



INSTITUTO
SUPERIOR
DE ANGOLA

DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
LICENCIATURA EM ANÁLISES CLÍNICAS

**INCIDÊNCIA DE SÍFILIS EM GESTANTES ATENDIDAS NO BANCO
DE URGÊNCIA NO HOSPITAL MUNICIPAL DO CAZENGA NO
SEGUNDO SEMESTRE DE 2023**

Autora: Gabriela Félix Américo Filipe

Orientador: Domingos Sebastião Álvaro, PhD.

Luanda, 2024

DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
LICENCIATURA EM ANÁLISES CLÍNICAS

**INCIDÊNCIA DE SÍFILIS EM GESTANTES ATENDIDAS NO BANCO
DE URGÊNCIA NO HOSPITAL MUNICIPAL DO CAZENGA NO
SEGUNDO SEMESTRE DE 2023**

Trabalho de Fim de Curso apresentado ao Instituto Superior de Angola, como requisito para a obtenção do grau de Licenciatura em Análises Clínicas, sob a orientação de Domingos Sebastião Álvaro, PhD.

Autora: Gabriela Félix Américo Filipe

Orientador: Domingos Sebastião Álvaro, PhD.

Luanda, 2024



INSTITUTO
SUPERIOR
DE ANGOLA

DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
LICENCIATURA EM ANÁLISES CLÍNICAS

**INCIDÊNCIA DE SÍFILIS EM GESTANTES ATENDIDAS NO
BANCO DE URGÊNCIA NO HOSPITAL MUNICIPAL DO
CAZENGA NO SEGUNDO SEMESTRE DE 2023**

O JÚRI

Presidente _____

1º Vogal _____

2º Vogal _____

Secretário _____

CLASSIFICAÇÃO: _____

Data da Monografia ____/____/____

DEDICATÓRIA

Ao meu pai Félix, meu incentivador em todos os momentos. A minha mãe Esperança, ao meu esposo Paulo Júnior, filhos e irmãos pela paciência, amor e compreensão.

AGRADECIMENTOS

Ao meu Santo Deus em nome de Jesus Cristo, nosso Salvador que nos tem dado a vida e sabedoria de graça.

Aos meus pais, Félix Filipe e Esperança Américo pela Ajuda financeira, disposição, apoio moral e material no decorrer da minha trajectória. Ao meu esposo Paulo Júnior, pelo seu amor incondicional, pela motivação que sempre me transmitiu e transmite, és a minha fonte de inspiração.

Ao meu tutor Domingos Sebastião Álvaro, PhD. e ao Prof. Pesq. António Luís Yamba que tanto fizeram e orientaram-me na conclusão do presente TFC.

Ao Instituto Superior de Angola, por ensinarem-me e tornar o meu sonho uma realidade “profissional da saúde.”

Aos profissionais do Hospital Municipal de Cazenga especialmente os da área da Laboratório de análises clínicas que me receberam e acolheram-me para que eu fizesse a minha pesquisa de campo.

Aos meus colegas que me apoiaram ao longo da minha caminhada até ao final.

EPÍGRAFE

“A sífilis é doença infecto-contagiosa, transmitida pela via sexual e verticalmente durante a gestação.”

(Santos, 2018).

RESUMO

Incidência de Sífilis em Gestantes atendidas no Banco de Urgência do Hospital do Cazenga no Segundo Semestre de 2023. Tratou-se de uma pesquisa observacional e descritiva, com enfoque retrospectivo com abordagem quali-quantitativo. O estudo partiu da seguinte pergunta de partida: Qual é a Incidência de Sífilis em Gestantes atendidas no Banco de Urgência do Hospital Municipal de Cazenga no Segundo Semestre de 2023? Hipótese:H1. A Incidência de Sífilis em Gestantes atendidas no Banco de Urgência do Hospital Municipal de Cazenga é baixa. Objectivo geral: analisar a incidência de sífilis em gestantes, atendido no Banco Urgência do Hospital Municipal de Cazenga, no IIº semestre 2023. Os objectivos específicos: caracterizar o perfil da amostra segundo os dados sociodemográficos e obstétricos (idade, proveniência, nível de escolaridade); identificar os principais factores de riscos da sífilis gestacional; mencionar o tipo de diagnóstico laboratorial; descrever os critérios de diagnósticos para casos positivos; determinar a incidência de sífilis em gestantes, atendido no Banco Urgência do Hospital Municipal de Cazenga, no IIº semestre 2023.Quanto a amostra, trabalhou-se com um total de 70 processos clínicos. Conclusão: Este estudo reforça a situação da sífilis gestacional como um grave problema de saúde pública em Angolano, sendo um dos principais factores para a continuidade e agravamento deste problema a falta de educação em saúde e múltiplos parceiros, baixo nível de escolaridade, relação sexual desprotegida. Sugestões: dessa forma, para o fortalecimento de boas práticas de saúde faz-se necessário que as unidades básicas de saúde ofereçam acesso universal e humanizado.

Palavras-chave: Incidência, Sífilis, Gestantes, Hospital

ABSTRACT

Incidence of Syphilis in Pregnant Women treated at the Emergency Bank of Hospital do Cazenga in the Second Semester of 2023. This was an observational and descriptive research, with a retrospective focus and a qualitative-quantitative approach. The study was based on the following starting question: What is the Incidence of Syphilis in Pregnant Women treated at the Emergency Bank of the Municipal Hospital of Cazenga in the Second Semester of 2023? Hypothesis:H1. The incidence of syphilis in pregnant women treated at the Emergency Bank of the Municipal Hospital of Cazenga is low. General objective: To analyze the incidence of syphilis in pregnant women, attended at the Emergency Bank of the Municipal Hospital of Cazenga, in the second semester of 2023. The specific objectives: to characterize the profile of the sample according to sociodemographic and obstetric data (age, origin, level of education); identify the main risk factors for gestational syphilis; mention the type of laboratory diagnosis; describe the diagnostic criteria for positive cases; determine the incidence of syphilis in pregnant women, attended at the Emergency Bank of the Municipal Hospital of Cazenga, in the second semester of 2023. As for the sample, we worked with a total of 70 clinical files. Conclusion: This study reinforces the situation of gestational syphilis as a serious public health problem in Angola, with one of the main factors for the continuity and worsening of this problem being the lack of health education and multiple partners, low level of education, unprotected sexual intercourse. Suggestions: The refore, to strengthen good health practices, it is necessary for basic health units to offer universal and humanized access.

Keywords: Incidence, Syphilis, Pregnant women, Hospital

LISTA DE TABELAS

Tabela 01. Distribuição da amostra de acordo com a Idade.....	31
Tabela 02. Distribuição da amostra de acordo com a proveniência.....	32
Tabela 03. Distribuição da amostra de acordo com o nível académico.....	33
Tabela 04. Distribuição da amostra de acordo com os factores de riscos	34
Tabela 05. Distribuição da amostra de acordo com o tipo de diagnóstico laboratorial.....	35
Tabela 06. Distribuição da amostra de acordo com os critérios de diagnóstico para casos positivos	35
Tabela 07. Distribuição da amostra de acordo com a incidência de sífilis em gestantes atendidas no Banco Urgência do Hospital Municipal de Cazenga, no IIº semestre 2023.....	36

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01. Distribuição da amostra de acordo com a Idade.....	31
Gráfico 02. Distribuição da amostra de acordo com a proveniência.....	32
Gráfico 03. Distribuição da amostra de acordo com o nível académico.....	33
Gráfico 04. Distribuição da amostra de acordo com os factores de riscos	34
Gráfico 05. Distribuição da amostra de acordo com o tipo de diagnóstico laboratorial.....	35
Gráfico 06. Distribuição da amostra de acordo com os critérios de diagnóstico para casos positivos	35
Gráfico 07. Distribuição da amostra de acordo com a incidência de sífilis em gestantes atendidas no Banco Urgência do Hospital Municipal de Cazenga, no 1º semestre 2023.....	36

LISTA DE SIGLAS

APS: Atenção Primária em Saúde

APN: Assistência pré-natal

DFA-TP: direct fluorescent-antibody testing for T. pallidum

DNA: Exame

ELISA: Enzyme-Linked Immunosorbent Assay

EIA: Imunoensaio enzimático treponêmico

FTA: Anticorpo treponêmico fluorescente

FTAAbs: Fluorescent Treponemal Antibody

g: grama

HbsAg: Teste rápido de Hepatite

HIV: Vírus de Imunodeficiência

IgG: Anticórpors

ISTs: Infecções de transmissão sexual

IUSTI: International Union against Sexually Transmitted

IV: Intra venosa

IM: intra muscular

LCR: líquido cefalo-raquidiano

MINSA: Ministério da Saúde

mg: miligrama

OMS: Organização Mundial da Saúde

PCR: Exame bioquímicos

PHPN: Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento

RPR: Rapid Plasma Reagin

SG: Sífilis Gestacional

TPI: Prova de Imobilização dos treponemas

TPHA: Treponema pallidum Hemagglutination

VDRL: Venereal Diseases Research Laboratory

ÍNDICE

1.INTRODUÇÃO	1
CAPITULO I - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	5
1.1.Definição de termos e conceitos	5
1.1.1. Incidência.....	5
1.1.2. Sífilis.....	5
1.1.3. Gestante.....	5
1.1.4.Hospital	6
1.1.5. Conceito de Sífilis e Sífilis Gestacional	6
1.1.6.Perfil Epidemiológico da sífilis no mundo e em Angola	8
1.1.7. O agente etiológico	8
1.1.8. Etiopatogenia	9
1.1.9.Transmissão	10
1.2. Factores de risco para sífilis gestacional	10
1.2.1.Sociodemográficos	10
1.2.2. Comportamentais	12
1.2.3. Assistenciais	13
1.2.4. Manifestações clínicas	16
1.2.5. Diagnóstico de infecção materna.....	16
1.2.6. Testes rápidos treponêmicos.....	19
1.2.7. Testes Treponêmicos.....	19
1.2.8. Provas direitas.....	20
1.2.9. Exame em campo escuro.....	20
1.3. Pesquisa direta com material corado.....	21

1.3.1. Imunofluorescência directa.....	21
1.3.2. Diagnóstico de sífilis na gravidez.....	21
1.3.3. Seguimento sorológico.....	22
1.3.4. Tratamento.....	24
1.3.5. Consequências da Sífilis para a gestante e o bebê.....	25
1.3.6. Prevenção e controle.....	25
CAPITULO II. METODOLOGIA DE PESQUESA	26
2.1.Tipo (S) de pesquisa.....	26
2.2. Modelo (s) de abordagem.....	26
2.3. Nível (s) de estruturação de métodos.....	27
2.4. Técnicas de colecta de dados.....	28
2.5. Instrumento e procedimentosde recolha de dados.....	29
2.6. População.....	29
2.7. Amostra.....	30
2.8. Dificuldades encontradas.....	30
CAPITULO III. DISCUSSÃO E RESULTADOS	31
3.1. Apresentação e interpretação dos resultados.....	31
3.2. Discussão dos Resultados.....	37
CONCLUSÕES.....	39
SUGESTÕES.....	40
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	41
APÊNDICES.....	
ANEXOS.....	

INTRODUÇÃO

Uma das prioridades das políticas de saúde. As políticas voltadas à assistência obstétrica e neonatal visam minimizar os desfechos negativos. Entre os agravos, a sífilis gestacional constitui uma importante causa potencialmente evitável de óbito fetal e de outros resultados perinatais adversos, ocorrendo, principalmente, nas regiões menos desenvolvidas do mundo (Santos J. , 2018).

A sífilis é uma infecção sistêmica causada por uma bactéria, *Treponema pallidum*, de evolução crônica e curável, exclusiva da raça humana, sendo sua principal forma de transmissão a sexual, porém pode ser transmitida de mãe para filho durante a gestação (Saraceni, 2015).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima aproximadamente 2 milhões de casos de sífilis por ano entre as gestantes, em todo o mundo, o que a configura como um grave problema de saúde pública. Grande parcela dos casos ocorre em países de baixa renda, porém há uma preocupação recente pelo ressurgimento em nações desenvolvidas, afectando de forma prevalente mulheres em idade reprodutiva e outros grupos populacionais (Tilman, 2020).

Por possuir uma estreita relação com as condições socioeconômicas, a sífilis distribui-se de forma desigual no mundo. Em Angola, em 2014, estudo multicêntrico investigando parturientes detectou uma prevalência de 1,6%, com uma estimativa de 50 mil gestantes infectadas e 12 mil nascidos vivos com a doença. Nas macrorregiões, oscilou entre 1,3%, no Centro-Oeste, e 1,9% no Nordeste (Santos J. , 2018).

Em 2016, o número de casos esperados de gestantes com sífilis, considerando em todas as províncias, foi de 28,5 mil. Entretanto, o MINSA registou 14.386 casos, ou seja, apenas 50,4% dos esperados. No que se refere às regiões, a Sul apresentou o maior percentual dos casos notificados em relação ao esperado (73,6%), enquanto o Nordeste exibiu o menor percentual (31,7%) e maior número de casos estimados (Tilman, 2020).

Em 2010, a Organização Pan-Americana de Saúde (Opas) e o Fundo das Nações Unidas para Infância (Unicef) lançaram estratégias para a eliminação da transmissão vertical da sífilis e do HIV na América Latina e Caribe, com metas até o

ano de 2015. Entre os objectivos a serem alcançados, a redução da incidência da sífilis congénita para 0,5 caso por 1.000 nascidos vivos ou menos (Santos J. , 2018).

Assim a Sífilis é uma doença infecto-contagiosa sistémica, de evolução crónica, se não tratada. Agente etiológico *Treponema pallidum* é uma espiroqueta de alta patogenicidade. Modo de transmissão a Sífilis secundária: entre 6 semanas e 6 meses com 90% de transmissibilidade, e, na fase terciária, mais de 1 ano com 30% de transmissibilidade. Devido aos problemas que estas alterações podem desencadear a gestante bem como ao feto, principalmente quando não é acompanhada em uma consulta pré-natal adequada.

Considerando que o controle da sífilis durante a gestação é um importante factor para prevenção da sífilis congénita, e que a notificação é o meio de comunicação e acompanhamento dos casos, este estudo teve como objectivo analisar a evolução das notificações da sífilis durante a gestação em relação à classificação clínica, vimos a necessidade de formular alguma questão e descartamos a seguinte:

Qual é a Incidência de Sífilis em Gestantes atendidas no Banco de Urgência do Hospital Municipal do Cazenga no Segundo Semestre de 2023?

Hipóteses

A hipótese uma suposta, provável e provisória resposta a um problema, cuja adequação (comprovação = sustentabilidade ou validez) será verificada através da pesquisa, interessa-nos o que é e como se formula um problema (Gil C. , 2016).

H1. A Incidência de Sífilis em Gestantes atendidas no Banco de Urgência do Hospital Municipal de Cazenga é baixa.

H2. A relação sexual desprotegida é um dos factores de riscos da sífilis em gestantes.

H3. Os testes rápidos são os principais meios de diagnósticos nas consultas pré-natais.

Objectivos

Para a compreensão do estudo, traçamos algumas metas que sublinham a intenção ou o foco pretendido com a referida pesquisa, de acordo com o tema, veremos que “os objectivos são entendidos por resultados quantitativos e qualitativos desejados pela empresa” (Guerra, 2017). Sendo assim, levantamos os seguintes objectivos:

Geral

- Analisar a incidência de sífilis em gestantes, atendido no Banco Urgência do Hospital Municipal do Cazenga, no IIº semestre 2023

Específicos

- Identificar os principais factores de riscos da sífilis gestacional;
- Caracterizar o perfil da amostra segundo os dados sociodemográficos e obstétricos (idade, proveniência, nível de escolaridade);
- Descrever os critérios de diagnósticos para casos positivos;
- Determinar a incidência de sífilis em gestantes, atendido no Banco Urgência do Hospital Municipal do Cazenga, no IIº semestre 2023
- Sugerir os critérios de diagnósticos para casos positivos (não reagentes e reagente).

Delimitação e Limitação

- a) Delimitação:** O presente estudo delimitou-se no Hospital Municipal do Cazenga no IIº semestre de 2023.
- b) Limitação:** o estudo limitou-se nos processos clínicos.

Justificativa

O presente estudo justifica-se pelo facto de:

A sífilis na gestação ser um grave problema de saúde pública, responsável por altos índices de morbimortalidade intrauterina.

Por haver poucos estudos científicos a nível nacional sobre abordagem da sífilis na gestação.

Este estudo visa apresentar uma revisão dos aspectos históricos e epidemiológicos, as manifestações clínicas, o diagnóstico da sífilis materna, suas repercussões perinatais e descrever as principais políticas públicas de saúde na atenção à gestante com sífilis e para erradicação da sífilis congénita.

Estrutura do trabalho

O nosso trabalho começa por uma introdução que esclarece a teoria da pesquisa e apresenta 3 capítulos.

No Iº capítulo, abordaremos as questões teóricas sobre a sífilis gestacional.

No IIº capítulo, apresenta a metodologia utilizada na elaboração do trabalho.

No IIIº capítulo, relata as discussões e resultados obtidos, em função destes resultados apresenta-se as conclusões e sugestões e por fim seguiram as referências bibliográficas, apêndices e anexos.

CAPÍTULO I: FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1.1 Definição dos termos e conceitos

1.1.1 Incidência

Número de casos novos que vão aparecendo em uma comunidade, durante certo intervalo de tempo, dando uma ideia dinâmica do desenvolvimento do fenómeno (Eduardo, 2018).

É qualidade daquilo que é referente à frequência ou à quantidade com que algo ocorre. Esta directamente relacionada acção ou seja incidente (Castilho, 2014).

É a proporção de novos casos surgidos numa determinada população e num curto espaço de tempo (Gil, 2012).

É número de casos novos que aparecem numa determinada população.

1.1.2. Sífilis

É uma doença bacteriana, causada pelo *Treponema pallidum*. É uma doença infecto-contagiosa, sexualmente transmissível, de evolução crónica (Pendax, 2020)

É uma doença infecto-contagiosa sistémica, de evolução crónica, se não tratada. Agente etiológico *Treponema pallidum* é uma espiroqueta de alta patogenicidade (Lessinger, 2020).

É uma doença grave e se e torna ainda mais quando é diagnosticada em uma gestante, devido a transmissão vertical (Tilman, 2020).

No entendimento da autora a sífilis é uma doença sexualmente transmissível causada pelo *Treponema pallidum*.

1.1.3. Gestante

É a mulher que se encontra no período gestacional. É a mulher que encontra-se no período da gravidez, desde a concepção até o nascimento do bebé (Patias, 2012)

De acordo (Francisco, 2016) diz que “a gestante é a mulher que se encontra cerca de 9 meses de gravidez, contado a partir da fecundação e implantação do óvulo no útero até ao crescimento”

Para Santos J. (2013) menciona que: é a mulher que se encontra em um momento muito especial, a gestação na espécie humana tem a duração de cerca de 266 dias. Durante este período, muitas transformações correm, tanto físicas quanto psicológicas, o que requer cuidados especiais com a saúde da gestante (p.233).

É toda mulher em estado de mãe que carece os cuidados médico afim que o bebê nasce saudável (Amaral,2018, p. 53).

1.1.4. Hospital

A Palavra hospital é de raiz latina (hospitalis) e de origem relativamente recente. Vem de hospes – hóspedes, porque antigamente nessas casas de assistências eram recebidos peregrinos, pobres e enfermos (Filho, 2017)

Hospital ou Nasocômio é um local destinado ao atendimento de doentes para proporcionar o diagnóstico, que pode ser de vários tipos (Isabel & Josimara, 2018).

O hospital pode ser definido como “ a parte integrará de uma organização médica e social, cuja função básica consiste em proporcionar à população assistência médica integral, curativa e preventiva, sob qualquer regime de atendimento, inclusive o domiciliar (Eduardo, 2018).

É um local destinado a cuidados de saúde e prevenção de doenças numa certa população (Fonseca, 2020, p. 290).

1.1.5. Conceito de Sífilis e Sífilis Gestacional

A Sífilis é uma doença bacteriana, causada pelo *Treponema pallidum*. É uma doença infecto-contagiosa, sexualmente transmissível, de evolução crônica (Alves, 2019).

É dividida em dois estágios: Sífilis recente (primária, secundária e latente recente) e sífilis tardia (latente tardia e terciária). A sífilis primária caracteriza-se pelo denominado “cancro duro”, lesão única e indolor no local de entrada da bactéria como

pénis, vulva, vagina, colo uterino, ânus, boca, ou outros locais, que se não tratada pode evoluir para a sífilis secundária (Aquino, 2022).

A sífilis secundária evolui geralmente em dois anos de vida onde apresenta lesões cutâneas populosas, principalmente nas regiões das palmas das mãos e nas plantas dos pés. Já na sífilis terciária a infecção prejudica pele e mucosas podendo provocar prejuízos no sistema nervoso (neuro sífilis) e cardiovascular (Araújo, Silva, Tavares, 2019).

Além da transmissão via relação sexual a bactéria pode ser transmitida via transmissão vertical, ou seja, pela disseminação hematológica da bactéria no sangue da mãe que atravessa a placenta infectando o feto, podendo isso acontecer em qualquer estágio da gestação, recebendo a denominação de Sífilis Gestacional (SG) (Arrais PSD, 2021). Quando o recém-nascido nasce infectado a mesma recebe o nome de sífilis congênita, que é uma infecção do feto por conta da passagem do treponema pela placenta, e sua forma mais grave é quando acomete a gestante no primeiro trimestre de gravidez (Azevedo, Brito, & Brito, 2015).

A Sífilis Gestacional (SG) é diagnosticada quando uma gestante apresenta sinais e sintomas de sífilis ou apresenta sorologia não treponêmica reagente, independente da titulação, mesmo na ausência de resultado treponêmico, durante o pré-natal ou no momento do parto (Amaral, 2018).

A triagem sorológica da sífilis é recomendada pelo Ministério da Saúde (MS) preferencialmente por meio do teste treponêmico, no primeiro e terceiro trimestre de gestação e no momento da internação para o parto ou corretagem. Para as gestantes que apresentam resultado reagente, o controle da cura e do tratamento devem ser realizados através do Venereal Disease Research Laboratory test (VDRL), um exame não treponêmico (IST, 2015).

A SG possuiu um simples diagnóstico e um fácil tratamento, com o foco na quebra da transmissão da bactéria, visto que os cuidados precoces no pré-natal e o tratamento de qualidade das gestantes e seus parceiros diagnosticados com a infecção são muito importantes na prevenção e diminuição da incidência de sífilis congênita (Aragão, 2016).

1.1.6. Perfil Epidemiológico da sífilis no mundo e em Angola

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), estima-se que no mundo acontece anualmente cerca de 12 milhões de casos novos de sífilis (WHO, 2019). Com altas taxas de incidência na América Latina e na Ásia, salientando que destes, 1,5 a 1,85 milhões dos casos encontrados são de gestantes e que 50% delas possuem filhos com resultados adversos decorrentes das consequências da doença (Arraes, 2018). A América Latina e o Caribe possuem a maior taxa de sífilis gestacional que qualquer outra região, registrando a cada ano 164.222 a 344.331 casos (WHO, 2019).

A sífilis é a segunda causa infecciosa de natimortos em todo o mundo e um importante contribuinte evitável de morbimortalidade infantil. A incidência de sífilis nos Estados Unidos em 2012 aumentou de 8,4/100.000 para 11,6/100.000 nascidos vivos em 2014, mostrando o aumento da doença em gestantes. Um estudo realizado no município de Gabão, país do Norte da África com 973 gestantes, foi encontrado prevalência de 2,5% casos de sífilis (WHO, 2019).

Em Angola, em 2018, constatou-se uma taxa de detecção de sífilis em gestantes de 21,4/1.000 nascidos vivos (25,7% superior à taxa observada no ano de 2017). As taxas foram maiores nas regiões sul do País (24,4/1.000 nascidos vivos) e Norte (23,0/1.000 nascidos vivos) (MINSA, 2019).

1.1.7. O agente etiológico

A sífilis é causada por uma bactéria chamada *Treponema pallidum*, género *Treponema*, da família dos *Treponemataceae*, que inclui ainda dois outros géneros: *Leptospira* e *Borrelia*. O género possui quatro espécies patogénicas e pelo menos seis não patogénicas. As patogénicas são o *Treponema pallidum* subsp *pallidum*, causador da sífilis, o *Treponema carateum*, responsável pela pinta, e o *Treponema pertenue*, agente da boubá ou framboesia. O bedel ou sífilis endémica é atribuído à variante *T. pallidum* subsp *endemicum* (Barros, 2017).

O *Treponema pallidum* tem forma de espiral (10 a 20 voltas), com cerca de 5-20µm de comprimento e apenas 0,1 a 0,2µm de espessura. Não possui membrana celular e é protegido por um envelope externo com três camadas ricas em moléculas de ácido N-acetil murâmico e N-acetil glucosamina. Apresenta flagelos que se iniciam na extremidade distal da bactéria e encontram-se junto à camada externa ao longo do

eixo longitudinal. Move-se por rotação do corpo em volta desses filamentos (IST, 2015).

O *Treponema pallidum* não é cultivável e é patógeno exclusivo do ser humano, apesar de, quando inoculado, causar infecções experimentais em macacos e ratos. É destruído pelo calor e falta de humidade, não resistindo muito tempo fora do seu ambiente (26 horas). Divide-se transversalmente a cada 30 horas (Azevedo, Brito, & Brito, 2015).

A pequena diferença de densidade entre o corpo e a parede do *Treponema pallidum* faz com que seja prejudicada sua visualização à luz directa no microscópio. Cora-se fracamente; daí o nome pálido, do latim pallidum (Arraes, 2018).

O genoma do *Treponema pallidum* subsp *pallidum* foi recentemente sequenciado. É um cromossoma circular de 1138006bp (bases de pares) e com 1041ORFs (fase de leitura aberta/open reading frame). É limitada a capacidade de biossíntese, e por isso, prefere locais com baixo teor de oxigénio e apresenta poucos componentes protéicos em sua parede externa (Cesar, 2018).

1.1.8. Etiopatogenia

A penetração do treponema é realizada por pequenas abrasões decorrentes da relação sexual. Logo após, o treponema atinge o sistema linfático regional e, por disseminação hematogénica, outras partes do corpo. A resposta da defesa local resulta em erosão e exulceração no ponto de inoculação, enquanto a disseminação sistémica resulta na produção de complexos imunes circulantes que podem depositar-se em qualquer órgão. Entretanto, a imunidade humoral não tem capacidade de protecção. A imunidade celular é mais tardia, permitindo ao *Treponema pallidum* multiplicar e sobreviver por longos períodos (Holanda, 2021).

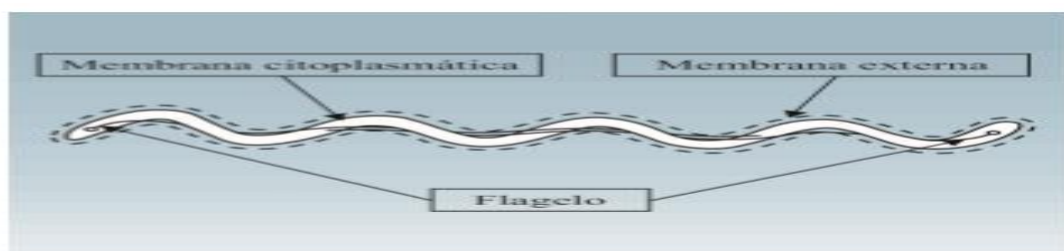


Figura 1: *Treponema pallidum*: desenho esquemático. Fonte: (Alves, 2019)

1.1.9. Transmissão

A sífilis é doença transmitida pela via sexual (sífilis adquirida) e verticalmente (sífilis congénita) pela placenta da mãe para o feto. O contacto com as lesões contagiantes (cancro duro e lesões secundárias) pelos órgãos genitais é responsável por 95% dos casos de sífilis (Dias, 2014).

Outras formas de transmissão mais raras e com menor interesse epidemiológico são por via indirecta (objectos contaminados, tatuagem) e por transfusão sanguínea.

O risco de contágio varia de 10% a 60% conforme a maioria dos autores (Korenroump, 2019).

1.2. Factores de risco para sífilis gestacional

- . Sociodemográficos
- . Comportamentais
- . Assistenciais
- . Manifestações clínicas
- . Diagnósticos de infecção materna
- . Teste rápidos treponémicos
- . Testes treponémicos
- . Provas directas
- . Exame em campo escuro

1.2.1. Sociodemográficos

As desigualdades sociais em saúde constituem um dos temas centrais em debate no campo da saúde colectiva, assim como a identificação das principais intervenções que devem ser feitas para alcançar melhores níveis de saúde, educação e desenvolvimento social (Arraes, 2018).

A saúde reprodutiva das mulheres é influenciada por uma interacção de factores, entre os quais os sociodemográficos, que determinam maior situação de vulnerabilidade às camadas sociais desfavorecidas, contribuindo significativamente para a falta de conhecimento do próprio corpo e para o uso inadequado dos métodos contraceptivos, interferindo na tomada de decisões. As escolhas reprodutivas podem

ocorrer de modo diferente entre as mulheres, havendo maiores desigualdades entre as de menor escolaridade, as negras e as residentes em regiões mais pobres do país (Araújo, Silva, Tavares, 2019).

Desse modo, os factores sociodemográficos influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus factores de risco na população, gerando desigualdades na saúde ou iniquidades. No tocante à saúde das mulheres, desempenham um papel importante no desfecho da gravidez indesejada ou não planejada o aborto e a ocorrência de infecções sexualmente transmissíveis, como HIV e sífilis (Holanda, 2021).

A sífilis guarda uma estreita relação com os factores sociodemográficos e distribui-se de modo desigual no mundo. Aquino (2022) estudando os diferenciais interurbanos de sífilis congénita no Recife, observaram maior risco entre as mulheres com menor escolaridade, menor número de consultas ao pré-natal e em crianças nascidas de mães pretas ou pardas.

A não realização do pré-natal, assim como a sífilis congénita, têm sido associadas a resultados adversos da gestação e parto entre mães e recém-nascidos, morte neonatal e prematuridade. Em relação à sífilis gestacional, a maior prevalência é entre mulheres de baixa condição socioeconómica, com antecedentes obstétricos de risco e pior acesso a serviços de saúde, indicando maior vulnerabilidade social e reprodutiva (Elisbino, 2014).

Recente pesquisa avaliativa sobre a assistência pré-natal segundo parâmetros do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) e da Rede Cegonha (RC), em uma microrregião do Espírito Santo, constatou que as mulheres com menor renda e residentes na zona rural foram as que receberam a pior assistência pré-natal, evidenciando que, dentro da política universal, os gestores e os profissionais das unidades de saúde não conseguiram focalizar a atenção pré-natal nas mulheres que mais precisam de cuidados e orientação e oferecer-lhes um atendimento diferenciado que realmente as fizessem se comprometer com o acompanhamento de sua saúde e de seu feto durante todo o período gestacional (Azevedo, Brito, & Brito, 2015).

As intervenções sociais e demográficas são as menos passíveis de modificação. Os riscos reprodutivos são influenciados por questões que ultrapassam o âmbito

biomédico. As instituições de saúde devem transpor esse limite e desenvolver abordagens que contribuam mais significativamente na diminuição dos efeitos das grandes desigualdades sociais e de saúde existentes (Amaral, 2018).

1.2.2.Comportamentais

Segundo estimativas da OMS mais de um milhão de pessoas adquirem uma IST diariamente, constituindo a segunda maior causa de morbidade em mulheres jovens adultas, depois das causas relacionadas ao ciclo gravídico-puerperal, nos países em desenvolvimento (WHO, 2019).

As mulheres representam 50% dos casos em todo o mundo e um dos principais factores atribuídos à elevada magnitude no sexo feminino é o fato de que muitas infecções não apresentam sintomas. Outra questão que deve ser considerada é que as mulheres frequentemente experimentam diferentes constrangimentos para o exercício da sua sexualidade, o que lhes dificulta incorporar práticas de proteção, e os serviços de atenção à saúde nem sempre estão aptos para lidar com essa questão (Arraes, 2018).

Mesmo diante do cenário desfavorável, as políticas públicas voltadas para as ISTs e a prevenção da transmissão vertical só voltaram a readquirir importância após a epidemia da Aids, devido a estudos que mostraram que ocorrência das ISTs eleva o risco em até 18 vezes para o HIV (Mendes, 2017). E, ainda assim, por lidarem com questões ligadas à sexualidade, tendem a ser encobertas, tornando-se invisíveis.

A sífilis é uma ISTs classificada como curável, porém considerada como marcador de sexo desprotegido e factor de risco para transmissão do HIV. Este fato foi verificado em estudo com população em situação de rua em São Paulo, onde ter tido diagnóstico de sífilis foi um significativo preditor para a infecção pelo HIV (Francisco, 2016).

A gravidez na adolescência, o uso de drogas ilícitas pela mulher gestante ou seu parceiro (crack/cocaína), a ausência de parceiro sexual fixo e ou a existência de múltiplos parceiros, menor escolaridade e nível socioeconómico, multiparidade, acesso limitado aos serviços de saúde e presença de outras ISTs constituem factores e comportamentos de risco interligados ao processo de transmissão. Por outro lado,

o hábito de usar regularmente preservativos é evidenciado como factor de proteção para infecções sexuais (Trevisol, 2017).

Estariam, ainda, envolvidos nesse processo, a iniciação sexual precoce, uso de bebidas alcoólicas e de drogas lícitas, pois esses comportamentos aditivos, geralmente determinam outros, e tornam-se comportamentos interligados. Estariam, ainda, envolvidos nesse processo, a iniciação sexual precoce, uso de bebidas alcoólicas e de drogas lícitas, pois esses comportamentos aditivos, geralmente determinam outros, e tornam-se comportamentos interligados (Arrais PSD, 2021).

Amaral(2018) observaram associação significativa entre o uso de álcool no mês antes da última relação sexual e o uso de cigarro com o aumento do número de parceiros sexuais entre os jovens de quinze a dezoito anos. Além disso, encontraram maior tendência para comportamento de risco, devido ao baixo poder de negociação em relação ao uso de preservativo, associado à dependência económica.

As ISTs ocupam um importante espaço no desenvolvimento de patologias no ciclo gravídico-puerperal e na transmissão vertical. Em gestantes, a sífilis é a infecção sexual de maior incidência e pode ser transmitida para o feto (transmissão vertical), com mais frequência intraútero (com taxa de transmissão de até 80%), apesar de também ser possível sua ocorrência na passagem do feto pelo canal do parto (Aragão, 2016).

Geralmente, é no período gestacional que até mesmo as mulheres com maior dificuldade de acesso a serviços de saúde procuram, em sua maioria, um local para seu cuidado, buscando minimizar desfechos negativos na gravidez e no parto. Durante as consultas pré-natais o profissional de saúde deve esclarecer sobre os riscos de contrair ISTs. Esta orientação proporciona interesse na sua realização, sobretudo quando enfatiza o risco da infecção para o bebê (Gazola, 2016).

1.2.3. Assistenciais

A assistência pré-natal (APN), ao lado da assistência ao parto e ao puerpério, é um dos pilares do cuidado à saúde das mulheres e crianças. A relevância desta intervenção para a redução da morbi-mortalidade materna e neonatal já se encontra estabelecida, tendo sido demonstrada por vários estudos nacionais e internacionais. Segundo recomendações da OMS, durante o acompanhamento devem ser incorporadas condutas acolhedoras; desenvolvimento de acções educativas e

preventivas, sem intervenções desnecessárias; detecção precoce de patologias e situações de risco gestacional; além do estabelecimento de vínculo com o local do parto e acessibilidade a serviços de saúde de qualidade, desde o atendimento ambulatorial básico ao atendimento hospitalar de alto risco (Dutra, 2019).

Actualmente, no Brasil, cerca de 99% das mulheres passam por, pelo menos, uma consulta de pré-natal antes do parto e 90% por, pelo menos, quatro consultas. Esse cenário deveria favorecer baixos níveis de mortalidade materna, entretanto, o país apresenta elevado coeficiente de mortalidade materna e sem redução, na última década. Destaca-se que aproximadamente três quartos dos eventos são associados a causas obstétricas directas e evitáveis. Além disso, a persistência da sífilis congénita sugere deficiências qualitativas importantes na atenção pré-natal (Amaral, 2018).

O acompanhamento pré-natal tem efeito protector sobre a saúde da gestante e da criança. Entretanto, a utilização dos serviços de cuidado é influenciada por factores individuais e sociodemográficos. Em diferentes países tem sido evidenciado que mulheres com maior nível de escolaridade realizam maior número de consultas pré-natais. Por outro lado, mulheres mais pobres, social e economicamente desfavorecidas, são menos propensas a completar o número mínimo de consultas (Braga, 2019).

O número de consultas por si só, não é garantia de qualidade, contudo, pode significar maior oportunidade de cuidados preventivos e de promoção de saúde, especialmente em gestações de maior risco, com maiores chances de desfechos perinatais negativos. A discussão actual e mais relevante é sobre a qualidade das consultas e o contacto com os serviços para a realização de cuidados efectivos em saúde (Amaral, 2018).

O MINSA recomenda que o número de consultas seja igual ou superior a seis, com início do acompanhamento até 12ª semana de gestação, o que permite maior acesso a métodos diagnósticos e terapêuticos para diversas formas de patologias, com repercussões para o feto, tais como a sífilis e HIV (MINSA, 2019).

Outro aspecto que assegura maior qualidade ao pré-natal é a realização dos exames sorológicos. Araújo, Silva, Tavares (2019) ao investigarem a assistência pré-natal entre usuárias de serviços públicos (SUS) na cidade do Recife, observaram dificuldade na realização ou na obtenção dos resultados. Estudo recente investigou a

adequação dessa assistência no Brasil e verificou que a realização do segundo exame sorológico de sífilis no pré-natal não alcançou 50% das gestantes a termo (Amaral, 2018).

Ainda mais preocupante é o fato de que, no Brasil, a sífilis durante a gestação é observada em uma proporção significativa de mulheres que receberam assistência pré-natal e com o número de consultas preconizado pelo MS. Além disso, a falta de tratamento do parceiro é um entrave frequente (Arraes, 2018).

Há evidências de que oportunidades estão sendo perdidas, por diferentes motivos, nos exames de triagem, diagnóstico, tratamento, por desconhecimento ou negligência do profissional de saúde em realizar o manejo do caso. Estes resultados evidenciam falhas na organização e agilidade do serviço de saúde, resultando em novas gestações com reinfecção, perdas fetais e sequelas para a criança não tratada. (Fernandes, 2013).

Em função dessa realidade, é preciso reforçar a necessidade de valorização e melhoria do aconselhamento em casos de gestantes com sífilis, que, quando bem executado, é instrumento importante para a quebra da cadeia de transmissão das ISTs, pois possibilita à pessoa a avaliação da condição de risco (Dutra, 2019).

Apesar do custo e efetividade do tratamento precoce da sífilis serem inquestionáveis, as ações de prevenção demandam abordagens complexas, envolvem intervenções não somente de aspectos biológicos, mas especialmente comportamentais e socioculturais. A reorganização do modelo assistencial, adotado no Brasil, em Atenção Primária em Saúde (APS), é adequada à complexidade, mas não incorporou o Projecto de Eliminação da Sífilis Congénita (Dutra, 2019).

A grande heterogeneidade no acesso a serviços de saúde no país é uma dificuldade para o controle e cuidado das gestantes com sífilis durante o pré-natal. Alguns municípios têm dificuldade até mesmo de realização de exames laboratoriais, levando considerável proporção de mulheres a serem diagnosticadas apenas no momento do parto. Fica evidenciada, mais uma vez, a incapacidade de análise da qualidade da assistência a partir de números isolados de consultas totais de pré-natal (Falcetti, 2018).

1.2.4. Manifestações clínicas

A história natural da doença mostra evolução que alterna períodos de actividade com características clínicas, imunológicas e histopatológicas distintas (sífilis primária, secundária e terciária) e períodos de latência (sífilis latente). A sífilis divide-se ainda em sífilis recente, nos casos em que o diagnóstico é feito em até um ano depois da infecção, e sífilis tardia, quando o diagnóstico é realizado após um ano (Tomas, 2014).

- **Sífilis primária**

A lesão específica é o cancro duro ou protossifiloma, que surge no local da inoculação em média três semanas após a infecção. É inicialmente uma pápula de cor rósea, que evolui para um vermelho mais intenso e exulceração. Em geral o cancro é único, indolor, praticamente sem manifestações inflamatórias perilesionais, bordas induradas, que descem suavemente até um fundo liso e limpo, recoberto por material seroso. Após uma ou duas semanas aparece uma reação ganglionar regional múltipla e bilateral, não supurativa, de nódulos duros e indolores (Valgas, 2018)

- **Sífilis secundária**

Após período de latência que pode durar de seis a oito semanas, a doença entrará novamente em actividade. O acometimento afectará a pele e os órgãos internos correspondendo à distribuição do *T. pallidum* por todo o corpo. Na pele, as lesões ocorrem por surtos e de forma simétrica. (Waldman, 2019).

- **Sífilis terciária**

Os pacientes nessa fase desenvolvem lesões localizadas envolvendo pele e mucosas, sistema cardiovascular e nervoso. Em geral a característica das lesões terciárias é a formação de granulomas destrutivos (gomas) e ausência quase total de treponemas. Podem estar acometidos ainda ossos, músculos e fígado (Aquino, 2022).

1.2.5. Diagnóstico de infecção materna

Na primeira consulta pré-natal, devem ser solicitados os seguintes exames: Tipagem sanguínea e factor Rh; Coombs indirecto (se for Rh negativo); Glicemia de jejum; Teste rápido de triagem para sífilis e/ou VDRL/RPR; Teste rápido diagnóstico anti-HIV; Anti-HIV; Toxoplasmose IgM e IgG; Sorologia para hepatite B (HbsAg);

Exame de urina e urocultura; Ultrassonografia obstétrica (não é obrigatório), com a função de verificar a idade gestacional; Citopatológico de colo de útero (se necessário); Exame da secreção vaginal (se houver indicação clínica); Parasitológico de fezes (se houver indicação clínica); Eletroforese de hemoglobina (se a gestante for negra, tiver antecedentes familiares de anemia falciforme ou apresentar história de anemia crônica) (Galato, 2019).

A identificação do *Treponema pallidum* por meio de pesquisa directa não é um método de rotina considerando-se que a maioria das pessoas com sífilis apresenta-se assintomática. Entretanto, tendo em vista a impossibilidade de isolamento do *T. pallidum* a partir de culturas, a pesquisa do material colectado de lesão cutâneo-mucosa, de biópsia ou necropsia, assim como de placenta e cordão umbilical é um procedimento útil. A preparação e a observação em campo escuro imediatamente após a colecta do espécime permitem visualizar os *Treponema Pallidum* móveis, apresentando sensibilidade de 74 a 86%, sendo que a especificidade pode alcançar 97% dependendo da experiência do avaliador (Arraes, 2018).

A técnica de imunofluorescência directa representa uma outra forma disponível para a identificação do *Treponema pallidum*, com sensibilidade (73 a 100%) e especificidade (89 a 100%) superiores à pesquisa em campo escuro. Ressalta-se que a sensibilidade dessas duas técnicas de avaliação microscópica varia de acordo com a adequação da técnica de colecta dos espécimes, o tempo de evolução (carga bacteriana) e a condição da lesão, bem como a realização ou não de tratamento específico anterior (Alves, 2019).

O diagnóstico laboratorial da sífilis rotineiramente utiliza testes sorológicos e permanece como a principal forma de se estabelecer o diagnóstico da sífilis.

Para melhorar a qualidade dos serviços e a eficácia dos testes, o ideal é que seja realizado, o teste confirmatório treponêmico, a partir de todo teste não treponêmico reagente (Alves, 2019).

O VDRL e o RPR são os testes utilizados para a triagem sorológica da sífilis em gestantes e da sífilis adquirida, tendo em vista a sua elevada sensibilidade (RPR – 86 a 100% e VDRL – 78 a 100%) e a possibilidade de titulação, o que permite o acompanhamento sistemático do tratamento. Na sorologia para a Sífilis Primária os

testes de VDRL e FTAABS se positivam depois do cancro duro com sensibilidade de

85%, na Sífilis secundária a sensibilidade da sorologia é de 99% e na terciária é de 70% e FTA-ABS de 98%. O VDRL é um teste não treponêmico que utiliza a cardiolipina que normalmente está baixa e encontrasse elevada na presença da sífilis. O VDRL é uma reacção de floculação muito sensível, tornando-se positivo em duas semanas após o aparecimento do cancro (Amaral, 2018).

Além da elevada sensibilidade, esses testes são de realização técnica simples, rápida e de baixo custo. As principais desvantagens referem-se aos resultados falso-positivos e falso-negativos. Os resultados falsos positivos possíveis podem ser explicados pela ocorrência de reacções cruzadas com outras infecções sífilíticas tardias, lúpus, artrite reumatóide, hanseníase, nos idosos, portadores de outras doenças autoimunes, hepatites, leptospirose, viciados em drogas, vacinações e gravidez principalmente. E os resultados falso-negativos pelo excesso de anticorpos, fenómeno conhecido como efeito prozona (Aragão, 2016).

Portanto, o MINSA recomenda a realização do VDRL no 1º e 3º trimestre de gestação, além de sua realização no momento do parto, se possível for, objectivando o diagnóstico eficaz da doença e a intervenção medicamentosa precisa para prevenir a transmissão vertical da sífilis e propiciar a redução das taxas de SC em Angola (MINSA, 2019).

A Sorologia Treponêmica TPHA, FTAAbs e ELISA são os testes utilizados para a confirmação da infecção pelo *T. pallidum*, permitindo a exclusão dos resultados falsopositivos dos testes não-treponêmicos, tendo em vista a sua elevada especificidade (TPHA – 98% a 100%; FTAAbs – 94% a 100%; ELISA – 97% a 100%). O uso do FTAAbs tem a finalidade de proporcionar maior sensibilidade ao diagnóstico. Na maioria dos casos, a positividade permanece por toda a vida, embora alguns pacientes tornem-se não reagentes com o passar dos anos. Os títulos IgG tendem a desaparecer em até 8 meses após o nascimento se isso não ocorrer, a persistência nos títulos após este período pode ser interpretada como SC. A sorologia no líquido (Líquido Cefalorraquidiano) deve ser realizada para verificação de neurosífilis, em todo recém-nascido de mãe com sífilis. O aumento das células acima de 25 ou das proteínas acima de 150 no resultado do exame pode ser dado sugestivo de

neurosífilis. Nele um VDRL reagente quase sempre indica uma infecção sífilítica passada ou presente no sistema nervoso central (Araújo, Silva, Tavares, 2019).

1.2.6. Testes rápidos treponêmicos

De grande importância no auxílio do diagnóstico devido à leitura imediata, foram desenvolvidos a partir dos testes de aglutinação. O ensaio imunocromatográfico é o mais eficaz. O teste imunocromatográfico promove a detecção visual e qualitativa de anticorpos (IgG, IgM e IgA) contra um antígeno recombinado de 47-kDa do *Treponema pallidum* em sangue total, soro e plasma humano. O sangue pode ser coletado por punctura do quirodáctilo. A leitura do teste é feita entre cinco e 20 minutos após sua realização. A sensibilidade e a especificidade do teste são de 93,7% e 95,2%, respectivamente, e mostraram-se superiores às do RPR nos estudos preliminares (Aquino, 2022).

Entretanto, o teste não deve ser usado como critério exclusivo no diagnóstico da infecção pelo *T. pallidum*. Esses testes poderão substituir os testes rápidos não treponêmicos, principalmente como testes de triagem (Braga, 2019).

1.2.7. Testes Treponêmicos

Os testes treponêmicos utilizam o *T. pallidum* como antígeno e são usados para confirmar a reatividade de testes não treponêmicos e nos casos em que os testes não treponêmicos têm pouca sensibilidade, como na sífilis tardia. Positivam-se um pouco mais cedo que os testes não treponêmicos. Em 85% das pessoas tratadas com sucesso, os resultados permanecem reactivos por anos ou até mesmo por toda a vida.

O TPI (prova de imobilização dos treponemas) foi o primeiro teste treponêmico desenvolvido. Utiliza como antígeno treponemas virulentos vivos obtidos de sifilomas testiculares do coelho. A reação, apesar de específica, é de difícil execução e dispendiosa, com utilização restrita a laboratórios de pesquisa.

O teste com anticorpo treponêmico fluorescente (FTA) veio sofrendo modificações na diluição e melhorando sensibilidade e especificidade até chegar ao FTA-ABS. Apresenta rápida execução e baixo custo, mas necessita de um microscópio fluorescente. Em doenças auto-imunes e outras treponematoses pode apresentar resultados falso-positivos.^{19,21} O TPHA e o MHA-TP são testes de

hemoaglutinação O MHA-TP é baseado na hemoaglutinação passiva de eritrócitos sensibilizados de ovelhas.^{41,42} Na sífilis não tratada tem sensibilidade igual à do FTA-ABS, excepto na sífilis primária inicial, em que este último é mais sensível.

Os testes EIA (imunoensaio enzimático treponêmico) e Western-blot são confirmatórios. O EIA é um teste alternativo que combina o VDRL com TPHA. O processo laboratorial é automatizado e apresenta leitura objetiva dos resultados.⁴³⁻⁴⁵ O Western-blot identifica anticorpos contra imunodeterminantes IgM e IgG de massas moleculares (15kDa, 17kDa, 44kDa e 47kDa).^{41,46} Por enquanto, esses testes vêm demonstrando alta sensibilidade e especificidade em todas as fases da sífilis, mas estão sendo mais utilizados em projectos de pesquisa.

No início dos anos 90 duas técnicas de PCR foram descritas e passaram a ser empregadas, principalmente para detecção de antígenos treponêmicos na sífilis primária, com altas sensibilidade e especificidade. O PCR é também extremamente útil no diagnóstico da sífilis congénita e neurosífilis. O DNA do *T. pallidum* é detectado com uso de primers para o gen codificador de proteína com peso molecular de 47kD. A ampliação do RNA do *Treponema pallidum* é mais sensível por demonstrar a viabilidade do treponema, e utiliza os primers que ampliam uma região com 366bp do gen 16S r RNA.

1.2.8. Provas directas

Demonstram a presença do *T. pallidum* e são consideradas definitivas, pois não estão sujeitas à interferência de mecanismos cruzados, isto é, falsopositivo. Têm indicação na fase inicial da enfermidade, quando os microorganismos são muito numerosos. Encontram sua indicação na sífilis primária e secundária em lesões bolhosas, placas mucosas e condilomas. O emprego de material procedente da mucosa oral deverá considerar a possibilidade de dificuldade na distinção entre o treponema e outros espiroquetas saprófitas da boca, excepto no caso do teste de imunofluorescência directa (Araújo, Silva, Tavares, 2019).

1.2.9. Exame em campo escuro

O teste consiste no exame directo da linfa da lesão. O material é levado ao microscópio com condensador de campo escuro, em que é possível, com luz indirecta, a visualização do *T. pallidum* vivo e móvel. É considerado um teste rápido, de baixo

custo e definitivo. A sensibilidade varia de 74 a 86%, podendo a especificidade alcançar 97% dependendo da experiência do avaliador (Amaral, 2018).

1.3. Pesquisa directa com material corado

Os métodos utilizados são: FontanaTribondeau, método de Burri, Giemsa e Levaditi. No método de Fontana-Tribondeau após a colecta da linfa é feito um esfregaço na lâmina com adição da prata. A prata por impregnação na parede do treponema torna-o visível. O método de Burri utiliza a tinta da China (nanquim) (Alves, 2019).

Na coloração pelo Giemsa o *T. pallidum* cora tenuamente (palidamente), sendo difícil a observação do espiroqueta; e, por fim, o método de Levaditi usa a prata em cortes histológicos. Todos os métodos de coloração são inferiores ao campo escuro (Aragão, 2016).

1.3.1 Imunofluorescência directa

Exame altamente específico e com sensibilidade maior que 90%. Praticamente elimina a possibilidade de erros de interpretação com treponemas saprófitas. É chamado de DFA-TP (diret fluorescent-antibody testing for *T. pallidum*) (Arraes, 2018).

1.3.2. Diagnóstico de sífilis na gravidez

O diagnóstico de sífilis na gravidez deve ser pensado sempre que houver manifestações clínicas. Porém, a maioria das gestantes se encontra na condição de sífilis latente, sendo o rastreamento através de exames laboratoriais o principal método diagnóstico (Azevedo, Brito, & Brito, 2015).

Recomenda-se rastrear sífilis na gravidez em três momentos:

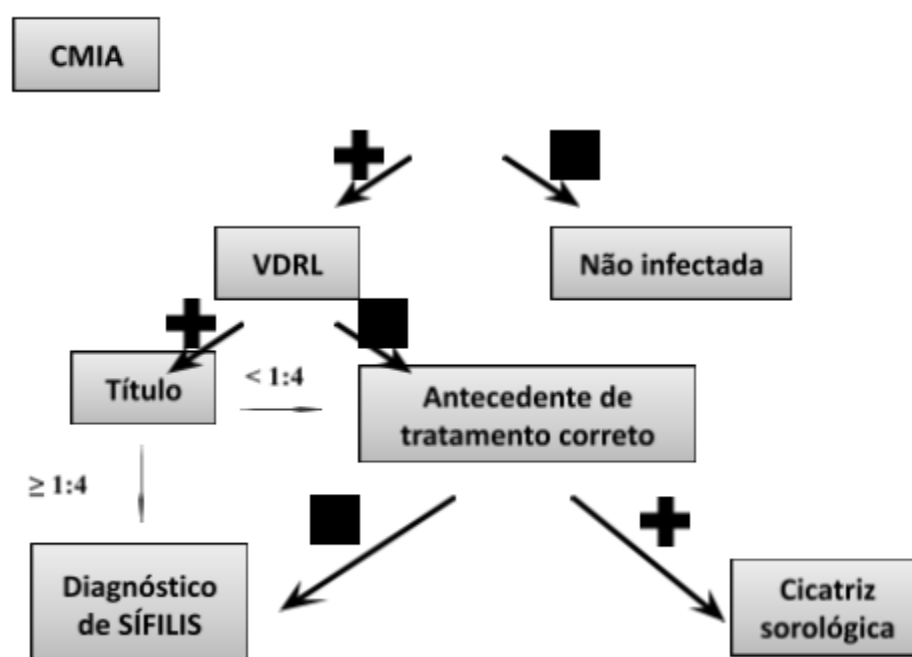
- Primeiro trimestre;
- Início de terceiro trimestre (entre 28 e 32 semanas);
- Admissão para parto ou aborto (Amaral, 2018).

Há vários fluxogramas disponíveis para diagnóstico de sífilis na gestação, que dependem da disponibilidade do exame no serviço e da característica de adesão da população (Aragão, 2016).

Nos ambulatórios de pré-natal do CAISM/UNICAMP, inicialmente é realizado o teste treponêmico específico CMIA e, se positivo, é realizado na sequencia o teste

inespecífico VDRL, a fim de se quantificar título de anticorpos, para controle terapêutico. Um dos principais problemas enfrentados quando se fala em sífilis é a interpretação da sorologia.

Neste caso, a anamnese em busca de antecedente prévio diagnóstico e/ou terapêutico é fundamental para o diagnóstico correcto (Azevedo, Brito, & Brito, 2015). Recomenda-se seguir seguinte fluxograma diagnóstico:



Fonte: (Aquino, 2022).

Neste serviço, quando se pede a sorologia de sífilis no pré-natal, o primeiro exame realizado é o teste treponêmico CMIA:

- **CMIA negativo:** já pode considerar que a gestante não tem infecção por sífilis. É fundamental a repetição deste exame durante a gestação, pois a mesma pode adquirir a sífilis ao longo de sua gravidez, sendo a infecção recente a de maior risco para transmissão vertical;
- **CMIA positivo:** é realizado o exame VDRL (Gazola, 2016).
- **VDRL negativo:** deve ser questionado histórico prévio de tratamento de sífilis ou uso de penicilina ou eritromicina prévios. Se tratamento prévio adequado (incluindo tratamento de parceiro), considerar cicatriz sorológica e repetir exame conforme rotina de pré-natal. Se não houver história de tratamento

prévio, ou tratamento inadequado, deverá ser tratada como sífilis latente (Amaral, 2018).

- **VDRL positivo:** analisar título de VDRL. Se título persistentemente elevado ($\geq 1:4$) ou crescente, considerar infecção por sífilis. Questionar sobre alguma manifestação clínica que possa datar a infecção. Se sintomas há menos de um ano, considerar sífilis recente. Se sintomas há mais de um ano ou assintomática, considerar sífilis tardia. Se não há história prévia de qualquer tratamento para sífilis (ou uso de Penicilina por outras razões), ou tratamento inadequado, deve ser considerada sífilis latente indeterminada e tratada como tal (Aragão, 2016).

Em serviços nos quais o rastreamento é feito pelo VDRL, pode haver falsos positivos de VDRL, ou seja, VDRL reagente e exame treponêmico não reagente. Nestes casos, devem ser rastreadas colagenoses (IST, 2015).

Cabe observar que, quando o rastreamento é feito através do VDRL, corre-se o risco de deixar de diagnosticar a sífilis latente em algumas gestantes, pois o título de VDRL pode ser muito baixo e indetectável em alguns casos e a gestante ser portadora de sífilis latente tardia (Amaral, 2018).

1.3.3. Seguimento sorológico

Durante o seguimento clínico para o monitoramento da resposta ao tratamento da sífilis adquirida e na sífilis gestação, alguns pontos devem ser considerados:

1. Os testes não treponêmicos devem ser realizados mensalmente nas gestantes, e, na população geral, a cada três meses no primeiro ano e a cada seis meses no segundo ano;
2. A redução de dois ou mais títulos do teste não treponêmico ou a negatificação após seis meses a nove meses do tratamento demonstra a cura da infecção;
3. No caso de sífilis primária e secundária, os títulos devem declinar em torno de duas diluições em três meses e três diluições em seis meses. Se os títulos se mantiverem baixos e estáveis em duas oportunidades, após dois anos, pode-se dar alta;
4. A elevação de títulos dos testes não treponêmicos em duas diluições em relação ao último exame realizado, indica reinfecção e um novo tratamento deve ser iniciado;

5. Considerar a necessidade de oferta de testagem periódica em pessoas com vulnerabilidade aumentada (Amaral, 2018).

1.3.4. Tratamento

Descoberta em 1928, por Fleming, a penicilina mudou radicalmente a história da sífilis a partir de 1943, data do primeiro uso no combate à doença. É, até aos dias de hoje, o tratamento mais eficaz. Os seus antecessores foram o mercúrio, o arsénio e, entre outros, os iodetos – os recursos que, perante o aumento de número de casos de sífilis, a ciência médica encontrou então, contudo, com uma baixa eficácia, toxicidade à mistura e dificuldades várias na execução dos tratamentos (Elisbino, 2014).

A penicilina G, administrada por via parentérica, permanece, pois, o medicamento de eleição para o tratamento de todos os estágios da sífilis. A preparação utilizada, a dosagem e a duração do tratamento dependem da fase e das manifestações clínicas da doença, sendo que as etapas iniciais são mais infecciosas, mas respondem melhor ao tratamento (Falcetti, 2018).

O seguimento deve incluir exames clínicos, sorológicos, do LCR e, dependendo da avaliação clínica do estado do paciente, também radiológicos (Holanda, 2021).

No seguimento dos pacientes tratados de sífilis inicial deve avaliar-se a condição clínica destes, tentando detectar-se uma reinfeção no primeiro ano após a terapia. Os pacientes com sífilis inicial que tenham sido tratados com doses e preparações adequadas de penicilina benzatina devem ser clínica e sorologicamente avaliados, usando um teste não-treponémico, três meses após para a avaliação dos resultados da terapia (Francisco, 2016).

Deve, depois, proceder-se a uma segunda avaliação passados seis meses e, se os resultados o aconselharem nesse momento, novamente 12 meses mais tarde - isto para reavaliar-se a condição do paciente e detectar-se uma possível reinfeção. Em todas as fases da doença deve considerar-se a repetição do tratamento se: persistirem, ou ocorrerem, sinais ou sintomas clínicos de sífilis activa; ou no caso de haver um aumento confirmado no padrão de um teste não-treponemico (Amaral, 2018).

1.3.5. Consequências da Sífilis para a gestante e o bebé

A sífilis é uma doença grave e se torna ainda mais quando é diagnosticada em uma gestante, devido a transmissão vertical (Dutra, 2019). A gestante quando diagnosticada com sífilis pode desenvolver uma série de intercorrências clínicas decorrentes da sífilis, como por exemplo o aborto, óbito neonatal, neonatal enfermo e perda fetal tardia (Falcetti, 2018).

Gestantes diagnosticadas com sífilis que não realizaram tratamento ou que não receberam o tratamento de forma correcta estão propensas a transmitirem a sífilis aos seus conceptos. Tal situação pode desencadear várias consequências para o nascituro, podendo levar a morte fetal ou neonatal, prematuridade, baixo peso ao nascer ou a infecção congénita, surdez ou déficit de aprendizagem (Holanda, 2021).

1.3.6. Prevenção e controle

O objectivo do controle da sífilis é a interrupção da cadeia de transmissão e a prevenção de novos casos (Araújo, Silva, Tavares, 2019).

Evitar a transmissão da doença consiste na detecção e no tratamento precoce e adequado do paciente e do parceiro, ou parceiros. Na detecção de casos, a introdução do teste rápido em parceiros de pacientes ou de gestantes poderá ser muito importante. O tratamento adequado consiste no emprego da penicilina como primeira escolha e nas doses adequadas. Em situações especiais, como aumento localizado do número de casos, o tratamento profilático poderá ser avaliado (Amaral, 2018).

A prevenção de novos casos deverá ter como estratégia a informação para a população geral e, especialmente, para as populações mais vulneráveis (prostitutas, usuários de drogas intravenosas, etc.) sobre a doença e as formas de evitá-la. É importante o aconselhamento ao paciente procurando mostrar a necessidade da comunicação ao parceiro e o estímulo ao uso dos preservativos na relação sexual. A reciclagem constante e continuada das equipes de saúde integra esse conjunto de medidas para prevenção e controle da sífilis (Dias, 2014).

CAPÍTULO II: METODOLOGIA DE PESQUISA

A metodologia é uma área científica que procura descrever, analisar e enriquecer um determinado profissional de conhecimentos técnicos científicos (Fachini, 2015).

2.1 Tipo (S) de Pesquisa

Foi realizada uma pesquisa de carácter descritivo

As pesquisas descritivas têm como finalidade principal a descrição das características de determinada população ou fenómeno, ou o estabelecimento de relações entre variáveis. São inúmeros os estudos que podem ser classificados sob este título e uma de suas características mais significativas aparece na utilização de técnicas padronizadas de colecta de dados (Brandão, pesquisa participante, 2016).

2.2 Modelo (s) de Abordagem

Foi realizado um estudo com o modelo de abordagem quali-quantitativa.

Qualitativa: a abordagem de cunho qualitativo trabalha os dados buscando seu significado, tendo como base a percepção do fenómeno dentro do seu contexto. O uso da descrição qualitativa procura captar não só a aparência do fenómeno como também suas essências, procurando explicar sua origem, relações e mudanças, e tentando intuir as consequências (Galliano, 2016).

Quantitativa: pois, se preocupa com descrever os fenómenos por meio dos significados que o ambiente manifesta. Assim, os resultados são expressos na forma de transcrição de entrevistas, narrativas, declarações, fotografias, desenhos, documentos, diários pessoais, dentre outras formas de colecta de dados e informações (Brandão, pesquisa participante, 2016).

2.3 Nível (s) de Estruturação de Métodos

Segundo Galliano (2016) menciona que:

Método científico é um instrumento utilizado pela ciência na sondagem da realidade e formado por um conjunto de procedimentos, mediante os quais os problemas científicos são formulados, e as hipóteses científicas são examinadas. O método científico proporciona uma orientação geral que facilita ao cientista planejar sua investigação, formular suas hipóteses, realizar suas experiências e interpretar seus resultados. (p.32). Para elaboração do nosso trabalho serão utilizados os seguintes métodos:

a) Nível teórico

- **Método Histórico- Lógico**

É uma abordagem que combina a análise histórica com lógica para compreender e interpretar eventos passados. Ele busca identificar as relações causais e os padrões lógicos por trás dos acontecimentos históricos (Castilho, 2014).

- **Método hipotético – dedutivo**

O cientista, através de uma combinação de observação cuidadosa, hábeis antecipações e intuição científica, alcança um conjunto de postulados que governam os fenómenos pelos quais está interessado, daí deduz ele as consequências por meio de experimentação e, dessa maneira, refuta os postulados, substituindo-os, quando necessário (Leitão C. , 2012).

- **Método analítico-sintético**

Permite análise e interpretação dos dados recolhidos a partir do assunto abordado (Brandão, pesquisa participante, 2016).

b) Método empírico

- **Pesquisa de campo**

Este tipo de pesquisa se caracteriza pela interrogação directa de pessoas cujo comportamento se deseja conhecer. Basicamente, procede-se à solicitação de informações a um grupo significativo de pessoas acerca do problema estudado para em seguida análise qualitativa obter as conclusões correspondendo dos dados colhidos (Carvalho, Metodologia do trabalho Científico., 2019).

c) Nível Estatístico ou Matemático

- **Método Estatístico**

Os processos estatísticos permitem obter, de conjuntos complexos, representações simples e constatar se essas verificações simplificadas têm relações entre si. Assim, o método estatístico significa redução de fenómenos sociológicos, políticos, económicos etc. a termos quantitativos e a manipulação estatística, que permite comprovar as relações dos fenómenos entre si, e obter generalizações sobre sua natureza, ocorrência ou significado (Lakatos E. M., 2016).

2.4 Técnica (S) de Recolha de Dados

Técnica é um conjunto de preceitos ou processos de que se serve uma ciência ou arte; é a habilidade para usar esses preceitos ou nonas, a parte prática (Castilho, 2014).

Desta forma, utilizamos ao longo da pesquisa as seguintes técnicas:

- **Técnica de Entrevista Padronizada ou Estruturada**

É aquela em que o entrevistador segue um roteiro previamente estabelecido; as perguntas feitas ao indivíduo são pré-determinadas. Ela se realiza de acordo com um formulário elaborado, e é, efectuada de preferência com pessoas seleccionadas de acordo com um plano (Ketele, 2017).

- **Observação Sistemática ou Estruturada**

A observação é uma técnica de colecta de dados para conseguir informações e utiliza os sentidos na obtenção de determinados aspectos da realidade. Não consiste apenas em ver e ouvir, mas também em examinar factos ou fenómenos que se desejam estudar. É um elemento básico de investigação científica, utilizado na pesquisa de campo e se constitui na técnica fundamental da Antropologia (Lakatos E. M., 2016).

Logo, foi utilizado para o sucesso dessa pesquisa na colheita de dados nos processos clínicos.

- **Técnica documental**

Uma técnica utilizada é a busca por documentos: arquivos, registros estatísticos, diários, biografias, jornais, revistas, entre outros, que possam ajudar na pesquisa. Documentos podem ser registros estatísticos: IBGE, Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos, Organizações Voluntárias, Institutos de Pesquisa, Órgãos Públicos. Podemos utilizar também os documentos pessoais: cartas, diários, memórias, autobiografias (Leitão C. , 2012).

Para a pesquisa em causa, foi útil a técnica documental para colher dados eficazes e credíveis na pesquisa em questão.

2.5 Instrumentos e procedimentos de recolha de dados

O instrumento que será utilizado neste trabalho são:

- **Formulário**

Nogueira (2013) define formulário como sendo:

"Uma lista formal, catálogo ou inventário destinado à colecta de dados resultantes quer da observação, quer de interrogatório, cujo preenchimento é feito pelo próprio investigador, à medida que faz as observações ou recebe as respostas, ou pelo pesquisado, sob sua orientação".(p.789)

- **Tabulação**

É uma parte do processo técnico na análise estatística dos dados (Judith, 2019).

A recolha de dados será feita através de um formulário previamente avaliado e testado, contendo todas as variáveis em estudo com auxílio de uma calculadora. Os dados serão processados no programa Microsoft Office Excel e digitado no Microsoft Office Word 2016. Permitiu-nos a tabulação dos resultados que estão apresentados em tabelas e gráficos da presente pesquisa.

2.6 População e amostra

População: é o conjunto definido de elementos que possuem determinadas características. Comumente fala-se de população como referência ao total de habitantes de determinado lugar para (Brandão, 2016).

Para o presente trabalho, o universo ou população em estudo, foi composto por 150 intervenientes dos quais cento e quarenta (140) processos clínicos de gestantes com diagnóstico de sífilis.

Amostra: é um subgrupo de uma população, constituído de n unidades de observação e que deve ter as mesmas características da população, seleccionadas para participação no estudo de acordo (Hulley, 2018).

Adoptou-se amostragem do tipo estratificada proporcional.

A amostragem estratificada caracteriza-se pela selecção de uma amostra de cada subgrupo da população considerada. O fundamento para delimitar os subgrupos ou estratos pode ser encontrado em propriedades como sexo, idade ou; classe social (Carvalho, Metodologia do trabalho Científico., 2019).

Na amostragem do tipo estratificada proporcional selecciona-se cada grupo uma amostra aleatória ou proporcional à extensão de cada subgrupo determinado por alguma propriedade tida como relevante.

Foi seleccionada uma população total de 70 processos clínicos de gestantes com diagnóstico de sífilis gestacional. Que corresponde a 50% da população estudada.

2.7 DIFICULDADES ENCONTRADAS

- Dificuldades em albergar obras literárias suficientes e actuais que pudessem enriquecer o presente trabalho;
- Dificuldades financeiras.

CAPÍTULO III: DISCUSSÃO E RESULTADOS

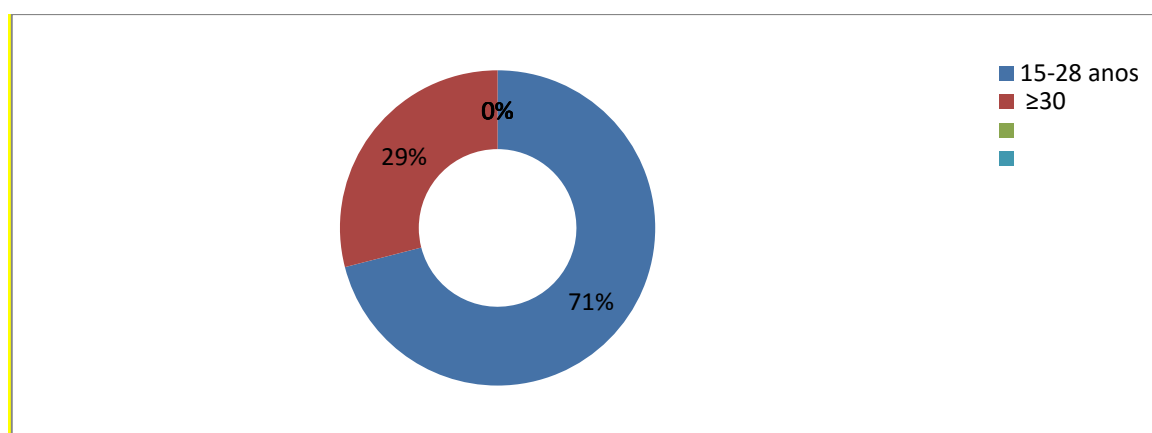
3.1 Apresentação e interpretação dos resultados

Este capítulo trata sobre a apresentação e interpretação dos resultados incidência de sífilis em gestantes atendidos no Banco de Urgência no Hospital Municipal do Sambizanga durante o segundo semestre de 2023.

Tabela 01. Distribuição da amostra de acordo com a Idade

RESPOSTA	FA	FR
15-28	50	71
≥30	20	29
Total	70	100%

Fonte: Própria, 2023



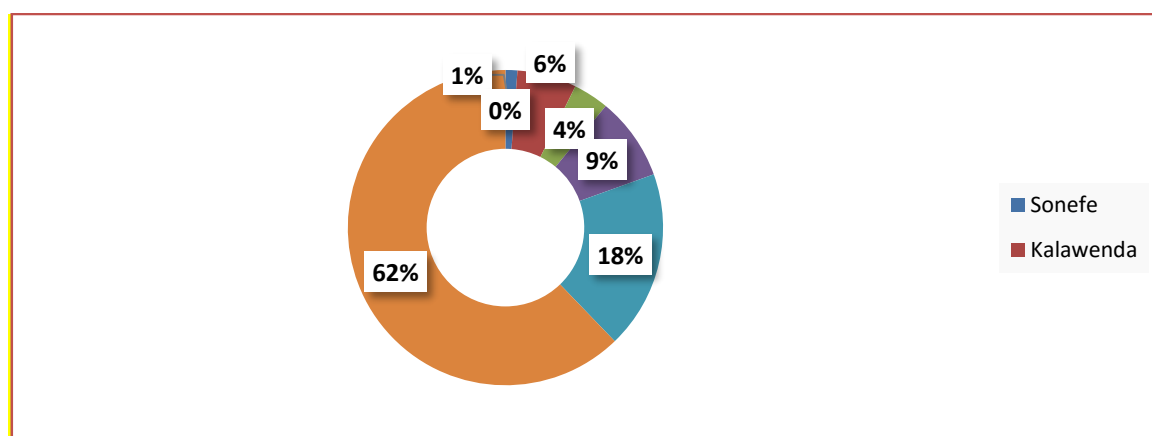
Fonte: Própria, 2023.

Com relação a idade, 71% (50) dos processos clínicos das gestantes com diagnóstico de sífilis tiveram a idade ≥30anos com 29% (20).

Tabela 02. Distribuição da amostra de acordo com a proveniência

RESPOSTA	FA	FR
Sonefe	1	1
Kalawenda	3	5
Terra Vermelha	2	3
Cazenga	5	7
Mulenvo	10	15
Tala Hady	36	51
BCA	13	18
Total	70	100%

Fonte: Própria, 2023



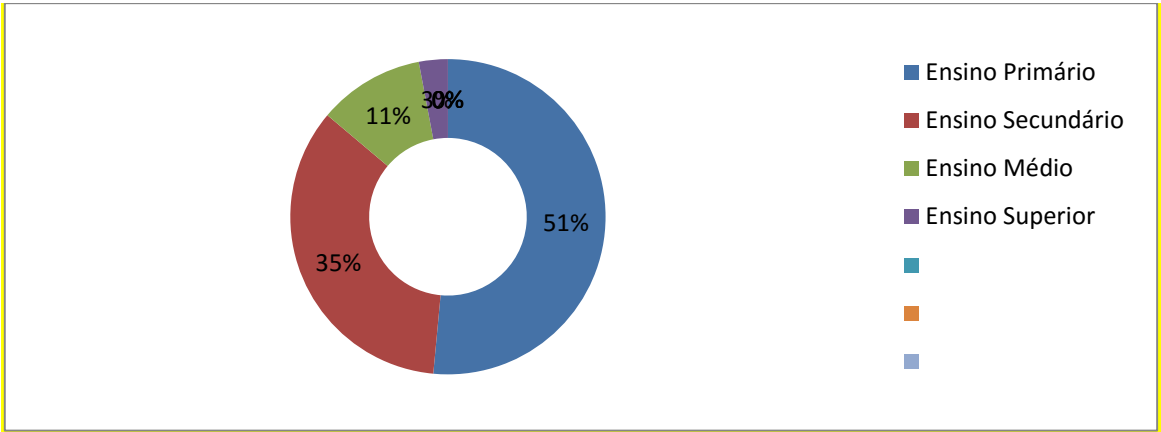
Fonte: Própria, 2023.

Em relação a proveniência das gestantes 51% (36) foram do Tala Hady, já 18%(13) do do bairro BCA, 15% (10) do Mulevo, 7% (5) foram do Cazenga, 5% (3) do Kalawenda, 3% (2) Terra Vermelha.

Tabela 03. Distribuição da amostra de acordo com o nível acadêmico

RESPOSTA	FA	FR
Ensino Primário	40	57
Ensino secundário	10	15
Ensino Médio	12	17
Ensino Superior	8	11
Total	70	100%

Fonte: Própria, 2023



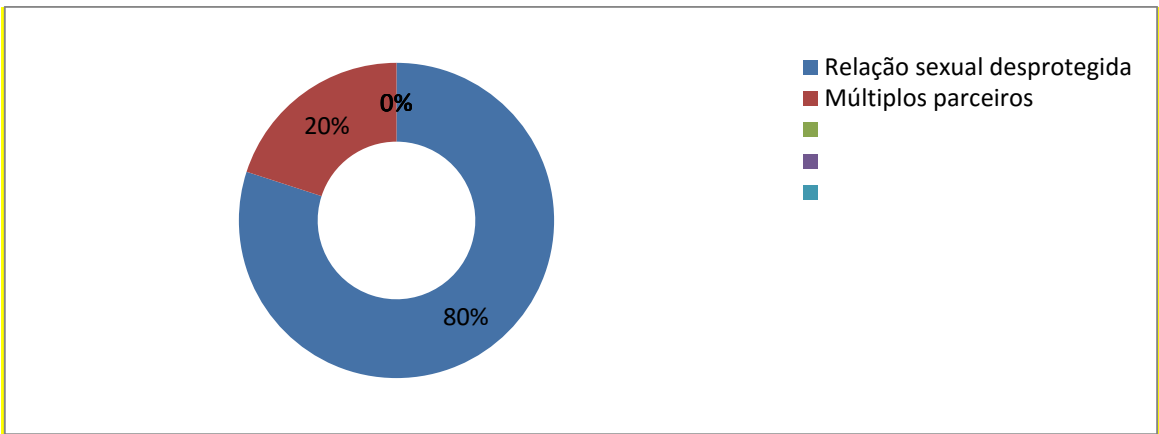
Fonte: Própria, 2023

Em relação ao nível acadêmico dos pacientes entrevistados 57% (40) foram do Ensino Primário, 17% (12) Ensino Médio 15% (10) Ensino secundário, 11% (8) Ensino Superior.

Tabela 04. Distribuição da amostra de acordo com os factores de riscos

RESPOSTA	FA	FR
Relação sexual desprotegida	60	80
Múltiplos parceiros	10	20
Total	70	100%

Fonte: Própria, 2023



Fonte: Própria, 2023

Em relação os factores de riscos 80% (60) foram através de relação sexual desprotegida, 20% (10) múltiplos parceiros.

Tabela 05. Distribuição da amostra de acordo com o tipo de diagnóstico laboratorial

RESPOSTA	FA	FR
Testes rápidos treponêmicos	70	100
Total	70	100%

Fonte: Própria, 2023



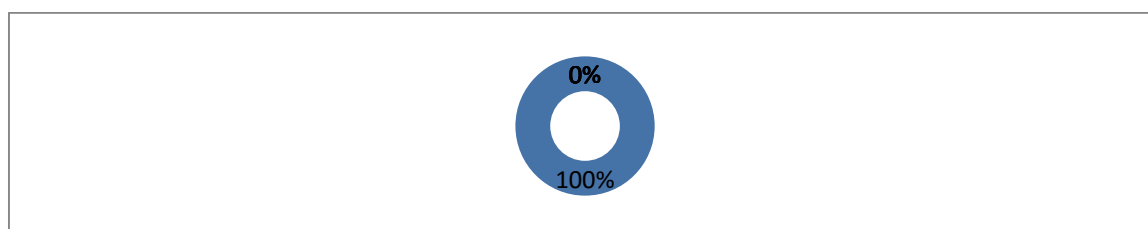
Fonte: Própria, 2023

De acordo com o tipo de diagnóstico laboratorial 100% (70) foram utilizados testes rápidos treponêmicos para o diagnóstico da doença.

Tabela 06. Distribuição da amostra de acordo com os critérios de diagnóstico para casos positivos

RESPOSTA	FA	FR
Deteccção visual e qualitativa de anticorpos (IgG, IgM e IgA)	70	100
Total	70	100

Fonte: Própria, 2023



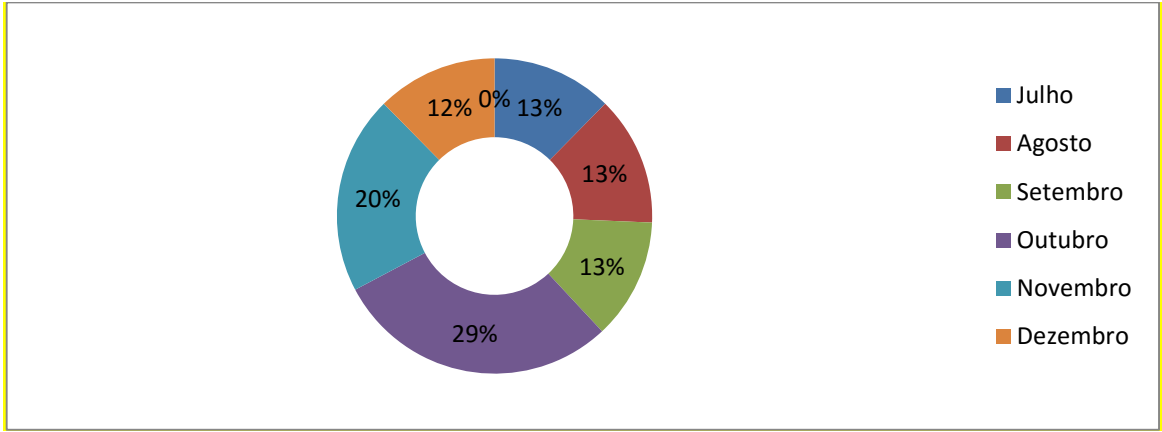
Fonte: Própria, 2023.

De acordo com os critérios de diagnóstico para casos positivos, 100% (70) foram feitas detenção visual e qualitativa de anticorpos (IgG, IgM e IgA)

Tabela 07. Distribuição da amostra de acordo com a incidência de sífilis em gestantes, atendido no Banco Urgência do Hospital Municipal do Sambizanga, no Iº semestre 2023.

RESPOSTA	Nº de casos	FA	FR
Julho	10	10	14
Agosto	11	11	15
Setembro	10	10	14
Outubro	23	23	33
Novembro	16	16	23
Dezembro	10	10	14
Total	70	70	100%

Fonte: Própria, 2023



Fonte: Própria, 2023

Em relação a incidência de sífilis em gestantes, atendido no Banco Urgência do Hospital Municipal do Cazenga, no IIº semestre 2023, 33% (23) foram do mês de Outubro, 23% (16) do mês Novembro, 14% (10) foram dos meses de Dezembro, Julho, Setembro.

3.2 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

No presente estudo quanto a variável faixa etária, observou-se que a maioria dos casos ocorreu com mulheres entre 20 a 29 anos seguidos pela faixa etária entre 15 a 19 anos para todos os estados do estudo (Rivitti, 2017). Resultado semelhante foi encontrado em estudo anterior realizado, em 2017, para OMS, com 53% das notificações de sífilis gestacional entre mulheres na faixa etária de 20 a 29 anos (Garnett GP, 2020).

Outro estudo, apresentou também resultado semelhante para a faixa etária de 15 a 19 anos com 26% dos casos registrados evidenciando o início precoce de atividade sexual. Estudo realizado entre 2023 segundo OMS em Angola, observou o aumento de casos de sífilis gestacional, sendo 53,9% do total em mulheres com idade entre 20 a 29 anos (Sampaio SAP, 2019)..

A sífilis assim como outras infecções sexualmente transmissíveis (IST's) possuem um grupo de risco específicos, dentre eles a escolaridade inferior a 8 anos, raça/cor parda e faixa etária entre 20 a 29 anos (Arraes, 2018).

Em relação os factores de riscos 80% (60) foram através de relação sexual desprotegida, 20% (10) múltiplos parceiros.

Este estudo mostrou que houve grande predominância de factores como relação sexual desprotegida, múltiplos parceiros. Corroborando com os estudos de Araújo, Silva, Tavares (2019) com 84% das gestantes tiveram como factores de riscos como múltiplos parceiros, relação sexual desprotegida, 89,7% no de IST, (2015), 72,50% no de Amaral (2018) e Azevedo, Brito, & Brito, (2015); Dias (2014) registraram 93%.

De acordo com o tipo de diagnóstico laboratorial de diagnóstico laboratorial 100% (70) foram utilizados testes rápidos treponêmicos para o diagnóstico da doença.

Tal resultado foi encontrado no estudo de Azevedo Brito e Brito (2015) onde 50% das gestantes foram diagnosticadas por meio de testes rápidos.

Estudos demonstram resultados semelhantes, em 2018 no município de Três Corações (MG) que mostra que os testes rápidos foram os, meios mais utilizado para o diagnóstico da doença na gestação com registro de 70%.

Toda gestante deve fazer a testagem para sífilis na sua primeira consulta de pré-natal, na Atenção Básica, no momento em que é diagnosticada a gestação. Os

serviços que dispõem de testes rápidos devem realizar a testagem para sífilis imediatamente após a realização deste diagnóstico. Os que não possuem o teste rápido, deverão realizar a coleta sanguínea para o exame de VDRL, que é preconizado pelo Ministério da Saúde a ser realizado no primeiro e terceiro trimestre de gestação. É imprescindível que o parceiro sexual também seja testado (Filho, 2017).

CONCLUSÕES

O estudo realizado permitiu conhecer a incidência de Sífilis em Gestantes atendidas no Banco de Urgência do Hospital Municipal de Cazenga. Para o efeito levou-nos as seguintes conclusões:

Este estudo reforça a situação da sífilis gestacional como um grave problema de saúde pública em Angola, sendo um dos principais factores para a continuidade e agravamento deste problema. a falta de educação em saúde e múltiplos parceiros, baixo nível de escolaridade, relação sexual desprotegida.

Dessa forma, para o fortalecimento de boas práticas de saúde faz-se necessário que as unidades básicas de saúde ofereçam acesso universal e humanizado, conscientizando a população para as consequências da sífilis para gestante, parceiro e bebé. O diagnóstico e o tratamento da Sífilis congénita são fundamentais para prevenir as complicações graves que podem ocorrer em bebés infectados.

SUGESTÕES

Considerando os resultados deste estudo nota-se a necessidade de investir em educação em saúde, principalmente nas escolas por meio de projectos relacionados à prevenção e promoção a pratica sexual segura, evitando assim a transmissão da sífilis e de outras infecções sexualmente transmissíveis, bem como a melhora na qualidade do pré-natal realizado nas unidades de saúde, com busca activa de gestantes e acompanhamento mensal das mesmas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALVES, M. (2019). *SÍFILIS GESTACIONAL: ENFERMEDAD DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA, CÓRDOBACOLOMBIA*. COLOMBIA: Revista Cuidarte.
- Amaral, J. (2018). *Perfil epidemiológico da sífilis gestacional e congênita no Brasil – período de 2007 a 2016*. São Paulo: Ciência & Saúde Coletiva.
- AQUINO, D. D. (2022). *Teste Rápido Para Sífilis No Pré-Natal Da Atenção Básica: Avaliação Institucional Qualitativa E Educação Permanente Em Saúde*. . São Paulo: Ciência & Saúde Coletiva.
- Aragão, G. (2016). *Sífilis Em Gestante E Sífilis Congênita: Um Estudo Retrospectivo*. . São Paulo: Revista Ciência Plural.
- ARAÚJO, C. R., SILVA, A. B., TAVARES, E. C., & al., e. (2019). *Epidemiológico Dos Casos De Sífilis Gestacional*. Paraíba, Brasil: Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE.
- Arraes, S. A. (2018). *Perfil Epidemiológico Da Sífilis Gestacional E Congênita Do Município De Santa Maria / Rs Entre Os Anos De 2007 E 2016*. Santa Maria: Rev Med.
- ARRAIS PSD, F. M. (2021). *Sífilis Gestacional: análise temporal de incidência no município de Porto Alegre no período de 2017 a 2020. Curso de Especialização em Saúde Pública*. Rio Grande do Sul,: Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul,.
- AZEVEDO, R. C., BRITO, F. F., & BRITO, A. A. (2015). *Perfil epidemiológico da sífilis congênita no Brasil no período de 2008 a 2014*. . Brazilian: Brazilian Journal of Development.
- Barros, B. (2017). *Os Desafios no Tratamento da Sífilis Gestacional*. Lisboa: Revista Multidisciplinar e de Psicologia.
- Bernal, S. (2016). *Sífilis materna e congênita notificadas em um hospital de ensino*. Rio de Janeiro: Cienc Saude Colet.
- Braga, C. M. (2019). *SÍFILIS CONGÊNITA: UMA PROBLEMÁTICA EM SAÚDE PÚBLICA*. Brasil: Revista da Universidade Vale do Rio Verde.
- Brandão. (2016). *pesquisa participante*. são paulo: brasliesse.
- Brandão. (2016). *Pesquisa participante*. são paulo: brasliesse.

- Carvalho, J. E. (2019). *Metodologia do trabalho Científico*. Lisboa: Escolar editora.
- Carvalho, J. E. (2019). *Metodologia do trabalho Científico*. Lisboa: Escolar editora.
- Castilho, A. P. (2014). *Manual de Metodologia Científica*. São Paulo: Itumbiara.
- Cesar, C. (2018). *Desigualdades na tendência da sífilis congênita no município de Niterói, Brasil, 2007 a 2016*. Rio de Janeiro: Revista Panamericana de Salud Pública.
- Dias, B. (2014). *PRÉ-NATAL DO PARCEIRO NA PREVENÇÃO DA SÍFILIS CONGÊNITA*. Rio de Janeiro: Pharmacogn.
- Dutra, M. (2019). *Syphilis in during pregnancy: Association of maternal and perinatal characteristics in a region of southern Brazil*. Brazil: Revista Latino-Americana de Biomédicina.
- Eduardo, S. (2018). *Terminologia Médica*. Brasil: Ulkir.
- Elisbino, B. (2014). *Perfil epidemiológico de pacientes com sífilis congênita e gestacional*. Lisboa: Liderd.
- Fachini, O. (2015). *Fundamentos de Metodologia*. São Paulo: Saraiva.
- Falcetti, C. (2018). *Guia de Bolso Para o Manejo da Sífilis em Gestantes e Sífilis Congênita*. Rio de Janeiro: Arquivos Catarinenses de Medicina.
- Fernandes, M. (2013). *Prevalência Da Sífilis Gestacional E Congênita Na População Do Município De Maringá*. Brasil: Saúde e Pesquisa.
- Filho, B. (2017). *Dermatology in general medicine*. (8. Ed Editora ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A.
- Fonseca, T. (2020). *Seroprevalence of syphilis amongst pregnant women attending antenatal clinics in a rural hospital in north west Ethiopia*. Genitourin Med.
- Francisco, O. (2016). *A relação entre sífilis congênita e o tratamento do parceiro da gestante: um estudo epidemiológico*. Lisboa: Revista PróUniverSUS.
- Galato, B. (2019). *Vigilância epidemiológica da transmissão vertical da sífilis*. Angola: AIDS Reviews.
- Garnett GP, A. S. (2020). *The natural history of syphilis. Implications for the transmission dynamics and control of infection*. USA: Sex Transm Dis. .
- Gazola, C. (2016). *Clinical manifestation of early by HIV status and gender: results of the syphilis and HIV study*. . São Paulo: Rev Ciênc Cidadania.
- Gil, A. C. (2012). *Metodologia da pesquisa-ação*. Brasília: Atlas.
- Gil, C. (2016). *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. Brasil: Atlas.

- Guerra, E. L. (2017). *Manual PESQUISA QUALITATIVA*. Brasília : Universitário UNA.
- HOLANDA, M. T. (2021). *Perfil epidemiológico da sífilis congênita no Município do Natal , Rio Grande do Norte – 2004 a 2007*. Rio Grande do Norte: Epidemiologia e serviços de saúde : revista do Sistema Unico de Saúde do Brasil,.
- Hulley, S. (2018). *Delineando a pesquisa clínica: um abordagem epidemiológica* (2ª ed.). Porto Alegre: Artmed Editora.
- Hutchinson CM, H. E. (2022). *Altered clinical presentation of early syphilis in patients with human immunodeficiency virus infection*. Rio de Janeiro: Ann Intern Med.
- IST, B. P. (2015). *Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)*. São Paulo: Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis.,.
- Judith, A. (2019). *O Método nas Ciências Naturais e Sociais: Pesquisa Quantitativa*. São Paulo: Pioneira/ Thomson.
- Junior, P. (2010). *Dicionário Médico*. São Paulo : Elser.
- Kohler, A. (2014). *Syphilis epidemics and human immunodeficiency virus (HIV) incidence among men who have sex with men in the United States: implications for HIV prevention*. Rio de Janeiro: Casa Publicadora Brasileira.
- KORENROUMP, e. a. (2019). *Global burden of maternal and congenital syphilis and associated adverse birth outcomes-Estimates for 2016 and progress since 2012*. . PLOS ONE.
- Lakatos, E. M. (2016). *Fundamentos de Metodologia Científica* (5A ed.). São Paulo: Atlas.
- Leitão, C. (2012). *A entrevista como instrumento de pesquisa científica: planejamento, execução e análise*. Rio de Janeiro: Artmed,.
- Lessinger, B. J. (2020). *Por que ainda não conseguimos controlar o problema da sífilis em gestantes e recém-nascidos?* Rio Grande do Sul: Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia.
- Mendes, C. (2017). *Perfil Epidemiológico Da Sífilis Gestacional: Clínica E Evolução De 2012 a 2017*. Rio de Janeiro: Revista Interdisciplinar.
- MINSA. (2019). *O perfil epidemiológico das gestantes notificadas com sífilis em Angola - 2008 a 2018*. Luanda: Ciência Saúde Coletiva.

- Patias, N. D. (2012). *Fatores que Tornam Adolescentes Vulneráveis à Ocorrência de Gestação*. Rio de Janeiro: Adolescência e Saúde.
- Pendax, M. (2020). *Is antenatal syphilis screening still cost effective in sub-Saharan Africa*. *An Bras Dermatol*,: Sex Transm Infect.
- Rivitti, E. (2017). *Sífilis Adquirida*. In: Walter Belda Júnior. *Doenças Sexualmente Transmissíveis*. São Paulo: Atheneu.
- RRAIS, P. S., FERNANDES, M. E., PIZZOL, T. d., & al., e. (2020). *Resurgence in infectious syphilis in Ireland: an epidemiological study*. . São Paulo: Revista de Saúde Pública.
- Russell DM, e. a. (2019). *Human immunodeficiency virus and other sexually transmitted diseases in two major cities in Papua New Guinea*. *Sex Transm Dis*. Nairobi, : Sex Transm Infect.
- Sampaio SAP, R. E. (2019). *Sífilis e outras Doenças Sexualmente Transmissíveis*. São Paulo: : Artes Médicas.
- Santos, J. (2018). *Departamento de Vigilância Epidemiológica. Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica*. Angola: Ministério da Saúde.
- Santos, L. d. (2016). *Epidemiological synergy: interrelationships between human immunodeficiency virus infection and other sexually transmitted diseases*. *Sex Trans Dis*. .
- Saraceni, V. A. (2015). *Congenital Syphilis: identification of two distinct profiles of maternal characteristics associated with risk Sexually Transmitted Diseases (2ª Edição ed.)*. Rio de Janeiro: Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente .
- Tilman, F. (2020). *Abordagem da sífilis como indicador de qualidade da assistência pré-natal em Salvador*. . Rio de Janeiro: Revista Baiana de Saúde Pública.
- Tomas, L. (2014). *Doenças infecciosas com manifestações dermatológicas*. . Rio de Janeiro: Erater.
- Trebien, F. &. (2014). *Should screening of genital infection be part of antenatal care in areas of high HIV prevalence?*. Rwanda : A prospective cohort study from Kigali.
- Trevisol, C. (2017). *Interseccionalidades em Saúde : Predomínio de Sífilis Gestacional em Mulheres Negras e Pardas no Brasil*. Brasil: Revista da Universidade Vale do Rio Verde.

- Valgas, S. (2018). Relation between the HIV and the re-emerging syphilis epidemic among MSM in Germany: an analysis based on anonymous surveillance data. . Rio de Janeiro: Hucitec/Sobravime.
- Waldman, D. (2019). JD, McFarland W, Kellogg TA, Kohn R, Wong W, et al. Trends in primary and secondary syphilis and HIV infections in men who have sex with men . California. : San Francisco and Los Angeles.
- WHO. (2019). O perfil epidemiológico das gestantes notificadas com sífilis no Mundo. Suíça: WHO.

APÊNDICES

ANEXOS

APÊNDICES



INSTITUTO
SUPERIOR
DE ANGOLA

**Questionário sobre a incidência de sífilis em gestantes atendidos no
Banco de Urgência no Hospital Municipal de Cazenga**

Respeitosos cumprimentos.

Caro estudante,

Sou estudante finalista do curso de **licenciatura em Análises Clínicas** do Instituto Superior de Angola – ISA. E estamos levando a cabo uma pesquisa, para Trabalho de Fim de Curso, com o tema “**incidência de sífilis em gestantes atendidos no Banco de Urgência no Hospital Municipal de Cazenga no segundo semestre de 2023**”, exclusivamente com fins académicos e científicos, por isso, **garante-se o sigilo das informações que fornecer e o devido anonimato.**

Instruções gerais:

- Responda a todas as questões, segundo o que se solicitar, com um X ou escrevendo, de acordo com a instrução de cada pergunta
- Tenha em atenção a importância dos estudos ergonómicos na prevenção dos acidentes do trabalho

0. Informações preliminares (assinale com um x no quadrado)

Sexo: Masculino ☐
Feminino ☐

0.2 idade:

- a) 18-23 anos ☐
b) 24-29 anos ☐
c) 30-35anos ☐

0.3 Classe:

Ensino primário ☐

Ensino secundario ☐

Ensino Médio ☐

Ensino superior ☐

0.4 Proveniência:.....

0.5 Idade gestacional:.....

1. Sobre a sífilis gestacional

1.1. Principais factores de riscos da sífilis gestacional.

.....

.....

.....

1.2. Tipo de diagnostico laboratorial.

.....

.....

.....

1.3. Critérios de diagnósticos para casos positivos e negativos.

.....

.....

.....

1.4. Incidência de sífilis em gestantes, atendido no Banco Urgência do Hospital Municipal de Cazenga.

.....

.....

.....

.....

Obrigada pela sua colaboração!

ANEXOS

Carta de Recolha de dados



INSTITUTO
SUPERIOR
DE ANGOLA

T.C.
Remito a D.C. e C.R.I.H
Base de dados Tratamento
16/10/2023

T.C.
Mário Gomes
30/10/2023

T.C.
- Protocolo de testes?
- exemplos w. f. do Trab

À
DIRECÇÃO DO HOSPITAL MUNICIPAL
DO CAZENGA/SOMAGUE

LUANDA

17.10.2023

CREDENCIAL

Ref.: 187/DAC/ISA/023

Melhores Cumprimentos,

Excelência,

O Instituto Superior de Angola – ISA, aprovado pelo Decreto Presidencial nº 168/12 de 24 de Julho, com sede em Luanda, bairro da Pedreira, município de Cacuaco, apostado na formação de quadros qualificados na investigação científica para dar respostas as necessidades locais e nacionais de acordo com as orientações emanadas pelo Executivo Central.

Havendo a necessidade de credenciar e enviar nos diferentes locais para pesquisar a temática do Trabalho de Fim de Curso para obtenção do grau de Licenciatura em **ANÁLISES CLÍNICAS** o (a) estudante:

NOME: **GABRIELA FILIPE**

TEMA : **INCIDÊNCIA DE SÍFILIS EM GESTANTES DO HOSPITAL MUNICIPAL DO CAZENGA/SOMAGUE - LUANDA.**

Vimos por intermédio desta, solicitar os vossos ofícios, no sentido de autorizar o estudante a realizar a pesquisa/recolha de dados na instituição que vossa excelência mui dignamente dirige.

Certo da vossa especial atenção de sempre, reiteramos os nossos respeitosos cumprimentos.

INSTITUTO SUPERIOR DE ANGOLA, em Luanda aos 05 de Setembro 2023.

Vice – Presidente Para os Assuntos Científicos
WALDANO HELEI NATXARI WANGA

Estrada da Pedreira, s/nº Bairro 17 de Setembro (Zona da Vidrú)
+244 9150840546 // www.isa-angola.ao
Cacuaco 8 Luanda 8 Angola 8



Hospital Mun. do Cazen-
Enviada 616
Data 05/10/23

Figura: 1

Diagnóstico de Sífilis		
Teste não Treponêmico (VDRL / RPR)	Teste Treponêmico (FTA-abs; IFI; etc)	Significado
Não Reagente	Não Reagente	Sem doença, sem contato prévio
Não Reagente	Reagente	Contato Prévio (sem doença)
1:2	Reagente	Cicatriz sorológica (curado)
1:2; 1:4	Não Reagente	Falso Positivo
≥ 1:4	Reagente	Doença Ativa



Fonte: (Aragão, 2016).

Figura: 2



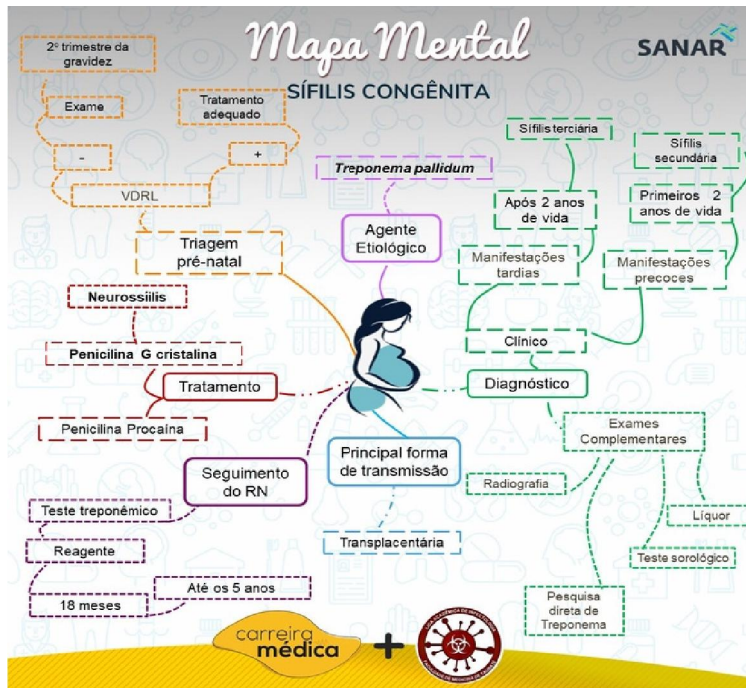
Fonte: (Gazola, 2016).

Figura: 3



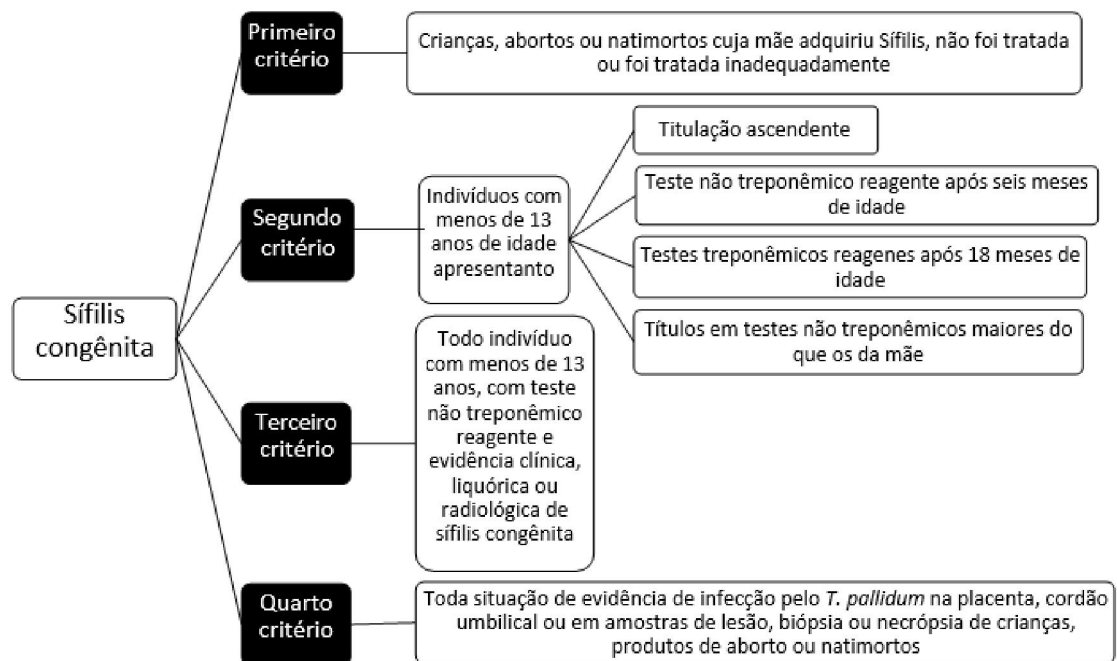
Fonte: (Dutra, 2019).

Figura: 4



Fonte : (Amaral, 2018)

Figura 5: Fluxograma 1- Critérios para determinação de sífilis congênita.



Fonte: (Braga, 2019).