anos de 2015 e 2016.

Variáveis	Momento Diagnóstico (%)		Valor - p
	Parto	Pré - Natal	
Ano			
2015	2(66,7)	4(50,0)	0,999
2016	1(33,3)	4(50,0)	

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Obs: Teste: Exato de Fischer

Os diagnósticos realizados no ano de 2015 constatou que 2 casos (66,7 %) foram diagnosticados no momento do parto e 4 durante o pré-natal (50%). Já no

ano de 2016 foram diagnosticados 1 caso (33,3%) no momento do parto e 4 casos (50%) durante o pré-natal.

É importante destacar que quando se avaliou a porcentagem dos casos durante os anos avaliados, considerou-se o calculo da porcentagem “Momento do Diagnóstico” para o parto do ano de 2015 e 2016 totalizando 100% o mesmo ocorreu para o pré-natal. O valor de p para ambos os anos foi de 0.999 não apresentando significância. Segundo o boletim epidemiológico (2016) no ano de 2015 foram diagnosticado 304 casos de sífilis materna e em 2016 foram 70 casos durante o pré-natal. E no momento parto foram 120 casos em 2015 e 76 casos em 2016. Uma redução bem importante.

O que pode ser percebido nos resultados apresentados é que mesmo ocorrendo casos de sífilis adquirida, gestante e congênita nos anos apresentados houve uma redução dos casos se compararmos 2015 e 2016. Porém devem ser realizadas mais campanhas de prevenção, palestras e acompanhamento por partes do profissional da saúde, principalmente para os parceiros das gestantes, pois se percebeu certa restrição dos mesmos quanto à busca por tratamento ou realização de exames. Estes dados corroboram com o boletim epidemiológico de sífilis (2016) no Brasil, ao detectar os maiores índices de casos de sífilis congênita ocorrem em crianças cujas mães apresentam faixa etária entre 20 e 29 anos de idade.

Deve-se buscar uma quebra de tabus para que ambos os parceiros não sintam “vergonha” de buscar ajuda, pois o tratamento para sífilis embora simples e com baixo custo se não tratada a tempo pode acarretar em problemas graves como a sífilis congênita e o acometimento de outros órgãos.

5 CONCLUSÃO

Como qualquer outra doença sexualmente transmissível à sífilis, deve ser diagnosticada, prevenida e tratada. Pois conforme foi discutido ao longo do trabalho seu tratamento é simples, porém deve ser orientado para que os infectados busquem ajuda necessária e para que não ocorra à evolução das formas mais grave.

Dos anos diagnosticados (2015 e 2016) para o município de Içara/SC foi possível perceber que ocorreu uma redução nos casos de sífilis, o que faz concluir que durante esse período ocorreu mais campanhas e orientações direcionadas aos indivíduos com fatores de riscos. Porém, mais estudos relacionados à epidemiologia da Sífilis devem ser realizados, em virtude do aumento da ocorrência dessa doença nos últimos anos, principalmente o aumento no caso da sífilis adquirida, que antes de 2010 não havia tanta ocorrência.

Estudos epidemiológicos são de extrema importância para promover a saúde pública, o presente estudo teve como intuito, proporcionar maiores informações sobre os casos de Sífilis em uma cidade do Extremo Sul Catarinense, a fim de que se possa conscientizar sobre a prevenção e o tratamento dessa doença.

Os resultados do trabalho serão encaminhados a Secretária de Saúde da Cidade, a fim de que se possam traçar planos de ações, para campanhas e conscientização da população.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBUQUERQUE, Ana Cecília Cavalcanti de; SILVA, Débora Maria da; RABELO, Deyse Caroline Cabral; LUCENA, Waldenia Agny Torres de; LIMA, Paloma Cássia Silva de; COELHO, Maria Rosângela Cunha Duarte; TIAGO, Guilherme Gustavo de Brito. Soroprevalência e fatores associados ao Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e sífilis em presidiários do Estado de Pernambuco, Brasil. Setor de Virologia, Laboratório Escola, Faculdade Associação Caruaruense de Ensino. Brasília. 2013, 8 p.

AQUINO, Gustavo Thomaz de; SILVA, Helena Caetano Gonçalves e. Perfil das Mulheres Portadoras de Sífilis Gestacional Em Santa Catarina no Ano de 2012. Arquivos Catarinenses de Medicina. out-dez; 44(4): 72-81. Associação Médica Brasileira. Florianópolis. 2015.

AVELLEIRA, J.C.R; BOTTINO, G. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. Anais Brasileiros de Dermatologia, v. 81, n. 2, p. 111-126. 2006.

BERTOLO, L.A. Análise de risco na avaliação de investimento. Universidade de São Paulo, USP. São Paulo. 2014, 25 p.

BENZAKEN, Adele, Shwartz; FRANCHINI, Miriam; BAZZO, Maria Luiza; GASPAR; Pâmela, Cristina; COMPARINI, Regina. Manual Técnico para o Diagnóstico da Sífilis. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde, São Paulo. 2016, 36 p.

BORBA, Karoline Bunn; TRAEBERT, Jefferson. Morbidade e Mortalidade por Sífilis Congênita: Um Estudo da Carga de Doença em Santa Catarina. Caderno Acadêmico. v.4, n. 2, ago-dez. Palhoça. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sífilis Estratégias para Diagnóstico no Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. São Paulo. 2010, 100 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico-Sífilis, 2012. Brasília: Ministério da Saúde; 2012

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. TELELAB , Diagnostico e Monitoramento. 2014.

BRASIL – Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis. 2015.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Boletim epidemiológico de sífilis. 20 de Outubro de 2016. [Acesso em 26 out. 2016]. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/publicacao/2016/boletim-epidemiologico-de-sifilis>>

BRASIL. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. GOVERNO DE SANTA CATARINA. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. [Acesso em 14 nov, 2016].

Disponível em: <<http://www.dive.sc.gov.br/index.php/arquivo-noticias/271-notificacoes-de-casos-de-sifilis-em-santa-catarina-aumentam-quase-50-em-2015>>.

BUSSAB, Wilton de O.; MORETTIN, Pedro A. Estatística Básica: Métodos Estatísticos para Economistas e Administradores. Editora Saraiva. 2003, 170 p.

CAMPOS, Ana Luiza de Araujo; ARAÚJO, Maria Alix Leite Araújo; MELO, Simone Paes de Melo; GONÇALVES, Marcelo Luiz Carvalho. Epidemiologia da sífilis gestacional em Fortaleza, Ceará, Brasil: um agravo sem controle. Universidade de Fortaleza/CE. Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 26(9):1747-1755, 2012, 9 p.

CAVALCANTE, Ana Egliny S; SILVA, Maria Adelane M; RODRIGUES, Antonia Regynara M; NETO, José Jeová Mourão; MOREIRA, Andréa CA; GOYANNA, Natália F. Diagnóstico e Tratamento da Sífilis: Uma Investigação com Mulheres Assistidas na Atenção Básica em Sobral, Ceará. Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA. DST - J bras Doenças Sex Transm . 2012, 7 p.

CARVALHO, Isaiane da Silva; BRITO, Rosineide Santana de. Sífilis congênita no Rio Grande do Norte: estudo descritivo do período 2007-2010. Artigo, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal. 2014.

COOPER, Joshua M. Em tempo: a persistência da sífilis congênita no Brasil - Mais avanços são necessários. Revista Paulista de Pediatria. V. 34, número 3, setembro 2016.

CONTI, Fátima. O que é o Teste qui-quadrado. Laboratório de Informática – ICB – Universidade Federal do Pará - UFPA. Belém, Pará. 2009 , 90 p.

DOMINGUES, R. M. S. M; LEAL, M. C. Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis: dados do estudo Nascer no Brasil. Cad. Saúde Pública, v. 32, n. 6, 2016.

DORADO, J. Sojo, et al. Infecciones por Treponemas. Sífilis. 2014.

FRANÇA, Inácia Sátiro Xavier de; BATISTA, Joana D'arc Lyra; COURA, Alessandro Silva; OLIVEIRA, Cibely Freire de; ARAÚJO, Andressa Kaline Ferreira; SOUSA, Francisco Stélio de. Fatores associados à notificação da sífilis congênita: um indicador de qualidade da assistência pré-nata. Revista Rene UFC. Universidade Estadual da Paraíba. 2015, 8 p.

GONZÁLEZ, María Isis Atallah. Sífilis secundaria. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Astorga. León. Espanha. 2012.

HOLANDA, M.T.C.G; BARRETO, M.A; MACHADO, K.M.M; PEREIRA, R.C. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 20(2): 203-212, abr-jun 2011.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2010.

LLOR, Carles; BAYONA, Carolina. Cómo diagnosticar infecciones de transmisión sexual. Cómo se hace?. Médico da Família. Barcelona. 2016.

MAGALHAES, D. M. S. et al. Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 29, n. 6, p. 1109-1120, 2013.

MALLMA, Patricia et al. Rapid Syphilis Testing Is Cost-Effective Even in Low-Prevalence Settings: The CISNE-PERU Experience. Plos One, [s.l.], v. 11, n. 3, p.0149568-0149568, 7 mar. 2016. Public Library of Science (PLoS). <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0149568>.

MELLO, J. L. C.; MACIEL, A. C.; LINHARES, F. A. C.; PINTO, I. F. Sífilis: ainda uma grande simuladora. Revista Brasileira de Medicina. v. 71, n. 9, p. 303-305. 2014.

MINISTERIO DA SAÚDE. Sífilis: Estratégia para diagnóstico no Brasil. Telelab. 2010.

MONTEIRO, Leonarda Pita. Análise da Incidência de Sífilis em Mulheres de 15 a 49 Anos do Município de Juazeiro do Norte-CE em 2004. Monografia, Escola de Saúde Pública do Ceara. Fortaleza. 2006.

MOURA, Jisiely de Jesus; SILVEIRA, Rayane Santos. Prevalência da Sífilis Congênita em Recém – Nascidos no Estado do Sergipe. Sergipe, Aracaju. Trabalho de Conclusão do curso da Universidade de Tiradentes – Direção da Área da Saúde, Coordenação de Enfermagem. 2015, 20 p.

NADAL, Sidney Roberto; FRAMIL, Valéria Maria de Souza. Interpretação das Reações Sorológicas para Diagnóstico e Seguimento Pós-Terapêutico da Sífilis. Revista bras Coloproct. Vol. 27. n. 4. Outubro/dezembro. São Paulo. 2007.

OLIVEIRA, Laila Petrusca Novaes. Sífilis Adquirida e Congênita. Universidade de Castelo Branco, Salvador, 2011, 54 p.

OMS. Eliminação Mundial da Sífilis Congênita: Fundamento lógico e estratégia para ação. OMS, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Diagnóstico laboratorial de doenças sexualmente transmissíveis, incluindo o vírus da imunodeficiência humana. Tradução de Nazle Mendonça Collaço Vêras. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

OREL, SG, Kay N; REYNOLDS C; SULLIVAN, DC. BI-RADS Categorization as a Predictor of Malignancy. Radiology 1999;211:845–50.

PEREIRA, Vivian Cristhiane Monteiro. Teste U de Mann Whitney (Teste U). Departamento de Matemática da UFRGS – Apostila de Estatística. Porto Alegre. 2009, 170 p.

PINTO, Valdir Monteiro, et al. Prevalência de Sífilis e fatores associados a população em situação de rua de São Paulo, Brasil, com utilização de Teste Rápido. Artigo,

Centro de Referência e Treinamento em DST/AIDS – Programa Estadual de DST e AIDS – Secretaria de Estado da Saúde – São Paulo. 2014.

PORTO, Carla da Silva. Saúde no Brasil: A sífilis na Atualidade. Monografia (Especialização em Análises Clínicas), Setor de Pós-Graduação UNESC, Criciúma. 2012.

RAKATOMALALA, Ricco. Analyse de Corrélation: Étude des Dépendances - Variables Quatitatives. Université Lumière Lyon 2. Lyon, França. 2015, 105 p.

RODRIGUES, Pedro Carvalho. Bioestatística. 3. ed Niterói, RJ: EDUFF, 2002.

SANTOS, Vanessa Cruz; ANJOS, Karla Ferraz dos. Sífilis: Uma Realidade Prevenível. Sua Erradicação, Um Desafio Atual. Revista Saúde e Pesquisa, v. 2, n. 2, p. 257-263, mai. /ago. Unicesumar. Maringá. 2009.

SAAB, Fernando; TOMAZ, Carlos. Prevalencia de sífilis en mujeres gestantes atendidas por el Programa de Protección a la Gestante (PPG) y reporte de aborto en el Estado de Sergipe, Brasil. Revista de la Universidad Industrial de Santander. Universidade de Brasília. Brasília, DF, Brasil. 2016, 7 p.

SARACENI, V. Avaliação da Efetividade das Campanhas para Eliminação da Sífilis Congênita, Município do Rio de Janeiro, 1999 e 2000. 117 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública – FIOCRUZ. Rio de Janeiro. 2005.

SAVI, Estela Olivo. Prevalência de HIV, Hepatite B e Sífilis em Doadores de Leite Cadastradas em Banco de Leite de uma Maternidade em Santa Catarina. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva), Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis. 2015.

SOUZA, E.M. Há 100 anos, a descoberta do *Treponema pallidum*. Anais Brasileiros de Dermatologia, v.80, n.5, p. 547-548, 2005.

SCHÖN, Michael P; BERTSCH, Hans P. Primary and Secondary Syphilis. The new England journal of medicine. University Medical Center Göttingen Göttingen, Germany. 2016, 1 p.



WAMA. Imuno-Rápido Sífilis. Testes Rápidos para Exames de Laboratórios São Carlos – SP. 2017, 2 p.

WILLCOX, R. R.; GUTHE, T. *Treponema Pallidum*: A Bibliographical Review. Webster Academy, New York, v. 1, n. 1, p.1-5, jan. 1966.

ZILHÃO, C. *et al.* Sífilis Congênita. Nascer e Crescer - Revista do Hospital de Crianças Maria Pia. V. XIII, n. 2, 2004, 90 p.

ANEXOS

ANEXO 1 : Parecer Substanciado do CEP: Carta de Aceite.

	UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE - UNESC			
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP				
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA				
Título da Pesquisa: SOROPREVALÊNCIA DA SÍFILIS E ADESÃO AO TRATAMENTO EM UM MUNICÍPIO DO EXTREMO SUL CATARINENSE				
Pesquisador: LIZIARA SILVA FRAPORTI				
Área Temática:				
Versão: 2				
CAAE: 62702316.8.0000.0119				
Instituição Proponente: Universidade do Extremo Sul Catarinense				
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio				
DADOS DO PARECER				
Número do Parecer: 1.941.785				
Apresentação do Projeto: Dentro das exigências metodológicas.				
Objetivo da Pesquisa: Definidos e relacionado ao processo metodológico.				
Avaliação dos Riscos e Benefícios: Descrito conforme exigência da resolução do Conselho.				
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa: De importância regional.				
Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória: Dentro das exigências.				
Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações: Projeto adequado.				
Considerações Finais a critério do CEP:				
Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:				
Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_837422.pdf	06/02/2017 15:14:22	LIZIARA SILVA FRAPORTI	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetcorrecoes.pdf	06/02/2017 15:13:40	LIZIARA SILVA FRAPORTI	Aceito
Folha de Rosto	FOLHADEROSTOSIFILIS.pdf	05/12/2016 17:28:16	LIZIARA SILVA FRAPORTI	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CARTAAUENCIA.pdf	04/12/2016 17:48:31	LIZIARA SILVA FRAPORTI	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TERMOPESQUISADOR.pdf	04/12/2016 17:48:20	LIZIARA SILVA FRAPORTI	Aceito
Situação do Parecer: Aprovado				
Necessita Apreciação da CONEP: Não				
CRICIUMA, 24 de Fevereiro de 2017				
<hr/> Assinado por: RENAN ANTONIO CERETTA (Coordenador)				

ANEXO 2 : Sistema SINAN: Sífilis Congênita.

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO		Nº					
FICHA DE NOTIFICAÇÃO / INVESTIGAÇÃO SÍFILIS CONGÊNITA									
Definição de caso:									
Primeiro Critério: Toda criança, ou aborto, ou natimorto de mãe com evidência clínica para sífilis e/ou com sorologia não treponêmica reagente para sífilis com qualquer titulação, na ausência de teste confirmatório treponêmico, realizada no pré-natal ou no momento do parto ou curetagem, que não tenha sido tratada ou tenha recebido tratamento inadequado.									
Segundo Critério: Todo indivíduo com menos de 13 anos de idade com as seguintes evidências sorológicas: titulações ascendentes (testes não treponêmicos); e/ou testes não treponêmicos reagentes após seis meses de idade (exceto em situação de seguimento terapêutico); e/ou testes treponêmicos reagentes após 18 meses de idade; e/ou títulos em teste não treponêmico maiores do que os da mãe. Em caso de evidência sorológica apenas, deve ser afastada a possibilidade de sífilis adquirida.									
Terceiro Critério: Todo indivíduo com menos de 13 anos de idade, com teste não treponêmico reagente e evidência clínica ou líquórica ou radiológica de sífilis congênita.									
Quarto Critério: Toda situação de evidência de infecção pelo <i>Treponema pallidum</i> em placenta ou cordão umbilical e/ou amostra da lesão, biópsia ou necropsia de criança, aborto ou natimorto.									
Dados Gerais	1	Tipo de Notificação			2 - Individual				
	2	Agravado/doença		Código (CID10)	3 Data da Notificação				
	SÍFILIS CONGÊNITA		A 5 0.9						
	4	UF	5	Município de Notificação	Código (IBGE)				
	6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7 Data do Diagnóstico				
	8	Nome do Paciente			9 Data de Nascimento				
Notificação Individual	10	(ou) Idade	11	Sexo	12	Gestante			
	1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano		M - Masculino F - Feminino 1 - Ignorado			13	Raça/Cor		
						1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 9 - Ignorado			
	14	Escolaridade							
	15	Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe					
Dados de Residência	17	UF	18	Município de Residência	Código (IBGE)	19	Distrito		
	20	Bairro		21	Logradouro (rua, avenida, ...)		Código		
	22	Número	23		Complemento (apto., casa, ...)		24	Geo campo 1	
	25	Geo campo 2		26	Ponto de Referência		27	CEP	
	28	(DDD) Telefone		29	Zona	30	Pais (se residente fora do Brasil)		
			1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado						
	Dados Complementares								
	Antecedentes Epil. da gestante / mãe	31	Idade da mãe		32	Raça/Cor da mãe		33	Ocupação da mãe
		Anos		1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 9 - Ignorado					
		34	Escolaridade						
0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colégio ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colégio ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10-Não se aplica									
35		Realizou Pré-Natal nesta gestação		36	UF	37	Município de Realização do Pré-Natal	Código (IBGE)	
1-Sim 2-Não 9-Ignorado									
38	Unidade de Saúde de realização do pré-natal					Código			
39	Diagnóstico de sífilis materna								
1 - Durante o pré-natal 2 - No momento do parto/curetagem 3 - Após o parto 4 - Não realizado 9 - Ignorado									
Dados do Lab. da gestante / mãe	40	Teste não treponêmico no parto/curetagem			41	Título		42	Data
	1-Reagente 2-Não reagente 3-Não realizado 9-Ignorado			1:					
43	Teste confirmatório treponêmico no parto/curetagem								
1-Reagente 2-Não reagente 3-Não realizado 9-Ignorado									
Trat. da gestante / mãe	44	Esquema de tratamento			45	Data do Início do Tratamento		46	Parceiro(s) tratado(s) concomitantemente a gestante
	1- Adequado 2- Inadequado 3- Não realizado 9- Ignorado							1-Sim 2-Não 9-Ignorado	
Sífilis Congênita					Sinan NET		SVS 04/08/2008		

Ant. Epiem. da Criança	47 UF	48 Município de nascimento / aborto / natimorto	Código (IBGE)	49 Local de Nascimento (Maternidade/Hospital)	Código
	50 Teste não treponêmico - Sangue Periférico 1-Reagente 2-Não reagente 3-Não realizado 9-Ignorado		51 Título 1:		52 Data
Dados do Laboratório da Criança	53 Teste treponêmico (após 18 meses) 1-Reagente 2-Não reagente 3-Não realizado 4 - Não se aplica 9-Ignorado		54 Data		
	55 Teste não treponêmico - Líquor 1-Reagente 2-Não reagente 3-Não realizado 9-Ignorado		56 Título 1:		57 Data
	58 Titulação ascendente 1 - Sim 2 - Não 3 - Não realizado 9-Ignorado		59 Evidência de <i>Treponema pallidum</i> 1 - Sim 2 - Não 3 - Não realizado 9-Ignorado		
	60 Alteração Líquórica 1 - Sim 2 - Não 3 - Não realizado 9-Ignorado		61 Diagnóstico Radiológico da Criança: Alteração do Exame dos Ossos Longos 1 - Sim 2 - Não 3 - Não realizado 9-Ignorado		
Dados Clínicos da Criança	62 Diagnóstico Clínico <input type="checkbox"/>		63 Presença de sinais e sintomas 1 - Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9 - Ignorado		
	1 - Assintomático 3 - Não se aplica 2 - Sintomático 9 - Ignorado		<input type="checkbox"/> Ictericia <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Esplenomegalia <input type="checkbox"/> Osteocondrite <input type="checkbox"/> Outro _____ <input type="checkbox"/> Rinite muco-sanguinolenta <input type="checkbox"/> Hepatomegalia <input type="checkbox"/> Lesões Cutâneas <input type="checkbox"/> Pseudoparalisia		
Tratamento	64 Esquema de tratamento 1 - Penicilina G cristalina 100.000 a 150.000 UI/Kg/dia - 10 dias 4 - Outro esquema _____ <input type="checkbox"/> 2 - Penicilina G procaína 50.000 UI/Kg/dia 5 - Não realizado 3 - Penicilina G benzatina 50.000 UI/Kg/dia 9 - Ignorado				
Evolução	65 Evolução do Caso <input type="checkbox"/> 1 - Vivo 2 - Óbito por sífilis congênita 3 - Óbito por outras causas 4 - Aborto 5 - Natimorto 9 - Ignorado				66 Data do Óbito
Observações Adicionais:					
Município / Unidade de Saúde					
Código da Unid. de Saúde					
Investigador	Nome		Função	Assinatura	
INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO					
Nenhum campo deverá ficar em branco.					
Na ausência de informação, usar categoria ignorada.					
7 - Anotar a data do diagnóstico ou da evidência laboratorial e/ou clínica da doença de acordo com a definição de caso vigente no momento da notificação.					
8 - Nome do Paciente: preencher com o nome completo da criança (sem abreviações); se desconhecido, preencher com Filho de: (o nome da mãe) .					
9 - Data do nascimento: deverá ser anotada em números correspondentes ao dia, mês e ano.					
10 - Idade: anotar a idade somente se a data de nascimento for desconhecida.					
40 - 50 - 55 - Sorologia não treponêmica: VDRL (Venereal Diseases Research Laboratory) e RPR (Rapid Plasma Reagin); indicadas para a triagem e seguimento terapêutico.					
43 - 53 - FTA-Abs (Fluorescent Treponemal Antibody-absorption), MHA-Tp (Microhemaglutination Treponema pallidum), TPHA (Treponema pallidum Hemagglutination), ELISA (Enzyme-Linked Immunosorbent Assay); indicadas na confirmação diagnóstica e exclusão de resultados de testes não treponêmicos falsos positivos. Em crianças, menores 18 meses de idade, a performance dos testes treponêmicos pode não ser adequada para definição diagnóstica.					
44 - Esquema de Tratamento da mãe:					
Esquema de Tratamento Adequado: É todo tratamento completo, com penicilina e adequado para a fase clínica da doença, instituído pelo menos 30 dias antes do parto e parceiro tratado concomitantemente com a gestante.					
Esquema de Tratamento Inadequado: É todo tratamento feito com qualquer medicamento que não a penicilina; ou tratamento incompleto, mesmo tendo sido feito com penicilina; ou tratamento não adequado para a fase clínica da doença; ou a instituição do tratamento com menos de 30 dias antes do parto; ou elevação dos títulos após o tratamento, no seguimento; ou quando o(s) parceiro(s) não foi(ram) tratado(s) ou foi(ram) tratado(s) inadequadamente, ou quando não se tem essa informação disponível.					
53 - Refere-se ao resultado do teste treponêmico, confirmatório, realizado após os 18 meses de idade da criança. Informar - Não se aplica - quando a idade da criança for menor que 18 meses.					
58 - Titulação ascendente - Refere-se à comparação dos títulos da sorologia não treponêmica da criança após cada teste realizado durante o esquema de seguimento (VDRL com 1mes, 3, 6, 12 e 18 meses).					
59 - Evidência de <i>T. pallidum</i> - Registrar a identificação do <i>Treponema pallidum</i> por microscopia em material colhido em placenta, lesões cutâneo-mucosas da criança, cordão umbilical, ou necrópsia, pela técnica de campo escuro, imunofluorescência ou outro método específico.					
60 - Alteração líquórica - Informar detecção de alterações na celularidade e/ou proteínas ou outra alteração específica no líquido da criança;					
63 - Em relação ao tratamento da criança com sífilis congênita consultar o Manual de Sífilis Congênita - Diretrizes para o Controle, 2005.					
65 - Informar a evolução do caso de sífilis congênita: Considera-se óbito por sífilis congênita - o caso de morte do recém-nato, após o nascimento com vida, filho de mãe com sífilis não tratada ou tratada inadequadamente. Considera-se Aborto - toda perda gestacional, até 22 semanas de gestação ou com peso menor ou igual a 500 gramas. Considera-se Natimorto - todo feto morto, após 22 semanas de gestação ou com peso maior que 500 gramas.					
Sífilis Congênita		SINAN NET		SVS 04/08/2008	

ANEXO 3 : Sistema SINAN: Sífilis em Gestante.

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO		Nº
FICHA DE INVESTIGAÇÃO SÍFILIS EM GESTANTE				
Definição de caso: gestante que durante o pré-natal apresente evidência clínica de sífilis e/ou sorologia não treponêmica reagente, com teste treponêmico positivo ou não realizado.				
Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	2 - Individual		
	2 Agravado/doença	SÍFILIS EM GESTANTE		3 Código (CID10) O98.1
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)	
Notificação Individual	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	7 Data do Diagnóstico	
	8 Nome do Paciente	9 Data de Nascimento		
	10 (ou) idade	1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11 Sexo F - Feminino <input checked="" type="checkbox"/>	12 Gestante 1-1º trimestre 2-2º trimestre 3-3º trimestre 4-Atividade gestacional ignorada 9-Ignorado
Dados de Residência	14 Escolaridade	3-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colégio ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colégio ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10-Não se aplica		
	15 Número do Cartão SUS	16 Nome da mãe		
	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito
	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida,...)		Código
	22 Número	23 Complemento (apto., casa,...)		24 Geo campo 1
Dados Complementares do Caso	25 Geo campo 2	26 Ponto de Referência		27 CEP
	28 (DDD) Telefone	29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	30 País (se residente fora do Brasil)	
	31 Ocupação			
	32 UF	33 Município de realização do Pré-Natal	Código (IBGE)	34 Unidade de realização do pré-natal: Código
Ant. epid. gestante	35 Nº da Gestante no SISPRENATAL		36 Classificação Clínica 1 - Primária 2 - Secundária 3 - Terciária 4 - Latente 9 - Ignorado	
	Resultado dos Exames			
Dados laboratoriais	37 Teste não treponêmico no pré-natal 1-Reagente 2-Não Reagente 3-Não Realizado 9-Ignorado		38 Título 1:	39 Data
	40 Teste treponêmico no pré-natal 1-Reagente 2-Não reagente 3-Não realizado 9-Ignorado			
Tratamento gestante	41 Esquema de tratamento prescrito à gestante 1 - Penicilina G benzatina 2.400.000 UI 2 - Penicilina G benzatina 4.800.000 UI 3 - Penicilina G benzatina 7.200.000 UI 4 - Outro esquema 5 - Não realizado 9 - Ignorado			
	42 Parceiro tratado concomitantemente à gestante 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			
Ant. epidemiológicas da parceria sexual	43 Esquema de tratamento prescrito ao parceiro 1 - Penicilina G benzatina 2.400.000 UI 2 - Penicilina G benzatina 4.800.000 UI 3 - Penicilina G benzatina 7.200.000 UI 4 - Outro esquema 5 - Não realizado 9 - Ignorado			
	Sifilis em gestante Sinan NET SVS 29/09/2008			
Ant. epidemiológicas da parceria sexual	44 Motivo para o não tratamento do Parceiro 1 - Parceiro não teve mais contato com a gestante. 2 - Parceiro não foi comunicado/convocado à US para tratamento. 3 - Parceiro foi comunicado/convocado à US para tratamento, mas não compareceu. 4 - Parceiro foi comunicado/convocado à US mas recusou o tratamento. 5 - Parceiro com sorologia não reagente. 6 - Outro motivo: _____			
	Sifilis em gestante Sinan NET SVS 29/09/2008			
Investigador	Município/Unidade de Saúde		Cód. da Unid. de Saúde	
	Nome	Função	Assinatura	
Sifilis em gestante Sinan NET SVS 29/09/2008				