

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA**

LUCIANE DA SILVA

**O CONTEXTO DA SÍFILIS EM GESTANTES E SÍFILIS CONGÊNITA
EM GRAVATAÍ E NO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL**

**PORTO ALEGRE
2018**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA**

LUCIANE DA SILVA

**O CONTEXTO DA SÍFILIS EM GESTANTES E SÍFILIS CONGÊNITA
EM GRAVATAÍ E NO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL**

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva (Mestrado Acadêmico), junto ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Antônio Barros Oliveira

PORTO ALEGRE

2018

CIP – Catalogação na Publicação

Silva, Luciane da
O CONTEXTO DA SÍFILIS EM GESTANTES E SÍFILIS
CONGÊNITA EM GRAVATAÍ / Luciane da Silva. -- 2018.
100 f.
Orientador: Paulo Antônio Barros Oliveira.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de
Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Porto Alegre, BR-RS,
2018.

1. Saúde. 2. Políticas Públicas. 3. Sífilis. 4.
Gestação. 5. Sífilis Congênita. I. Oliveira, Paulo
Antônio Barros, orient. II. Título.

LUCIANE DA SILVA

**O CONTEXTO DA SÍFILIS EM GESTANTES E SÍFILIS CONGÊNITA
EM GRAVATAÍ E NO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL**

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva (Mestrado Acadêmico), junto ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Aprovado em: 27 de março de 2018.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Nadiane de Albuquerque Lemos
UNIVATES/MEDICINA

Prof^a. Dr^a. Vírginia Leismann Moretto
UFRGS/EENF

Prof. Dr. Roger dos Santos Rosa
UFRGS/PPGCOL

Prof. Dr. Paulo Antônio Barros Oliveira
UFRGS/PPGCOL

Dedico este trabalho a todas as pessoas que acreditam na proposta do Sistema Único de Saúde brasileiro.

AGRADECIMENTOS

Tenho a agradecer:

À minha mãe. Com certeza, sem ela eu não seria o que sou. Ela, mãe solteira que me criou com um salário-mínimo de serviços gerais de escola ou de cuidadora de idosos, meu muito obrigada. À minha avó, que não está mais aqui, também agradeço, pois sei que ela apoiou minha mãe ao me cuidar. Aos meus tios, primos, dindas e dindos, cada um também tem um pouco desta conquista, obrigada a vocês.

À família Matzenbacker e aos meus primos desta família que sempre, de perto ou de longe, me acompanharam e me apoiaram. Muito obrigada, essa conquista também pertence a vocês.

Agradeço também aos amigos e colegas, os quais não citarei nomes, pois não apenas no período de mestrado, mas ao longo da vida, tanto os que passaram e ficaram na lembrança, quanto aos que permaneceram ao meu lado.

Ao meu filho amado, um agradecimento mais que especial, primeiro por me deixar ser sua mãe e o segundo, por nos últimos meses entender que sua mamãe precisava ter aulinhas e estudar.

Ao meu orientador outro agradecimento especial, pois sem ele, com certeza, eu não estaria aqui. Foram momentos turbulentos, onde algumas vezes pensei ou tentei desistir, mas ele na sua astúcia, experiência e tranquilidade me orientou com calma e esperança de que tudo daria certo.

Em um momento político Nacional um tanto conturbado, agradeço ao Estado, pois minha educação, a partir da quarta série e até este momento, sempre foi pública.

RESUMO

A sífilis é um agravo em saúde pública infectocontagioso, tem a capacidade em acometer o organismo de maneira severa quando não tratada. A sífilis congênita é um dano evitável, mas permanece como um problema de saúde pública e sua ocorrência evidencia falhas na atenção ao pré-natal. O diagnóstico precoce com tratamento em gestantes e seus parceiros são medidas simples e efetivas para atuar na prevenção e controle da doença. O objetivo foi de analisar a transmissão vertical da sífilis para propor medidas que possam corrigir falhas na prevenção, assistência e vigilância da transmissão vertical da sífilis no pré-natal, parto e puerpério, no município de Gravataí. Trata-se de estudo observacional, transversal descritivo, a partir de dados secundários referentes aos casos de sífilis de gestante e congênita notificados no Rio Grande do Sul no Sistema de Informação de Notificação. Para os dados gerais do Estado, as variáveis quantitativas foram descritas por média e desvio padrão, enquanto as categóricas foram descritas por frequências absolutas e relativas. Para comparar os dados das gestantes com sífilis com os da população de gestantes de Gravataí, utilizou-se o teste qui-quadrado de Pearson. O nível de significância adotado foi de 5% ($p < 0,05$) e as análises foram realizadas no programa SPSS versão 21.0. Os casos de Sífilis Congênita e de Sífilis em gestantes em Gravataí e no Estado apresentando crescimento constante no período de 2008 a 2016, com uma aceleração nos últimos anos. O município de Gravataí faz mais diagnósticos de sífilis em gestantes no primeiro trimestre de gestação, porém apresenta um percentual elevado de casos com as situações identificadas como ignorado, em comparação ao país e estado. O quadro final que transparece de toda a investigação é do quanto o Sistema de Saúde, em suas diferentes expressões de serviço, não vem acompanhando bem este agravo à saúde tão importante. Por sua vez, a Estratégia da Família não tem dado conta do acompanhamento destes casos diagnosticados, mesmo que tardiamente.

Palavras-chave: Saúde. Políticas públicas. Sífilis. Gestação. Sífilis congênita.

ABSTRACT

Syphilis is an infectious-contagious public health concern; it has the ability to attack the body severely when untreated. Congenital syphilis is an avoidable injury, but remains a public health problem and its occurrence evidences failures in prenatal care. Early diagnosis with treatment in pregnant women and their partners are simple and effective measures to act in the prevention and control of the disease. The objective was to analyze the vertical transmission of syphilis to propose measures that can correct failures in the prevention, care and surveillance of vertical transmission of syphilis in prenatal, childbirth and puerperium in the city of Gravataí. It is an observational, descriptive cross-sectional study, based on secondary data referring to cases of pregnant and congenital syphilis reported in Rio Grande do Sul in the Notification Information System. For the general State data, the quantitative variables were described by mean and standard deviation, while the categorical variables were described by absolute and relative frequencies. To compare the data of pregnant women with syphilis with those of the population of pregnant women in Gravataí, the chi-square test of Pearson was used. The significance level adopted was 5% ($p < 0.05$) and the analyses were performed in the SPSS program version 21.0. The cases of Congenital Syphilis and Syphilis in pregnant women in Gravataí and in the State presented constant growth in the period from 2008 to 2016, with an acceleration in recent years. The municipality of Gravataí has more diagnoses of syphilis in pregnant women in the first trimester of pregnancy, but presents a high percentage of cases with the situations identified as ignored compared to the country and state. The final picture that emerges from all the research is that the Health System, in its different expressions of service, does not accompany well this aggravation to health so important. In turn, the Family Strategy has not taken account of the follow-up of these diagnosed cases, even if late.

Keywords: Health. Public policies. Syphilis. Pregnancy. Congenital syphilis.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Taxa de incidência de sífilis em Gestante (por 1.000 nascidos vivos) por região de residência e ano de diagnóstico, Brasil, RS e Gravataí; Período de 2008 a 2016	42
Figura 2- Taxa de incidência de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade (por 1.000 nascidos vivos) por região de residência e ano de diagnóstico, Brasil, RS e Gravataí; Período de 2010 a 2015	42
Figura 3- Casos Notificados no Sistema de Informação de Agravos e Notificação no município de Gravataí, nos anos de 2007 até 2016	43
Figura 4 - Proporção de Nascidos Vivos de Mães com sete ou mais consultas Pré-natal no município de Gravataí; Período 2009 a 2017	44
Figura 5 - Percentual de identificação das gestantes com sífilis por trimestre da gestação no Brasil, RS e Gravataí nos anos de 2008 até 2016 (teste qui-quadrado de Pearson; $p < 0,001$)	45
Figura 6 - Distribuição do Tempo entre Diagnóstico e Notificação de Sífilis em Gestantes do Município de Gravataí, Período de 2008 a 2016	50
Figura 7 - Distribuição do Tempo entre Diagnóstico e Notificação de Sífilis Congênita do Município de Gravataí, Período de 2008 a 2016	55

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Número de Casos de Sífilis em Gestantes, Número de Nascidos Vivos e incidência de Sífilis em Gestantes por 1.000 NV, no município de Gravataí e Estado do RS, por ano no período de 2008 a 2016	47
Tabela 2 - Caracterização das Gestantes com Sífilis no município de Gravataí e RS, Período de 2008 a 2016	48
Tabela 3 - Dados Laboratoriais e Tratamento das Gestantes com Sífilis no município de Gravataí e no Estado do RS, Período de 2008 a 2016	51
Tabela 4 - Antecedentes epidemiológicos da parceria sexual das Gestantes com Sífilis no RS e no município de Gravataí, Período de 2008 a 2016 (continua)	52
Tabela 5 - Número de Casos de Sífilis Congênita, Número de Nascidos Vivos e incidência por 1.000 NV no município de Gravataí e Estado do RS, por ano no período de 2008 a 2016 (continua)	54
Tabela 6 - Caracterização das Crianças com Sífilis Congênita no município de Gravataí, Período de 2008 a 2016	56
Tabela 7 - Dados do Pré-natal das Crianças com Sífilis Congênita no município de Gravataí, Período de 2008 a 2016	57
Tabela 8 - Dados Laboratoriais e Tratamento da mãe das Crianças com Sífilis Congênita no município de Gravataí e Estado do RS, Período de 2008 a 2016	58
Tabela 9 - Dados Laboratoriais das Crianças Notificadas com Sífilis Congênita no município de Gravataí e Estado do RS, Período de 2008 a 2016	59
Tabela 10 - Dados clínicos das Crianças com Sífilis Congênita no município de Gravataí e Estado do RS; Período de 2008 a 2016	60

LISTA DE SIGLAS

APS	Atenção Primária em Saúde
CAPS	Centro de Apoio Psicossocial
CAPS AD	Centro de Apoio Psicossocial Álcool e Drogas
CMS	Conselho Municipal de Saúde
D.I.U.	Dispositivo Intrauterino
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
LCR	Líquor Céfalo Raquidiano
MS	Ministério da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAISM	Políticas de Atenção Integral a Saúde da Mulher
PHPN	Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento
PIM	Primeira Infância Melhor
PPP	Pré Parto, Parto, Puerpério
PROESF	Projeto de Expansão da Saúde da Família
RN	Recém-Nascido
SAE	Serviço de Atenção Especializada
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SINASC	Sistema de Informações de Nascidos Vivos
SIS	Sistema de Informações
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
T. Pallidum	Treponema Pallidum
UBS	Unidades Básicas de Saúde
USF	Unidades de Saúde da Família
VDRL	Venereal Disease Research Laboratory
VIEMSA	Vigilância em Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
1.1. Sífilis em gestantes, sífilis congênita: o presente repetindo o passado.....	14
1.2. A assistência em saúde e seu local no contexto da pesquisa	16
1.3. Rede cegonha	20
1.4. Comitê de redução de transmissão vertical de sífilis, hiv e hepatite.....	21
2. JUSTIFICATIVA	23
3. OBJETIVOS	25
3.1. Geral	25
3.2. Específicos	25
4. MARCO TEÓRICO	26
4.1. Um pouco sobre sífilis	26
4.2. Patogenia da sífilis	26
4.3. Métodos de investigação, aspectos clínicos e epidemiológicos da sífilis	28
4.3.1. Métodos de investigação da sífilis	28
4.3.2. Aspectos clínicos e epidemiológicos da sífilis	29
4.3.3. Tratamento	33
4.4. Definição de casos para fins de vigilância epidemiológica	35
5. MATERIAIS E MÉTODOS	38
5.1 Delineamento	38
5.2. Local	38
5.3. Período	38
5.4. População	38
5.5. Critérios de inclusão	38
5.6. Critérios de exclusão	39
5.7. Banco de dados	39
5.8. Tipo de análise	39
5.9. Orçamento	39
5.10. Aspectos éticos	40
6. RESULTADOS	41
6.1. Sífilis em gestantes no estado do Rio Grande de Sul e município de gravata .	47
6.2. Sífilis congênita no estado do rio grande do sul e município de gravataí	53
6.3. Protocolo de investigação de casos de sífilis congênita oce	61
6.3.1. Dados da Mãe	62
6.3.2. Antecedentes Epidemiológicos da Mãe	63

6.3.3. Pré-natal	63
6.3.4. Parto	64
7. CONCLUSÃO	67
REFERÊNCIAS	69
APÊNDICE I – TERMO DE ACEITE INSTITUCIONAL	74
ANEXO I – PROTOCOLO DE INVESTIGAÇÃO DE CASOS DE SÍFILIS CONGÊNITA PRECOCE.....	75

1. INTRODUÇÃO

1.1. SÍFILIS EM GESTANTES, SÍFILIS CONGÊNITA: O PRESENTE REPETINDO O PASSADO.

A sífilis é um importante agravo em saúde pública, pois além de ser infectocontagiosa e ter a capacidade para acometer o organismo de maneira severa quando não tratada, aumenta significativamente o risco de se infectar pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV, do inglês *human immunodeficiency virus*), já que a entrada do vírus é facilitada pela presença das lesões sifilíticas (HORVÁTH, 2011; BRASIL, 2015). O *Treponema Pallidum* (*T. Pallidum*), parasita que se abriga apenas no ser humano, é o agente causador da sífilis. Sua presença no organismo acelera a evolução da infecção pelo HIV para a síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS, do inglês *acquired immunodeficiency syndrome*) (HORVÁTH, 2011).

Os sintomas da doença foram descritos, primeiramente na Europa no século XV, por volta de 1490, ao retorno da expedição de Cristóvão Colombo do Novo Mundo para o Continente Antigo. O nome sífilis surgiu em meados do século 16, a partir do poema de um estudioso renascentista. Nele, o herói Syphillus causa a ira do Deus Sol e é infectado como punição (DUNANT, 2013).

A sífilis é uma infecção de vários estágios, descritos cientificamente pela primeira vez por Philippe Ricord em meados de 1800 (BRASIL, 2016). O estudo Tuskegee syphilis experiment de 1932 a 1972 (GOLDIM, 1999), retratado em 1997 pelo filme Cobaias (*Miss Ever's Boys*), apresenta o relato de um experimento médico em seres humanos, financiada pelo governo dos Estados Unidos, mostrando a sífilis em todos os seus estágios e tratamentos alternativos até o descobrimento da Penicilina, antibiótico hoje considerado de baixo custo.

A urbanização e os movimentos de massa das pessoas provocados pelas guerras contribuíram para sua rápida transmissão. Inicialmente, a sífilis foi considerada disfunção aguda, que provocava lesões destrutivas da pele e morte prematura, mas se tornou crônica com o advento da penicilina, passando a ser longa e insidiosa (RUBIN, 2006; COTRAN, 2005).

O tratamento da sífilis com a penicilina trouxe uma diminuição considerável do número de casos na década de 40, levando a uma queda abrupta da incidência, tanto

da forma adquirida, quanto da congênita. Nas décadas de 50 e 60 do século passado, após a descoberta da Penicilina, observou-se uma redução expressiva da sífilis, pensou-se até em sua erradicação. No entanto, ainda no século passado, na década de 80, com a liberação sexual e o uso abusivo de drogas, o recrudescimento da infecção foi inevitável e alarmante, tendo como transmissão a via sexual, sanguínea e vertical (transmissão transplacentária ou parto vaginal). Atualmente, em pleno século XXI, lutamos pela redução da doença e erradicação da sífilis congênita, pois se a gestante tiver acesso a um pré-natal eficiente e for identificada com sífilis precocemente, tratando-a adequadamente, o risco de ter um aborto ou seu filho nascer com a doença é baixo (BRASIL, 2012; BRASIL, 2012b, BRASIL, 2012c, SZWARCOWALD et al., 2006; SOUZA Jr et al., 2004).

Desde 1993 o Brasil é signatário junto à OPAS/OMS para a eliminação da sífilis congênita nas Américas, cuja meta era atingir 0,5 caso/1000 nascidos vivos até 2015. Sendo assim, em 2007 o país lançou o Plano Operacional para a Redução da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis. Em 2011, o Brasil incorporou o “Plano Global para Eliminar Novas Infecções por HIV em Crianças até 2015 e Manter suas Mães Vivas”.

A transmissão vertical do HIV será considerada eliminada quando atingir uma taxa de duas crianças HIV+ para cada 100 mães soropositivas. Diante disso, o Ministério da Saúde, na esfera das ações da “Rede Cegonha”, promove a ampliação da detecção precoce e tratamento do HIV e da sífilis em gestantes, para que essas metas sejam atingidas (BRASIL, 2014).

Diante desse contexto, estados e municípios devem observar dados epidemiológicos de casos de transmissão vertical do HIV, sífilis e hepatites B e C e verificar a necessidade de sua investigação, para identificar as causas e possibilidades de atuação em todos os níveis do Sistema de Saúde. (BRASIL, 2014)

A principal porta de entrada, captação e acompanhamento de gestantes é através da Atenção Básica (AB) ou Atenção Primária à Saúde (APS) que é realizada em todo o País, de forma descentralizada, próxima ao usuário, sua família, seu território e suas condições de vida. As Unidades Básicas de Saúde (UBS), onde trabalham as equipes de Saúde da Família (ESF) ou de Atenção Básica tradicional (EAB), tem, entre suas atribuições, o papel de coordenar o cuidado e ordenar as redes de atenção à saúde. Nesse sentido, acompanha os usuários longitudinalmente, mesmo quando necessita demanda de um serviço especializado ou de uma

internação e é responsável pela coordenação das ações dos diversos serviços sobre os profissionais. AAB é responsável pela articulação dos diversos serviços e unidades de saúde que compõem as redes, participando na definição de fluxos e elenco das necessidades de saúde de determinada população (BRASIL, 2012).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), de acordo com a normatização vigente do SUS, define a organização de Rede de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para um cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população. A RAS se constitui em arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde, com diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio, técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010). Seu objetivo é estimular a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica.

1.2. A ASSISTÊNCIA EM SAÚDE E SEU LOCAL NO CONTEXTO DA PESQUISA

Este estudo foi desenvolvido no município de Gravataí, localizado na região metropolitana de Porto Alegre, no Estado do Rio Grande do Sul. O município foi o local de escolha para a realização do presente estudo devido à autora trabalhar na Secretaria de Saúde do município como Coordenadora da Política da Atenção Integral da Saúde das Mulheres, sendo a Rede Cegonha norteadora desta política em relação à saúde materno-infantil.

O Rio Grande do Sul está dividido em trinta Regiões de Saúde, conforme a Resolução da Comissão de Intergestores Bipartite nº 555/2012, distribuídas em dezenove Regiões Administrativas da Secretaria Estadual da Saúde. Entende-se por Região de Saúde, segundo o Decreto Presidencial nº 7.508/2011:

Espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais [...], com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde. (BRASIL, 2008)

O município de Gravataí pertence à 10ª Região da Saúde, que reúne os municípios do Vale do Gravataí (Alvorada, Cachoeirinha, Glorinha, Gravataí e Viamão)

e Porto Alegre, a capital do Estado do Rio Grande do Sul. A Região de Saúde é coordenada técnica/administrativamente pela 2ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul, que também é responsável por dezenove municípios da 9ª Região de Saúde, incluindo os municípios da região carbonífera.

Concomitantemente, Gravataí participa do Conselho Regional de Desenvolvimento do Delta do Jacuí, localizando-se ao norte da capital do Estado, distante desta cerca de 22 km. Seus municípios limítrofes são Novo Hamburgo e Taquara ao norte; Alvorada e Viamão ao sul; Glorinha ao leste; Cachoeirinha e Sapucaia do Sul a oeste.

Segundo dados do DATASUS¹, em 2017, o município conta com uma população de 259.138 habitantes, sendo 51,15% de mulheres e 48,85% de homens. Dentre estes, 91,19% dos habitantes vivem na área urbana e 8,81% na área rural. A densidade demográfica é de 467 habitantes por km².

A Secretaria Municipal de Saúde de Gravataí foi criada em dois de maio de 1994, pela Lei Municipal nº 884 e tem como atribuições básicas gerir as ações e serviços municipais de saúde com o objetivo de promoção, proteção e recuperação da saúde dos munícipes, segundo os artigos 196 a 200 da Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. Com o desencadeamento do processo de municipalização da Saúde, que ocorreu em Gravataí em 1998, nos termos da Norma Operacional Básica/96, houve necessidade de estruturação da Secretaria da Saúde para gestão de um sistema local de saúde, função que vai além da gerência de serviços de saúde. Em abril de 2007, o município assumiu a Gestão Plena, tornando-se responsável por todas as atividades de gestão dos serviços e ações de saúde do município, tanto ambulatoriais, quanto hospitalares.

Da mesma forma, é função da Gestão elaborar e executar as ações de Vigilância Sanitária, de Epidemiologia e Controle de Doenças, em conjunto com outros municípios envolvidos na organização da rede regionalizada e hierarquizada de saúde com as definições das referências intermunicipais, mediada pelo Estado, garantindo os mecanismos e instrumentos necessários; realizar as atividades de cadastramento, controle, auditoria, acompanhamento e avaliação de todos os prestadores localizados no seu território; operar os sistemas de informações ambulatoriais e hospitalares; realizar o pagamento de todos os prestadores.

¹<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?lbge/cnv/poprs.def>

Um modelo assistencial para a saúde é definido como a organização da produção de serviços, a partir de uma determinada disposição de saberes da área, bem como de projetos para a construção de ações sociais específicas, como estratégia política de determinados agrupamentos sociais. (FRANCO; MERHY, 1999). A Atenção Básica em Saúde, no município de Gravataí, apresenta-se em dois modelos: o das Unidades Básicas de Saúde (UBSs), considerado o tradicional, composto por médicos clínicos, pediatras, ginecologistas, enfermeiros, cirurgiões dentistas e profissionais do nível médio de enfermagem e o das Equipes de Saúde da Família (ESF), com médicos de saúde da família e comunidade, enfermeiros, cirurgiões dentistas, profissionais do nível médio de enfermagem e agentes comunitários de saúde. O número de unidades de Atenção Básica aumentou entre os anos de 1998 e 2016, passando de 06 para 28 unidades de saúde. Atualmente o sistema de saúde está constituído por 10 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 18 Unidades Saúde da Família (USF).

A Atenção Básica em Saúde se apresenta como a porta de entrada da comunidade aos serviços de saúde. Para aperfeiçoar o processo de trabalho, a SMS Gravataí foi organizada geográfica, administrativa e politicamente em quatro distritos sanitários, que são estruturas administrativas e também espaços de discussão e de práticas, onde são operacionalizadas as estratégias da atenção básica do Município, com a referência de profissionais que gerenciam cada conjunto de unidades, facilitando a comunicação da gestão com as unidades de saúde (FRANCO; MERHY, 1999).

Os quatro Distritos Sanitários são:

- Distrito Rural: integralmente composto por sete Unidades de Estratégia de Saúde da Família, com população total de 40.385 habitantes.
- Distrito Centro: composto de duas Unidades Básicas de Saúde e cinco Unidades de Saúde da Família, com população Total de 65.839 habitantes.
- Distrito Sul: composto de três Unidades Básicas de Saúde e três Unidades de Saúde da Família, com população Total de 88.510 habitantes.
- Distrito Norte: composto de cinco Unidades Básicas de Saúde e três Unidades de Saúde da Família com População Total de 85.857 habitantes (GRAVATAÍ, 2017).

No total, o município apresenta cobertura da Atenção Básica de 64,1%, e cobertura da Estratégia Saúde da Família de 58,02, sendo 30% com Saúde Bucal, em

2015.

A organização da Atenção Básica, com base na lei nº 8080/90, é fundamentada pelos princípios do Sistema Único de Saúde, a seguir referidos:

- Saúde como direito fundamental;
- Integralidade da assistência;
- Universalidade de acesso;
- Equidade;
- Resolutividade;
- Intersetorialidade;
- Humanização do atendimento;
- Participação da população e controle social.

Além das unidades básicas de saúde, o município totaliza doze serviços de Atenção Especializada, são eles: três serviços de Saúde Mental que abrangem crianças/adolescentes, adultos e usuários de álcool e outras drogas, um Centro de Nutrição e Qualidade de Vida, um Serviço de Atendimento Especializado, um Centro de Atenção à Saúde do Idoso, uma Policlínica Municipal, uma Unidade de Saúde do Trabalhador, um Centro de Diagnóstico, um Centro de Especialidades Odontológicas, um Pronto Atendimento Médico e um SAMU. Conta ainda com um Hospital Filantrópico, uma rede laboratorial para suplementação de diagnose, uma Farmácia Municipal, duas farmácias distritais, uma Farmácia Popular e Vigilância Epidemiológica e Sanitária Municipal.

A composição da SMS (Gravataí, 2017) possui, em dois de seus departamentos, o principal gerenciamento das ações e programas de saúde, são eles o Departamento de Atenção à Saúde e o Departamento de Atenção Básica em Saúde, com a responsabilidade pelo suporte técnico da rede de serviços municipais e pelas políticas e ações em atenção à saúde. Inseridos nestes departamentos, encontram-se as Políticas de Atenção Integral a Saúde das Mulheres e da Criança, bem como a Rede Cegonha (RC) que abrange os programas de monitoramento e redução da mortalidade materno-infantil, através do Comitê Municipal de Redução da Mortalidade Materno, Infantil e Fetal (COREMMIF), o Bebê Saúde/Primeira Infância Melhor (PIM) e o Comitê Municipal de Investigação da Transmissão Vertical da Sífilis Congênita e AIDS em menores de cinco anos.

1.3. REDE CEGONHA

Em 2011, o Governo Federal lançou a Rede Cegonha (RC) como estratégia para assegurar à mulher e à criança o direito à atenção humanizada durante o pré-natal, parto/nascimento, puerpério e atenção infantil. Nesta estratégia, uma das ações significantes foi a implantação de testagem rápida para Sífilis, no espectro da Atenção Básica, sob incumbência dos três níveis de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), propiciando o diagnóstico precoce dos agravos das gestantes e início antecipado das ações de prevenção, com o objetivo de eliminação da sífilis congênita, assim como a redução dos óbitos materno e infantis evitáveis (BRASIL, 2011).

Marques (2015) descreve a RC como uma estruturação para estimular a implementação de uma rede de cuidados que tenciona o Estado/Município a assegurar às mulheres o direito do planejamento reprodutivo, atenção à gestação de forma humanizada, do parto ao puerpério, assim como garantir às crianças o nascimento com segurança, crescimento e desenvolvimento de forma saudável.

Nas Unidades Básicas de Saúde a RC, inicia no pré-natal e finaliza no parto, nos leitos maternos do Sistema Único de Saúde. Seus princípios são: a defesa dos direitos humanos de mulheres e crianças, o respeito à diversidade cultural, étnica e racial, as diferenças regionais, a equidade, o enfoque de gênero e dos direitos sexuais e direitos reprodutivos de mulheres e homens, jovens e adolescentes e a participação social.

De acordo com Brasil, 2011, essa estratégia de qualificação da atenção obstétrica e infantil está baseada na organização e desenvolvimento através de um conjunto amplo de medidas do município voltadas a garantir:

- Acolhimento, ampliação de acesso e qualidade do pré-natal;
- Vinculação da gestante à unidade de referência;
- Boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento;
- Atenção à saúde da criança de zero a 24 meses com qualidade e resolubilidade;
- Atenção à saúde da criança acima de dois anos, adolescente e mulher.

A RC é uma estratégia de mudança do modelo de atenção obstétrica e infantil para o fortalecimento da Política de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PAISM) Nacional, no componente atenção obstétrica, com a implementação de uma rede de

cuidados que assegure às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo, assistência obstétrica, com foco na gravidez, no parto e pós-parto seguro e humanizada e às crianças o direito ao nascimento e desenvolvimentos saudáveis. A RC articula ações nas três esferas de gestão em saúde e, a partir disso, visa garantir a melhoria da qualidade dos diversos serviços de saúde que compõem esta rede e proporcionar a todas as mulheres atendimento adequado, seguro e humanizado, via SUS, desde a confirmação da gravidez, passando pelo pré-natal e o parto, até os dois primeiros anos de vida do bebê (BRASIL, 2011).

A partir do ano de 2011, o município de Gravataí pactuou a implantação da RC, visando à promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade. A estruturação dessa rede envolve ações no âmbito da atenção básica em saúde – planejamento familiar, pré-natal, puerpério, atendimento integral à saúde da criança. E no âmbito da atenção especializada – pré-natal da gestante de risco, atenção ao parto e nascimento, atenção ao recém-nascido de risco, urgências e emergências, mulheres e crianças em situações especiais.

1.4. COMITÊ DE REDUÇÃO DE TRANSMISSÃO VERTICAL DE SÍFILIS, HIV E HEPATITES

A criação de comitês estaduais e municipais permite mapear os problemas e propor soluções a partir de um protocolo de investigação pré-estabelecido. Os comitês são organismos de natureza infra-institucional, interinstitucional, multiprofissional, que visam analisar eventos relacionados a agravos evitáveis e apontar medidas de intervenção para a sua redução na região de abrangência. Têm atuação técnica, sigilosa, não coercitiva ou punitiva, com função educativa e representam um importante instrumento de acompanhamento e avaliação permanente das políticas de atenção à saúde. Os comitês também contribuem para a melhoria da informação, permitindo avaliar os resultados da assistência prestada à gestante no pré-natal, parto e puerpério.

Para viabilizar a atuação dos comitês, um instrumento de investigação foi disponibilizado. Este protocolo permite identificar as possíveis falhas que ocasionaram a transmissão vertical, podendo contribuir no aprimoramento das ações assistenciais

e de vigilância epidemiológica e permitir a qualificação de políticas públicas voltadas para a redução da Transmissão Vertical, visando sua eliminação (BRASIL, 2014).

Em julho de 2015, a SES/RS convocou o Município a criar o Comitê de Redução de Transmissão Vertical de Sífilis Congênita e HIV em menores de cinco anos, com o objetivo de investigar os casos de transmissão vertical do HIV e Sífilis para subsidiar intervenções, visando a eliminação destes agravos. Objetiva contribuir para o conhecimento dos casos de transmissão vertical de doenças infectocontagiosas, com investigação dos mesmos, analisar e avaliar periodicamente os principais problemas observados nos casos de transmissão vertical de doenças infectocontagiosas, propor medidas que possam impactar na redução da transmissão vertical de doenças infectocontagiosas por meio de ações conjuntas entre os diversos setores do município e controle social.

2. JUSTIFICATIVA

Apesar de ser um agravo evitável, a sífilis congênita permanece como problema de saúde pública e sua ocorrência evidencia falhas, particularmente na atenção referente ao pré-natal. O diagnóstico precoce e o tratamento em gestantes, bem como em seus parceiros, são medidas simples e efetivas para atuar na prevenção e controle da doença. As elevadas taxas encontradas no Brasil permitem proferir questionamentos acerca da qualidade da atenção da assistência pré-natal no país, em especial da pouca atenção dispensada à sífilis e outras DSTs no ciclo gravídico-puerperal que, nos últimos anos, parecem se centrar quase que exclusivamente na infecção pelo vírus HIV, ainda que a prevalência estimada da sífilis seja quatro vezes maior (PAZ, 2004).

Na avaliação de Peeling (2004), após a introdução do uso da penicilina em 1943, a Sífilis Congênita apresentou uma diminuição progressiva, atingindo níveis bem baixos de incidência. Mas nos últimos anos tem sido observado um aumento significativo desta doença, tanto em países subdesenvolvidos, quanto nos desenvolvidos.

A sífilis congênita é uma condição evitável, desde que corretamente diagnosticada e tratada. A persistência de alta incidência da doença e de altas taxas de transmissão vertical, mesmo após o aumento considerável da cobertura de assistência pré-natal e do número médio de consultas com a instalação do SUS, indica que a qualidade da assistência é insatisfatória. Nas mulheres, a sífilis primária é de difícil diagnóstico clínico, uma vez que o cancro duro não causa sintomas e está geralmente localizado na parede vaginal, cérvix ou períneo (GUINSBURG, 2010; LIMA, 2013; MAGALHÃES, 2011).

Em Gravataí, a mestranda está como coordenadora da PAISM desde o ano de 2011. Neste período, foi implantada a Rede Cegonha no município em parceria com o MS e SES/RS, para auxiliar na qualificação da Linha de Cuidado Materno Infantil da cidade. Como referido antes, em 2015 a SES/RS orientou que os municípios criassem o Comitê de Redução de Transmissão Vertical de Sífilis Congênita e AIDS em menores de cinco anos. Como integrante, a mesma passou a acompanhar, com maior proximidade, a epidemia da sífilis em gestantes e sífilis congênita.

Este trabalho se justifica por identificarmos que a sífilis em gestantes e congênita é uma epidemia visível em elevados números de casos, mas invisível em

sua identificação antes da gestação, pois os pais, principalmente as mulheres, adquirem a doença e não a percebem. Se diagnosticadas, gostaríamos de identificar se acessam ou não o tratamento, por isso a necessidade de se conhecer e descrever: o perfil das mães de crianças com sífilis congênita e os registros do sistema de informações, para que se possa trabalhar com segurança a partir dos dados obtidos através do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

Cabe ressaltar que o desenvolvimento do tema poderá servir como campo de trocas de experiências que permitirá desenvolver o conhecimento adquirido com os profissionais da saúde do município de Gravataí e região metropolitana de Porto Alegre.

3. OBJETIVOS

3.1. GERAL

Analisar os dados sobre a ocorrência da sífilis em gestantes e sífilis congênita notificadas para propor medidas que possam corrigir falhas na prevenção, assistência e vigilância da transmissão vertical da sífilis no pré-natal, parto e puerpério, no município de Gravataí.

3.2. ESPECÍFICOS

1. Avaliar a incidência de sífilis em gestantes e sífilis congênita no município de Gravataí e estado do Rio Grande do Sul;
2. Conhecer o perfil sociodemográfico das mães que tiveram seus filhos com sífilis congênita;
3. Mapear a realização do pré-natal e tratamento de sífilis para o companheiro conforme sua adesão.

4. MARCO TEÓRICO

4.1. UM POUCO SOBRE SÍFILIS

O espiroqueta *T. Pallidum* é o agente responsável pela Sífilis, que é uma patologia infecciosa aguda e crônica e que pode ser adquirida por via sexual, via hemoderivados ou vertical, durante qualquer período da gestação (SMELTZER; BARE, 2005, DE LORENZI, 2009).

O contato sexual é o modo usual da disseminação. A propagação transplacentária do *T. Pallidum* ocorre prontamente e a doença ativa durante a gestação resulta em sífilis congênita (COTRAN, 2005). Conforme Rouquaryol (2013), quando as gestantes não são tratadas apropriadamente a taxa de infecção do concepto é de 70% a 100% nas duas fases iniciais da doença (primária e secundária), enquanto nas fases tardias ela é de aproximadamente 30%.

Considera-se doença de distribuição cosmopolita, pois acomete a todas as raças e classes sociais, no entanto, quem mais sofre com seu acometimento são as pessoas consideradas em situações vulneráveis. A sífilis é uma infecção universal, apresenta múltiplos sintomas, algumas vezes indetectáveis e por vezes detectáveis, mas confundidos com outras doenças; tem várias formas de apresentação, sendo Primária, Secundária, Terciária e Latente; apresenta como principal via de transmissão a sexual, no entanto a via transplacentária é uma forma de contágio representativa e responsável por altas taxas de morbidade e mortalidade, podendo chegar a 40% a taxa de abortamento, óbito fetal e morte neonatal (LUMBIGANON *et al.*, 2012; BRASIL, 2015).

O diagnóstico precoce e o tratamento adequado da sífilis durante a gravidez levam à prevenção da transmissão vertical, prevenindo à sífilis congênita. (BRASIL, 2006)

4.2. PATOGENIA DA SÍFILIS

A transmissão vertical do *T. Pallidum* pode ocorrer em qualquer fase gravídica ou estágio clínico da doença materna, disseminando-se através da placenta, cordão umbilical, membranas e líquido amniótico. Os fatores relevantes que determinam a

possibilidade de infecção são o estágio da sífilis na mãe e a duração da exposição do feto intra-útero. Em torno da décima oitava semana de gestação acontece o contágio transplacentário, iniciando a infecção no concepto já na fase secundária (BRASIL, 2007).

A sífilis é o exemplo de uma Infecção Sexual Transmissível que pode ser controlada com sucesso por meio de ações e medidas de programas de saúde pública em virtude da existência de testes diagnósticos sensíveis, tratamento efetivo e de baixo custo. No entanto, continua como sério problema de saúde pública no Brasil (BRASIL, 2007). Para o rastreamento e combate da epidemia de sífilis congênita, o Brasil elaborou em 2007 o Plano Operacional para Redução da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis, o qual reforça as ações na atenção básica, estimulando a investigação de sífilis para gestantes através dos testes rápidos e do teste VDRL no 1º e 3º trimestre de gestação para a detecção ativa e precoce dos casos de sífilis congênita, a fim de tratar adequadamente as mães e crianças, para adoção das medidas de controle, visando sua eliminação e a interrupção da cadeia de transmissão da sífilis adquirida.

Estima-se que, anualmente, ocorram cerca de 12 milhões de novos casos de sífilis no mundo e que, pelo menos, meio milhão de crianças nasçam com a forma congênita da doença e ainda, que a sífilis materna cause outro meio milhão de natimortos e abortos, caracterizando de sobremaneira um grave problema mundial de saúde pública, principalmente nos países em desenvolvimento Lima (2006).

No Brasil, de 2005 a junho de 2014 foram notificados no SINAN um total de 100.790 casos de sífilis em gestantes e de 1998 a junho de 2014, foram notificados 104.853 casos de sífilis congênita em menores de um ano de idade (BRASIL, 2015).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, estima-se que 10% a 15% das gestantes em países subdesenvolvidos apresentam sífilis durante a gravidez. Cerca de 3% das gestantes no Brasil apresentam a doença, ocorrendo transmissão vertical em 50% a 80% dos casos, com óbito perinatal em 40% dessas gestações (PIRES et al, 2007).

Para dificultar a situação, os médicos obstetras que atuam apenas no âmbito da rede privada de saúde, frequentemente desconhecem as normatizações e protocolos técnicos do Ministério da Saúde, no que se refere a assistência pré-natal, incluindo-se aqui a questão da prevenção da sífilis congênita, o que pode estar contribuindo para a persistência da doença nos patamares de incidência observados no país. Além disso, esses profissionais raramente notificam os casos de sífilis

ocorridos em seus pré-natais, contribuindo com o problema da subnotificação (DE LORENZI, 2001; BRASIL, 2006).

A prevenção da sífilis congênita poderia evitar a proporção de abortos e natimortos, pois se define natimorto por sífilis todo feto morto, após 22 semanas de gestação ou com peso igual ou maior a 500 gramas, cuja mãe portadora de sífilis não foi tratada ou foi inadequadamente tratada. E aborto por sífilis, toda perda gestacional, ocorrida antes de 22 semanas de gestação ou com peso menor a 500 gramas, cuja mãe é portadora de sífilis e não foi tratada ou foi inadequadamente tratada (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006). O principal fator responsável pela elevada incidência da sífilis congênita em todo o mundo é a assistência pré-natal inadequada. Outros estudos também associam a doença à pobreza, infecção pelo HIV, abuso de drogas e subutilização do sistema de saúde (RODRIGUES *et. al*, 2004).

4.3. MÉTODOS DE INVESTIGAÇÃO, ASPECTOS CLÍNICOS E EPIDEMIOLÓGICOS DA SÍFILIS

O contágio pelo *T. Pallidum* não confere imunidade permanente. No entanto, é necessário diferenciar entre a persistência de exames reagentes (cicatriz sorológica) e a reinfecção pelo treponema.

4.3.1. Métodos de Investigação da Sífilis

Os testes utilizados para o diagnóstico da sífilis são divididos em duas categorias: exames diretos e testes imunológicos. No momento da escolha dos testes, é importante considerar não somente os testes disponíveis, mas também o provável estágio da sífilis a ser diagnosticado.

Os exames diretos consistem na pesquisa direta de *T. pallidum* na sífilis recente primária e secundária podendo ser feita pela microscopia de campo escuro (sensibilidade de 74% a 86%). Quando isso não é possível, a pesquisa do treponema pode ser realizada por imunofluorescência direta, exame de material corado e biópsias.

Os testes imunológicos, na prática, são os mais utilizados. Dividem-se em treponêmicos e não treponêmicos.

Os testes treponêmicos detectam anticorpos específicos produzidos contra os antígenos do *T. pallidum*. São os primeiros a se tornarem reagentes, sendo importantes para a confirmação do diagnóstico. Na maioria das vezes, permanecem positivos mesmo após o tratamento pelo resto da vida do paciente e por isso, não são indicados para o monitoramento da resposta ao tratamento. Os testes rápidos são práticos e de fácil execução, com leitura do resultado em, no máximo, 30 minutos. Podem ser realizados com amostras de sangue total colhidas por punção venosa ou por punção digital.

Os testes não treponêmicos detectam anticorpos não específicos anticardiolipina para os antígenos do *T. pallidum* e podem ser qualitativos ou quantitativos. Tornam-se reagentes cerca de uma a três semanas após o aparecimento do cancro duro. O teste qualitativo indica a presença ou ausência de anticorpo na amostra. O teste quantitativo permite a titulação de anticorpos. O resultado deve ser expresso em títulos (1:2, 1:4, 1:64, entre outros), sendo importante para o diagnóstico e monitoramento da resposta ao tratamento, porquanto a queda do título é indicação de sucesso terapêutico.

O teste não treponêmico mais comumente utilizado é o VDRL. Se a infecção for detectada nas fases tardias da doença, são esperados títulos baixos (< 1:4), que podem persistir por meses ou anos. Nesses casos, sem registro de tratamento e sem data de infecção conhecida, a pessoa é considerada portadora de sífilis latente tardia, devendo ser tratada.

4.3.2. Aspectos clínicos e epidemiológicos da sífilis

Como já descrito, a sífilis apresenta vários estágios (BRASIL, 2016), é uma doença de evolução lenta, porém se não tratada, alterna ciclos sintomáticos e assintomáticos. A infecção é dividida em sífilis recente e tardia.

A sífilis é uma doença infectocontagiosa, sistêmica, de evolução crônica e com manifestações cutâneas temporárias. A evolução da sífilis é dividida pelo tempo de contágio em recente e tardia, sua transmissão é sexual e na área gênitocrânica, na quase totalidade dos casos. Na sífilis congênita, há infecção fetal via hematogênica, em geral a partir do quarto mês de gravidez.

Na Sífilis adquirida recente, temos uma forma que compreende o primeiro ano de evolução, período de desenvolvimento imunitário na sífilis não tratada e inclui sífilis

primária, secundária e latente.

Enquanto na Sífilis primária, após o contato sexual infectante, ocorre um período de incubação com duração entre 10 a 90 dias (média de três semanas). A primeira manifestação é caracterizada por uma erosão ou úlcera no local de entrada da bactéria (pênis, vulva, vagina, colo uterino, ânus, boca, ou outros locais do tegumento). É denominada “cancro duro”, geralmente única, indolor, com base endurecida e fundo limpo, sendo rica em treponemas, frequentemente acompanhada de linfadenopatia inguinal. Esse estágio pode durar entre duas a seis semanas e desaparecer de forma espontânea, independentemente de tratamento.

Já na Sífilis secundária, por sua vez, os sinais e sintomas surgem em média entre seis semanas e seis meses após a infecção e duram em média entre quatro e 12 semanas; porém, as lesões podem recrudescer em surtos subentrantes por até dois anos. No entanto, a sintomatologia pode desaparecer de forma espontânea em poucas semanas, independentemente de tratamento. As lesões secundárias são ricas em treponemase e podem ocorrer erupções cutâneas em forma de máculas (roséola) e/ou pápulas, principalmente no tronco; lesões eritemato-escamosas palmo-plantares (essa localização sugere fortemente o diagnóstico de sífilis no estágio secundário); placas eritematosas branco-acinzentadas nas mucosas; lesões pápulo-hipertróficas nas mucosas ou pregas cutâneas (condiloma plano ou condiloma lata); alopecia em clareira e madarose (perda da sobrancelha, em especial do terço distal), febre, mal-estar, cefaléia, adinamia e linfadenopatia generalizada. Mais raramente, observam-se comprometimento hepático e quadros meníngeos e/ou até oculares, em geral como uveíte. Destaca-se o fato de as lesões de pele do secundarismo não serem pruriginosas, o que auxilia no diagnóstico clínico. Nesse estágio, há presença significativa de resposta imune, com intensa produção de anticorpos contra o *T. Pallidum*. Os anticorpos circulantes resultam em maiores títulos nos testes não treponêmicos e também implicam resultado reagente nos testes treponêmicos.

Nos casos de Sífilis latente, vimos um período em que não se observa sinal ou sintoma clínico de sífilis, verificando-se, porém, reatividade nos testes imunológicos que detectam anticorpos. A maioria dos diagnósticos ocorre nesse estágio. A sífilis latente é dividida em latente recente (menos de um ano de infecção) e latente tardia (mais de um ano de infecção). Aproximadamente 25% dos pacientes intercalam lesões de secundarismo com os períodos de latência, durante o primeiro ano da infecção. Diante de um indivíduo com diagnóstico confirmado, em que não é possível

inferir a duração da infecção (sífilis de duração ignorada), trata-se como sífilis latente tardia.

Outro quadro infeccioso é a Sífilis adquirida tardia, que ocorre aproximadamente em 30% das infecções não tratadas, após um longo período de latência, podendo surgir entre dois a 40 anos depois do início da infecção. A sífilis terciária é considerada rara, devido ao fato de que a maioria da população recebe indiretamente, ao longo da vida, antibióticos com ação sobre o *T. pallidum* e que levam à cura da infecção.

Quando presente, a sífilis, nesse estágio, manifesta-se na forma de inflamação e destruição tecidual. É comum o acometimento do sistema nervoso e cardiovascular. Além disso, verifica-se a formação de gomas sífilíticas (tumorações com tendência a liquefação) na pele, mucosas, ossos ou qualquer tecido. As lesões causam desfiguração e incapacidade, podendo ser fatais.

Para o diagnóstico, devem-se considerar as seguintes lesões:

- Cutâneas (gomosas e nodulares, de caráter destrutivo);
- Ósseas (periostite, osteíte gomosa ou esclerosante, artrites, sinovites e nódulos justa-articulares);
- Cardiovasculares (aortite sífilítica, aneurisma e estenose de coronárias),
- Neurológicas (meningite aguda, goma do cérebro ou da medula, atrofia do nervo óptico, lesão do sétimo par craniano, paralisia geral, tabes dorsalis e demência).

Quadro 1: Manifestações clínicas conforme a evolução e estágios da sífilis adquirida

Evolução	Estágios da sífilis adquirida	Manifestações clínicas
Sífilis recente (menos de um ano de duração).	<p>Primária – 10 a 90 dias após contato, em média três semanas – A lesão desaparece sem cicatriz em duas a seis semanas com ou sem tratamento.</p> <p>Secundária – Seis semanas a seis meses após o contato – As lesões desaparecem sem cicatrizes em quatro a 12 semanas – Pode haver novos surtos.</p> <p>Latente recente².</p>	<p>Úlcera genital (cancro duro) indolor, geralmente única, com fundo limpo, infiltrada.</p> <p>-Linfonodos regionais indolores, de consistência elástica, que não fistulizam.</p> <p>-Lesões cutaneomucosas sintomáticas³.</p> <p>-Sintomas gerais, micropoliadenopatia.</p> <p>-Pode haver envolvimento ocular (ex: uveíte), hepático e neurológico (ex: alterações nos pares cranianos, meningismo).</p> <p>-Assintomática, com testes imunológicos reagentes.</p>
Sífilis tardia (mais de um ano de duração).	Terciária ⁴ - Dois a 40 anos após contato.	<p>-Quadro cutâneo destrutivo e formação de gomas sífilíticas que podem ocorrer em qualquer órgão.</p> <p>-Acometimento cardiovascular, neurológico e ósseo.</p>

Fonte: Brasil (2015)

A Sífilis congênita é consequente à infecção do feto pelo *T. Pallidum* por via placentária. A transmissão se faz no período fetal a partir de 4 a 5 meses de gestação. Antes dessa fase, a membrana celular das vilosidades coriais parece constituir obstáculo intransponível para o treponema. Após sua passagem transplacentária, o *T. Pallidum* ganha os vasos do cordão umbilical e se multiplica rapidamente em todo o organismo fetal.

Conforme Brasil (2007), há dois tipos de sífilis congênita, a precoce é definida até o 2º ano de vida, sendo sua forma mais grave a septicemia maciça com anemia

² A maioria dos diagnósticos ocorre nesses estágios; frequentemente, é difícil diferenciar a fase latente precoce da tardia.

³ Erupção maculosa (roséola) ou papulosa, lesões palmo-plantares com escamação em colarinho, placas mucosas (tênuas e acinzentadas), lesões papulo-hipertroóficas nas mucosas ou pregas cutâneas (condiloma plano), alopecia em clareiras e madarose (perda da sobrancelha).

⁴ Lesões cutâneas nodulares e gomosas (destrutivas), ósseas (periostite, osteíte gomosa ou esclerosante), articulares (artrite, sinovite e nódulos justa-articulares), cardiovasculares (aortite sífilítica, aneurisma e estenose de coronárias), neurológicas (meningite, gomas do cérebro ou da medula, paralisia geral, tabes dorsalis e demência).

intensa, icterícia e hemorragia, lesões cutaneomucosas, como placas mucosas, lesões palmo-plantares, lesões ósseas, manifestas por periostite e osteocondrite, lesões do sistema nervoso central (ex. convulsões, meningite), lesões do aparelho respiratório, hepatoesplenomegalia, pancreatite, rinite sanguinolenta, anemia, plaquetopenia, púrpura.

A sífilis congênita tardia é definida no período posterior ao 2º ano de vida, suas principais características são fronte olímpica, mandíbula curva, arco palatino elevado, nariz em sela tibia em lâmina de sabre, surdez, retardo mental e hidrocefalia.

4.3.3. Tratamento

A penicilina é o fármaco de escolha para o tratamento da sífilis. Níveis de penicilina superiores a 0,018 mg por litro são considerados suficientes e devem ser mantidos por, pelo menos, sete a 10 dias na sífilis recente e por duração mais longa na sífilis tardia. As recomendações a seguir satisfazem esses padrões.

Para Sífilis primária, sífilis secundária e latente recente (até um ano de duração), temos os seguintes medicamentos:

- Penicilina G benzatina, 2,4 milhões UI, IM, dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo).

Como alternativa para pessoas com alergia a penicilina, sugere-se:

- Doxiciclina 100 mg, VO, 2xdia, por 15 dias (exceto para gestantes);
- Ceftriaxona 1g, IV ou IM, 1xdia, por 8 a 10 dias para gestantes e não gestantes.

Para casos de Sífilis latente tardia (mais de um ano de duração) ou latente com duração ignorada e sífilis terciária:

- Penicilina G benzatina, 2,4 milhões UI, IM, (1,2 milhão UI em cada glúteo), semanal, por três semanas. Dose total de 7,2 milhões UI.

As alternativas para pessoas com alergia a penicilina são:

- Doxiciclina 100 mg, VO, 2xdia, por 30 dias (exceto para gestantes);
- Ceftriaxona 1g, IV ou IM, 1xdia, por 8 a 10 dias para gestantes e não gestantes.

Nesses casos, os pacientes devem ser seguidos em intervalos mais curtos (a cada 60 dias) e as gestantes, mensalmente, para serem avaliados com teste não

treponêmico, considerando a detecção de possível indicação de retratamento (quando houver elevação de títulos dos testes não treponêmicos em duas diluições (ex.: de 1:16 para 1:64, em relação ao último exame realizado), devido à possibilidade de falha terapêutica.

Para quadros de Neurosífilis, temos:

- Penicilina cristalina, 18-24 milhões UI/dia, IV, administrada em doses de 3-4 milhões UI, a cada 4 horas ou por infusão contínua, por 14 dias.

As alternativas terapêuticas para pessoas com alergia a penicilina são:

- Ceftriaxona 2 g, IV ou IM, 1xdia, por 10 a 14 dias.

Observação: Os pacientes devem ser seguidos em intervalos mais curtos (a cada 60 dias) e avaliados quanto à necessidade de retratamento, devido à possibilidade de falha terapêutica.

Para Sífilis Congênita neonatal, temos um tratamento que envolve a avaliação da situação clínico-laboratorial da mãe (MS, 2015).

Recém-nascidos de mães com sífilis não tratada ou inadequadamente – Tratada (terapia não penicilínica, ou penicilínica incompleta, ou tratamento penicilínico dentro dos 30 dias anteriores ao parto), independentemente do resultado do VDRL do recém-nascido, realizar RX de ossos longos, punção lombar (se for impossível, tratar o caso como neurosífilis) e outros exames quando clinicamente indicados; se houver alterações clínicas e/ou sorológicas e/ou radiológicas, o tratamento deverá ser feito com penicilina cristalina na dose de 100.000U/kg/dia, IV, em 2 ou 3 vezes, dependendo da idade, por 7 a 10 dias; ou penicilina G procaína, 50.000U/kg, IM, por 10 dias; se houver alteração líquórica, prolongar o tratamento por 14 dias com penicilina G cristalina na dose de 150.000U/kg/dia, IV, em 2 ou 3 vezes, dependendo da idade; senão houver alterações clínicas, radiológicas, líquóricas e a sorologia for negativa no recém-nascido, dever-se-á proceder ao tratamento com penicilina benzatina, IM, na dose única de 50.000U/kg. Acompanhamento clínico e com VDRL (1 e 3 meses).

No caso de recém-nascidos de mães adequadamente tratadas, coleta-se VDRL em sangue periférico do RN, se for reagente ou na presença de alterações clínicas, realizar RX de ossos longos e punção lombar. Se houver alterações clínicas e/ou radiológicas, tratar com penicilina cristalina, na dose de 100.000U/kg/dia, IV, em 2 ou 3 vezes, dependendo da idade, por 7 a 10 dias; ou penicilina G procaína, 50.000U/kg, IM, por 10 dias; se a sorologia (VDRL) do recém-nascido for 4 vezes

maior (ou seja 2 diluições) que a da mãe, tratar com penicilina cristalina na dose de 100.000U/kg/dia, IV, em 2 ou 3 vezes, dependendo da idade, por 7 a 10 dias, ou penicilina G procaína, 50.000U/kg IM, por 10 dias; se houver alteração líquórica, prolongar o tratamento por 14 dias com penicilina G cristalina, na dose de 150.000U/kg/dia, IV, em 2 ou 3 vezes, dependendo da idade; se não houver alterações clínicas, radiológicas, líquóricas e a sorologia for negativa no recém-nascido, acompanhar o paciente, mas na impossibilidade, tratar com penicilina benzatina, IM, na dose única de 50.000U/kg.

No caso de interrupção por mais de 1 dia de tratamento, o mesmo deverá ser reiniciado. Em todas as crianças sintomáticas, deverá ser efetuado exame oftalmológico (fundo de olho). Seguimento – Ambulatorial mensal; realizar VDRL com 1, 3, 6, 12, 18 e 24 meses, interrompendo quando negativar; diante das elevações de títulos sorológicos ou não-negativação desses até os 18 meses, reinvestigar o paciente.

Para Sífilis congênita após o período neonatal, orienta-se fazer o exame do LCR e iniciar o tratamento com penicilina G cristalina, 100.000 a 150.000 U/kg/dia, administrada a cada 4 a 6 horas, durante 10 a 14 dias.

4.4. DEFINIÇÃO DE CASOS PARA FINS DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Para a vigilância epidemiológica dos casos de sífilis, devem-se seguir as definições de casos e orientações estabelecidas no “Guia de Vigilância em Saúde” e suas atualizações. Os dados epidemiológicos correspondentes são publicados periodicamente nos boletins epidemiológicos específicos (BRASIL, 2014).

Para fins de Vigilância Epidemiológica, Brasil (2015), define como casos de sífilis:

Sífilis Adquirida: todo indivíduo com evidência clínica de sífilis primária ou secundária (presença de cancro duro ou lesões compatíveis com sífilis secundária), com teste não treponêmico reagente com qualquer titulação e teste treponêmico reagente, ou indivíduo assintomático com teste não treponêmico reagente com qualquer titulação e teste treponêmico reagente.

Sífilis em Gestante: importante ressaltar que a incidência de sífilis em parturientes é quatro vezes maior que a da infecção pelo HIV. Com a realização do

diagnóstico da sífilis e o tratamento adequado da gestante e do parceiro durante o pré-natal, é possível reduzir o agravo para até 0,5 casos por mil nascidos vivos (MARQUES, 2015).

Para o diagnóstico da sífilis em gestante, o Ministério da Saúde recomenda a utilização do teste rápido que é treponêmico e o teste não-treponêmico *Venereal Disease Research Laboratory* (VDRL) para fechar o diagnóstico de sífilis durante a gestação, sendo que a ordem de realização fica a critério do serviço de saúde, na primeira consulta de pré-natal e na 28ª semana (BRASIL, 2016). Quando o teste rápido for utilizado como triagem, nos casos reagentes, deverá ser encaminhada para realização de um teste não treponêmico. Em caso de gestante, o tratamento deve ser iniciado com apenas um teste reagente, treponêmico ou não-treponêmico, sem aguardar o resultado do segundo teste. Adota-se a conduta de tratamento da gestante e parceiro para prevenir que o conceito nasça com SC (BRASIL, 2015; MARQUES, 2015):

Caso suspeito: gestante que durante o pré-natal apresente evidência clínica de sífilis ou teste não treponêmico reagente com qualquer titulação.

Caso confirmado: gestante que apresente teste não treponêmico reagente com qualquer titulação e teste treponêmico reagente, independentemente de qualquer evidência clínica de sífilis, realizados durante o pré-natal; ou gestante com teste treponêmico reagente e teste não treponêmico não-reagente ou não realizado, sem registro de tratamento prévio.

Para o tratamento de gestantes não existe novidade além da penicilina. Única e principal droga recomendada, apresenta elevada passagem placentária e alta eficácia, sendo importante na redução à morbimortalidade perinatal. Existem outros tratamentos, mas se usados em gestantes, não serão considerados adequados porque não protegerão o conceito.

O tratamento deve ser realizado durante o pré-natal como forma de reduzir as chances de transmissão vertical. Todas as gestantes e suas parcerias sexuais devem ser investigadas para IST e informadas sobre a possibilidade de infecções perinatais. O Esquema de Tratamento Prescrito à Gestante pode ser ambulatorial ou hospitalar, de acordo com quadro geral da mesma, e o tratamento é realizado com penicilina benzatina, porque atravessa a barreira transplacentária e trata mãe e feto concomitantemente, a dose-padrão é de 2.400 UI distribuídos nos dois glúteos, por via intramuscular. A quantidade de doses varia de acordo com a classificação da sífilis

tanto na gestante, quanto no parceiro ou em caso de profilaxia. O uso de ceftriaxona 1.000mg por via IM ou endovenosa é alternativa para gestantes e não gestantes, sendo sua aplicação diária por até 10 dias (BRASIL, 2015; BRASIL, 2016).

Sífilis Congênita – É dividida em quatro critérios, conforme descrito:

Primeiro critério: Criança cuja mãe presente, durante o pré-natal ou no momento do parto, teste para sífilis não treponêmico reagente com qualquer titulação e teste treponêmico reagente, que não tenha sido tratada ou tenha recebido tratamento inadequado;

Criança cuja mãe não foi diagnosticada com sífilis durante a gestação e, na impossibilidade de a maternidade realizar o teste treponêmico, presente teste não treponêmico reagente com qualquer titulação no momento do parto;

Criança cuja mãe não foi diagnosticada com sífilis durante a gestação e, na impossibilidade de a maternidade realizar o teste não treponêmico, presente teste treponêmico reagente no momento do parto;

Criança cuja mãe presente teste treponêmico reagente e teste não treponêmico não-reagente no momento do parto, sem registro de tratamento prévio.

Segundo critério: Todo indivíduo com menos de 13 anos de idade, com pelo menos uma das seguintes evidências sorológicas:

- Titulações ascendentes (testes não treponêmicos);
- Testes não treponêmicos reagentes após seis meses de idade (exceto em situação de seguimento terapêutico);
- Testes treponêmicos reagentes após 18 meses de idade;
- Títulos em teste não treponêmico maiores do que os da mãe, em lactentes;
- Teste não treponêmico reagente com pelo menos uma das alterações: clínica, liquórica ou radiológica de sífilis congênita.

Terceiro critério: Aborto ou natimorto cuja mãe presente teste para sífilis não treponêmico reagente com qualquer titulação ou teste treponêmico reagente, realizados durante o pré-natal, no momento do parto ou curetagem, que não tenha sido tratada ou tenha recebido tratamento inadequado.

Quarto critério: Toda situação de evidência de infecção pelo *T. Pallidum* em placenta ou cordão umbilical e/ou amostra da lesão, biópsia ou necropsia de criança, aborto ou natimorto.

5. MATERIAIS E MÉTODOS

5.1 DELINEAMENTO

Estudo observacional, descritivo, transversal, viabilizado por meio de uma busca de dados secundários referentes aos casos de sífilis congênita notificados no Rio Grande do Sul. Os dados gerais, demográficos e a identificação dos casos foram coletados a partir do Sistema de Informação de Notificação (SINAN). O “Protocolo de investigação de Casos de Sífilis Congênita Precoce” (ANEXO I), aplicado às mães das crianças com sífilis congênita, permitiu a análise descritiva de informações no que se refere ao município de Gravataí.

5.2. LOCAL

O estudo foi realizado na Secretaria Municipal de Gravataí, no qual a pesquisadora é servidora concursada e coordena a Política de Atenção Integral a Saúde das Mulheres.

5.3. PERÍODO

A análise de dados se refere aos casos notificados pelos serviços de saúde no período de janeiro a dezembro de 2016.

5.4. POPULAÇÃO

Para a análise dos dados do Protocolo, foram selecionados todos os casos de sífilis congênita notificados no ano de 2016 entre os residentes do município de Gravataí.

5.5. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Casos de sífilis congênita notificados, a partir do SINAN, em residentes de Gravataí, entre 1º de janeiro de 2016 a 31 de dezembro de 2016.

5.6. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- Mudança de endereço para fora do município de Gravataí;
- Endereço não encontrado, que impossibilitou o preenchimento do Protocolo;
- Casos identificados cuja mãe se recusou a responder o Protocolo de investigação de Casos de Sífilis Congênita Precoce (ANEXO I).

5.7. BANCO DE DADOS

Foram analisados dois Bancos de Dados. Um, geral, com os dados das notificações do Estado do Rio Grande do Sul e outro, mais específico, criado a partir das informações preenchidas, no Protocolo de investigação de Casos de Sífilis Congênita Precoce. Este documento é preenchido pela equipe de servidores da Secretaria Municipal de Saúde de Gravataí, especialmente capacitados para busca ativa de gestantes com sífilis e crianças com sífilis congênita.

5.8. TIPO DE ANÁLISE

Para os dados gerais do Estado, as variáveis quantitativas foram descritas por média e desvio padrão, enquanto as categóricas foram descritas por frequências absolutas e relativas.

Para comparar os dados das gestantes com sífilis com os da população de gestantes de Gravataí, utilizou-se o teste qui-quadrado de Pearson. O nível de significância adotado foi de 5% ($p < 0,05$) e as análises foram realizadas no programa SPSS versão 21.0.

5.9. ORÇAMENTO

Não houve custos para o município, além da liberação de carga horária para que a autora realizasse a pesquisa. Os demais custos, como cópias xerográficas de documentos e deslocamentos até o núcleo de pesquisa na UFRGS, ocorreram por conta da pesquisadora.

5.10. ASPECTOS ÉTICOS

Após a aprovação pela Banca de Qualificação do PPG em Saúde Coletiva, o projeto foi submetido ao Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva do Município de Gravataí e realizado mediante autorização da SMS – Prefeitura de Gravataí, utilizando termo de compromisso de uso de dados (APÊNDICE I). Concomitantemente, foi submetido ao Comitê de Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFRGS e ao Comitê de Ética na Pesquisa da UFRGS, via Plataforma Brasil.

Os resultados serão devolvidos à Instituição em forma de relatórios, seminários e oficinas, e transformados em procedimentos e ações que se mostrarem pertinentes após avaliação com o grupo técnico do setor que trata deste assunto na Secretaria de Saúde do Município.

As informações coletadas para a presente pesquisa servirão também para serem divulgadas em congressos, seminários e/ou publicações, sempre com a preservação da identidade das entrevistadas.

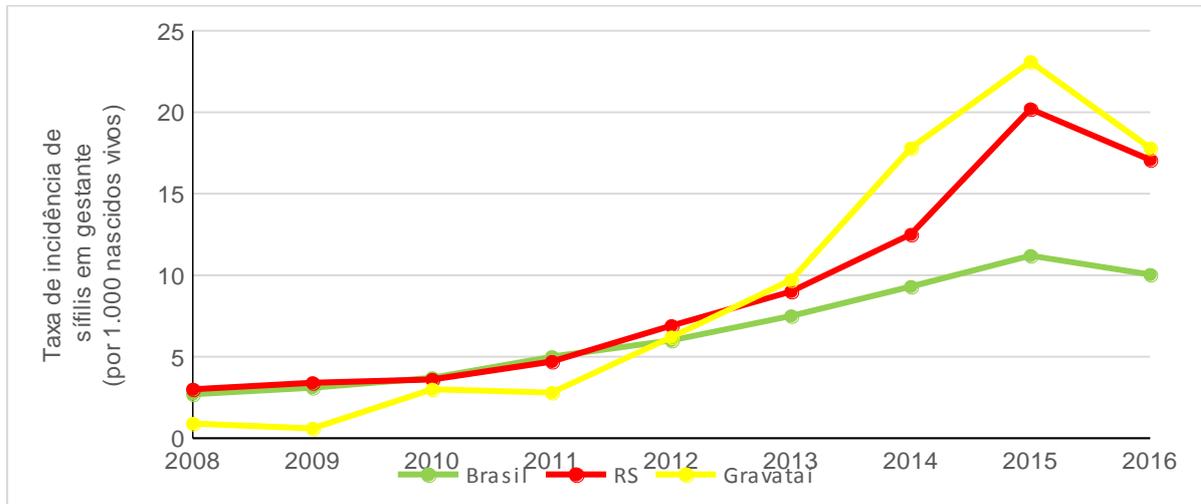
6. RESULTADOS

Em 1995, o Brasil, com outros países da América Latina e Caribe, assumiu a responsabilidade na elaboração de um Plano de Ação para a eliminação da sífilis congênita nas Américas até o ano 2000. Na ocasião, o Ministério da Saúde indicou como meta de eliminação o registro máximo de 01 caso de sífilis congênita por 1.000 nascidos vivo/ano a partir de 1997. Como não atingiu o resultado esperado em 2007 e por ser país signatário junto à Organização Pan-americana de Saúde/Organização Mundial de Saúde (OPAS/OMS) para eliminação da sífilis congênita nas Américas, cuja meta era atingir 0,5/100 nascidos vivos até 2015, foi lançado, no âmbito governamental, o Plano Operacional para a Redução da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis (BRASIL, 2006).

Sobre o agravamento de sífilis no Brasil, em 2004 foi realizado um estudo tendo como amostra uma população de 20 mil parturientes, indicando um aumento da sífilis de 1,6%, com significantes diferenças regionais: 1,8% no Norte; 1,9% no Nordeste; 1,6% no Sudeste; 1,4% no Sul e 1,3% no Centro-Oeste. (SZWARCOWALD *et al*, 2004)

A Figura 1 mostra que de 2008 até 2010, no RS, a Taxa de incidência de sífilis em gestante oscila com baixa variância dentro da média brasileira, enquanto Gravataí está muito abaixo da média, tanto para Brasil quanto para o RS. Percebe-se que, a partir de 2012, a Taxa de incidência inicia um aumento tanto no Brasil como no Estado e o município de Gravataí não só iguala sua taxa de incidência de sífilis em gestantes ao Estado e ao Brasil, como passa a ser maior que a estadual e nacional.

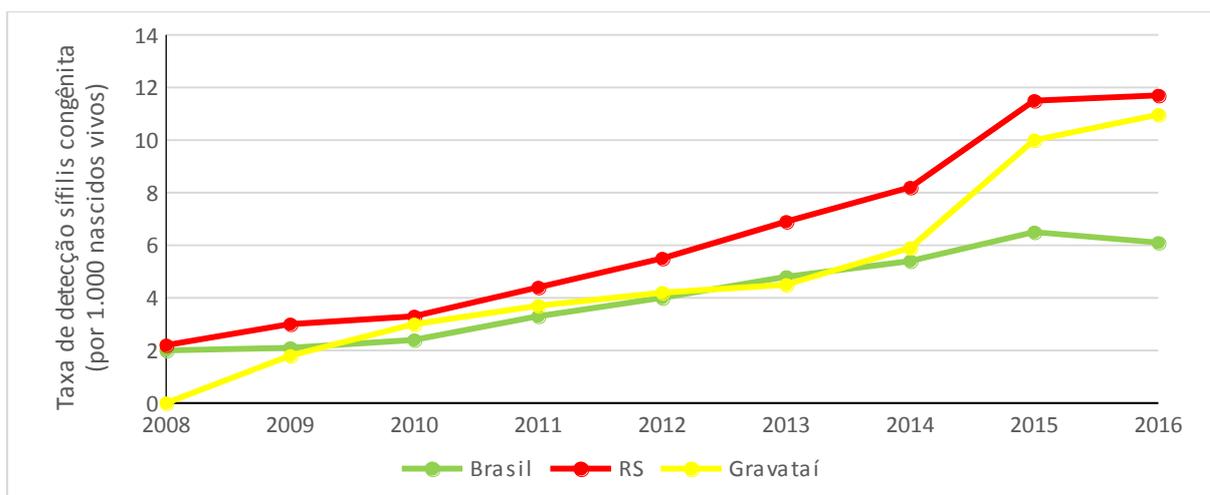
Figura 1- Taxa de incidência de sífilis em gestante (por 1.000 nascidos vivos) por região de residência e ano de diagnóstico, Brasil, RS e Gravataí; Período de 2008 a 2016.



Fonte: MS/SVS/Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais; * dados até 30/06/2016

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) tinha como meta, até 2015, diminuição da incidência de SC para 0,5 casos por 1.000 nascidos vivos (NV), além de atingir o diagnóstico precoce e tratamento adequado para no mínimo 95% das gestantes e parceiros (OPAS, 2005).

Figura 2- Taxa de incidência de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade (por 1.000 nascidos vivos) por região de residência e ano de diagnóstico, Brasil, RS e Gravataí; Período de 2010 a 2015.



Fonte: MS/SVS/Departamento de DST, AIDS Hepatites Virais; * dados até 30/06/2016

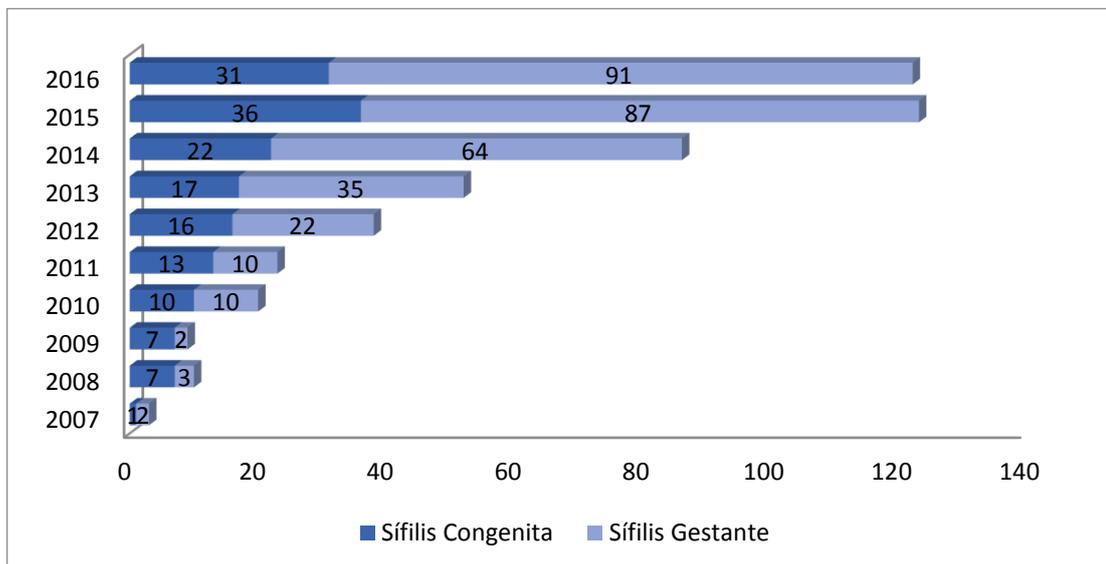
A Figura 2 apresenta em 2015, uma taxa de incidência de 6,5 casos/mil nascidos vivos no Brasil, enquanto para o RS a taxa foi de 11,5 casos/mil nascidos

vivos e Gravataí, de 4,5 casos/mil nascidos vivos. O aumento da taxa de incidência de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade nos anos de 2010 até 2013 em Gravataí, apresentou mesma curva ascendente que o RS em 2014 e emparelhou com a média brasileira. Nos anos posteriores, apesar de se apresentar abaixo da média estadual, mantém-se acima da média nacional.

A notificação é obrigatória nos casos de sífilis adquirida, sífilis em gestante, sífilis congênita, hepatite A, B, D e E, AIDS, infecção pelo HIV, infecção pelo HIV em gestante, parturiente ou puérpera e criança exposta ao risco de transmissão vertical do HIV, conforme a Portaria nº 1271, de 6 de junho de 2014. As demais notificações, se consideradas convenientes, podem ser incluídas na lista de notificação dos estados/municípios (BRASIL, 2014).

A figura 3 mostra a série histórica dos casos de sífilis em gestantes e sífilis congênita do ano de 2007 até 2016 no município de Gravataí. Ela nos mostra que os casos de sífilis congênita e de sífilis em gestantes vêm em crescimento constante desde que se iniciou a coleta destes dados, com uma aceleração nos últimos anos.

Figura 3- Casos Notificados no Sistema de Informação de Agravos e Notificação no município de Gravataí, nos anos de 2007 até 2016.



Fonte: SES RS, 2017.

Verifica-se a falta de notificação no ano de 2007 e subnotificação dos casos de sífilis em gestante e sífilis congênita, considerando que a notificação compulsória para a SC data de 1986 conforme Portaria 542 (BRASIL, 1986), enquanto que para a SG é de 2005, conforme Portaria 33 (BRASIL, 2005). Com o fortalecimento da Rede Cegonha, a aplicação dos testes rápidos de sífilis e a implantação do Comitê de

Redução de Transmissão Vertical de Sífilis Congênita e AIDS em menores de 5 anos, os casos passaram a ser melhores notificados.

Diversos autores (GUINSBURG, 2010; MAGALHÃES, 2011; DAMASCENO, 2014) relatam que a sífilis congênita é um advento importante como marcador da qualidade da assistência pré-natal, pois é uma doença completamente passível de prevenção durante o pré-natal, sendo que, na maioria das crianças com sífilis congênita, suas mães identificaram a doença tardiamente. Conseqüentemente, seus pais ou parceiros das gestantes não trataram conjuntamente a doença, reinfectando-as e resultando na transmissão vertical da patologia. No município de Gravataí, a incidência de sífilis congênita do final do ano e 2015 e início de 2016 pode ser em parte justificada devido ao tratamento inadequado das gestantes pela falta do medicamento no mercado, embora se identifique o início do crescimento acelerado dos casos notificados a partir nos anos 2010.

Outro ponto a ser considerado é a questão do atendimento à gestante. De acordo com os parâmetros orientados pelo Ministério da Saúde e Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (SES/RS), a partir de Indicadores estratégicos (Portaria GM/MS 650/2011) Gravataí mantém o número adequado de seis consultas pré-natal, conforme a figura 4.

Figura 4 - Proporção de Nascidos Vivos de Mães com sete ou mais consultas Pré-natal no município de Gravataí; Período 2009 a 2017



Fonte: Sistema de Informação Nascidos Vivos SINASC, 2017

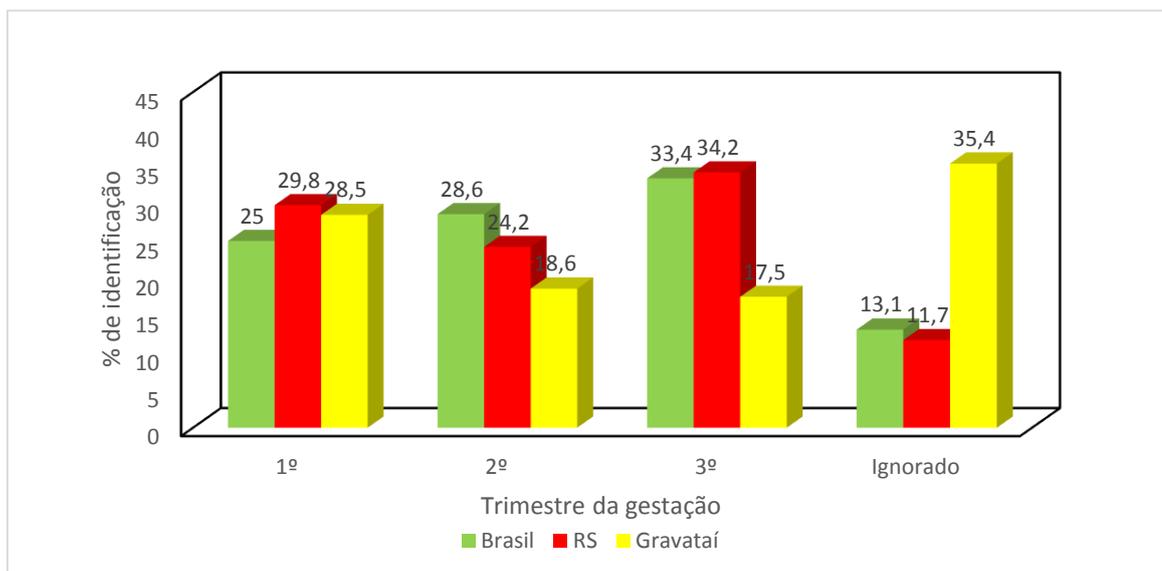
Para a redução/erradicação da sífilis congênita se faz necessário a captação precoce das gestantes e suas parcerias, assim como acompanhamento e tratamento

adequado das mesmas durante o PN. Tanto gestante, como suas parcerias, devem fazer parte do PN não apenas como ouvintes, mas como protagonistas, oferecendo orientações aos dois para qualificar a assistência.

Compreendendo a SC como problema de saúde pública e a necessidade de alcançar as metas estabelecidas pela OPAS, o Ministério da Saúde criou em 2011 a estratégia “Rede Cegonha” com o objetivo de humanizar e assegurar o acompanhamento da gestante e da criança durante o pré-natal, parto e puerpério no Sistema Único de Saúde (SUS). Desta maneira, a realização dos testes rápidos, entre eles o de sífilis, garantiria o diagnóstico precoce e tratamento da infecção (BRASIL, 2015; BRASIL, 2016, PAVANATTO e ALVES, 2014).

O diagnóstico de sífilis na gestante deve ser feito o mais precocemente possível. Para tanto, o teste rápido de sífilis deve ser ofertado na primeira consulta do pré-natal, idealmente no primeiro trimestre da gravidez. Caso resultado negativo, novo teste deve ser realizado no início do terceiro trimestre (28ª semana) e no momento do parto (independentemente de exames anteriores) ou em caso de abortamento. (BRASIL, 2015). A Figura 5 mostra, no Brasil, RS e Gravataí, os trimestres de gestação e o diagnóstico de sífilis em gestantes. Como referido anteriormente, o diagnóstico precoce e o tratamento adequado e oportuno levam à prevenção da transmissão vertical, prevenindo à sífilis congênita.

Figura 5 - Percentual de identificação das gestantes com sífilis por trimestre da gestação no Brasil, RS e Gravataí nos anos de 2008 até 2016(teste qui-quadrado de Pearson; $p < 0,001$).



Fonte: MS, 2017. Associação estatisticamente significativa pelo teste dos resíduos ajustados a 5% de significância.

Em 2006, foi realizado um novo estudo a partir de informações registradas nos cartões de pré-natal, além dos prontuários hospitalares. A orientação do Ministério da Saúde para a testagem de sífilis é de no mínimo dois testes durante o pré-natal e um teste na hora do parto. Dentre as gestantes que tinham registro de teste de sífilis no cartão de pré-natal, 75,1% apresentaram pelo menos um teste, somente 16,9% apresentaram os resultados de dois testes de sífilis, enquanto apenas 14,1% das parturientes realizaram dois testes de sífilis durante a gestação e um teste no parto.

Entre as gestantes que realizaram o primeiro teste de sífilis durante pré-natal e tiveram resultado negativo, 0,4% apresentou positivo no segundo teste. Dentre as que não fizeram atendimento pré-natal, 1,8% teve resultado positivo de sífilis na hora do parto e das que realizaram o teste no parto, 1,1% diagnosticou positivo na mãe.

Os dados questionam a qualidade da assistência pré-natal em relação a oferta de exames e informações sobre a importância de realizá-los (SZWARCOWALD ET AL., 2008; BRASIL, 2007; SZWARCOWALD ET AL., 2006, SZWARCOWALD ET AL., 2007).

A figura 5 identifica que no período entre 2008 e 2016, para Brasil e RS, não há relevante diferença no diagnóstico de sífilis em gestante por período gestacional, enquanto o município de Gravataí faz mais diagnósticos no primeiro trimestre, porém apresenta um percentual elevado de casos com as situações identificadas como ignorado, em comparação ao país e estado.

A figura nos mostra, ainda, que a comparação da identificação das gestantes com sífilis por trimestre da gestação no Brasil, RS e Gravataí nos anos de 2008 até 2016, é significativamente diferente, com associação estatística significativa (teste qui-quadrado de Pearson; $p < 0,001$). Embora Gravataí apresente um elevado percentual (35,4%) de diagnósticos por trimestre ignorado, quando diagnostica a sífilis na gestação, o faz no primeiro trimestre da gravidez em situação melhor do que o Brasil e o Estado do RS, os quais realizam mais diagnóstico nos segundo e terceiro trimestre.

6.1. SÍFILIS EM GESTANTES NO ESTADO DO RIO GRANDE DE SUL E MUNICÍPIO DE GRAVATAÍ

O monitoramento das taxas de prevalência de Sífilis no Brasil tem ocorrido desde 1996, por Estudo Sentinela, aplicado em maternidades (SZWARCOWALD & CASTILHO, 2000, SZWARCOWALD, et al., 2000b). Entre os anos de 2000 a 2006 esse estudo foi bianual, em 2000, além da estimativa de prevalência de sífilis, foi realizado o monitoramento da cobertura de testagem durante a gravidez. No ano de 2002, foi incluído nas entrevistas questões relativas ao pré-natal, resultados dos testes durante a gestação e o conhecimento da mulher relacionado ao seu quadro sorológico antes e durante o parto (SZWARCOWALD & SOUZA JR, 2006, SZWARCOWALD & CARVALHO, 2001, SOUZA JR ET AL., 2004, SZWARCOWALD ET AL., 2000B).

A notificação compulsória de doença ou agravo à saúde trata da comunicação, por profissional de saúde ou qualquer cidadão, realizada à autoridade sanitária. Para que haja oportuno desempenho sistêmico de vigilância, é relevante o seu preenchimento de todas as informações solicitadas. (KOMKA, 2007; LAGO, 2007).

A Tabela 1 abaixo descreve o número de nascidos vivos, o número de casos de sífilis em gestantes, o número de e a taxa de sífilis na gestação por mil nascidos vivos pelo SINAN/Gravataí e SINAN/MS.

Tabela 1 - Número de Casos de Sífilis em Gestantes, Número de Nascidos Vivos e incidência de Sífilis em Gestantes por 1.000 NV, no município de Gravataí e Estado do RS, por ano no período de 2008 a 2016.

Ano	Número de Nas. Vivos	Número de casos	Incidência/1.000NV Gravataí	Incidência/1.000NV MS*
2008	3499	1 (0,3%)	0,29	0,9
2009	3416	0 (0,0%)	0,00	0,6
2010	3285	7 (2,3%)	2,13	3,0
2011	3533	7 (2,3%)	1,98	2,8
2012	3562	20 (6,7%)	5,61	6,2
2013	3582	34 (11,4%)	9,49	9,7
2014	3588	60 (20,1%)	16,7	17,8
2015	3733	80 (26,8%)	21,4	23,1
2016	3570	89 (29,9%)	24,9	17,8

Fonte: SINASC, 2017; SINAN GRAVATAÍ, 2017; MS/SVS/Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais.

Observa-se incongruência entre os dados municipais e federais. Entretanto, o

aumento significativo da taxa de sífilis em gestantes é expressivo. Para o ano de 2016 as informações do MS apresentam uma queda porque os dados apresentados são do primeiro semestre desse ano. Os primeiros anos com baixa taxa de incidência de sífilis gestacional denota o baixo registro da doença.

A caracterização dos casos notificados de sífilis na gravidez no município de Gravataí e no Estado do RS é apresentada na Tabela 2.

Tabela 2 - Caracterização das Gestantes com Sífilis no município de Gravataí e RS, Período de 2008 a 2016

Variáveis	Gravataí n=298	RS n=12.239
Idade no Diagnóstico (anos)	24,4 ± 6,5	25,3±6,5
– média ± DP [min-máx]	[14 – 44]	[10 – 48]*
Faixa etária – n(%)		
< 20	86 (28,9)	2.878 (24,5)
20 – 35	189 (63,4)	7.726 (65,7)
> 35	23 (7,7)	1.147 (9,8)
Trimestre do Diagnóstico da SG – n(%)		
1°	104 (34,9)	3.884 (31,7)
2°	51 (17,1)	2.887 (23,6)
3°	42 (14,1)	4.069 (33,3)
Ignorado	101 (33,9)	1.399 (11,4)
Raça – n(%)		
Branca	127 (42,6)	7.590 (62,0)
Preta	29 (9,7)	1.602 (13,1)
Amarela	1 (0,3)	59 (0,5)
Parda	22 (7,4)	1.611 (13,1)
Indígena	1 (0,3)	70 (0,6)
Ignorado	118 (39,6)	1.307 (10,7)
Nível de Escolaridade – n (%)		
Analfabeto	1 (0,3)	48 (0,4)
Fundamental Incompleto	52 (17,4)	3.868 (31,6)
Fundamental Completo	23 (7,7)	1.290 (10,5)
Ensino Médio Incompleto	25 (8,4)	1.270 (10,4)
Ensino Médio Completo	21 (7,1)	1.380 (11,3)
Ensino Superior Incompleto	3 (1,0)	138 (1,1)
Ensino Superior Completo	0 (0,0)	75 (0,6)
Ignorado	173 (58,1)	4.170 (34,1)
Zona – n(%)		
Urbana	225 (75,5)	11.234 (91,8)
Rural	19 (6,4)	467 (3,8)
Peri rural	3 (1,0)	136 (1,1)
Ignorado	51 (17,1)	402 (3,3)

Fonte: SINAN Gravataí 2016. *488 (4%) não apresentaram registro de data de nascimento

No período de 2008 a 2016 no estado do RS foram notificados 12.239 casos de sífilis em gestantes, destes 298 casos incidiram no município de Gravataí. No RS

25 (0,2%) meninas de 10 até 13 anos completos apresentaram sífilis, enquanto em Gravataí 63,4% se apresenta na faixa etária dos 20 aos 35 anos, conforme dados divulgados pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2015) e 28,9% abaixo dos 20 anos.

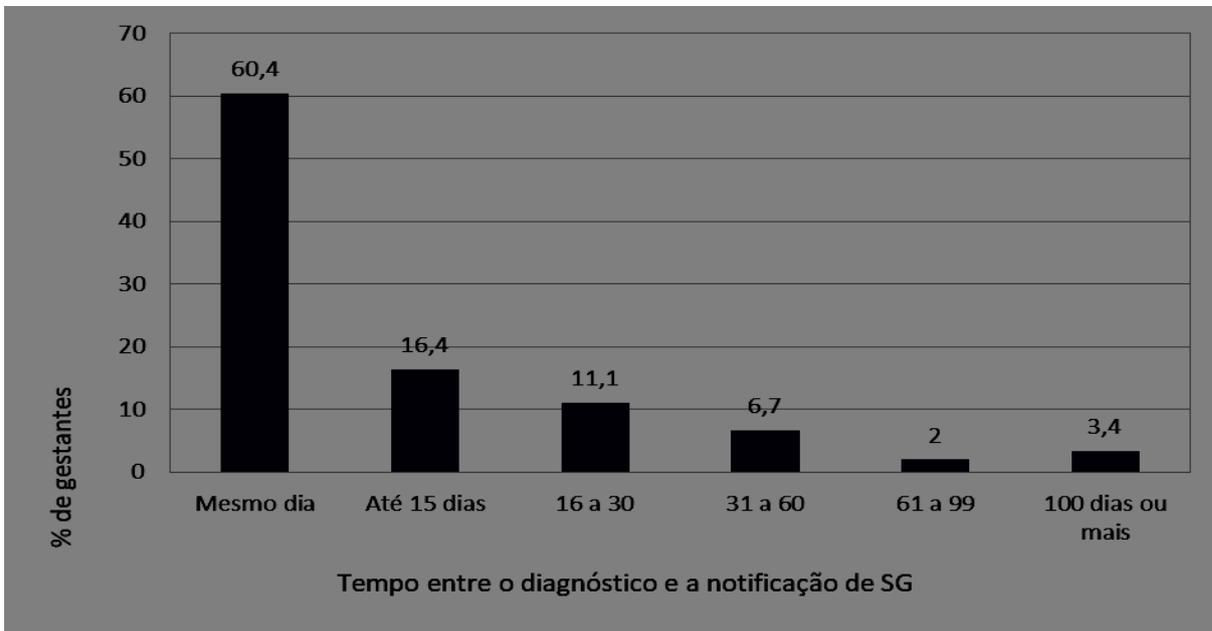
Quanto a sua triagem, pelo protocolo do MS deve ser realizada na primeira consulta do pré-natal, preferencialmente no primeiro trimestre da gravidez, no início do terceiro trimestre (28ª semana), no momento do parto (independentemente de exames anteriores) e em caso de abortamento. Salientamos que não podemos avaliar esta situação, pois o período avaliado foi de 2008 até 2016 e o teste rápido foi implantado no Estado a partir de 2012. Como referido antes, a sífilis, assim como qualquer outra doença, deve ser diagnosticada o mais precocemente possível. No RS, a sífilis gestacional é mais identificada no primeiro e terceiro trimestre de gestação, com 11% de ignorado. Dos 298 casos de Gravataí, 33,9% apresentaram o trimestre de diagnóstico ignorado e entre os 197 casos cuja notificação foi devidamente preenchida, em 52,8% a sífilis foi identificada no primeiro trimestre.

Relativo à etnia, alguns autores relatam que a raça negra é fator de vulnerabilidade (LIMA, 2013). Embora 39,6% das notificações apresentem raça ignorada, dos 180 casos preenchidos adequadamente, 70,6% são brancas, mesmo somando à parda e negra (28,3%) não se tem um número expressivo, não havendo diferença estatística entre município e Estado.

Quanto à escolaridade, apesar de o município apresentar mais de 50% identificada como ignorada, em comparação com o Estado não há diferença importante. Dos 125 casos de Gravataí, 41,6% apresentaram como escolaridade o Fundamental Incompleto e 2,4% o Ensino Superior Incompleto. A maioria apresentada é moradora da zona urbana, tanto no Estado, quanto no município.

Do total da amostra do município de Gravataí, apenas 48 (16,1%) apresentaram a informação da ocupação, o que nos leva à triste realidade de que, em 83,9% dos casos, este importante dado não foi informado. Dos casos informados, 20 (41,7%) são donas de casa, 7 (14,6%) estudantes, 4 (8,3%) operadoras de caixa, 3 (6,3%) profissionais do sexo e 2 (4,2%) de confeitadeiras. No restante da amostra há apenas um caso para cada ocupação. Este fato constatado não permitiu que a ocupação fosse levada à análise, como tinha sido priorizado em um dos objetivos secundários quando da qualificação.

Figura 6 - Distribuição do Tempo entre Diagnóstico e Notificação de Sífilis em Gestantes do Município de Gravataí, Período de 2008 a 2016



Fonte: SINAN Gravataí 2016.

De todos os casos de notificações de sífilis em gestante do ano de 2008 até 2016, 60,4% dos casos foram notificados no mesmo dia, no entanto 39% dos casos foram notificados posteriormente. Como podemos visualizar, mais de um terço dos casos ainda não são notificados imediatamente após o diagnóstico. Cabe ressaltar que a sífilis é um agravo de notificação semanal, ou seja, deve ser notificada em até sete dias após o seu diagnóstico, conforme Portaria Número 204, de 17 de fevereiro de 2016 (BRASIL, 2016).

Para o diagnóstico da sífilis em gestante, o Ministério da Saúde recomenda a utilização do teste rápido que é treponêmico e o teste não treponêmico *Venereal Disease Research Laboratory* (VDRL) para fechar o diagnóstico de sífilis durante a gestação, sendo que a ordem de realização fica a critério do serviço de saúde, na primeira consulta de pré-natal e na 28ª semana (BRASIL, 2016). Quando o teste rápido for utilizado como triagem, nos casos reagentes, deverá ser encaminhada para realização de um teste não treponêmico.

Em caso de gestante, o tratamento deve ser iniciado com apenas um teste reagente, treponêmico ou não treponêmico, sem aguardar o resultado do segundo teste. Adota-se a conduta de tratamento da gestante e parceiro para prevenir que o concepto nasça com SC (BRASIL, 2015, MARQUES, 2015).

Tabela 3 - Dados Laboratoriais e Tratamento das Gestantes com Sífilis no município de Gravataí e no Estado do RS, Período de 2008 a 2016.

Variáveis	Gravataí n=298	RS= 12.239
Teste Treponêmico – n (%)		
Reagente	118 (39,6)	6.556 (53,6)
Não Reagente	2 (0,7)	455 (3,7)
Não Realizado	66 (22,1)	3.501 (28,6)
Ignorado	112 (37,6)	1.727 (14,1)
Teste Não Treponêmico – n (%)		
Reagente	268 (90)	10.781 (88,1)
Não Reagente	3 (1,0)	289 (2,4)
Não Realizado	12 (4,0)	677 (5,5)
Ignorado	15 (5,0)	492 (4,0)
Esquema de Tratamento Prescrito à Gestante		
Penicilina G benzatina 2.400.000UI	28 (9,4)	3.000 (24,5)
Penicilina G benzatina 4.800.000UI	9 (3,0)	850 (6,9)
Penicilina G benzatina 7.200.000UI	152 (51,0)	5.712 (46,7)
Outro esquema	13 (4,4)	533 (4,4)
Não Realizado	2 (0,7)	943 (7,7)
Ignorado	94 (31,5)	1.201 (9,8)

Fonte: SINAN Gravataí 2016.

Não existe diferença significativa entre os dados do RS e Gravataí. Dos 186 casos do município registrados, apenas 35,5% não realizaram o teste treponêmico, e em relação ao teste não treponêmico (VDRL), em 4,2% não foi realizado, e em 5,0% a informação sobre o teste foi ignorado. A triagem de IST durante a gravidez é uma intervenção eficaz, mas cuja efetividade depende de vários fatores (ex.: agravo/doença, acesso ao serviço de saúde, ampliação da cobertura de testagem e tratamento, entre outros) (BRASIL, 2015).

Tabela 4 - Antecedentes epidemiológicos da parceria sexual das Gestantes com Sífilis no RS e no município de Gravataí, Período de 2008 a 2016.

Variáveis	Gravataí n=298	RS= 12.239
Parceiro tratado concomitantemente à gestante – n (%)		
Sim	77 (25,8)	3.723 (30,4)
Não	66 (22,1)	3.371 (27,5)
Ignorado	155 (52,0)	5.145 (42,0)
Esquema de Tratamento Prescrito ao parceiro – n(%)		
Penicilina G benzatina 2.400.000UI	11 (3,7)	1.143 (9,3)
Penicilina G benzatina 4.800.000UI	7 (2,3)	340 (2,8)
Penicilina G benzatina 7.200.000UI	56 (18,8)	2.261 (18,5)
Outro esquema	10 (3,4)	231 (1,9)
Não Realizado	49 (16,4)	2.605 (21,3)
Ignorado	165 (55,4)	5.659 (46,2)
Motivo para o não tratamento do parceiro – n (%)		
Parceiro não teve mais contato com a gestante	9 (3,0)	1.091 (8,9)
Parceiro não foi comunicado/convocado à US para tratamento	4 (1,3)	279 (2,3)
Parceiro foi comunicado/convocado à US para tratamento, mas não compareceu	7 (2,3)	505 (4,1)
Parceiro foi comunicado/convocado à US mas recusou o tratamento	2 (0,7)	166 (1,4)
Parceiro com sorologia não reagente	13 (4,4)	643 (5,3)
Outro motivo	35 (11,7)	3.285 (26,8)
Não Preenchido	228 (76,5)	6.270(51,2)

Fonte: SINAN Gravataí 2016.

A tabela 4 mostra importante fato existente: no município de Gravataí, em mais da metade dos casos, a informação quanto ao tratamento do parceiro é ignorada, informação aproximadamente igual à encontrada no âmbito do Estado. A mesma situação de descontrole é identificada quanto ao tratamento prescrito ao parceiro. Em 16,4% dos casos o registro é de que não foi realizado, em 55,4% dos casos é de que a resposta a esse item foi ignorado. Em apenas uma quarta parte dos casos o tratamento mais adequado foi o prescrito.

Quanto aos motivos registrados para o não tratamento do parceiro, na metade dos casos os motivos foram outros que não aqueles constantes no formulário de notificação. Podemos, ao menos, inferir que o desenho do formulário não parece estar adequado à realidade dos fatos presentes.

6.2. SÍFILIS CONGÊNITA NO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL E MUNICÍPIO DE GRAVATAÍ

A sífilis congênita (SG) no período neonatal ocorre pela disseminação hematogênica do *T. pallidum* da mãe para o feto, predominantemente por via transplacentária. A sífilis congênita é evitável quando se identificam e se tratam adequada e oportunamente a gestante infectada e suas parcerias sexuais. A contaminação vertical da sífilis é considerada um grave problema de saúde pública no Brasil. Entre as várias doenças que podem ser transmitidas durante a gestação, esta é a que apresenta maior taxa de passagem transplacentária (até 80%), podendo infectar também durante a via de parto normal. A infecção fetal depende do estágio da sífilis na gestante e da duração da exposição intra-útero. A assistência pré-natal, puerperal humanizada e de qualidade é fundamental para a saúde materna e neonatal. A atenção à mulher na gravidez e no pós-parto deve incluir ações de prevenção e promoção da saúde, além de diagnóstico e tratamento adequado dos problemas que ocorrem neste período (BRASIL, 2005).

Desde 1986, a SC foi incluída entre as doenças de notificação compulsória no Brasil. Entretanto, quando observado o panorama nacional e local ao longo do tempo, percebe-se que pouco mudou, dado preocupante, uma vez que a sífilis é doença tratável/curável, com tratamento de baixo custo quando não há complicações (BRASIL, 2015; PAVANATTO e ALVES, 2014).

A Tabela 5 descreve o número de nascidos vivos, número de casos de sífilis congênita e a taxa de sífilis na gestação por mil nascidos vivos pelo SINAN/Gravataí e SINAN/MS. Como análise, o quadro é bem superior ao preconizado pela OPS e OMS. O aumento significativo dos números no ano de 2010, com a aceleração a partir dos anos 2012, até atingir o platô de 11 casos em 1.000 nascidos vivos, pode ser resultado em uma melhora na notificação após a implantação dos programas já referidos na introdução.

Tabela 5 - Número de Casos de Sífilis Congênita, Número de Nascidos Vivos e incidência por 1.000 NV no município de Gravataí e Estado do RS, por ano no período de 2008 a 2016

Ano	Número de Nas. Vivos	Número de casos	Incidência/1.000NV Gravataí	Incidência/1.000NV MS
2008	3499	0 (0,0%)	0,00	0
2009	3416	1 (0,9%)	0,29	1,8
2010	3285	5 (4,5%)	1,52	3,0
2011	3533	9 (8,2%)	2,55	3,7
2012	3562	13 (11,8%)	3,65	4,2
2013	3582	10 (9,1%)	2,79	4,5
2014	3588	12 (10,9%)	3,34	5,9
2015	3733	29 (26,45%)	7,77	10,0
2016	3570	31 (28,25%)	8,68	11,0

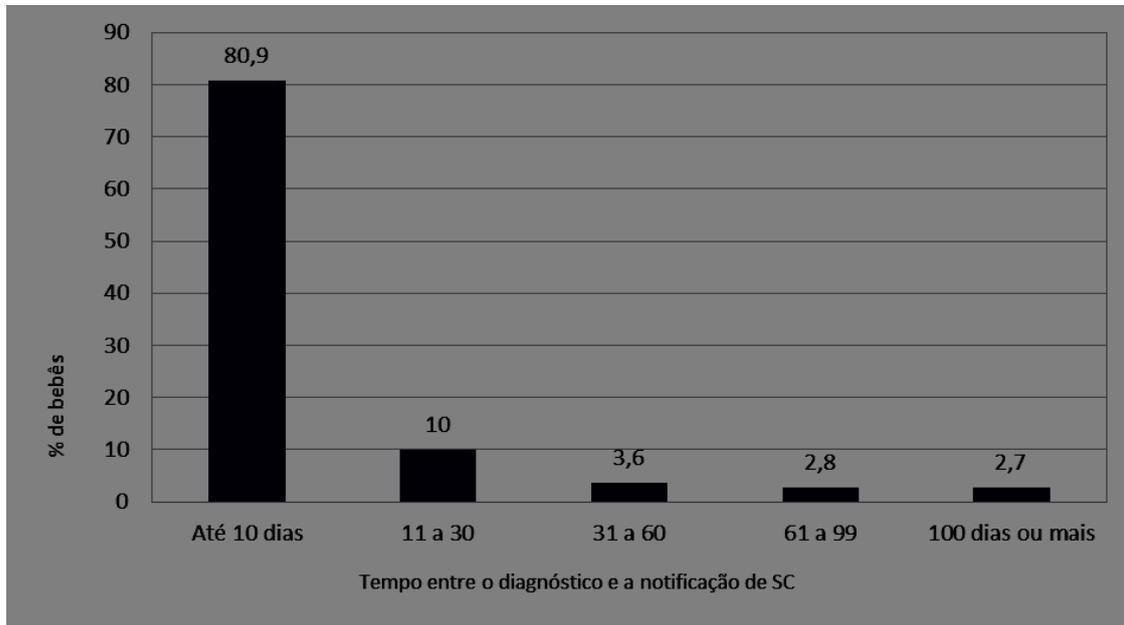
Fonte: SINASC, 2017; SINAN GRAVATAÍ, 2017; MS/SVS/Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais*.

Observa-se diferença entre as taxas de incidência municipais e federais; porém, o aumento agravante da taxa de sífilis congênita é expressivo. Apesar da informação do MS ser relativa apenas ao primeiro semestre do ano de 2016, a taxa de incidência de sífilis congênita é maior que a informação de Gravataí, que apresenta o ano todo de 2016.

A estimativa de SC em estudo nacional de base hospitalar composto por puérperas e seus recém-nascidos, realizado no período de fevereiro de 2011 a outubro de 2012 para o país, foi de 3,51 por mil nascidos vivos (DOMINGUES, 2014). No ano de 2008 os bancos SINAN/Gravataí e MS/SVS não apresentaram registros de notificações de sífilis congênita, o que pode denotar o baixo registro da doença. Pelos registros SINAN/Gravataí, no ano de 2011 o município estava abaixo do esperado para a pesquisa de Domingues, 2014, no entanto, de acordo com os dados do MS/SVS, Gravataí já estava acima do esperado. Embora no ano de 2013 os registros municipais tenham decrescido, a curva dos dados nacionais se manteve ascendente.

Como referido mais de uma vez, a sífilis congênita é uma condição evitável, desde que corretamente diagnosticada e tratada. A persistência de alta incidência da doença e de altas taxas de transmissão vertical, mesmo após o aumento considerável da cobertura de assistência pré-natal e do número médio de consultas com a instalação do SUS, indica que a qualidade da assistência é insatisfatória.

Figura 7 - Distribuição do Tempo entre Diagnóstico e Notificação de Sífilis Congênita do Município de Gravataí, Período de 2008 a 2016.



Fonte: SINAN Gravataí 2016.

Conforme descrito anteriormente, a sífilis é uma doença de notificação semanal. Ao analisarmos a Figura 6, identificamos que 19,1% dos casos, no período de 2008 até 2016, foram notificados fora do prazo determinado pelo MS. A maioria das notificações de SC ocorrem em hospitais, optou-se por analisar até 10 dias do tempo de diagnóstico e notificação, pois de acordo com o protocolo do MS de 2015, a SC deve ser investigada no recém-nascido e seu tratamento pode durar até 10 dias.

Tabela 6 - Caracterização das Crianças com Sífilis Congênita no município de Gravataí, Período de 2008 a 2016.

Variáveis	n=110
Município de nascimento* - n(%)	
Porto Alegre	59 (53,6)
Gravataí	32 (29,1)
Cachoeirinha	16 (14,5)
Ignorado	3 (2,7)
Local de nascimento* - n(%)	
Hospital Dom João Becker	32 (29,1)
Hospital Nossa Senhora da Conceição	25 (22,7)
Hospital Fêmeina	24 (21,8)
Hospital Padre Jeremias	14 (12,7)
Hospital Santa Casa	4 (3,6)
Local de nascimento* - n(%)	
Hospital São Lucas PUCRS	3 (2,7)
Hospital Materno Infantil Presidente Vargas	1 (0,9)
Hospital Ernesto Dorneles	1 (0,9)
Hospital de Clínicas de Porto Alegre	1 (0,9)
Ignorado	5 (0,9)
Sexo* - n(%)	
Feminino	52 (47,3)
Masculino	48 (43,6)
Ignorado	10 (9,1)
Raça* - n(%)	
Branca	67 (60,9)
Preta	9 (8,2)
Amarela	1 (0,9)
Parda	8 (7,3)
Ignorado	25 (22,7)
Nível de Escolaridade* - n (%)	
Fundamental Incompleto	34 (30,9)
Fundamental Completo	20 (18,2)
Ensino Médio Incompleto	3 (2,7)
Ensino Médio Completo	23 (20,9)
Ensino Superior Incompleto	1 (0,9)
Ignorado	29 (26,4)
Zona* - n (%)	
Urbana	97 (88,2)
Rural	1 (0,9)
Ignorado	12 (10,9)

Fonte: SINAN Gravataí 2016.

Entre os anos de 2008 até 2016, um total de 110 casos de sífilis congênita foram diagnosticados. Dentre estes casos, identifica-se na Tabela 6 que a maioria nasce em diferentes hospitais do município de Porto Alegre, enquanto 17,2% nasce na região metropolitana de Porto Alegre, somente 29,1% nasce em Gravataí.

Analisando o banco de dados do RS, não se identifica diferença de sexo dos nascidos com sífilis congênita em Gravataí e no Estado. Referente à etnia, 60,9% são brancas, 15,5% somando-se a parda e a negra, 22,7% das notificações apresentem etnia ignorada.

Salienta-se que em 10 casos (9,1%), o sexo do recém-nascido não foi registrado no sistema.

Referente à escolaridade da mãe do recém-nascido, dos 110 casos, 30,9% apresentaram como escolaridade o Fundamental Incompleto, 26,4% tem escolaridade ignorada, 20,8% apresentam Ensino Médio Completo, 18,2% o Ensino Fundamental Completo e 0,9% o Ensino Superior Incompleto. A maioria é moradora da zona Urbana.

Quanto à ocupação, 68 (61,8%) apresentaram a informação da ocupação e em 38,2% dos casos estes dados não foram informados. Dos 68 registros, 44 (64,7%) são donas de casa, 5 (7,4%) estudantes, 4 (5,9%) operadoras de caixa, 3 (4,4%) são vendedoras de comércio varejista, 3 (4,4%) promotoras de vendas, 2 (2,9%) são assistentes administrativos e 2 (2,9%) são atendente de lanchonete. O restante 10,3 % referem um caso de cada ocupação

Tabela 7 - Dados do Pré-natal das Crianças com Sífilis Congênita no município de Gravataí, Período de 2008 a 2016.

Variáveis	n=110
Realizou Pré-natal nesta gestação – n(%)	
Sim	87 (79,1)
Não	16 (14,5)
Ignorada	7 (6,4)
Unidade de saúde do PN – n(%)	
UBS	13 (11,8)
ESF	15 (13,6)
HOSPITAL	7 (6,4)
Ignorado	75 (68,2)
Município do PN – n(%)	
Gravataí	68 (61,8)
Porto Alegre	10 (9,1)
Cachoeirinha	1 (0,9)
Canoas	1 (0,9)
Viamão	1 (0,9)
Ignorada	29 (26,4)

Fonte: SINAN Gravataí 2016.

Relativo ao pré-natal, Gravataí e RS apresentam percentuais semelhantes,

sem diferença estatística, sendo o RS com 82,4% e Gravataí com 79,1% de acompanhamento. O pré-natal deve acontecer, em sua maior parte, em Unidades Básicas de Saúde. A Tabela 7 mostra que 68,2% dos formulários de notificação de sífilis congênita apresentam o campo de unidade pré-natal ignorado, desqualificando a análise, pois não se pode dizer com certeza o local de ocorrência do pré-natal. Quanto ao município de realização do pré-natal, a maioria ocorre no município de Gravataí.

Tabela 8 - Dados Laboratoriais e Tratamento da mãe das Crianças com Sífilis Congênita no município de Gravataí e Estado do RS, Período de 2008 a 2016

Variáveis	Gravataí n=110	RS n=9.127
Diagnóstico de sífilis materna – n(%)		
Durante o PN	66 (60,0)	5.641 (61,8)
No momento do parto/curetagem	37 (33,6)	2.494 (27,3)
Após o parto	2 (1,8)	420 (4,6)
Não Realizado	0 (0,0)	46 (0,5)
Ignorada	5 (4,5)	526 (5,8)
Teste Não Treponêmico no Parto/Curetagem – n (%)		
Reagente	108 (98,2)	8.623 (94,5)
Não Reagente	0 (0,0)	178 (1,9)
Não Realizado	1 (0,9)	140 (1,5)
Ignorado	1 (0,9)	183 (2,0)
Não Preenchido	0 (0)	3 (0,03)
Teste Treponêmico no Parto/Curetagem – n (%)		
Reagente	57 (51,8)	4.241 (46,5)
Não Reagente	1 (0,9)	301 (3,3)
Não Realizado	24 (21,8)	3.141 (34,4)
Ignorado	28 (25,5)	1.444 (15,8)
Esquema de Tratamento Prescrito à Gestante – n (%)		
Adequado	1 (0,9)	1.127 (12,3)
Inadequado	62 (56,4)	4.630 (50,7)
Não realizado	26 (23,6)	2.398 (26,3)
Ignorado	21 (19,1)	972 (10,6)

Fonte: SINAN Gravataí 2016.

A Tabela 8 descreve os dados laboratoriais e tratamento das mães das crianças com sífilis congênita no município de Gravataí e Estado do RS, podendo-se observar que a maioria teve seu diagnóstico no pré-natal, tanto no município, quanto no Estado. Porém, uma quarta parte do diagnóstico ainda é feita no momento do parto e da

curetagem, mesmo com aproximadamente 85% tendo realizado o pré-natal. O Protocolo do MS determina que a parturiente seja testada na hora do parto, independente de resultado positivo ou negativo para sífilis durante o pré-natal e se tratada ou não para a doença. O teste indicado é o não treponêmico, logo, quase 100% das gestantes realizaram o teste, chamando nossa atenção o fato de muitos testes treponêmicos serem realizados na hora do parto.

Quanto ao tratamento da gestante, em apenas um dos casos em Gravataí foi identificado com tratamento adequado. No RS, 12,3% também tiveram tratamento adequado.

Tabela 9 - Dados Laboratoriais das Crianças Notificadas com Sífilis Congênita no município de Gravataí e Estado do RS, Período de 2008 a 2016.

Variáveis	Gravataí n=110	RS n=9.127
Teste Não Treponêmico – Sangue periférico* - n (%)		
Reagente	71 (64,5)	6.804 (74,5)
Não Reagente	14 (12,7)	1.101 (12,1)
Não Realizado	13 (11,8)	834 (9,1)
Ignorado	12 (10,9)	388 (4,3)
Teste Treponêmico (após 18 meses) * - n (%)		
Reagente	0 (0,0)	32 (0,35)
Não Reagente	0 (0,0)	130 (1,4)
Não Realizado	37 (33,6)	3.536 (38,7)
Não se aplica	55 (50)	3.293 (36,1)
Ignorado	18 (16,4)	2.136 (23,4)
Teste Não Treponêmico – Líquor* - n (%)		
Reagente	3 (2,7)	272 (3)
Não Reagente	49 (44,5)	4.849 (53,1)
Não Realizado	42 (38,2)	2.917 (32,0)
Ignorado	16 (14,5)	1.089 (11,9)
Titulação ascendente* - n (%)		
Sim	2 (1,8)	156 (1,7)
Não	6 (5,5)	1.625 (17,8)
Não realizado	54 (49,1)	4.281 (46,9)
Ignorado	48 (43,6)	3.065 (33,6)

Fonte: SINAN Gravataí/RS 2016.

A tabela 9 descreve os Dados Laboratoriais das Crianças Notificadas com Sífilis Congênita no município de Gravataí e Estado do RS. Em comparação à cidade e ao Estado, de todas crianças notificadas com SC, o Estado apresenta 10% a mais de teste não treponêmico com resultado reagente que Gravataí. Para o resultado não reagente, não houve diferença, no entanto, o município deixou de realizar o teste em

11,8% e o Estado em 9,1%. Quanto ao campo ignorado, foram preenchidos no município 10,9% das fichas e no Estado 4,3%. Esse quadro de informação ignorada não permite avaliar se a criança fez ou não o exame.

Relativo ao Teste Treponêmico (após 18 meses), observa-se que no período de 2008 a 2016 em Gravataí nenhuma criança apresentou o teste reagente ou não-reagente e 33,6% não realizou o teste, sendo 50% das crianças consideradas como não aplicáveis. Entretanto, o Protocolo do MS indica realização do teste para finalizar o caso. Os percentuais do Estado também são baixos para resultados reagentes e não-reagentes, o que também indica que o Manual do MS não é aplicado. Quanto ao exame no líquido, tanto para o município quanto para o Estado, em sua maioria se acusou resultado não reagente, não sendo realizada a titulação.

Tabela 50 - Dados clínicos das Crianças com Sífilis Congênita no município de Gravataí e Estado do RS; Período de 2008 a 2016.

Variáveis	Gravataí n=110	RS n=9.127
Evidência de <i>Treponema Pallidum</i>* - n (%)		
Sim	1 (1)	232 (2,6)
Não	14 (12,7)	1.776 (19,4)
Não realizado	59 (53,6)	4.657 (51,0)
Ignorado	36 (32,7)	2.462 (27,0)
Alteração Liquórica* - n (%)		
Sim	7 (8,1)	566 (7,5)
Não	43 (50,0)	4.102 (54,4)
Não realizado	36 (41,9)	2.866 (38,0)
Ignorado	24 (21,8)	1.593 (17,5)
Diagnóstico Radiológico da criança* - n (%)		
Sim	6 (5,4)	336 (3,7)
Não	41 (37,3)	4.676 (51,2)
Não realizado	28 (25,5)	2.327 (25,5)
Ignorado	35 (31,8)	1.788 (19,6)
Esquema* - n (%)		
Pen G cris 100.000 a 150.000	54 (49,1)	4.201 (46,0)
Pen G pro 50.000	4 (3,6)	678 (7,4)
Pen G ben 50.000	10 (9,1)	1.007 (11,0)
Outros esquemas	21 (19,1)	1.352 (14,8)
Não realizado	16 (14,5)	1.175 (12,9)
Ignorado	5 (4,5)	713 (7,8)
Evolução* - n (%)		
Vivo	92 (83,6)	7.871 (86,2)
Óbito por SG	3 (2,7)	191 (2,1)
Óbito por Outras Causas	0 (0,0)	68 (0,7)
Aborto	5 (4,5)	381 (4,2)
Natimorto	8 (7,2)	211 (2,3)
Ignorado	2 (1,8)	405 (4,4)

Fonte: SINAN Gravataí/RS 2016.

Lembramos aqui que a SC é considerada em todo recém-nascido, natimorto ou aborto de mulher com sífilis tratada inadequadamente ou não tratada, devendo-se avaliar manifestações clínicas, teste não treponêmico reagente, alteração liquórica e alteração radiológica. A Tabela 10 detalha os dados clínicos das crianças notificadas com sífilis congênita nos anos de 2008 até 2016 em Gravataí e Rio Grande do Sul. Identifica-se que no município 53,6% e no Estado 51,0% não realizaram pesquisa para Evidência de *T. Pallidum*, enquanto o dado ignorado apresenta mais de 25% dos casos para ambos.

A análise da alteração liquórica é uma investigação importante, pois pode identificar a neurosífilis. Contudo é pouco realizada: menos de 10% dos casos foram pesquisados para alteração liquórica, não havendo diferença significativa em não realização do teste e ignorado entre município e Estado. O diagnóstico radiológico da criança também é pouco realizado.

Relacionado ao tratamento, menos de 50% dos casos foram tratados com Pen G cris 100.000 a 150.000. Outros esquemas foram utilizados em 9,1% no município e 11,0% no Estado. Houve óbito por SC no município de Gravataí (em 2,7% dos casos) e no Estado (2,1% dos casos).

6.3. PROTOCOLO DE INVESTIGAÇÃO DE CASOS DE SÍFILIS CONGÊNITA PRECOCE

Sabe-se que cerca de 2/3 das crianças, com mães que tiveram sífilis durante a gestação, são assintomáticas ao nascimento. Os primeiros sintomas aparecem durante os primeiros três meses de vida. As crianças que nascem sintomáticas podem apresentar: infecção fulminante disseminada; exantema condilomas planos, lesões vesico-bolhosas, coriza, rinite hemorrágica, placas mucosas, fissuras periorais; osteocondrite, periostite, pseudoparalisia; hepatoesplenomegalia, linfadenopatia generalizada, ascite, glomerulonefrite; envolvimento ocular; sintomas neurológicos; prematuridade e baixo peso ao nascimento.

Desde a implantação do Grupo Conductor da Rede Cegonha em agosto de 2014, já era de conhecimento o número crescente de casos de sífilis em gestantes e congênita. Após reunião com a SES/RS, o comitê foi constituído através do grupo de trabalho municipal com reuniões periódicas semanais, facilitando o conhecimento dos problemas da rede, discutindo e propondo intervenções que foram realizadas ao longo

desse período.

Como estratégia principal da investigação de Transmissão Vertical, o MS disponibiliza um documento que subsidia a coleta de dados e diagnóstico, com critérios de seleção para sífilis congênita nos seguintes casos: todos os casos de aborto por sífilis; todos os natimortos por sífilis; todos os óbitos por sífilis e casos de sífilis congênita precoce (≤ 2 anos de idade).

Por sua vez, o Protocolo de Investigação de Casos de Sífilis Congênita Precoce é um instrumento que apresenta os seguintes itens: Registro da Notificação de Sífilis; Dados de Identificação da Criança; Dados da Mãe; Antecedentes Epidemiológicos da Mãe; Dados sobre o Pré Natal; Dados sobre o Parto; Dados sobre o puerpério ou seguimento da criança após o parto e Conclusão da Investigação. No entanto, a conclusão da investigação se dá após 18 meses.

O SINAN apresenta até 60 dias, após a data de notificação, como prazo de encerramento para os casos notificados como suspeitos ou confirmados de sífilis em gestante e sífilis congênita. No entanto, o protocolo de investigação de casos de sífilis congênita precoce tem prazo de conclusão após 18 meses.

6.3.1. Dados da Mãe

O perfil etário das mães aponta para 02 com menos de 18 anos, sendo 01 com 16 e outra com 17 anos; 05 mães acima dos 30 anos e as demais entre 18 e 30 anos. Das 28 investigadas, 24 identificaram seu estado civil/conjugal com solteira, apenas duas casadas – quanto às outras, o item não foi preenchido. Quanto à escolaridade, temos 09 com ensino fundamental incompleto, 05 com ensino fundamental completo, 04 com ensino médio incompleto, 07 com ensino médio completo, um ignorado e um não preenchido.

O perfil ocupacional demonstra que a maioria não tem atividade remunerada, sendo 13 donas de casa/do lar, duas estudantes e uma desempregada. Dentre as com remuneração, uma é profissional do sexo, uma artesã, uma é atendente de loja, uma é auxiliar de produção, uma é cabeleireira, uma é secretária, duas são vendedoras, três são operadoras de caixa e uma o item não foi preenchido.

Quanto à raça/cor da mãe, 21 se identificaram com brancas, 02 como pretas, uma como parda e uma não preenchida.

6.3.2. Antecedentes Epidemiológicos da Mãe

Com relação aos comportamentos de risco e às situações de vulnerabilidade vivenciados pela mãe durante a gestação da criança em investigação, a maioria não informou tais dados. Das que informaram, consta uma parceira de presidiário, uma profissional do sexo, uma usuária de álcool (mais de uma lata de cerveja ou dose/dia) e duas durante a gestação, sem moradia, vivendo em casa de familiares/amigos.

No item “Presença de infecções associadas nesta gestação”, três foram identificadas com HIV e seis não foram preenchidas. As demais constam como sem HIV. Nenhuma foi identificada com Hepatite B, mas sete não foram preenchidas; Hepatite C também não apresentou diagnóstico positivo. No entanto, nove não foram preenchidos. Para outras IST, três foram preenchidas erroneamente, pois uma colocou sim e não especificou a resposta “sim”, enquanto que duas especificaram “não”, as demais não foram preenchidas.

Quanto aos antecedentes obstétricos, uma não foi preenchida, nove são nulíparas, sete primíparas, demais multíparas e cinco já tiveram história de aborto.

Sobre os antecedentes de transmissão vertical (possuir filho com SC), apenas uma identificou filhos com SC. Os demais campos, em sua maioria, não foram preenchidos ou tiveram resposta negativa para Infecção pelo HIV, SC, Hepatite B e Hepatite C.

O momento de diagnóstico de sífilis materna se deu, em 21 casos, no pré-natal, dois durante o parto, um durante a curetagem, um após o parto e três não preenchido. Os casos de diagnóstico materno de sífilis realizado no parto/puerpério ocorreram por elas não terem feito acompanhamento pré-natal.

6.3.3. Pré-natal

Duas mulheres não realizaram pré-natal e três não apresentaram resposta, as demais fizeram acompanhamento pré-natal. O motivo de uma não realizar o acompanhamento de pré-natal foi porque ela não sabia que estava grávida, a outra não respondeu.

Referente ao acompanhamento pré-natal, seis não preencheram, uma informa ter feito em consultório da saúde suplementar, nove foram acompanhadas em estratégia saúde da família e 12 em unidades básicas de saúde. A maioria teve acesso

à consulta pré-natal no primeiro trimestre, sendo apenas duas no terceiro trimestre e 13 sem registro. Quanto ao número de consultas, sete não foram preenchidos, três tiveram menos de seis consultas, 14 de seis a nove consultas e quatro de 10 ou mais consultas de pré-natal.

Apenas sete tiveram seus parceiros chamados para o pré-natal, três não tiveram seus parceiros chamados, porque um não sabia da sífilis da companheira, outro era presidiário e o terceiro, sem informações, restando as demais sem registro. Dos parceiros chamados para acompanhamento, um com sorologia não-reagente para sífilis, três sem registro do estado sorológico e/ou clínico, sendo dois tratados (mas sem registro da droga e quantas doses) e um parceiro sem contato com a família/desconhecido.

Quanto à forma clínica da sífilis materna durante a gestação da criança em investigação, este item não foi preenchido em 21 casos. Em dois casos foram identificados como sífilis primária, dois casos como latente precoce, dois casos como latente tardia e um caso sífilis terciária. O tratamento para prevenir a transmissão vertical da sífilis foi realizado em 16 casos, quanto aos demais, 4 não se trataram e demais não foram preenchidos.

O tratamento da doença deve ser prescrito a partir do estágio da mesma. Das 28 mulheres, duas utilizaram Penicilina benzatina 2.4000.000 UI, 13 receberam Penicilina benzatina 4.8000.000 UI, uma fez outro esquema e 12 sem registro. Houve um abandono de tratamento sem justificativa. Das justificativas para o não tratamento, uma iniciou o pré-natal no final da gestação/realizou uma consulta e duas disseram outros motivos, mas sem especificação. Relativo à solicitação de Teste treponêmico, apenas 11 o realizaram, fizeram apenas um teste rápido, sete não apresentaram registro e as demais realizaram teste não treponêmico.

6.3.4. Parto

O município de Gravataí, no ano de 2016, apresentou 31 casos de sífilis congênita notificados, destes um feto morto que não realizou pré-natal e dois abortos, um deles também não realizou pré-natal, enquanto o aborto com pré-natal, não apresentou registro do local ou número de consultas de pré-natal e 28 nascidos vivos. Dos nascidos vivos, sete nasceram no Hospital Dom João Becker, onde o município contrata diretamente os serviços de atenção hospitalar, demais nascimentos

ocorreram por livre demanda nos hospitais de Porto Alegre (08 no Hospital Nossa Senhora da Conceição, 05 no Hospital Fêmeina, 01 no Hospital Materno Infantil Presidente Vargas, 01 no Hospital São Lucas e 02 no Hospital de Clínicas de Porto Alegre) e 04 no Hospital Padre Jeremias no município de Cachoeirinha. Dos partos, um foi realizado em domicílio, um por convênio, 24 por serviço público e dois não apresentaram registro.

Sabe-se que o peso de nascimento é um indicador utilizado para avaliar as condições de saúde do recém-nascido. Das crianças investigadas, três apresentaram baixo peso ao nascer (menos de 2.500g), três não tiveram registro e as demais peso acima de 2.500g. Quanto à idade gestacional, 4 eram pré-termo (menos de 37 semanas completas de gestação), 21 era a termo (de 37 semanas a menos de 42 semanas completas de gestação) e três estavam sem registro.

Quanto ao resultado do teste não treponêmico da mãe no momento do parto, 26 foram reagentes e duas não tiveram registro. O resultado do teste não treponêmico de sangue periférico não foi realizado em uma criança, seis casos foram não reagentes, 15 foram reagentes e demais não registrado. Quanto ao líquido do recém-nascido, três casos foram reagentes, 10 não reagente, 1 não realizado e 11 sem registro.

O Raio-X de ossos longos no recém-nascido também deve ser realizado. Do total investigado, 19 crianças realizaram o exame, duas não fizeram e demais sem registro. Dos exames realizados, 17 estavam normais e 11 sem registro.

Sobre o tratamento da sífilis no recém-nascido, 11 receberam Penicilina G Cristalina 100.000 a 150.000 UI/Kg/dia durante 10 dias, dois receberam Penicilina G Cristalina 50.000 dose única, seis fizeram outro esquema com penicilina, 1 não realizou tratamento e sete não apresentaram registro. Dois casos não tinham medicamento (penicilina) disponível na maternidade (Hospital Dom João Becker e Hospital Padre Jeremias).

O seguimento da criança após o parto não foi realizado durante o ano de 2016, assim como a conclusão da investigação, pois a mesma se dá após 18 meses de vida da criança.

Durante o período de 2016, quando se iniciou a busca ativa das crianças com SC, foi necessária a adequação ao fluxo de trabalho. Inicialmente se investiu em sensibilizações para a rede de atenção básica do município, no sentido de se notificarem todos os casos de sífilis em gestantes (suspeitos ou confirmados).

Sensibilizou-se também a equipe hospitalar do município, com o encaminhamento dos protocolos do MS atualizados sobre investigação e tratamento de sífilis.

Dentre outras ações, houve a aquisição e priorização, pelo município, do uso da Penicilina Benzatina pelas gestantes e seus parceiros na falta da mesma, assim como protocolo de tratamento alternativo para não gestantes e parceiros. Para além disso, tivemos a Organização do fluxo de notificação de sífilis congênita e reuniões distritais para levantamento de dados sobre a realização do pré-natal na atenção básica nos meses de Junho e Julho/15, quando se obteve diagnóstico de baixo número de teste rápidos realizados pelas gestantes e realização de oficinas de investigação e tratamento de sífilis para todos os profissionais de saúde da rede municipal.

7. AVALIAÇÃO E CONCLUSÕES

A realização deste estudo se deu, principalmente, por uma inquietação pessoal e profissional como trabalhadora da Coordenação da Política de Atenção Integral a Saúde das Mulheres no município de Gravataí. Em virtude do agravamento da epidemia da sífilis, faz-se necessário um diagnóstico local. Este trabalho possibilitou atualização quanto ao tema sífilis e adequação no fluxo de trabalho, pois cada artigo ou portaria lidos foram compartilhados através de reuniões de equipe. Ao analisar o banco de dados do SINAN municipal foi possível perceber a falta de preenchimento de dados importantes ou preenchimento de campos como ignorado, os quais desqualificam as informações, dificultando o diagnóstico epidemiológico. *Par e passo* com o desenvolvimento da pesquisa e a partir dos diagnósticos que iam se firmando, reuniões com os coordenadores de equipes das unidades de saúde foram realizadas para tratar sobre a importância de preencher os formulários adequadamente, assim como seminários que trataram sobre sífilis na gestação e sífilis congênita. Também foi pautado a importância das notificações de sífilis em gestantes e sífilis congênita. Com isso nos anos de 2016 e 2017 houve aumento significativo na notificação das mesmas.

Percebeu-se que não havia casos de sífilis congênita por aborto ou natimorto notificados pelo HDJB. Com isso, em reunião do Comitê Municipal de Investigação da Transmissão Vertical da Sífilis Congênita e AIDS em menores de cinco anos e representantes do HDJB, foi acordado que os profissionais passariam realizar testes rápidos de HIV e VDRL em todas as mulheres que acessem o centro obstétrico, fosse para parto, abortamento ou curetagem.

Após a releitura do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (BRASIL, 2015), compreendeu-se a importância de investigar as crianças com 18 meses de idade, mesmo com dois exames consecutivos de VDRL negativos, pois inicialmente a preocupação da nossa equipe era preencher o formulário, identificar se as crianças estavam com acesso à atenção básica e/ou ao Serviço de Assistência Especializada em IST. A partir desta releitura, decidiu-se esperar que as crianças completassem 18 meses para oferecer o teste treponêmico para sífilis e confirmar o caso.

O Bebê Saúde/PIM no ano de 2015, logo após implantação do comitê em auxílio à atenção básica, passou-se a acompanhar as crianças com sífilis congênita. No final do ano de 2016 se percebeu que as gestantes estavam sendo identificadas

com sífilis e também precisavam de um olhar e acompanhamento diferenciado para garantir que elas e seus parceiros fizessem o tratamento adequado e então o grupo de técnicos do Bebê Saúde/PIM passou a acompanhá-las. Com essa ação, espera-se reduzir o número de sífilis congênita.

O quadro final que transparece de toda a investigação é do quanto o Sistema de Saúde, em suas diferentes expressões de serviço, não vem acompanhando bem este agravo à saúde tão importante. Mesmo a Estratégia da Família não tem dado conta do acompanhamento destes casos diagnosticados, mesmo que tardiamente.

Muito preocupante a situação identificada de que o sistema não tem se preocupado com o fato de tantas crianças terem o diagnóstico confirmado e não ter criado uma linha de conduta bem clara e simples a ser seguida por todo Sistema de Saúde.

Este é o grande desafio que se apresenta agora. Tanto no sentido de que estudos mais aprofundados devem ser incentivados a acontecerem, como fundamentalmente, ações concretas de melhor diagnóstico, tratamento mais efetivo e acompanhamento eficiente destes casos devem ser desencadeadas. Outro aspecto de extrema relevância, sem o qual parte significativa deste esforço não encontrará resultado eficaz, os parceiros destas mulheres devem sofrer uma abordagem e uma incorporação ao programa que se instalar mais elaborado, com mais cuidado na elaboração, entendendo as idiosincrasias que possam existir neste entorno e nesta cultura.

Muitas destas ações já foram iniciadas ao longo da coleta dos dados, ainda que incipientemente.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS.(2006) **Diretrizes para o controle da Sífilis congênita: manual de bolso**/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST/AIDS. - 2.ed.Brasília: Ministério da Saúde, 72p.il. (Séries Manuais 24).

_____, Implantação do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico**/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Série A. Normas e Manuais Técnicos) – (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno nº 5) ISBN 85-334-0885-4.

_____, Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.459**, de 24 de junho de 2011. Brasília: DF, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em: 22/03/2018.

_____, Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 204**, De 17 de Fevereiro de 2016. Brasília: DF, 2016. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0204_17_02_2016.html. Acesso em: 22/03/2018.

_____, Ministério da Saúde; Gabinete do Ministro. **Portaria nº 542** de 22 de dezembro de 1986, DIARIO OFICIAL DA UNIAO; (SECAO-I): 19827-19827, Dez. 1986. <http://pesquisa.bvsalud.org/ses/resource/pt/crt-3619>

_____, Ministério da Saúde; Gabinete do Ministro. **PORTARIA N. 33 DE 14 JULHO DE 2005** Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2005/prt0033_14_07_2005.html Acesso em: 22/03/2018.

_____, Ministério da Saúde. **Departamento de Informática do SUS - DATASUS (2012)**. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>. Acesso em: 22/03/2018.

_____, Ministério da Saúde - Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais – Sífilis (2012b) **Capacitação profissionais multiplicadores em TRS – DPP**. Disponível: http://www189.28.128.100/dab/docs/.../orientacoes_implantacao_testes_rapidos_hiv_sifilis.pdf. Acesso em: 22/03/2018.

_____, Ministério da Saúde - Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. (2012c) **Relatório de Progresso da Resposta Brasileira ao HIV/AIDS (2010-2011)**, 141pg.

_____,. Ministério da Saúde - Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. (2007) **Boletim Epidemiológico AIDS e DST, Ano IV**

nº 01.

_____, **Lei No. 8080/90**, de 19 de setembro de 1990. Brasília: DF. 1990. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1990/lei-8080-19-setembro-1990-365093-normaatuizada-pl.pdf>. Acesso em: 22/03/2018.

_____,. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. **Decreto nº 7508**, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Disponível em: HTTP://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm. Acesso em: 22/03/2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico de Sífilis**. Brasília. Volume 47 N° 35 – 2016. Acessado em 02 de julho de 2017. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2016/59209/dst_aids_boletim_de_sifil_1_pdf_32008.pdf. Acesso em: 22/03/18.

_____. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação Nascidos Vivos SINASC**, 2017. disponível em: http://bipublico.saude.rs.gov.br/QvAJAXZfc/opendoc.htm?document=publico.qvw&host=QVSbari&anonymous=true&Sheet=SH_CadernoIndicadores. Acesso em: 22/03/18.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997

_____,. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, AIDS e Hepatites Virais. **Manual Técnico para Diagnóstico da Sífilis** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, AIDS e Hepatites Virais. – Brasília : Ministério da Saúde, 2016.

_____, Ministério da Saúde - Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. (2015) **Boletim Epidemiológico – Sífilis, Ano IV- nº 1**.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279**, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretriz para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 dez. 2010a Seção 1. p. 89.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/....> Acesso em: 20 jul. 2017.

CAMPOS, C. R. et al. **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte**. São Paulo: Xamã, 1998

COTRAN, Ramzi S.; ABBAS, Abul K.; FAUSTO, Nelson; ROBBINS, Stanley L.; KUMAR, Vinay; Robbins e Cotran: **Patologia - Bases patológicas das doenças**. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005. 1592 p.

DAMASCENO, A.B.A et al. Sífilis na gravidez. Revista HUPE, Rio de Janeiro, v. 13, n 3, p. 88-94, 2014.

De LORENZI DRS, Fiaminghi LC, Artico GR. **Transmissão vertical da sífilis: prevenção, diagnóstico e tratamento**. Femina 2009; 37(2): 83-90.

DOMINGUES, RMSM, Szwarcwald CL, Junior Souza PRB, Leal MC. **Prevalence of syphilis in pregnancy and prenatal syphilis testing in Brazil: Birth in Brazil study**. Rev. Saúde Pública. 2014; 48(5): 766-74.

DONABEDIAN, A., 1988. **The quality of care. How can it be assessed?** JAMA, 260:1743-1748.

DUNANT, S., 2013. **Como a Sífilis Varreu o Mundo**. Disponível em : <http://www1.folha.uol.com.br/ilustrissima/2013/05/1282609-como-a-sifilis-varreu-o-mundo.shtml>. Acesso em: 22/03/2018.

FRANCO, T.; MERHY, E.; **PSF: contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial**. Universidade de Campinas. 1999 (Mimeo – não publicado).

HORVATH, A. **Biology and natural history of syphilis**. In: GROSS, G.; TYRING, S. K. (Ed.). **Sexually transmitted infections and sexually transmitted diseases**. [S.l]: Springer, 2011. p. 129-141.

PREFEITURA MUNICIPAL DE GRAVATAÍ, 2017. Disponível em: <https://gravatai.atende.net/#!/tipo/pagina/valor/23>. Acesso em: 22/03/2018.

GUINSBURG, R., SANTOS, A.M.N. **Critérios diagnósticos e tratamento da sífilis congênita – Documento Científico**. São Paulo: Sociedade Brasileira de Pediatria; 2010.

GOLDIM, José Roberto. **O Caso Tuskegee: quando a ciência se torna eticamente inadequada**. 1999. Disponível em <https://www.ufrgs.br/bioetica/tueke2.html>. Acesso em: 19/07/17

KOMKA, M. R.; LAGO, E. G. **Sífilis congênita: notificação e realidade.** Scientia Medica, Porto Alegre, v. 17, n. 4, p. 205-211, out./dez. 2007.

LIMA MG; SANTOS RFE; BARBOSA GJA; RIBEIRO GS. **Incidência e fatores de risco para sífilis congênita em Belo Horizonte,** Minas Gerais, 2001-2008. Ciênc. saúde coletiva. 2013;18(2): 499-506.

LIMA LHM, GURGEL MFC, MOREIRA-SILVA SF. **Avaliação da sífilis congênita no Estado do Espírito Santo.** DST – Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis 2006; 18(2): 113-116.

LUMBIGANON, P. et al. **The epidemiology of syphilis in pregnancy.** International Journal of STD & AIDS, v. 13, n. 7, p. 486-494, Jul. 2012.

MAGALHÃES, Daniela Mendes dos Santos; Kawaguchi, Inês Aparecida Laudares; Dias, Adriano; Paranhos Calederon; Iracema de Matos. **A sífilis na gestação e sua influência na morbimortalidade materno-infantil.** Comum. Ciências da Saúde – 22 (sup.esp. 1): 43-54, 2011

MARQUES, Consuelo Penha Castro (org). **Redes de atenção à saúde: a Rede Cegonha.** São Luís, 2015.

MENDOZA-SASSI RA et al. **Avaliando o conhecimento sobre pré-natal e situações de risco à gravidez entre gestantes residentes na periferia da cidade de Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(9):2157-2166, set, 2007.

MINAYO, M. C.de S. et al. **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade.** 16ed. Petrópolis: Ed. Vozes, 2000.

OPAS, ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Plan estratégico regional de la Organización Panamericana de la Salud para el control de la infección por el VIH/SIDA y las infecciones de transmisión sexual (2006-2015)** (resolução CD46.R15). 46º Conselho Diretor, 57ª sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 26 a 30 de setembro de 2005. [Internet] Washington (DC) EUA. Washington (DC): OPS, 2005 [acesso em 17 jul 2017]. Disponível: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=18529&Itemid=270&lang=es.

PAVANATTO A, Alves LMS. **Programa de humanização no pré natal e nascimento: indicadores e práticas das enfermeiras.** Rev Enferm UFSM. [Internet] 2014;4(4) [acesso em 17 mai 2017]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.5902/2179769211329>.

PARADA, Cristina Maria Garcia de Lima. **Avaliação da assistência pré-natal e puerperal desenvolvidas em região do interior do Estado de São Paulo em 2005.** Rev. Bras. Saude Mater. Infant. [online]. 2008, vol.8, n.1, pp. 113-124. ISSN 1519-3829.

PIRES O, PIMENTEL ZNS, SANTOS MVS, SANTOS WA. **Vigilância Epidemiológica da Sífilis na Gravidez no Centro de Saúde do Bairro Uruara – Área Verde.** DST J

Bras Doenças Sex Transm. 2007; 19: 162-5.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Comissão Intergestores Bipartite. Resolução nº 555/12 – CIB RS. Altera a configuração e a quantidade de regiões de saúde no Rio Grande do Sul e institui as Comissões Intergestores Regionais-CIR. Data de publicação: 21/09/2012. Disponível em: [HTTP://www.saude.rs.gov.br/upload/1348591506_cibr555_12pdf](http://www.saude.rs.gov.br/upload/1348591506_cibr555_12pdf). Acesso em: 22/03/2018.

ROUQUAYROL, Maria Zélia; SILVA, Marcelo Gurgel Carlos da. Rouquayrol epidemiologia & saúde. 7. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2013.

RUBIN, Emanuel et al. **Rubin patologia: bases clinicopatológicas da Medicina**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, c2006.SES RS, 2017 Disponível em: <http://200.198.173.165/scripts/tabcgi.exe?snet/notindivinet> Acesso em: 22/03/2018.

SILVEIRA, Denise Silva da; SANTOS, Iná Silva dos and COSTA, Juvenal Soares Dias da. **Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo**. Cad. Saúde Pública [online]. 2001, vol.17, n.1, pp. 131-139.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 10 ed. [S. l.]: Guanabara Kaogon, 2005. v. 2.

SZWARCWALD CL, Castilho E.A (2000) **Estimativa do número de pessoas de 15 a 49 anos infectadas pelo HIV**, Brasil, 1998. Cadernos de Saúde Pública;16(Sup.1):135-41

_____, Bastos FI Esteves MAP & Andrade CLT (2000b). **A Disseminação da epidemia da AIDS no Brasil, no período de 1987 – 1996: uma análise espacial**. Cadernos de. Saúde Pública, 16(sup.1):7-19.

_____, Souza-Jr, PRB de. (2006) **Estimativa da prevalência de HIV na população brasileira de 15 a 49 anos**. Boletim Epidemiológico DST/AIDS, Ano III nº 01.

_____, Souza-Júnior PRB, Barbosa-Junior A, Carvalho MF, Castilho EA. (2004) **Deteção da infecção pelo HIV durante a gestação: resultados do Estudo-Sentinela Parturiente, Brasil**, Rev Saúde Pública, 38:764-72.

_____, Carvalho M.F. (2001). **Estimativa do número de indivíduos de 15 a 49 anos infectados pelo HIV**, Brasil. Bol Epidemiol DST/AIDS; Ano XIV nº 01.

APÊNDICE I – TERMO DE ACEITE INSTITUCIONAL

Eu _____, coordenador(a) do Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva do Município de Gravataí, informo que conheço o Projeto **“A Rede Cegonha e o contexto da Sífilis Congênita em um município da região metropolitana de Porto Alegre, Rio Grande do Sul”** realizado pela mestranda do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da UFRGS, Luciane da Silva, orientada pelo Prof. Dr. Paulo Antônio Barros Oliveira, e autorizo sua execução junto a esta secretaria de saúde.

NUMESC/Gravataí.

Gravataí, ____ de _____ de 2016.

ANEXO I – PROTOCOLO DE INVESTIGAÇÃO DE CASOS DE SÍFILIS CONGÊNITA PRECOCE

Ministério da Saúde

Protocolo de Investigação de Casos de Sífilis Congênita Precoce

Registro da Notificação

Número do Sinan: _____

Notificação: _____

UF: _____ Município: _____

Unidade de Saúde: _____ Data da notificação: ____/____/____

Dados de Identificação da Criança

Tipo de Investigação: () Aborto () Natimorto () Nascido vivo

Nome: _____

Data de nascimento/aborto/natimorto: ____/____/____

Sexo: () (F - Feminino, M - Masculino, I – Ignorado)

Número da Declaração de Nascido Vivo: _____

Número do Cartão SUS: _____

Número do(s) Prontuário(s) Nº: _____ Serviço: _____

Nº: _____ Serviço: _____

Residência: _____

UF: _____ Município: _____

Endereço: _____

Dados da Mãe

1. Nome: _____

2. Data de Nascimento: ____/____/____ ou Idade da mãe no parto: ____ anos

3. Estado civil/conjugal:

- (1) Solteira
- (2) Casada/união estável/amasiada
- (3) Divorciada/separada
- (4) Viúva
- (9) Ignorado

4. Escolaridade:

- (0) Analfabeta
 - (1) 1ª a 4ª série Incompleta do Ensino Fundamental (antigo primário ou 1º grau)
 - (2) 4ª série completa do Ensino Fundamental (antigo primário ou 1º grau)
 - (3) 5ª a 8ª série Incompleta do Ensino Fundamental (antigo ginásio ou 1º grau)
 - (4) Ensino Fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau)
 - (5) Ensino médio Incompleto (antigo colegial ou 2º grau)
 - (6) Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau)
 - (7) Educação superior Incompleta
 - (8) Educação superior completa ou mais
 - (9) Ignorado
- ou Anos completos de estudos: _____ anos

5. Ocupação: _____

6. A ocupação é sazonal? () (1 - Sim, 2 - Não, 9 - Ignorado)

7. Raça/cor da mãe:

- (1) Branca
- (2) Preta
- (3) Amarela
- (4) Parda
- (5) Indígena
- (9) Ignorada

Antecedentes Epidemiológicos da Mãe

8. Comportamentos de risco e situações de vulnerabilidades vivenciadas pela mãe, durante a gestação da criança em Investigação: (1 - Sim, 2 - Não, 9 - Ignorado)

- () Durante a gestação, vivendo em situação de rua
- () Durante a gestação, sem moradia, vivendo em casa de familiares/amigos
- () Durante a gestação, vivendo em albergue/cortijo
- () Mudança frequente de domicílio/residência
- () Sofreu abuso/violência sexual
- () Sofreu violência doméstica física ou verbal
- () Mantida em cárcere privado (domiciliar) durante a gestação
- () Usuária de "crack"

- Usuária de álcool (+ de uma lata de cerveja ou dose/dia)
- Usuária de outro tipo de droga. Especifique: _____
- Privada de liberdade (presidiária)
- Parceira de presidiário
- Profissional do sexo
- Múltiplas parcerias sexuais (mais de um parceiro na gestação da criança em investigação)
- Imigrante. De qual país? _____ Há quanto tempo? _____
- Imigrante. De qual estado? _____ Há quanto tempo? _____
- Família de baixa renda
- Outras situações de vulnerabilidade. Especifique: _____

9. Presença de infecções associadas nesta gestação: (1 - Sim, 2 - Não, 9 - Ignorado)

- HIV
- Hepatite B
- Hepatite C
- Outras DST. Especifique: _____
Se presente, foi tratada? ()

10. Antecedentes obstétricos:

Número de gestações anteriores: _____ Número de nascidos vivos: _____
Número de natimortos: _____ Número de abortos: _____

11. Antecedente de transmissão vertical. Possui outros filhos com: (1 - Sim, 2 - Não, 9 - Ignorado)

- Infecção pelo HIV
- Sífilis congênita
- Hepatite B
- Hepatite C

12. Momento do diagnóstico de sífilis materna:

- (1) Durante o pré-natal
- (2) Durante o parto
- (3) Durante curetagem
- (4) Após o parto
- (5) Desconhecido

13. No caso de o diagnóstico materno de sífilis ter sido realizado no parto/puerpério, qual foi o motivo?
(1 - Sim, 2 - Não, 9 - Ignorado)

- Não fez pré-natal
- Fez pré-natal e não foi solicitado teste para sífilis
- Fez pré-natal, foi solicitado teste para sífilis, mas houve falha no fluxo do serviço.
Especifique: _____
- Fez pré-natal, foi solicitado teste para sífilis, mas houve falha no fluxo do laboratório.
Especifique: _____
- Erro de diagnóstico (falha no entendimento - profissional de saúde considerou "cicatriz sorológica").
- Teste rápido para sífilis não disponível na Unidade de Saúde
- Outro. Especifique: _____

PRÉ-NATAL

14. Realização de pré-natal: () (1 - Sim, 2 - Não)

15. Motivo(s) da não realização do pré-natal: (1 - Sim, 2 - Não, 9 - Ignorado)

- Desconhece a importância do pré-natal
- Muda com frequência de endereço
- Trabalha e não teve tempo
- Trabalha e o empregador não deixou
- Acha que não precisava, porque já tinha experiência em gestação anterior
- Parceiro não deixou
- Privada de liberdade (presidiária) sem acesso ao serviço de pré-natal
- Mantida em cárcere privado
- Local muito distante, não tinha dinheiro para ir ao pré-natal
- Dificuldade no acesso (demora) para agendar consulta no pré-natal ou na unidade de referência
- Unidade de Saúde não realiza teste para gravidez
- Unidade de Saúde exigiu a presença de um responsável, porque a mãe era menor de 18 anos, durante a gestação da criança em investigação
- Outro. Especifique: _____

16. Pré-natal realizado em: (1 - Sim, 2 - Não, 9 - Ignorado)

- Unidade Básica de Saúde (UBS) do SUS
- Serviço de referência
- Serviço de Saúde Suplementar (Convênio/Plano de Saúde). Informar:
Nome do Convênio/Plano: _____
Nome do Médico do convênio: _____
CRM do médico: _____

() Consultório Médico Particular. Informar:

Nome do médico: _____

CRM do médico: _____

17. Local do pré-natal:

UF: _____ Município: _____

Unidade de Saúde: _____

18. Idade gestacional na 1ª consulta de pré-natal (em semanas): _____ (Ign - 99)

19. Número total de consultas no pré-natal (médico e enfermagem): _____ (Ign - 99)

20. Em caso de usuária falhosa ou de abandono do pré-natal, foi realizado contato/busca ativa da gestante?

(1) Sim

(2) Não. Por quê? _____

21. Motivo(s) do abandono do pré-natal:

22. Foi recebido algum auxílio/incentivo para fidelização ao pré-natal? (1 - Sim, 2 - Não, 9 - Ignorado)

() Auxílio transporte

() Enxoval

() Cesta básica

() Não recebeu qualquer auxílio

() Outros. Especifique: _____

23. O parceiro foi chamado para o pré-natal ("Pré-natal do parceiro" ou "Pré-natal do homem")?

(1) Sim

(2) Não. Por quê? _____

24. Estado sorológico e/ou clínico do parceiro¹ durante a gestação da criança em investigação:

(1) Sorologia não reagente para sífilis

(2) Caso de sífilis não tratada.

Informar o(s) motivo(s): _____

¹ - Parceiro - companheiro da mãe durante a gestação da criança em investigação.



(3) Caso de sífilis tratada

Qual droga? _____

Quantas doses? _____ Data: __/__/__ Data: __/__/__ Data: __/__/__

(4) Parceiro conhecido e não testado. Por quê? _____

(9) Parceiro sem contato com a família/desconhecido

25. Qual a forma clínica da sífilis materna, durante a gestação da criança em investigação?

- (1) Primária
- (2) Secundária
- (3) Latente precoce
- (4) Latente tardia
- (5) Latente duração indeterminada
- (6) Terciária

26. Durante o pré-natal, foi realizado tratamento materno para prevenir a transmissão vertical da sífilis? () (1 - Sim, 2 - Não, 9 - Ignorado)

27. Qual esquema de tratamento foi utilizado pela mãe da criança em investigação?

(1) Penicilina benzatina 2.400.000UI Data: __/__/__

(2) Penicilina benzatina 4.800.000UI Data: __/__/__ Data: __/__/__

(3) Penicilina benzatina 7.200.000UI Data: __/__/__ Data: __/__/__ Data: __/__/__

(4) Outro medicamento. Por quê? _____

Qual droga? _____

Por quanto tempo: _____(dias) Data: __/__/__

28. Se houve falha/abandono do tratamento, foi realizada busca da gestante?

(1) Sim

(2) Não. Por quê? _____

29. Se a mãe não fez tratamento para sífilis, informar o(s) motivo(s): (1 - Sim, 2 - Não, 9 - Ignorado):

- () Sorologias para sífilis não realizadas
- () Atraso nos resultados das sorologias
- () Medicamento não disponível no serviço



- Medicamento não prescrito
- Medicamento não administrado, apesar da prescrição e disponibilidade no serviço
- Gestante não aderente ao tratamento/faltosa
- Recusa da gestante ao tratamento
- Profissional de saúde considerou resultado do teste para sífilis como "cicatriz sorológica"
- Serviço não aplica penicilina benzatina na rotina
- Paciente encaminhada para outro serviço para receber penicilina benzatina e não compareceu
- Gestante alérgica a penicilina, não realizou dessensibilização (falta local de referência)
- Iniciou o pré-natal no final da gestação/realizou apenas uma consulta
- Outros motivos. Especifique: _____

30. Estado sorológico da mãe, durante a gestação da criança em investigação: (1- Reagente, 2 - Não reagente, 3 - Não realizado, 9 - Ignorado)

- 1º Teste Treponêmico (Teste rápido) Data: __/__/__
- 2º Teste Treponêmico (Teste rápido) Data: __/__/__
- 1º Teste Treponêmico (FTA-ABS, ELISA, TPHA, CMIA) Data: __/__/__
- 2º Teste Treponêmico (FTA-ABS, ELISA, TPHA, CMIA) Data: __/__/__
- 1º Teste não Treponêmico (VDRL, RPR) Título 1: _____ Data: __/__/__
- 2º Teste não Treponêmico (VDRL, RPR) Título 1: _____ Data: __/__/__
- 3º Teste não Treponêmico (VDRL, RPR)² Título 1: _____ Data: __/__/__
- 4º Teste não Treponêmico² (VDRL, RPR)² Título 1: _____ Data: __/__/__
- Último teste não Treponêmico antes do parto Título 1: _____ Data: __/__/__

PARTO

31. Local do parto:

UF: _____ Município: _____
 Unidade de Saúde: _____

32. Parto realizado em:

- (1) Serviço Público (SUS)
- (2) Serviço de Saúde Suplementar (Convênio/Plano de Saúde)
- (3) Serviço Privado Particular
- (4) Domicílio
- (5) Trânsito/percurso (no deslocamento para serviço de saúde)

2 - No caso de gestante com sífilis tratada em seguimento sorológico.

40. Motivos da não realização de exames complementares (RX de ossos longos, VDRL no sangue periférico e liquor) no recém-nascido: (1 - Sim, 2 - Não, 9 - Ignorado)

- Não havia médico para colher liquor
- Laboratório da maternidade não realiza exame VDRL
- Maternidade não faz RX de ossos longos
- Não havia profissional para interpretar o RX de ossos longos
- Aparelho de RX quebrado
- Médico não solicitou o exame
- Mãe não fez diagnóstico de sífilis
- Recém-nascido com VDRL não reagente
- Mãe com história de sífilis tratada adequadamente durante a gestação
- Outro(s). Especifique: _____

41. Foi realizado tratamento para sífilis no recém-nascido?

- (1) Penicilina G cristalina 100.000 a 150.000 UI/Kg/dia, durante 10 dias
- (2) Penicilina G procaína 50.000 UI/Kg/dia, durante 10 dias
- (3) Penicilina G benzatina 50.000 UI/kg, dose única
- (4) Outro esquema com penicilina.

Especifique: _____

(5) Outro medicamento. Por quê? _____

Qual droga? _____

Por quanto tempo? _____ (dias) Data: __/__/__

(6) Não realizado

42. Motivos da não utilização das medidas terapêuticas para a sífilis no recém-nascido: (1 - Sim, 2 - Não, 9 - Ignorado)

- Medicamento (penicilina) não disponível na maternidade
- Mãe não realizou sorologia para sífilis no parto
- Recém-nascido não realizou teste não treponêmico
- Teste não treponêmico no recém-nascido não reagente
- Recusa da mãe em medicar a criança
- Outros motivos. Especifique: _____



PUERPÉRIO

(seguimento da criança após o parto)

43. Local de acompanhamento da criança:

UF: _____ Município: _____

Unidade de Saúde: _____

44. Data da primeira consulta da criança na Unidade de acompanhamento: ____/____/____

45. Em caso de não comparecimento à Unidade de acompanhamento ou abandono do serviço durante o seguimento, foi realizada busca da criança?

(1) Sim

(2) Não. Por quê? _____

46. Avaliações realizadas: (1 - Sim, 2 - Não, 9 - Ignorado)

() Neurológica () Alterada () Normal Data: ____/____/____

() Auditiva () Alterada () Normal Data: ____/____/____

() Oftalmológica () Alterada () Normal Data: ____/____/____

() Líquorica de seguimento, no caso de líquor alterado e/ou com VDRL reagente na maternidade.

Data: ____/____/____

Data: ____/____/____

Se não realizadas as avaliações, informar o(s) motivo(s): _____

47. Resultados dos testes não treponêmicos da criança durante o seguimento: (1 - Reagente, 2 - Não reagente, 3 - Não realizado, 9 - Ignorado)

() VDRL/RPR com 1 mês de idade Título 1: _____ Data: ____/____/____

() VDRL/RPR com 3 meses de idade Título 1: _____ Data: ____/____/____

() VDRL/RPR com 6 meses de idade Título 1: _____ Data: ____/____/____

() VDRL/RPR com 12 meses de idade Título 1: _____ Data: ____/____/____

() VDRL/RPR com 18 meses de idade Título 1: _____ Data: ____/____/____

48. Teste treponêmico: (após 18 meses de idade) Data da coleta: ____/____/____

(1) Reagente

(2) Não reagente

(3) Não realizado

(9) Desconhecido

Se não realizado, informar o(s) motivo(s): _____



49. Situação da criança:

- (1) Viva
- (2) Morta
- (3) Desconhecida

50. Data do óbito: ____ / ____ / ____

51. Número da Declaração de Óbito: _____

52. Local do Óbito:

UF: _____ Município: _____

Unidade de Saúde: _____

53. Causa do óbito (conforme Declaração de Óbito):

Parte I:

a) _____ CID: _____

b) _____ CID: _____

c) _____ CID: _____

d) _____ CID: _____

Parte II:

_____ CID: _____

_____ CID: _____

54. Notificações realizadas no Sinan, relacionadas ao caso em investigação: (1 - Sim, 2 - Não)

- () Sífilis adquirida
- () Gestante com sífilis
- () Sífilis congênita

CONCLUSÃO DA INVESTIGAÇÃO

55. Após a investigação utilizando este protocolo, o caso foi encerrado como sífilis congênita:

- (1) Confirmada
- (2) Suspeita
- (3) Descartada

Se o caso foi considerado suspeito ou descartado, justifique: _____



56. Durante a investigação, foi realizada alguma ação educativa para os problemas identificados?

57. Após a investigação, apontar o(s) eixo(s) que abrange(m) o(s) principal(is) problema(s) identificado(s) no pré-natal, parto e puerpério (vide instrução de preenchimento):
(1 - Sim, 2 - Não)

Pré-natal:

- Eixo Vulnerabilidade Individual e social. Especifique: _____

- Eixo Serviço – vulnerabilidade programática. Especifique: _____

- Eixo Gestão – vulnerabilidade programática. Especifique: _____

- Outros. Especifique: _____

Parto:

- Eixo Vulnerabilidade Individual e social. Especifique: _____

- Eixo Serviço – vulnerabilidade programática. Especifique: _____

- Eixo Gestão – vulnerabilidade programática. Especifique: _____

- Outros. Especifique: _____

Puerpério:

- Eixo Vulnerabilidade Individual e social. Especifique: _____

- Eixo Serviço – vulnerabilidade programática. Especifique: _____

- Eixo Gestão – vulnerabilidade programática. Especifique: _____

- Outros. Especifique: _____

