

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CENTRO-OESTE – UNICENTRO

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO INTERDISCIPLINAR EM
DESENVOLVIMENTO COMUNITÁRIO - PPGIDC**

RAPHAELLA ROSA HORST MASSUQUETO

**FATORES CONDICIONANTES DOS CASOS DE SÍFILIS CONGÊNITA,
ENTRE 2007 E 2017, NO MUNICÍPIO DE GUARAPUAVA - PR.**

Irati

2018

RAPHAELLA ROSA HORST MASSUQUETO

**FATORES CONDICIONANTES DOS CASOS NOTIFICADOS DE SÍFILIS
CONGÊNITA, ENTRE 2007 E 2017, NO MUNICÍPIO DE GUARAPUAVA – PR.**

Dissertação apresentada à Universidade Estadual do Centro-Oeste (UNICENTRO) e ao Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Desenvolvimento Comunitário (PPGDC) como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Desenvolvimento Comunitário, seguindo a linha de pesquisa 2: Processos do desenvolvimento humano nos contextos comunitários.

Orientador: Prof. Dr. Emerson Carraro

Irati

2018

Catálogo na Fonte
Biblioteca da UNICENTRO

M422f	<p>MASSUQUETO, Raphaella Rosa Horst.</p> <p>Fatores condicionantes dos casos de sífilis congênita, entre 2007 e 2017, no município de Guarapuava - PR / Raphaella Rosa Horst Massuqueto. – Irati, PR : [s.n.], 2018.</p> <p>77f.</p> <p>Orientador: Prof. Dr. Emerson Carraro Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Desenvolvimento Comunitário. Área de Concentração : Desenvolvimento Comunitário. Linha de pesquisa : Processos do desenvolvimento humano nos contextos comunitários. Universidade Estadual do Centro-Oeste, PR.</p> <p>1. Medicina – ginecologia. 2. Pré-natal – obstetrícia. 3. Gestante. I. Carraro, Emerson. II. UNICENTRO. III. Título.</p>
-------	--

CDD 618.1



Universidade Estadual do Centro-Oeste

Reconhecida pelo Decreto Estadual nº 3.444, de 8 de agosto de 1997

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO INTERDISCIPLINAR
EM DESENVOLVIMENTO COMUNITÁRIO

TERMO DE APROVAÇÃO

RAPHAELLA ROSA HORST MASSUQUETO

FATORES CONDICIONANTES DOS CASOS NOTIFICADOS DE SÍFILIS
CONGÊNITA, ENTRE 2007 E 2017, NO MUNICÍPIO DE GUARAPUAVA – PR

Dissertação aprovada em 05/10/2018 como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre no Curso de Pós-Graduação Interdisciplinar em Desenvolvimento Comunitário, área de concentração Desenvolvimento Comunitário, da Universidade Estadual do Centro-Oeste, pela seguinte banca examinadora:

Emerson Carraro
Orientador: Prof. Dr. Emerson Carraro
Instituição: UNICENTRO

David Livingstone
Prof. Dr. David Livingstone Alves Figueiredo
Instituição: UNICENTRO

Francieli Chassot
Prof.ª Dr.ª Francieli Chassot
Instituição: IFPR

Guarapuava, 05 de outubro de 2018.

Home Page: <http://www.unicentro.br>

Campus Santa Cruz: Rua Salvatore Renna – Padre Salvador, 875 – Cx. Postal 3010 – Fone: (42) 3621-1000 – FAX: (42) 3621-1090 – CEP 85.015-430 – GUARAPUAVA – PR

Campus CEDETEG: Rua Simeão Camargo Varela de Sá, 05 – Fone/FAX: (42) 3629-8100 – CEP 85.040-080 – GUARAPUAVA – PR

Campus de Irati: PR 153 – Km 07 – Riozinho – Cx. Postal, 21 – Fone: (42) 3421-3000 – FAX: (42) 3421-3067 – CEP 84.500-000 – IRATI – PR

A Deus, o que seria de mim, sem a fé que eu tenho Nele.

A minha amada família, sem vocês eu não sou.

As crianças com diagnóstico de sífilis congênita, espero que esse seja um dos passos para novas estratégias de prevenção e controle da doença, a fim de minimizar as sequelas e permitir oportunidades.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo dom da vida, por tudo que tenho e sou, porque Ele é meu amparo e refúgio.

Aos meus pais, Pedro e Silvana, pelo amor, confiança e dedicação, a vocês devo tudo o que sou e o que conquistei, meu caráter é resultado do exemplo vindo de vocês.

Ao meu grande amor Cleverton, pela compreensão, amor e por acreditar na minha capacidade, às vezes mais que eu mesma. Agradeço principalmente por me dar a maior riqueza, as nossas filhas Isabela e Mariana, a vocês dedico o que há de melhor em mim.

Aos meus irmãos, Thiago e Lucas, e minhas cunhadas Silvana e Cristiane, pela preocupação, companheirismo, admiração e carinho.

Ao meu querido orientador, Professor Dr. Emerson, pela confiança, apoio, disponibilidade, dedicação e por acreditar em mim, mostrando-me o caminho da ciência. Foi muito bom tê-lo como espelho nessa caminhada, agradeço principalmente a forma gentil com que sempre fui recebida.

Aos professores membros da banca examinadora, por terem aceitado participar deste momento e, compartilhar seus conhecimentos.

E a todos que não foram aqui citados, mas que participaram direta ou indiretamente dessa pesquisa, meu sincero agradecimento.

RESUMO

MASSUQUETO, R. R. H. Fatores Condicionantes dos casos notificados de sífilis congênita, entre 2007 e 2017, no município de Guarapuava-PR. p. 77. Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Desenvolvimento Comunitário, Universidade Estadual do Centro-Oeste, Irati.

A Sífilis Congênita é o resultado da disseminação hematogênica da bactéria *Treponema pallidum* na gestante infectada para seu concepto por via transplacentária. Esta situação pode ser evitada através do diagnóstico e tratamento adequado o mais precoce possível. Contudo, a situação epidemiológica da sífilis congênita no Brasil mantém-se como um grande desafio do seu controle, apesar dos protocolos existentes e de ser uma doença de notificação obrigatória. O presente estudo descreve as características epidemiológicas dos casos notificados de Sífilis Congênita e sua relação com fatores condicionantes à saúde no município de Guarapuava – PR, entre os anos de 2007 e 2017. Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo, a partir da análise dos dados notificados nas fichas do SINAN e de prontuário eletrônico do município em que a pesquisa foi realizada. No período proposto para a retrospectiva do estudo, foram identificadas 28 notificações de sífilis congênita no município, destes 19 tiveram como diagnóstico final a sífilis congênita recente, 8 foram descartados e 1 natimorto. Notou-se comportamento crescente de casos com o passar dos anos, com um aumento nas notificações de sífilis congênita a partir de 2013 (incidência de 1,71 casos/1000 nascidos vivos) e especialmente em 2017 (incidência de 2 casos/1000 nascidos vivos). O perfil das gestantes vai ao encontro de resultados já descritos na literatura, com predomínio da doença em adultos jovens (metade com idade entre 14 e 20 anos), com baixa escolaridade (92,8% somente ensino médio) e eram donas-de-casa. Ainda, a maioria não realizou o pré-natal de forma adequada, dificultando o diagnóstico precoce da doença, e também nem a gestante e nem seu parceiro realizaram o tratamento adequado na maioria dos casos. Pode-se inferir que os fatores determinantes da sífilis congênita se concentram não apenas na qualidade do acompanhamento ofertado à mulher no pré-natal, mas está enraizada em fatores sociais, econômicos, culturais e comportamentais em que as mesmas vivenciam.

Palavras chaves: Sífilis Congênita, pré natal, gestantes.

ABSTRACT

MASSUQUETO, R. R. H. Conditioning Factors in the congenital syphilis notified cases, between 2007 and 2017, in Guarapuava-PR. Pg 77. Masters Dissertassion presented to the Postgraduation Program Interdisciplinary in Community Development, Universidade Estadual do Centro-Oeste, Irati.

The congenital syphilis is the result of the *Treponema pallidum* hematogenous dissemination in the infected pregnant woman for its concept in a transplacental way. This situation can be avoided from an adequate early treatment and diagnosis. However, the epidemiological situation of congenital syphilis in Brazil has been a big challenge to control, despite of the protocols that it must be a disease with an obligation in its notification. This study describes the epidemiological characteristics in the congenital syphilis notified cases in relation to the conditional factors to the health in Guarapuava-PR, between the years of 2007 and 2017. It is an epidemiological descriptive study from the analysis of notified data in the SINAN registers and in the electronic medical records. In the proposal period were identified 28 notification of congenital syphilis in the county in which 19 had as a final diagnosis the recent congenital syphilis, 8 were discarded and 1 stillborn. We described a growing through the years, with an increase in the notification of congenital syphilis from 2013 (incidence of 1,71 cases per 1000 borned alive) and 2017 (incidence in 2 cases per 1000 borned alive). The pregnant woman profiles its similar to the results described in the literature, with a predominance of the diseases in young adults (half between age of 14 and 20) with low schooling level (92,8% just high school) and were housewives. The majority has not made the prenatal yet, what brings difficulty in the disease diagnosis, and neither the pregnant woman nor her partner made the treatment. It can infer that the determine factors of congenital syphilis concentrate not only in the quality of the prenatal, but is a cultural, social and economics fact, where the pregnant women live.

Key words: Congenital Syphilis, Prenatal, Pregnant Woman

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1 - Quadro clínico da sífilis adquirida.....	20
Quadro 2 – Quadro clinico da sífilis congênita.....	23
Quadro 3 – Esquema terapêutico para sífilis em não gestantes ou não nutrízes e controle de cura.....	29
Quadro 4 – Esquemas terapêuticos para sífilis na gestação e controle de cura.....	30
Quadro 5 – Critérios para definição de casos de sífilis congênita.....	36
Quadro 6 – Definição de caso de sífilis em gestantes.....	37
Tabela 1 – Casos notificados como Sífilis Congênita entre 2007 e 2017 em Guarapuava, PR.....	44
Tabela 2 - Comparação entre o número de casos de notificações executadas pelo município pelo SINAN e DATASUS referentes a Guarapuava e no estado do Paraná (DATASUS).....	46
Tabela 3 - Distribuição das variáveis maternas segundo dados sociodemográficos (N=28).....	48
Tabela 4 – Antecedentes epidemiológicos das mães das crianças notificadas com SC (N=28).....	50
Tabela 5 – Diagnóstico e tratamento pré-natal dos casos notificadas com SC (N=28).....	52
Tabela 6 - Distribuição das variáveis relacionadas ao parto, diagnostico de SC, tratamento e segmento da criança (N=28).....	56

LISTA DE ABREVIATURAS

CAAE: Certificado de apresentação para Avaliação Ética

DATASUS: Departamento de informática do SUS

EQL : Eletroquimioluminescente (Electrochemiluminescence)

ELISA: Enzyme-linked immunosorbent assay

FTA-ABS: Fluorescent Treponemal Antibody Absorption

HIV: Vírus da Imunodeficiência Humana

IST: Infecção Sexualmente Transmissível

LCR: Líquido cefalorraquidiano

MS: Ministério da Saúde

OPAS: Organização Pan-Americana da Saúde

SC: Sífilis Congênita

SMS: Secretaria Municipal de Saúde

SINAN: Sistema de Informações de Agravos de Notificação

SUS: Sistema Único de Saúde

SVS: Secretaria de Vigilância em Saúde

TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TPHA: *Treponema pallidum* hemagglutination test

VDRL: Venereal Disease Research Laboratory

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
2. OBJETIVOS.....	16
2.1 Objetivo Geral.....	16
2.2 Objetivos Específicos.....	16
3. REVISÃO DA LITERATURA.....	17
3.1 Perspectiva Histórica.....	17
3.2 Aspectos Clínicos da Sífilis.....	18
3.3 Diagnóstico.....	24
3.4 Tratamento.....	27
4. NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA.....	34
5. AÇÕES DE PREVENÇÃO E CONTROLE DA SÍFILIS CONGÊNITA.....	38
6. PERCURSSO METODOLÓGICO.....	41
6.1 Tipo de Pesquisa.....	41
6.2 Local do Estudo.....	41
6.3 Amostra.....	42
6.3.1 Critérios de Inclusão.....	42
6.3.2 Critérios de Exclusão.....	42
6.4 Instrumentos e Estratégias para Coleta de Dados	43
6.5 Análise dos Dados.....	43
7. RESULTADOS e DISCUSSÃO.....	44
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	63

REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	65
ANEXOS.....	69
ANEXO I – Ficha de Notificação/Investigação SIFÍLIS CONGÊNITA.....	69
ANEXO II – Solicitação de dispensa do TCLE.....	71
ANEXO III - Questionário de Investigação de Casos de Sífilis Congênita.....	72

1. INTRODUÇÃO

A sífilis, infecção sexualmente transmissível causada pelo *Treponema pallidum*, teve seu maior índice de casos no mundo durante os anos de 1937-1947, época em que pouco recurso tinha e tão pouco se sabia sobre a doença. Ainda no passado com números alarmantes, em especial nos EUA, a prostituição por drogas, a exposição de homens e mulheres a atos sexuais sem proteção, tornando-os vulneráveis a contaminação, foi fator condicionante para o aumento dos casos da doença. Na década de 60, com a criação dos métodos anticoncepcionais orais e, com a revolução do comportamento sexual, o número de pessoas que foram infectadas teve novamente um aumento considerável, mesmo com métodos diagnósticos e tratamentos bem definidos pela ciência, o comportamento humano contradizia a realidade (AVELLEIRA e BOTTINO, 2006).

A Sífilis Congênita é o resultado da disseminação hematogênica do *Treponema pallidum*, da gestante infectada não tratada ou inadequadamente tratada para seu conceito por via transplacentária. O controle da sífilis congênita representa um grande desafio para a saúde pública, apesar dos avanços já obtidos, e a garantia de diagnóstico e tratamento acessíveis e de baixo custo (REZENDE e BARBOSA, 2015).

A situação epidemiológica da sífilis congênita no Brasil mantém o desafio do seu controle, apesar de sua história natural ser totalmente conhecida, da disponibilidade de um critério de alta sensibilidade para a definição de casos, da população-alvo ter maior probabilidade de frequentar os serviços de saúde, da disponibilidade de um teste laboratorial relativamente simples, sensível e barato, bem como da existência de um tratamento disponível e barato, com uma das maiores experiências de aplicação em todo o mundo (TAYRA, 2007). Mostra-se como um evento de alta magnitude e ainda apresenta indicadores desfavoráveis em termos do seu controle, gerando também a necessidade de prioridade política para a sua abordagem. Um caso de sífilis congênita deve ser necessariamente utilizado como um evento sentinela para desencadear uma investigação com finalidade de melhorar a qualidade do pré-natal. A prevenção da sífilis congênita é realizada unicamente no pré-natal, não podendo ser feita

no interparto ou pós natal, fato que ressalta a relação direta entre a frequência da enfermidade e a qualidade dos serviços de atenção básica e saúde da mulher (BRASIL, 2014d).

Em 2013, Sonda et al publicaram um estudo relatando que a prevalência brasileira da doença era de 1,6% entre as parturientes, porém estima-se que possa haver uma subnotificação de até 67% dos casos, mesmo com o uso do Sistema Nacional de Notificação. Dado preocupante em relação a sífilis congênita, pois a transmissão vertical apresenta altas taxas de incidência, podendo chegar a transmissão da mãe para o concepto a 100% nas duas primeiras fases da doença materna. Segundo Oliveira (2016), a probabilidade da infecção fetal é influenciada pelo estágio da sífilis na mãe e pela duração da exposição fetal. A taxa de transmissão vertical é elevada, sendo estimada em 70% a 100% na fase primária, 90% na fase secundária e 30% nas fases subsequentes, podendo ocorrer em qualquer fase, tanto da infecção quanto da gestação.

A sífilis congênita, através das suas manifestações clínicas, pode ser dividida em sífilis congênita recente e sífilis congênita tardia; a recente surge até o segundo ano de vida e deve ser diagnosticada por meio de uma avaliação epidemiológica criteriosa, da situação materna e da avaliação clínico-laboratorial e estudos de imagem na criança. Entretanto, o diagnóstico na criança representa um processo complexo, devido ao fato de que mais da metade das crianças são assintomáticas ao nascimento; já a tardia surge após os dois anos de idade com manifestações clínicas mais evidentes, mas que não descartam uma avaliação minuciosa da criança e da mãe (BRASIL, 2016; OLIVEIRA, 2016).

As manifestações clínicas e sintomatológicas da sífilis congênita significam índices alarmantes para a saúde pública, pois acarretam em danos sociais, econômicos e sanitários de grande repercussão às populações, especialmente entre mulheres e crianças. Os procedimentos prestados em recém-nascidos com sífilis congênita representam custos três vezes superior aos cuidados despendidos a um bebê sem essa infecção (MAGALHÃES et al, 2013).

Como elementos fundamentais no enfrentamento da transmissão vertical da sífilis, as ações de diagnóstico e prevenção precisam ser reforçadas especialmente no pré-natal e parto, porém idealmente essas ações seriam mais efetivas se realizadas com a população em geral, ainda antes da gravidez ocorrer (BRASIL, 2006a).

A elaboração de estratégias para detecção precoce e adesão ao tratamento da doença, devem ser adotadas junto à comunidade, tendo em vista o fortalecimento da assistência e a quebra na cadeia da transmissão vertical da sífilis. Todos os profissionais de saúde devem estar aptos a reconhecer as manifestações clínicas da sífilis, assim como a interpretar os resultados dos exames laboratoriais, que desempenham papel fundamental no controle da infecção e permitem a confirmação do diagnóstico e o monitoramento da resposta ao tratamento (BRASIL, 2015).

A incidência da sífilis congênita representa um importante indicador da qualidade da atenção materno-infantil. Implementar atividades de educação permanente para profissionais de saúde que atuam em serviços de pré-natal e em maternidades são essências para diminuir os casos de transmissão vertical e/ou ainda diminuir os casos de subnotificação e diagnóstico precoce, o que hoje também representa um grande desafio para a saúde pública (ARAÚJO et al, 2012).

Para tanto, este estudo objetivou entender, discutir e refletir sobre, o enfoque à promoção em saúde por meio de ações de informação, educação e comunicação para as questões relacionadas aos casos de sífilis congênita na cidade de Guarapuava, no Paraná, contribuindo desta forma para a reflexão da importância do tratamento ao usuário, respeitando suas especificidades, e pela necessidade do fortalecimento da Atenção Básica e a elaboração de ações que visem à qualificação dos profissionais e do serviço.

Entende-se a relevância desta pesquisa, acerca de identificar fatores relacionados aos índices da sífilis congênita, por ser essa uma doença de vulnerabilidade e inegável magnitude, caracterizando um problema de saúde pública, seu controle ainda constitui um desafio, tendo este estudo como

objetivo, traçar o perfil epidemiológico dos casos de sífilis congênita (SC) no município de Guarapuava, no Paraná.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

O presente estudo descreve as características epidemiológicas dos casos notificados de Sífilis Congênita e sua relação com fatores condicionantes à saúde no município de Guarapuava - PR.

2.2 Objetivos Específicos

- a) Analisar temporalmente as notificações de sífilis congênita, junto à Vigilância Epidemiológica do município de Guarapuava – PR, durante o período de 2007 a 2017;
- b) Caracterizar os casos confirmados de sífilis congênita segundo dados sociodemográficos e demais fatores condicionantes de saúde que podem estar relacionados aos casos de transmissão vertical da sífilis.
- c) Analisar a consistência dos dados coletados para as notificações dos casos de sífilis congênita.

3. REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Perspectiva Histórica

A sífilis é uma doença conhecida desde o século XV, e teve seus primeiros casos na Europa. A promiscuidade, as casas de prostituição e a falta de entendimento por parte da medicina que naquela época ainda engatinhava, fizeram com que a mesma disseminasse rapidamente por todo o continente, matando milhares (AVELLEIRA e BOTTINO, 2006).

Carrara (1996), diz que antes do aprofundamento dos estudos relacionados a doença, a sífilis era um conjunto de sintomas, confusos e inespecíficos, cujo etiologia estava em torno das superstições e preconceitos. Teve seu caráter de castigo, mantido durante séculos, permeado entre a fatalidade natural e o erro moral, consequentemente orientando as reações sociais.

No final do século XIX, se estabilizavam as linhas gerais de um modelo de compreensão da doença, envolvendo a própria definição da doença, seu agente causal, sua sintomatologia, os meios de transmissão, suas consequências orgânicas e sociais, sua evolução epidemiológica e os meios terapêuticos e profiláticos, evidenciando a sífilis, como uma das mais graves doenças humanas e em uma das mais sérias ameaças à saúde pública, daquela época (OLIVEIRA, 2016; BRASIL, 2015; BRASIL, 2006a).

A evolução da medicina e a compreensão da doença, influenciou a queda na incidência de sífilis no século XX, que logo foi interrompida, nos anos 90, possivelmente pela associação à infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). Na ocasião não era obrigatório que serviços de saúde notificassem aos órgãos gestores a suspeita ou diagnóstico dos casos de sífilis gestacional e adquirida, que se tornaram doenças de notificação compulsória a partir da Portaria nº33, de 14 de julho de 2005 e, Portaria 2.472, de 31 de agosto de 2010, respectivamente.

Porém, a sífilis congênita, tornou-se uma doença de notificação compulsória por meio da Portaria Ministerial nº 542, publicada no Diário Oficial da União de 22 de dezembro de 1986, antes mesmo de a sífilis gestacional ter

uma obrigatoriedade na sua notificação, fato que dificultava o acompanhamento e tratamento ainda na gestação. Desde então, serviços públicos e privados tem a obrigatoriedade de investigar a doença também a partir do nascimento, em especial nos casos de contaminação e/ou tratamento da mulher durante e a gestação (BRASIL, 2016).

Iniciava-se então, durante longos anos, o controle da sífilis congênita fundamentado, basicamente, na prevenção da transmissão vertical e na redução das consequências da sífilis congênita por meio do tratamento materno durante a gestação. Rezende e Barbosa (2015), ressaltam a conquista através da Lei nº 8.080/1990 que instituiu o Sistema Único de Saúde, considerado como a maior política de inclusão social do mundo. Constituindo o conjunto de ações e serviços de saúde, e dispondo condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde e a organização e o funcionamento dos serviços assistenciais.

A partir disso, políticas públicas voltadas para saúde materna infantil, contribuíram para aumento do diagnóstico precoce e notificações em gestantes. Contudo, há que se considerar que a subnotificação ainda é um entrave para a vigilância epidemiológica. A Organização Pan-Americana da Saúde (PAHO) definiu a redução da incidência de sífilis congênita para $\leq 0,5$ casos por 1000 vivos até 2015, esse patamar não foi alcançado, ao contrário, os casos apresentam aumento e configuram-se como uma epidemia, com incidência de 1,3/1000 nascidos vivos nas Américas e 6,5/1000 no Brasil (SOARES et al, 2017). No período de 1997 a 2017, foram notificados no SINAN 32.909 casos de sífilis congênita no Brasil.

3.2 Aspectos clínicos da Sífilis

A sífilis é uma infecção sexualmente transmissível (IST), e estas no seu contexto geral, são causadas por mais de 30 agentes etiológicos (vírus, bactérias, fungos e protozoários), e são transmitidas, principalmente, por contato sexual e durante o uso de drogas injetáveis, por via sanguínea. Pode ainda, a transmissão de uma IST, acontecer da mãe para a criança durante a gestação, como é o caso da sífilis congênita, parto ou a amamentação (BRASIL, 2015).

Algumas ISTs possuem altas taxas de incidência e prevalência, apresentam complicações mais graves em mulheres e facilitam a transmissão

do HIV. Podendo, ainda, estar associadas a culpa, estigma, discriminação e violência, por motivos biológicos, psicológicos, sociais e culturais (Brasil, 2016).

A sífilis é uma infecção bacteriana sistêmica, de evolução crônica, causada pelo *Treponema pallidum*, que quando não tratada progride ao longo de muitos anos. Ela pode ser classificada quanto à sua forma de transmissão, como adquirida e gestacional, por meio de relações sexuais desprotegidas ou transfusão sanguínea, ou congênita, da mãe para o feto pela via transplacentária, que é o objetivo deste estudo. No tocante ao período de infecção da sífilis adquirida, esta pode ser recente, com tempo de evolução menor que um ano, ou tardia, com mais de um ano de evolução. A sífilis adquirida recente pode se apresentar nas formas primária, secundária ou latente, e a tardia na forma terciária (BRASIL, 2015).

Além de ser uma doença de evolução lenta, quando não é tratada, alterna períodos sintomáticos e assintomáticos, com características clínicas, imunológicas e histopatológicas distintas, divididas em três fases: sífilis primária, sífilis secundária e sífilis terciária. Não havendo tratamento após a sífilis secundária, existem dois períodos de latência: um recente, com menos de um ano, e outro de latência tardia, com mais de um ano de doença (ASSUNÇÃO e RAMOS, 2009).

Avelleira e Bottino (2006), ressaltam que a principal forma de penetração do *Treponema pallidum* é decorrente de relações sexuais sem proteção, após pequenas abrasões na genitália. Logo após o agente etiológico atinge o sistema linfático regional e, por disseminação hematogênica, outras partes do corpo. A resposta da defesa local resulta em erosão e exulceração no ponto de inoculação, enquanto a disseminação sistêmica resulta na produção de complexos imunes circulantes que podem depositar-se em qualquer órgão.

Quadro 1 - Quadro clínico da sífilis adquirida

Sífilis Primária	<p>Após a infecção, ocorre um período médio de incubação de 3 semanas, mas que pode estender-se até 90 dias. O primeiro sintoma é no local de inoculação da bactéria, com o aparecimento de uma lesão única em região genital masculina e feminina. No homem é mais comum no prepúcio, meato uretral ou mais raramente intra-uretral. Na mulher é mais frequente nos pequenos lábios, parede vaginal e colo uterino. As localizações extragenitais, são raras, e acometem a região anal, boca, língua e região mamária. A lesão, denominada cancro duro, é única, indolor, tem a base endurecida, contém secreção serosa e muitos treponemas. Pode aparecer também, uma reação ganglionar regional múltipla e bilateral, não supurativa, de nódulos duros e indolores. Esta é a fase de maior transmissibilidade da doença. A lesão primária cura-se espontaneamente, num período aproximado de duas semanas. Vale ressaltar que as lesões, facilitam a entrada do HIV, e acelera a evolução para Aids.</p>
------------------	---

Sífilis Secundária	<p>Após período de latência que pode durar de seis a oito semanas, e, se não aconteceu o tratamento, a doença entrará novamente em atividade, evoluindo para a fase secundária, período em que o treponema já invadiu todos os órgãos e líquidos do corpo. Nesta fase, aparece como manifestação clínica o exantema cutâneo, rico em treponemas. O exantema se apresenta na forma de máculas, pápulas ou grandes placas eritematosas branco-acinzentadas denominadas condiloma lata, que podem aparecer em regiões úmidas do corpo. As lesões ocorrem por surtos e de forma simétrica, têm superfície plana, recobertas por discretas escamas mais intensas na periferia. O acometimento das regiões palmares e plantares é bem característico. Algumas vezes a descamação é intensa, atribuindo aspecto psoriforme às lesões. Mais raramente nessa fase são descritas lesões pustulosas, foliculares e liquenóides. A sintomatologia geral é discreta e não característica, mas o paciente pode apresentar; mal-estar, astenia, anorexia, febre baixa, cefaleia, artralgias, mialgias, faringite, hepatoesplenomegalia, síndrome nefrótica, glomerulonefrite. A fase secundária evolui no primeiro e segundo ano da doença com novos surtos que regridem espontaneamente entremeados por períodos de latência cada vez mais duradouros.</p>
Sífilis Latente	<p>Se não houver tratamento, após o desaparecimento dos sinais e sintomas da sífilis secundária a infecção entrará no período latente, considerado recente no primeiro ano e tardio após esse período. A sífilis latente não apresenta qualquer manifestação clínica.</p>

Sífilis Terciária	A sífilis terciária pode levar 10, 20 ou mais anos para se manifestar. Os pacientes nessa fase desenvolvem lesões localizadas envolvendo pele e mucosas, sistema cardiovascular e nervoso. É caracterizada por granulomas destrutivos vistos na pele e nas membranas mucosas, e podem acometer ainda ossos, músculos e fígado. As lesões são solitárias ou em pequeno número, assimétricas, endurecidas com pouca inflamação, bordas bem marcadas, policíclicas ou formando segmentos de círculos. As manifestações mais graves incluem a sífilis cardiovascular e a neurosífilis. As principais complicações cardíacas, são o aneurisma, a insuficiência da válvula aórtica e a estenose do óstio da coronária. Já na neurosífilis, a invasão das meninges pelo treponema é precoce, de 12 a 18 meses após a infecção, mas desaparece em 70% dos casos sem tratamento. O quadro pode ser assintomático ou sintomático, com características complicações meníngeas.
-------------------	---

Fonte: AVALLEIRA e BOTTINO, 2006; BRASIL, 2007; BRASIL, 2014a; OLIVEIRA, 2016.

A transmissibilidade da sífilis adquirida, inclusive do parceiro para a mulher gestante requer a presença de lesões (cancro duro, condiloma plano, placas mucosas, lesões úmidas). O contágio é maior nos estágios iniciais da infecção, sendo reduzido gradativamente à medida que ocorre a progressão da doença. No entanto, essas lesões são pouco sintomáticas e passam despercebidas na maioria dos casos. Em gestantes, a sífilis pode ser transmitida para o feto (transmissão vertical) por via transplacentária, em qualquer fase da gestação com uma média de 100% na fase primária, 90% na fase secundária e 30% na fase latente, em relação a sua transmissibilidade (BRASIL, 2017).

Para Lima et al (2015), a sífilis congênita é o resultado da disseminação hematogênica do *Treponema pallidum* da gestante infectada não tratada ou inadequadamente tratada para o conceito por via transplacentária (transmissão vertical). A infecção do embrião pode ocorrer em qualquer fase gestacional ou estágio da doença materna. Os principais fatores que determinam a

probabilidade de transmissão são o estágio da sífilis na mãe e a duração da exposição do feto no útero.

Nos casos da transmissão vertical, os desfechos clínicos podem ainda ser mais graves. Cerca de 40% das gestantes não tratadas ou tratadas inadequadamente, e isso inclui o tratamento do parceiro, evoluem para aborto espontâneo, trabalho de parto prematuro e morte perinatal, além dos 80% de recém-nascidos de mães com sífilis, que podem apresentar problemas auditivos, oftálmicos e neurológicos (OLIVEIRA, 2016).

Ainda ao nascimento, a criança com sífilis congênita pode apresentar lesões bolhosas, ricas em treponemas, nas palmas das mãos, nas plantas dos pés, ao redor da boca e do ânus. Mesmo quando não se manifesta com essas características, a infecção congênita pode permanecer latente, vindo a se expressar durante a infância ou mesmo na vida adulta (BRASIL, 2015).

Desta forma, temos a divisão da sífilis congênita em precoce e tardia.

Quadro 2 – Quadro clínico da sífilis congênita

Sífilis congênita recente/precoce	Quando os sinais e sintomas surgem logo após o nascimento, ou ainda na fase lactente, tendo em vista que mais da metade dos recém-nascidos de mães com sífilis são assintomáticos, ou apresentam sinais poucos específicos. Além da prematuridade e baixo peso ao nascer, sinais como: hepatomegalia, lesões cutâneas, alterações ósseas do tipo periostite ou osteíte, pseudoparalisia dos membros, sofrimento respiratório, icterícia, linfadenopatia, síndrome nefrótica, edema, convulsão.
-----------------------------------	--

Sífilis congênita tardia	Os sinais e sintomas são observados a partir do segundo ano de vida. Nessa fase os sinais, em geral, resultam da cicatrização de lesões iniciais produzidas pelo <i>Treponema pallidum</i> . As principais características são: tibia em “lâmina de sabre”, sinovite que acomete geralmente bilateralmente os joelhos, com um aumento de volume, indolor e sem alterações radiográficas, nariz em sela, dentes incisivos medianos deformados, mandíbula curta, arco palatino elevado, surdez e dificuldade no aprendizado.
--------------------------	--

Fonte: BRASIL, 2005; BRASIL, 2017

3.3 Diagnóstico

O *Treponema pallidum* é uma bactéria gram-negativa, do grupo das espiroquetas, de alta patogenicidade. O diagnóstico para a sífilis em todos os tipos clínicos se baseia na realização de testes diretos ou imunobiológicos, e o critério de escolha é feito de acordo com o estágio e progressão da doença (BRASIL, 2014a).

Nos serviços de saúde do Brasil, os testes imunológicos são os mais utilizados, tendo em vista a praticidade e a rápida visualização do resultado. Estes testes são classificados como treponêmicos e não treponêmicos (BRASIL, 2005).

O teste não treponêmico de maior utilização é o VDRL, que detecta anticorpos não específicos e torna-se reagente cerca de três semanas após o aparecimento do cancro duro. Porém os protocolos assistenciais indicam pesquisa de anticorpos treponêmicos em pacientes com amostras reagentes por meio de VDRL, antes da confirmação diagnóstica (BRASIL, 2015; OLIVEIRA, 2016).

Os testes treponêmicos detectam anticorpos específicos e são necessários para confirmação dos casos, são eles: hemaglutinação e aglutinação passiva TPHA, imunofluorescência indireta FTA-Abs,

quimioluminescência EQL, ensaio imunoenzimático indireto ELISA, testes rápidos ou imunocromatográficos (BRASIL, 2015).

No indivíduo infectado pelo *Treponema pallidum*, os testes treponêmicos permanecem reagentes indefinidamente, mesmo nos indivíduos tratados. Os não treponêmicos tendem à negatificação após o tratamento e por isso são utilizados no seguimento. No entanto, alguns indivíduos podem apresentar testes não treponêmicos persistentemente reagentes, em baixas titulações, após o tratamento (cicatriz sorológica). Essa baixa titulação também se verifica nos indivíduos com sífilis latente, por isso, na ausência de registro de tratamento, indivíduos com títulos baixos em testes não treponêmicos devem ser “re” tratados (BRASIL, 2017).

Outra forma de pesquisa do *Treponema pallidum* é por microscopia de campo escuro, também chamado de exame direto. Este pode ser realizado por meio do exsudato seroso das lesões ativas, que deve ser livre de eritrócitos e, pode ser realizado tanto nas lesões primárias, como nas lesões secundárias da sífilis (OMS, 2015).

O material para exame direto de sífilis, deve ser analisado por meio de microscópio com condensador de campo escuro, imediatamente após a coleta da amostra. Para sua identificação, são necessários profissionais capacitados e experientes capazes de diferenciar o *Treponema pallidum* de treponemas não patogênicos e outros organismos também espiralados que são comumente encontrados nas membranas genitais ou mucosa anal. Não é recomendado exame direto em lesões orais, pois a cavidade oral é frequentemente colonizada por outras espiroquetas que podem confundir o diagnóstico da sífilis (OMS, 2015; BRASIL, 2014b).

O VDRL é o teste mais utilizado para a triagem sorológica da sífilis em gestantes e da sífilis adquirida, tendo em vista a sua elevada sensibilidade (78 a 100%) e a possibilidade de titulação, o que permite o acompanhamento sistemático do tratamento, além de apresentar para sua realização técnica simples, rápida e ser de baixo custo (AVALLEIRA e BOTTINO, 2006).

Do ponto de vista técnico, a utilização de testes imunológicos permanece como sendo a principal forma de se estabelecer o diagnóstico da sífilis. Porém,

no recém-nascido, testes positivos, treponêmicos ou não, são limitados em razão da transferência passiva de anticorpos IgG maternos que, no entanto, tendem progressivamente a declinar até a sua negatificação, ao fim de alguns meses. Na ocorrência de sífilis congênita, ao contrário, os títulos se mantêm ou ascendem, caracterizando uma infecção ativa. O ideal para melhorar a qualidade dos serviços e a eficácia dos testes, é que seja realizado de rotina o teste confirmatório treponêmico na gestante a partir de todo teste não-treponêmico reagente, ou seja, a partir de títulos de 1:1 (BRASIL, 2005).

Na sífilis congênita o VDRL, é utilizado para a triagem dos recém-nascidos possivelmente infectados, filhos de mães com teste não-treponêmico reagente na gravidez ou parto, para que sejam investigados com exames complementares, permite o seguimento do recém-nascido com suspeita de infecção, que são casos descartados se a titulação diminuir até a negatificação, concluindo que os anticorpos passivos eram maternos; ou se os títulos permanecerem reagentes até o terceiro mês de vida, a criança deverá ser tratada, pois após esse período as sequelas começam a se instalar. Outra forte evidência de sífilis congênita e a correta utilização do VDRL no recém-nascido, é a comparação entre os títulos da criança e da mãe, se o título da criança for maior do que o da mãe é uma forte evidência de infecção congênita por sífilis. Conseqüentemente o seguimento do recém-nascido tratado, também se dá através do VDRL, os títulos deverão diminuir até a negatificação, que pode ocorrer até o fim do segundo ano nos infectados (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2014a; BRASIL, 2017).

Nos recém-nascidos não-reagentes, mas com suspeita epidemiológica, deve-se repetir os testes sorológicos após o terceiro mês pela possibilidade de positificação tardia (OLIVEIRA, 2016).

De grande importância no auxílio do diagnóstico devido à leitura imediata, foram desenvolvidos os testes rápidos, a partir dos testes de aglutinação. O teste imunocromatográfico, que é o mais eficaz promove a detecção visual e qualitativa de anticorpos (IgG, IgM e IgA) contra um antígeno recombinado de 47-kDa do *Treponema pallidum* em sangue total, soro e plasma humano. O sangue pode ser coletado por punctura do quirodáctilo, e a leitura do teste é feita entre cinco e 20 minutos após sua realização, com sensibilidade e a

especificidade de 93,7% e 95,2%, respectivamente; entretanto, o teste não deve ser usado como critério exclusivo no diagnóstico da infecção pelo *Treponema pallidum* (AVALLEIRA e BOTTINI, 2006; BRASIL, 2014b).

Nos casos de neurosífilis, nenhum teste sorológico isoladamente é seguro para o diagnóstico, que deve ser feito pela combinação de positividade à prova sorológica, aumento da celularidade (maior que 10 linfócitos/ml) e proteínas no líquido céfalo-raquidiano (LCR) (superior a 40mg/dl). O exame do LCR, deverá ser indicado para pacientes que tenham o diagnóstico sorológico de sífilis recente ou tardia com sintomas neurais e em pacientes que mantiverem reações sorológicas sanguíneas apresentando títulos elevados após o tratamento correto. Para a sífilis congênita, recomenda-se que independentemente dos achados no LCR, toda a criança com o diagnóstico/suspeita da doença, receba tratamento específico que seja adequado para o tratamento da neurosífilis (BRASIL, 2005; BRASIL, 2015; OMS, 2015).

Ainda sobre o diagnóstico da doença, na sífilis congênita é frequente o aparecimento precoce de alterações ósseas, ressaltando a importância da avaliação radiológica de ossos longos, para a complementariedade de um caso positivo. As alterações que envolvem metáfise e diáfise de ossos longos, são encontradas em 75% a 100% das crianças que apresentam evidências clínicas de sífilis congênita recente (BRASIL, 2005).

3.4 Tratamento

O tratamento da sífilis deve ser realizado considerando-se eficácia, segurança, posologia, via de administração, custo, adesão e disponibilidade. Cabe destacar que o tratamento deve ser estendido aos parceiros sexuais em busca de maior impacto da estratégia, especialmente, na sífilis durante a gestação. A sinergia entre o diagnóstico precoce e o tratamento adequado da sífilis, especialmente durante a gravidez leva à prevenção da transmissão vertical, devendo ser valorizada em todos os níveis de atenção (BRASIL, 2015).

Oliveira (2016), diz que o tratamento deve ser orientado com base nos estágios clínicos da doença, após o controle trimestral de cura para acompanhamento da queda das titulações. Em caso de aumento da titulação ou

de interrupção do tratamento, ou ainda em casos em que haja um intervalo maior que sete dias entre as séries medicamentosas, fica justificado o reinício do tratamento.

Desde 1928, com a descoberta do poder bactericida do fungo *Penicillium notatus*, a penicilina é a substância de maior uso nos tratamentos de sífilis, a ação dela resulta na entrada de água no treponema, o que acaba por destruí-lo. Ela age em todos os estágios da sífilis. A sensibilidade do treponema à droga, a rapidez da resposta com regressão das lesões primárias e secundárias com apenas uma dose são vantagens que permanecem até hoje. A penicilina continua como droga de escolha, e até o momento não foram documentados casos de resistência. Além de ser considerada a única droga eficaz no tratamento durante a gestação (AVELLEIRA e BOTTINO, 2006).

O desconforto gerado pela aplicação intramuscular da penicilina benzatina, acaba por influenciar a aderência, sendo alternativas de tratamento. Drogas testadas mais recentemente como; doxacilina, tetraciclina e eritromicina, demonstraram atividade contra o *Treponema pallidum*, mas não são superiores à penicilina, devendo ser mantidas como drogas de segunda linha (BRASIL 2014a; BRASIL 2017).

Quadro 3 – Esquema terapêutico para sífilis em não gestantes ou não nutrizes e controle de cura.

Estadiamento	Esquema Terapêutico	Intervalo entre as séries	Opções terapêuticas na impossibilidade de uso da Penicilina:	Controle de cura
Sífilis primária	Penicilina G Benzatina 1 série* Dose total: 2.400.000 UI IM	Dose única	doxiciclina 100 mg 12/12h (VO), 15 dias, ou tetraciclina 500 mg, 6/6h (VO), ou eritromicina 500 mg, 6/6h (VO)	Exame sorológico não-teponêmico trimestral
Sífilis secundária ou latente com menos de 1 ano de evolução	Penicilina G Benzatina 2 séries Dose total: 4.800.000 UI IM	1 semana	doxiciclina 100 mg 12/12h (VO), 15 dias, ou tetraciclina 500 mg, 6/6h (VO), ou eritromicina 500 mg, 6/6h (VO)	Exame sorológico não-teponêmico trimestral
Sífilis terciária ou com mais de um ano de evolução ou com duração ignorada	Penicilina G Benzatina 3 séries Dose total: 7.200.000 UI IM	1 semana	doxiciclina 100 mg 12/12h (VO), 30 dias, ou tetraciclina 500 mg, 6/6h (VO), ou eritromicina 500 mg, 6/6h (VO)	Exame sorológico não-teponêmico trimestral
Neurossífilis**	Penicilina G Cristalina aquosa 18 a 24 milhões	4/4 h diariamente e por 10 dias	Penicilina procaína 2,4 milhões UI (IM) diariamente associada à	Exame de líquido a cada 6 meses

	de UI por dia. 10 a 14 dias		eritromicina 500 mg (VO) quatro vezes por dia, ambas de 10 a 14 dias	até a normalização
--	-----------------------------	--	--	--------------------

*1 série de penicilina benzatina = 1 ampola de 1.200.000 UI aplicada em cada glúteo.

** Na neurosífilis a droga escolhida é a penicilina cristalina pela capacidade de atravessar a barreira hemato-encefálica.

Fonte: BRASIL, 2005

Na mulher gestante o tratamento deve seguir as mesmas orientações terapêuticas descritas no quadro acima, levando em consideração que o diagnóstico se dá, através do VDRL, que deve ser realizado já na primeira consulta; idealmente no início do primeiro e início do terceiro trimestre de gestação. Na ausência de um teste confirmatório, considerar para o diagnóstico as gestantes com VDRL reagente, em qualquer titulação, desde que não-tratadas anteriormente de forma adequada. O tratamento deve ser imediato para as gestantes e seus parceiros (BRASIL, 2005; BRASIL 2006a).

Quadro 4 – Esquemas terapêuticos para sífilis na gestação e controle de cura

Estadiamento	Penicilina G Benzatina	Intervalo entre as séries	Controle de cura
Sífilis primária	1 série Dose total: 2.400.000 UI	Dose única	VDRL mensal
Sífilis secundária ou latente com menos de 1 ano de evolução	2 séries Dose total: 4.800.000 UI	1 semana	VDRL mensal

Sífilis terciária ou com mais de um ano de evolução ou com duração ignorada	3 séries Dose total: 7.200.000 UI	1 semana	VDRL mensal
---	-----------------------------------	----------	-------------

Fonte: BRASIL, 2005

Considera-se tratamento inadequado da gestante com sífilis, segundo o Manual de Diretrizes para o Controle da Sífilis Congênita (2006b):

- Tratamento realizado com qualquer medicamento que não seja a penicilina benzatina. É obrigatória a investigação da criança logo após o parto;
- Tratamento incompleto, mesmo tendo sido feito com penicilina benzatina;
- Tratamento inadequado para a fase clínica da doença;
- Instituição de tratamento dentro do prazo em até 30 dias antes do parto;
- Parcerias sexuais com pessoas com sífilis não tratada ou tratada inadequadamente;
- Elevação de títulos de quatro vezes ou mais, acima do último VDRL (ex: de 1:4 para 1:16).

Entende-se por tratamento inadequado o caso de parcerias sexuais com sífilis sintomática ou com testes imunológicos positivos não tratados ou tratados inadequadamente. A ausência da informação de tratamento da parceria sexual deixa de ser um dos critérios de notificação de sífilis congênita.

O Ministério da Saúde (MS), juntamente com a Organização Mundial da Saúde (OMS), recomenda teste anti-HIV para todas as gestantes, em especial quando há diagnóstico de sífilis, tendo em vista a frequente co-infecção entre as ISTs, o risco de a criança adquirir HIV de origem materna devido a exposição ao *Treponema pallidum* durante a gestação, além da aplicação de medidas

profiláticas que reduzem a transmissão vertical do vírus (BRASIL, 2005; OMS, 2015).

Na criança com sífilis congênita, o manejo clínico se diferencia na fase neonatal e pós-neonatal, além de conter especificidades nos casos controle de seguimento. Segundo o Manual de Bolso: Diretrizes para o Controle da Sífilis Congênita (2006):

Nos recém-nascidos de mães com sífilis não tratada ou inadequadamente tratada, independentemente do resultado do VDRL do recém-nascido, deve-se realizar: hemograma, radiografia de ossos longos, punção lombar (na impossibilidade de realizar este exame, tratar o caso como neurosífilis), e outros exames, quando clinicamente indicados.

- Se houver alterações clínicas e/ou sorológicas e/ou radiológicas e/ou hematológicas, o tratamento deverá ser feito com penicilina G cristalina na dose de 50.000 UI/Kg/dose, por via endovenosa, a cada 12 horas (nos primeiros 7 dias de vida) e a cada 8 horas (após 7 dias de vida), durante 10 dias; ou penicilina G procaína 50.000 UI/Kg, dose única diária, IM, durante 10 dias;
- Se houver alteração líquórica, o tratamento deverá ser feito com penicilina G cristalina 6, na dose de 50.000 UI/Kg/dose, por via endovenosa, a cada 12 horas (nos primeiros 7 dias de vida) e a cada 8 horas (após 7 dias de vida), durante 10 dias;
- Se não houver alterações clínicas, radiológicas, hematológicas e/ou líquóricas, e a sorologia for negativa, deve-se proceder o tratamento com penicilina G benzatina 7 por via intramuscular na dose única de 50.000 UI/Kg. O acompanhamento é obrigatório, incluindo o seguimento com VDRL sérico após conclusão do tratamento (ver seguimento, adiante).

Nos recém-nascidos de mães adequadamente tratadas, deve-se realizar o VDRL em amostra de sangue periférico do recém-nascido; se este for reagente com titulação maior do que a materna, e/ou na presença de alterações clínicas, realizar hemograma, radiografia de ossos longos e análise do LCR.

- Se houver alterações clínicas e/ou radiológicas, e/ou hematológica sem alterações liquóricas, o tratamento deverá ser feito como o primeiro esquema de mães não tratadas ou tratadas inadequadamente;
- Se houver alteração liquórica, o tratamento deverá ser feito como o segundo esquema de mães não tratadas ou tratadas inadequadamente.

Nos recém-nascidos de mães adequadamente tratadas: realizar o VDRL em amostra de sangue periférico do recém-nascido.

- Se for assintomático e o VDRL não for reagente proceder apenas ao seguimento clínico-laboratorial. Na impossibilidade de garantir o seguimento, deve-se proceder o tratamento com penicilina G benzatina, IM, na dose única de 50.000 UI/Kg.
- Se for assintomático e tiver o VDRL reagente, com título igual ou menor que o materno acompanhar clinicamente (ver Seguimento). Na impossibilidade do seguimento clínico, investigar e tratar como o esquema de mãe não tratada ou tratada inadequadamente.

No período pós-neonatal, crianças com quadros clínico e sorológico sugestivos de sífilis congênita devem ser cuidadosamente investigadas, obedecendo-se à rotina acima referida. Confirmando o diagnóstico, proceder o tratamento conforme preconizado, observando-se o intervalo das aplicações que, para a penicilina G cristalina, deve ser de 4 em 4 horas, e para a penicilina G procaína, de 12 em 12 horas, mantendo-se os esquemas de doses recomendados.

Como seguimento, é recomendado:

- Consultas ambulatoriais mensais até o 6º mês de vida e bimensais do 6º ao 12º mês;
- Realizar VDRL com 1 mês, 3, 6, 12 e 18 meses de idade, interrompendo o seguimento com dois exames consecutivos de VDRL negativos;

- Realizar TPHA ou FTA-Abs para sífilis após os 18 meses de idade para a confirmação do caso;
- Caso sejam observados sinais clínicos compatíveis com a infecção treponêmica congênita, deve-se proceder à repetição dos exames sorológicos, ainda que não esteja no momento previsto acima;
- Diante de elevação do título sorológico ou da sua não negatificação até os 18 meses de idade, investigar o paciente e proceder ao tratamento;
- Recomenda-se o acompanhamento oftalmológico, neurológico e audiológico semestral por dois anos;
- Nos casos em que o LCR se mostrou alterado, deve ser realizada uma reavaliação líquórica a cada 6 meses até a normalização do mesmo;
- Nos casos de crianças tratadas de forma inadequada, na dose e/ou tempo do tratamento preconizado, deve-se convocar a criança para reavaliação clínico-laboratorial, e reiniciar o tratamento da criança, obedecendo aos esquemas anteriormente descritos.

4. NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA

O MS estabeleceu desde 1986, uma “Lista Nacional de Notificação Compulsória de Doenças, Agravos e Eventos de Saúde Pública”, que deve ser seguida nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, tornando desde então a Sífilis Congênita uma doença de notificação compulsória (BRASIL, 2014a). Desde então, rotineiramente, conforme a incidência e prevalência de algumas doenças e agravos esta lista é atualizada e publicada para que os serviços se adequem a ela.

Atualmente, está em vigência a Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016, que trata da ocorrência de suspeita ou confirmação de eventos de saúde pública, doenças e agravos que, são de comunicação obrigatória à autoridade de saúde, e deve ser realizada por todos os profissionais de saúde ou responsáveis pelos estabelecimentos de saúde, públicos ou privados. É ainda

facultado a estados e municípios incluir outros problemas de saúde importantes em sua região (BRASIL, 2015).

A sífilis congênita é de notificação compulsória nacional desde o ano de 1986, a sífilis em gestante, desde 2005, e a sífilis adquirida, desde 2010. Com o objetivo de aprimorar a vigilância epidemiológica, o MS revisou a definição de casos de sífilis congênita, que vem passando por diferentes modificações nas últimas duas décadas; e sífilis em gestantes, conforme os quadros 5 e 6, bem como os casos de sífilis adquirida. Entende-se por definição de caso, a ação que possibilita a identificação de indivíduos que apresentam um agravo ou doença, de forma a padronizar critérios para o monitoramento das condições de saúde e para a descrição da ocorrência de doença em uma determinada população. É um conjunto específico de critérios aos quais um determinado indivíduo deve atender para ser considerado um caso de uma doença ou agravo sob investigação (TAYRA et al, 2007; BRASIL, 2007).

Quadro 5 – Critérios para definição de casos de sífilis congênita**Definição de Caso****Primeiro critério:**

- Criança cuja mãe apresente, 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, apresente 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, apresente teste treponêmico reagente no momento do parto;
- Criança cuja mãe apresente 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, líquórica ou radiológica de sífilis congênita.

Terceiro critério: Aborto ou natimorto cuja mãe apresente 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 *Treponema pallidum* em placenta ou cordão umbilical e/ou amostra da lesão, biópsia ou necropsia de criança, aborto ou natimorto.

Quadro 6 – Definição de caso de sífilis em gestantes

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

Caso confirmado:

- 1 - 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.
- 2 - Gestante com teste treponêmico reagente e teste não treponêmico não reagente ou não realizado, sem registro de tratamento prévio.

Fonte: BRASIL, 2017.

O SINAN é o principal instrumento de coleta dos dados de notificação compulsória, sua utilização efetiva permite a realização do diagnóstico dinâmico da ocorrência de um evento na população, podendo fornecer subsídios para explicações causais dos agravos, além de vir a indicar riscos aos quais as pessoas estão sujeitas, contribuindo assim, para a identificação da realidade epidemiológica de determinada área geográfica.

O sistema de vigilância epidemiológica, através do SINAN, tem sido a principal fonte de informações para o conhecimento da magnitude da sífilis congênita e o monitoramento das recomendações, possibilitando uma melhor utilização dos recursos de saúde pública (BRASIL, 2014b).

O sistema de informação possui, instrumentos de coleta de dados padronizados pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS). A Ficha de Notificação/ Investigação (ANEXO I) permite a realização do diagnóstico dinâmico da ocorrência de um evento na população, podendo fornecer subsídios para explicações causais dos agravos de notificação compulsória, além de vir a indicar riscos aos quais as pessoas estão sujeitas, contribuindo, para a identificação da realidade epidemiológica de determinada área geográfica. É, um instrumento relevante para auxiliar o planejamento da saúde, definir prioridades de intervenção, além de permitir que seja avaliado o impacto das intervenções (BRASIL, 2007).

A vigilância é capaz de apontar as oportunidades perdidas nas várias etapas da assistência à gestante, ao detectar o não cumprimento de condutas diagnósticas e de tratamento adequado para a prevenção da transmissão do *T. pallidum*, além da grande proporção de dados ignorados sobre essas informações.

A notificação compulsória e a vigilância epidemiológica devem ser consolidadas e expandidas, visando a conhecer a magnitude e medir a tendência dos agravos para o planejamento das ações de controle. O sistema de saúde precisa estar preparado para implementar estratégias de prevenção e de intervenção terapêutica imediata, garantindo também a disponibilização de insumos, a confidencialidade e a não discriminação (BRASIL, 2015).

5. AÇÕES DE PREVENÇÃO E CONTROLE DA SÍFILIS CONGÊNITA

O objetivo do controle da sífilis é a interrupção da cadeia de transmissão e a prevenção de novos casos. O uso do preservativo segue como uma das principais formas de prevenção, mas outras intervenções são comprovadamente eficazes e precisam ser incorporadas à proposta de prevenção combinada (AVALLEIRA e BOTTINE, 2006; BRASIL 2017).

Desde a década de 1980, a sífilis, e em especial a congênita, é considerada completamente prevenível, tendo em vista a disponibilidade de recursos tecnológicos para o diagnóstico e o tratamento simples, barato e eficaz, além da capacidade técnica e operacional do sistema de saúde em usar tais recursos, desde que a gestante seja diagnosticada e tratada precoce e adequadamente, e não haja reinfecção. As ações para o alcance da meta de eliminação da sífilis congênita não podem concentrar-se somente na vigilância no momento do nascimento (BRASIL, 2007).

Para Tayra et al (2007), nas ações de controle da sífilis congênita, o estabelecimento das ações de vigilância epidemiológica deve ser encarado como uma estratégia com vistas à análise e à interpretação dos dados representativos do contexto epidemiológico local.

Destaca-se o papel do(a) enfermeiro(a) no manejo das ISTs, em consonância com a Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional da Atenção Básica e estabelece, entre outras atribuições específicas do(a) enfermeiro(a), a realização de consulta de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo e, conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, a solicitação de exames complementares, a prescrição de medicações e o encaminhamento, quando necessário, de usuários a outros serviços. Além disso, a Lei nº 7.498, de 25 junho de 1986, que dispõe sobre a regulamentação do exercício de enfermagem, estabelece que cabe ao (à) enfermeiro (a), como integrante da equipe de saúde, a prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde (BRASIL, 2015).

No contexto da atenção integral à saúde, o atendimento deve ser organizado de forma a não perder a oportunidade do diagnóstico e tratamento, bem como contribuir para diminuir a vulnerabilidade, utilizando conhecimentos técnico-científicos atualizados, e recursos disponíveis e adequados a cada caso. Um caso de sífilis congênita deve ser necessariamente utilizado como um evento sentinela para desencadear uma investigação com finalidade de melhorar a qualidade do pré-natal. Nessa perspectiva, várias iniciativas do MS vêm sendo desenvolvidas no sentido de garantir maior qualidade ao pré-natal, representando importantes instrumentos para a organização e a estruturação de redes de referência para o atendimento às gestantes nos municípios, na lógica da regionalização e da hierarquização do sistema de saúde (CAMPOS et al, 2010).

Outro grande desafio para as áreas de vigilância e de assistência é a baixa cobertura da assistência aos parceiros das mulheres diagnosticadas na rede, e está relacionada a vários fatores socioculturais. Entre esses fatores, inserem-se o preconceito, a ausência de educação sexual, a dificuldade de orientar o parceiro para também procurar o auxílio médico, além da dificuldade de percepção da doença (muitas vezes não manifesta, a sífilis na gestante é, geralmente, diagnosticada pela sorologia positiva realizada como rotina no pré-

natal), fazendo com que tanto as mulheres quanto os parceiros não sejam convencidos da necessidade de tratamento (BRASIL, 2017).

Em 2017, Lazarini e Barbosa publicaram um estudo sobre a eficiência da intervenção educacional no conhecimento dos profissionais de saúde da Atenção Básica e a redução da taxa de transmissão vertical da sífilis.

Quanto mais conhecimento os profissionais tiverem sobre a doença, seu diagnóstico, tratamento e em especial formas de prevenção e controle, e mais usarem estes conhecimentos, mais perto estaremos de alcançar a meta estabelecida para controle do *Treponema pallidum*. Os profissionais de saúde podem realizar educação em saúde individual e em grupo para as gestantes e seus familiares durante as consultas de pré-natal, pois esta é uma ferramenta útil para a prevenção e controle da sífilis. O preenchimento da ficha de investigação, incompleto e incorreto prejudica a elaboração de ações prevenção, combate e controle da sífilis. Investimentos em ações de capacitação permanente e sensibilização dos profissionais de saúde, visando a redução ou a erradicação da doença, devem ser imprescindíveis (TEIXEIRA et al, 2015).

Soares et al (2017) confirmam a necessidade do fortalecimento do pré-natal, com a captação precoce da gestante pela Atenção Básica, e a ampliação da cobertura diagnóstica e tratamento oportuno e adequado desta gestante e seu parceiro, como medida preventiva da sífilis congênita.

O MS através da Portaria nº 77, de 12 de janeiro de 2012, instituiu a realização do teste rápido para sífilis, como competência também das equipes da Atenção Básica, para gestantes e suas parcerias sexuais, no âmbito da atenção ao pré-natal.

6. PERCURSO METODOLÓGICO

6.1 Tipo de pesquisa

Com o objetivo de realizar esta pesquisa desenvolveu-se um estudo epidemiológico descritivo, do tipo levantamento retrospectivo exploratório de caráter transversal e quantitativo, em uma base de dados documentais, a partir da análise dos dados notificados nas fichas do SINAN e de prontuário eletrônico do município de Guarapuava.

Marconi e Lakatos (2003), caracterizam a pesquisa documental como uma coleta de dados restrita a documentos, escritos ou não, constituindo o que se denomina de fontes primárias. Estas podem ser feitas no momento em que o fato ou fenômeno ocorre, ou depois.

A escolha do método exploratório – descritivo ocorreu por concebê-lo como mais adequado aos objetivos da presente pesquisa. É considerado método exploratório – descritivo porque busca proporcionar uma visão geral do fato investigado, na medida em que procura descrever as características e realidade da população estudada.

Para Dyniewicz (2014, p.92) pesquisa exploratória tem por finalidade:

...esclarecer e proporcionar uma visão geral em dimensões mais ampliadas acerca de um determinado fato. Busca-se saber como determinar o fato, como o fenômeno se manifesta, o que interfere nele, como as variáveis se inter-relacionam.

Desta forma, a abordagem em questão, possibilita uma descrição detalhada de variáveis existentes, e usa os dados para justificar e avaliar condições e práticas corretas, bem como traçar novas estratégias adequadas para melhorar as práticas de atenção à saúde (MINAYO, 1996).

6.2 Local do estudo

O estudo foi realizado através da consulta dos dados da Vigilância Epidemiológica do município de Guarapuava - PR. Guarapuava está localizada na região sul do Brasil, centro-sul do estado do Paraná, terceiro planalto.

Segundo dados do IBGE de 2017, a população estimada do município é de 180.364 pessoas.

O Sistema de Saúde do município, pertencente à 5º Regional de Saúde do estado do Paraná e possui 34 UBS, todas elas com equipes aptas para atender a Estratégia de Saúde da Família, com cobertura assistencial à saúde de aproximadamente 95% da população, segundo dados disponíveis no site da prefeitura do município (IPARDES, 2018).

6.3 Amostra

Fizeram parte deste estudo, dados obtidos através das fichas de Notificação/Investigação de Sífilis Congênita do SINAN, obtidos no Serviço de Vigilância Epidemiológica da Secretaria da Saúde, e prontuários eletrônicos do município. Os sujeitos foram constituídos a partir de todas as notificações de sífilis congênita, que ocorreram no município no período de janeiro de 2007 a dezembro de 2017, estratificados pelas seguintes variáveis: mãe/filho: sexo, cor/raça, escolaridade, faixa etária, ocupação, estado civil, realização de pré-natal, diagnóstico da sífilis materna, tratamento, parceiros tratados concomitantes a gestante e evolução do caso da criança.

A amostra utilizada no estudo foi composta pelos bancos de dados do SINAN, com informações provenientes das fichas de notificação para a sífilis congênita, perfazendo 28 casos, notificados. Não foi realizado cálculo amostral para este estudo, uma vez que se utilizou todo o universo de notificações realizadas no período elegido, portanto, um estudo censitário.

6.3.1 Critérios de Inclusão e exclusão

Foram incluídas no estudo todas as fichas de notificação das crianças recém-nascidas notificadas com sífilis congênita. Não foram analisados no estudo casos não notificados de sífilis congênita.

6.3.2 Aspectos éticos do estudo

O projeto de pesquisa recebeu parecer favorável pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual do Centro Oeste, sob o número CAAE: 79397317.9.0000.0106. Obteve-se também a autorização da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) para acesso às informações, registradas pelas cartas de anuência, termo de compromisso de pesquisador e solicitação de dispensa

do TCLE (ANEXO II). Os dados obtidos foram mantidos em sigilo e utilizados somente para fins científicos, em conformidade com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

6.4 Instrumentos e estratégias para a coleta de dados

Foram utilizados dados existentes nas fichas de notificação para sífilis congênita. Estes foram coletados entre os meses de janeiro e março de 2018. A coleta dos dados ocorreu em duas etapas:

1 – Levantamento de todos os casos notificados de sífilis congênita entre os anos de 2007 e 2017 no Departamento de Vigilância Epidemiológica do município de Guarapuava.

2 – Busca em prontuários eletrônicos da SMS do município, da identificação das crianças com notificação de sífilis congênita e a complementariedade das informações propostas no estudo.

As informações coletadas foram registradas em instrumento (ANEXO III) com perguntas adaptadas do Protocolo de Investigação de Transmissão Vertical, publicado em 2014, o qual enfatiza as ações na Atenção Básica (BRASIL, 2014d).

O instrumento levanta dados sobre aspectos sociodemográficos (idade, escolaridade, renda), obstétricos (parição, número de abortamentos, histórico de pré-natal em gestações anteriores) e epidemiológicos da sífilis na gestante (triagem sorológica, momento do diagnóstico, tratamento) e dados do seu parceiro, bem como informações referentes ao acompanhamento clínico e laboratorial recebido pela criança.

6.5 Análise dos dados

Para proceder à análise, primeiramente, os dados foram digitados em planilhas do programa Microsoft Office Excel e em seguida analisados por meio da estatística descritiva, utilizando-se de análise de frequência simples, os quais serão apresentados por meio de tabelas.

7. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para o presente estudo, foi proposto uma pesquisa descritiva epidemiológica sobre os casos notificados de sífilis congênita no município de Guarapuava, com base nas fichas de notificação do SINAN, e complementariedade dos dados analisados nos prontuários assistenciais individuais do mesmo município. Entre os anos de 2007 a 2017, período proposto para a retrospectiva do estudo, foram identificadas 28 notificações de sífilis congênita no município, destes 19 tiveram como diagnóstico final a sífilis congênita recente, 8 foram descartados e 1 natimorto.

Tabela 1 – Casos notificados como Sífilis Congênita entre 2007 e 2017 em Guarapuava, PR

Ano de notificação	Número de casos	Incidência (/1000 nascidos vivos)	Diagnóstico final
2007	1	0,35	Sífilis congênita recente
2008	0		
2009	1	0,37	Sífilis congênita recente
2010	0		
2011	0		
2012	0		
2013	3	1,07	3 Sífilis congênita recente
2014	5	1,71	5 Sífilis congênita recente
2015	3	1	1 Sífilis congênita recente 2 Descartados
2016	4	0,7	2 Sífilis congênita recente 1 Descartado 1 Natimorto
2017	11	2*	6 Sífilis congênita recente 5 Descartado

Fonte: fichas SINAN fornecidas pela VE de Guarapuava, PR. * Incidência de 2017 foi estimada utilizando a média de nascidos vivos calculada em relação a todos os anos do estudo, uma vez que este dado não está disponível ainda.

Nota-se que durante o período estudado houve comportamento crescente de casos com o passar dos anos, com um aumento nas notificações de sífilis congênita a partir de 2013, especialmente em 2017, que é quase três vezes maior que no ano anterior. Este aumento descrito também já foi demonstrado em outros municípios e estados, como no estudo recente de Moreira et al (2017) que levantou o perfil epidemiológico da SC no município de Porto Velho – RO. Neste estudo, a incidência das notificações dobraram entre os anos de 2009 a 2015, período proposto pelo estudo, e os pesquisadores atribuíam este aumento a dificuldade no diagnóstico precoce e o tratamento não adequado das gestantes com sífilis.

A OPAS redefiniu a meta de redução da incidência de sífilis congênita para $\leq 0,5$ casos por 1000 nascidos vivos até 2020. Neste estudo, encontrou-se uma taxa anual média de incidência de notificação de casos de SC de 1 caso por mil nascidos vivos no período de 2007 a 2016. Nota-se um importante aumento a partir de 2013. Considerando somente os casos confirmados como SC, a incidência variou entre 0,7 e 1,7 casos para o período de 2013 a 2016 o que significa que o município ainda está acima da meta preconizada pelo Ministério da Saúde, que é de registrar menos de um caso por cada mil nascidos vivos (BRASIL, 2005; OPAS, 2017). Como este aumento é recente, ainda há poucos estudos na literatura, alguns apontam para o aumento já em 2010, demonstrando que o fenômeno pode ser uma tendência para o Brasil. Em 2017, Moreira et al, em seu estudo no município de Porto Velho - RO, identificou que o aumento da incidência de SC, foi crescente durante o período estudado (2009 a 2014) de 0,92 casos para 8,65/1.000 nascidos vivos.

Em contrapartida, em 2016 a OMS validou a eliminação da transmissão de mãe para filho de HIV e sífilis em três países europeus, reforçando um sinal claro para outros países que a eliminação é possível, e que acabar com a epidemia da AIDS e sífilis até 2030 é uma meta-chave dos “Objetivos de Desenvolvimento Sustentável sobre saúde e bem-estar” (OMS, 2016).

Tabela 2 - Comparação entre o número de casos de notificações executadas pelo município pelo SINAN e DATASUS referentes a Guarapuava e no estado do Paraná (DATASUS)

Ano de notificação	SINAN	DATASUS	Paraná
2007	1	1	88
2008	0	0	105
2009	1	1	119
2010	0	0	148
2011	0	0	216
2012	0	0	357
2013	3	4	467
2014	5	6	562
2015	3	2	781
2016	4	9	928
2017	11	8	1.116

Fonte: TABNET/DATASUS

A tabela 2 demonstra uma importante limitação do estudo, que decorre da utilização de fontes oficiais de dados secundários, especialmente no que se refere a prováveis subregistros, subnotificações, erros de classificação e preenchimento, fatores estes de indicação da necessidade de vigilância epidemiológica para melhorar a qualidade do SINAN, bem como a qualificação dos profissionais a respeito do entendimento do instrumento de investigação da sífilis congênita e de preenchimento.

Komka e Lago (2007) descrevem a notificação como uma importante forma de comunicação, realizada por profissional de saúde ou qualquer cidadão, feita à autoridade sanitária, de doença ou agravo à saúde. Sua confiabilidade é dependente da capacidade dos profissionais de saúde diagnosticarem corretamente esses eventos, e evidenciam as falhas de notificação apontando para uma

vigilância epidemiológica mais valorizada, com centros de vigilâncias hospitalares e ambulatoriais e treinamento específico de funcionários para este fim, para que as buscas aconteçam com mais eficiência e sem falhas.

A sífilis congênita é de notificação compulsória, sendo obrigatória sua realização por profissionais de saúde de todas as áreas, sendo que sua inobservância confere infração à legislação de saúde, mas, mesmo assim, a subnotificação é frequente. Em seu estudo, Lafetá et al, (2016), afirma que a meta de eliminação da sífilis congênita, proposta pela OMS, e de controle, estabelecida pelo MS do Brasil, está longe de ser alcançada, sendo a subnotificação um dos maiores entraves. Os autores analisaram os casos notificados e não notificados de SC entre os anos de 2007 a 2013, na cidade de Montes Claros-MG e conclui que somente 24,1% dos casos na forma congênita foram notificados, refletindo a fragilidade do sistema de saúde pública nacional.

Tabela 3 – Distribuição das variáveis maternas segundo dados sociodemográficos (N=28)

Variável	Quantidade (%)
Faixa etária	
13 a 20	14 (50%)
21 a 35	10 (35,7%)
Acima de 35	4 (14,3%)
Raça da mãe	
Branca	23 (82,1%)
Parda	5 (17,9%)
Escolaridade	
Ensino Fundamental	20 (71,4%)
Ensino Médio	6 (21,4%)
Ignorado	2 (7,1%)
Ocupação da mãe	
Do lar	24 (85,6%)
Estudante	1 (3,6%)
Empregada domestica	1 (3,6%)
Outra ocupação remunerada	1 (3,6%)
Ignorado	1 (3,6%)
Estado civil	
Casada	3 (10,7%)
Amasiada	6 (21,4%)
Solteira	1 (3,6%)
Sem registro	18 (64,3%)

O perfil das mulheres em relação a caracterização materna, e a identificação das ações no pré-natal do presente estudo vai ao encontro de resultados já descritos na literatura e reiteram o comportamento da doença em adultos jovens, no ápice da fase reprodutiva, com baixo nível educacional, que não realizam pré-natal conforme é preconizado, fazem tratamento inadequado para sífilis gestacional, assim como o parceiro (SONDA et al, 2013). Este estudo mostra prováveis fatores socioeconômicos relacionados com a determinação da sífilis congênita.

Em relação à idade das gestantes, metade (14) encontrava-se na faixa etária de 14 a 20 anos, ou seja, ainda na adolescência. A SC não é uma doença que tem preferência por grupos populacionais, entretanto mulheres jovens estão mais propensas a se infectarem pelo *Treponema pallidum* devido ao comportamento social (BRASIL, 2014c; KOMKA E LAGOS, 2007). Somam-se fatores relacionados ao comportamento de risco de transmissão sexual, embora a variável investigada que poderia sugerir algo neste sentido que diz respeito ao relacionamento conjugal foi prejudicado, pois 18 fichas não continham esta informação.

Destaca-se que a maioria das mães tinha baixa escolaridade (92,8% somente ensino médio) e eram donas-de-casa. Essa constatação pode ser o indício da ocorrência desse agravo entre mulheres e crianças oriundas da população mais empobrecida, e com prováveis dificuldades de acesso das formas mais variadas possíveis aos serviços de saúde, pois a compreensão adequada sobre a patologia, tratamento e prevenção é de suma importância para acompanhamento adequado das gestantes diagnosticadas com sífilis (MOREIRA, et al, 2017). Este fato tem efeitos cumulativos no acesso aos serviços de saúde para esses indivíduos. Apesar dos esforços na perspectiva de universalizar, integrar e igualar o acesso, os descaminhos relacionados a pobreza e ignorância, no contexto da aplicação desse sistema, ainda hoje, faz com que essas pessoas enfrentem dificuldades relacionadas a assistência, e que necessitam de aspectos diferenciados relacionados ao cuidado (BRASIL, 2007; ALMEIDA e PEREIRA 2007).

No que diz respeito às características sociodemográficas das mães das crianças notificadas com SC, houve predominância da variável raça/cor, branca e parda nos casos notificados, reflexo da população do município que se faz em sua maioria por estas raças, sendo 69,9% brancos e 26% pardos (IPARDES, 2018).

Tabela 4 – Antecedentes epidemiológicos das mães das crianças notificadas com SC (N=28)

Variável	Quantidade (%)
Gestações anteriores	
0 (1º gestação)	6 (21,4%)
1	4 (14,3%)
2	2 (7,1%)
3	3 (10,7%)
4	1 (3,6%)
5	1 (3,6%)
7	1 (3,6%)
Sem registro	10 (35,7%)
Abortos	
1	3 (10,7%)
2	2 (7,1%)
Sem registro	23 (82,2%)
Uso de substancias psicoativas	5 (17,9%)
Outras IST's	5 (17,9%)
Profissional do sexo	1 (3,6%)
Outras vulnerabilidades	4 (14,3%)

Sobre os antecedentes epidemiológicos das gestantes, 6 gestantes das 28 notificações de SC estavam na primeira gestação, 4 delas tiveram uma gestação anterior, 2 com duas gestações anteriores, 3 com três gestações anteriores, 3 tiveram registro de 4, 5 e 7 gestações anteriores, nessa mesma ordem, e em 10 registros não havia nenhuma informação sobre gestações anteriores dessas mulheres. Além de somente 5 registros com informações sobre abortamentos anteriores, 3 mulheres com 1, e 2 mulheres com 2 abortos anteriores, assustadoramente, 23 casos, não tinha esse registro.

Foram encontrados, 5 registros de outras infecções sexualmente transmissíveis durante o pré-natal, dessas gestantes. Para Costa, et al (2010), as alterações gestacionais, como imunossupressão relativa, mudanças anatômicas da gravidez e alterações hormonais, podem alterar o curso das ISTs. As infecções na mãe podem impactar tanto a saúde materna quanto a fetal.

O MS afirma que as ISTs estão entre os problemas de saúde pública mais comuns no Brasil e em todo o mundo. Salienta, ainda, que somente uma abordagem técnica, humanitária e social aos portadores destas patologias, ampliando-lhes a visão para o controle desses agravos, é que proporcionará ações para o autocuidado. Incorpora-se a isso, o conceito de vulnerabilidade, que é o conjunto de fatores de natureza biológica, epidemiológica, social, cultural, econômica e política, devendo ser considerada e relacionada aos modos de interações e crenças (BRASIL, 2006a).

A partir de um estudo realizado pela Secretaria Estadual de Saúde do Paraná, entre 2006 e 2010, sobre as principais causas de mortalidade materna e infantil, verificou-se a necessidade de estabelecer a estratificação de risco da gestante e da criança como elemento orientador para organização da atenção nos seus diversos níveis. Com base nesse estudo, definiram-se três graus de risco da gestante e da criança: Risco Habitual, Risco Intermediário e Alto Risco; estratificadas como gestantes de alto risco, estão as mulheres que apresentam características individuais, como drogadição, características sociodemográficas, como a baixa escolaridade, condições clínicas pré-existentes e intercorrências clínicas durante a gestação (SESA, 2012).

É importante ressaltar que, a estratificação de risco, deve acontecer a cada consulta de pré-natal, como um processo dinâmico de identificação das

gestantes que necessitam de acompanhamento ou tratamento imediato e/ou especializado, de acordo com o potencial de risco, os agravos à saúde ou o grau de sofrimento. A caracterização de uma situação de risco, todavia, não implica necessariamente em fatores clínicos relevantes, podem ser também, demandas individuais ou sociais que caracterizam fatores de risco para a saúde da gestante e da criança (SESMG, 2016).

Tabela 5 – Diagnóstico e tratamento pré-natal dos casos notificadas com SC (N=28)

Variável	Quantidade (%)
Realizaram pré-natal	
Sim	26 (92,9%)
Não	2 (7,1%)
Quantas consultas de pré-natal	
2 a 7	9 (32,1)
8 a 13	10 (35,7)
Sem registro	9 (32,1)
Iniciaram o pré-natal	
1º trimestre	6 (21,4)
2º trimestre	11 (39,2)
3º trimestre	2 (7,1)
Sem registro	9 (32,1)
Tratamento para sífilis durante a gestação	
Adequado	9 (32,1%)
Inadequado	12 (42,9%)
Não realizou	6 (21,4%)
Ignorado	1 (3,6%)

Variável	Quantidade (%)
Qual droga de escolha para o tratamento	
Benzetacil	12 (42,9%)
Sem registro	16 (57,1%)
Parceiro realizou tratamento	
Sim	9 (32,1%)
Não	17 (60,7%)
Ignorado	1 (3,6%)
Sem registro	1 (3,6%)
Momento do diagnóstico da sífilis	
No pré-natal	25 (89,3%)
No parto	1 (3,6%)
No pós-parto	2 (7,1%)

De acordo com os dados coletados referentes a diagnóstico, tratamento e pré-natal maternos nos casos de sífilis congênitas notificados; 26 (92,9%) gestantes realizaram o pré-natal e 2 não realizaram, porém, nenhum registro sobre o motivo do não acompanhamento foi encontrado.

O objetivo do acompanhamento pré-natal é assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna, inclusive abordando aspectos psicossociais e as atividades educativas e preventivas. Um dos principais indicadores do prognóstico ao nascimento, é o acesso à assistência pré-natal. Os cuidados assistenciais no primeiro trimestre são utilizados como um indicador maior da qualidade dos cuidados maternos (BRASIL, 2013).

O início precoce do pré-natal é essencial para a adequada assistência, porém, o número ideal de consultas permanece controverso. O Ministério da Saúde (BRASIL, 2013), segue as orientações da OMS, que sugere no mínimo 6

consultas de pré-natal durante a gestação. Embora que a SESA-PR orienta, segundo a Linha Guia Mãe Paranaense, 7 ou mais consultas, sendo 2 no primeiro trimestre, 2 no segundo e, 3 consultas no terceiro trimestre. O estudo mostra, 9 mulheres com o número mínimo de consultas, 10 gestantes que estiveram em consulta multiprofissional de pré-natal entre 8 e 13 vezes, além de não ter tido registro, 9 dos 28 casos.

Corroborando com apontamentos já realizados neste estudo, outro ponto conflitante sobre o atendimento à gestante diz respeito a idade gestacional na primeira consulta de pré-natal, que de forma mais frequente foi a partir de segundo trimestre de gestação, fato que dificulta a possibilidade de diagnóstico precoce e intervenção medicamentosa que impede a transmissão vertical. Os dados nos mostram 6 gestantes com a primeira consulta de pré-natal no primeiro trimestre, 11 gestantes com início de pré-natal no segundo trimestre, 2 no terceiro, e ainda 9 casos sem esta informação. No Brasil, a proporção de mulheres com assistência pré-natal é superior a 95%, mas mulheres sem qualquer consulta de pré-natal são as que apresentam a maior prevalência de sífilis na gestação, e maior vulnerabilidade social (DOMINGUES e LEAL, 2016).

Para Rezende e Barbosa (2015), para o controle da sífilis em gestante e da SC, a estruturação da Atenção Primária em Saúde é imprescindível. Suas atribuições são, a realização do diagnóstico precoce da sífilis, o tratamento de gestantes e parceiros, o acompanhamento clínico e laboratorial e a notificação de todos os casos diagnosticados. É primordial a identificação precoce de todas as gestantes na comunidade e o pronto início do acompanhamento pré-natal, para que tal início se dê ainda no 1º trimestre da gravidez, objetivando intervenções oportunas em todo o período gestacional, sejam elas preventivas e/ ou terapêuticas.

Ainda, na tabela 5 verifica-se que 25 (89,3%) casos de SC foram diagnosticados durante o pré-natal, 1 no momento do parto e 2 após o parto. Sobre o diagnóstico realizado no momento do parto/pós-parto imediato, vale ressaltar que não é este o momento apropriado para a realização do diagnóstica da infecção, pois poucas são as evidências que possibilitam a adoção de medidas efetivas para a redução da transmissão vertical, porém como o

momento do parto representa risco elevado de contaminação, deve-se realizar triagem e se o diagnóstico for definido, deve ser informado antes da alta para que se inicie o mais precocemente possível seguimento terapêutico (BRASIL, 2015; OLIVEIRA, 2016).

Com relação às informações sobre a atenção pré-natal, momento de acolhida, para garantir gestação segura à mulher e à criança, apenas 9 casos receberam o tratamento para sífilis considerado adequado, 12 receberam tratamento inadequado e 6 não realizaram o tratamento. Para o tratamento farmacológico, em 12 gestantes o medicamento de escolha foi a penicilina G benzatina e outras 16 delas não tem registro sobre a droga de escolha. O parceiro foi tratado concomitante a gestante somente em 9 casos, enquanto 17 não realizaram.

Segundo o MS (BRASIL, 2014c), o tratamento de sífilis é considerado adequado quando utilizada a penicilina, que impede a transmissão vertical do *Treponema pallidum*, para tratar a gestante e o parceiro, bem como encerrar o esquema farmacológico 30 dias antes do parto. Também considera-se tratamento inadequado aquele realizado com qualquer medicamento que não a penicilina; tratamento incompleto, mesmo tendo sido feito com penicilina; tratamento inadequado para a fase clínica da doença ou instituído no prazo de até 30 dias antes do parto; parceiro(s) sexual(is) com sífilis não tratado(s) ou tratado(s) inadequadamente.

Possivelmente, vários aspectos que não foram registrados no prontuário individual, instrumento que foi usado complementarmente ao SINAN durante a pesquisa, corroboram para a não adesão ao tratamento do parceiro da mulher gestante. Almeida e Pereira (2007) em sua pesquisa falam da recusa por conta do parceiro para a realização do exame e tratamento após diagnóstico, bem como as lacunas na qualificação dos profissionais quanto ao aconselhamento para a adesão ao tratamento, tendo em vista, a possibilidade de reinfecção da mulher, transmissão vertical da gestante para o feto, e consequente sífilis congênita com inúmeros sinais e sintomas de progressão severa.

No tratamento do parceiro, além das possíveis dificuldades na abordagem e no seguimento terapêutico, alguns aspectos resultam do processo de

construção de gênero em nossa sociedade, onde ainda predominam relações hierárquicas de poder entre homens e mulheres, sendo discutida a influência masculina na negociação do sexo seguro (NUNES, et al, 2017). A comunicação do diagnóstico da sífilis para o parceiro, converge para um comportamento de desconhecimento e recusa em ser portador do agravo, consequências para si, sua parceira e para o conceito, o que remete à necessidade de elaboração de estratégias para o verdadeiro envolvimento do homem no pré-natal e aproximação aos serviços de saúde (BRASIL, 2005; ARAUJO et al, 2012; LIMA et al 2015).

Tabela 6 - Distribuição das variáveis relacionadas ao parto, diagnóstico de SC, tratamento e seguimento da criança (N=28)

Variável	Quantidade (%)
Idade gestacional	
< 26 semanas	1 (3,6%)
33 a 38 semanas	6 (21,4%)
>39 semanas	10 (35,7%)
Não registrado	11 (39,3%)
VDRL da mãe	
Reagente	25 (89,3%)
Não reagente	1 (3,6%)
Não realizado	2 (7,1%)
VDRL da criança	
Reagente	23 (82,1%)
Não reagente	1 (3,6%)
Não realizado	4 (14,3%)
Alterações liquóricas	
Não	1 (3,6%)

Não realizado	27 (96,4%)
Variável	Quantidade (%)
Diagnóstico radiológico	
Não	11 (39,3%)
Não realizado	17 (60,7%)
Sinais e sintomas	
Não	23 (82,1%)
Não se aplica	4 (14,3%)
Anemia, esplenomegalia, hepatomegalia	1 (3,6%)
Esquema de tratamento	
Penicilina Cristalina	10 (35,6%)
Penicilina Benzatina	3 (10,7%)
Oxacilina	1 (3,6%)
Ampicilina Sódica	5 (17,9%)
Não realizado	3 (10,7%)
Outro	5 (17,9%)
Ignorado	1 (3,6%)
Diagnóstico final	
Natimorto	1 (3,6%)
Descartado	8 (28,6%)
Sífilis congênita recente	19 (67,9%)

No que tratam os desfechos sobre o parto, os dados apontam para 7 partos prematuros, nascimento de 10 crianças a termo e 11 prontuários sem registro da idade gestacional no parto. Domingues e Leal (2016) afirmam que a sífilis é uma causa conhecida de parto prematuro, estimando em seu estudo que

25% dos casos de sífilis na gestação não tratadas resultem em óbitos fetais precoces ou tardios.

Nota-se realização de teste não treponêmico na hora do parto na maioria das gestantes, apresentando como resultados: 1 gestante com titulação não reagente, 25 gestantes com titulação reagente entre 1 e 128, e 1 gestante que não teve o teste realizado no momento do parto. Igualmente, nas crianças a predominância foi da realização do VDRL, sendo 23 crianças com titulação reagente, 1 não reagente e 4 que não foi realizado o teste. Testes positivos, treponêmicos ou não, no soro dos recém-nascidos é limitado em razão da transferência passiva de anticorpos IgG maternos que, no entanto, tendem progressivamente a declinar até a sua negatificação, ao fim de alguns meses. O MS instituiu, como fluxograma de atendimento, a realização do teste na gestante na hora do parto, e na criança logo após o parto, indicando a comparação dos títulos da sorologia não-treponêmica na criança com a da mãe, títulos da criança maiores do que os da mãe indicariam suspeita de SC (BRASIL, 2006).

A testagem para sífilis é reconhecida como uma medida custo-efetiva mesmo em países com baixa prevalência de sífilis na gestação. A utilização de testes com resultado imediato, realizados na própria unidade de saúde, tem sido amplamente indicada para a testagem para sífilis, por seus efeitos na ampliação do acesso à testagem e tratamento mais precoce das gestantes e na redução de óbitos fetais e neonatais causados pela SC (DOMINGUES e LEAL, 2016)

Em relação aos sinais e sintomas característicos da doença, 23 crianças não apresentaram, 1 apresentou anemia, esplenomegalia e hepatomegalia, e em 4 registros de notificações não se aplicava ao questionamento. Mesmo só uma criança apresentando sinais e sintomas característicos, 19 delas receberam tratamento medicamentoso, o que caracteriza a importância da titulação da mãe e da criança durante e imediatamente após o parto (BRASIL, 2006). Dentre as que receberam o tratamento, 13 receberam penicilina cristalina e penicilina benzatina, 6 crianças receberam tratamento com ampicilina e oxacilina, 5 crianças receberam medicação registrada com “outro” na ficha de notificação, 3 crianças não receberam nenhum tipo de tratamento medicamentoso e 1 registro foi ignorado.

A penicilina é a droga de escolha para todas as formas de sífilis, tendo sua dosagem variável quando se leva em consideração a forma e a evolução da doença (BRASIL, 2015). Não há indícios que resguardem o uso de outro antibiótico para o tratamento da sífilis congênita, sugere-se somente o uso da ampicilina por se tratar de um antibiótico treponemicida, capaz de atingir altas concentrações líquóricas, especialmente quando há indisponibilidade da penicilina (SALGUEIRO, 2016).

No que versa o seguimento da assistência a criança com sífilis, destaca-se a maior concentração de registros à não realização de teste não treponêmico do líquido, em 27 das 28 notificações, bem como à não realização de raio X de ossos longos em 17 dos 28 casos.

Mais de 50% das crianças com SC são assintomáticas ao nascimento, o diagnóstico, representa um processo complexo, os sinais podem ser discretos ou pouco específicos. Nesta perspectiva, ressalta-se que a associação de critérios epidemiológicos, clínicos e laboratoriais, bem como estudo do líquido cefalorraquidiano e radiografia de ossos longos, devem ser a base para o diagnóstico da sífilis na criança (BRASIL, 2006, 2013). A ocorrência de alterações no LCR é muito mais frequente nas crianças sintomáticas com outras evidências de sífilis congênita. Caso não haja contraindicações, recomenda-se realizar punção lombar para a coleta de LCR com o objetivo de avaliar a celularidade, o perfil proteico e o VDRL, em todos os casos de sífilis em crianças, para a exclusão do diagnóstico de neurosífilis. Independentemente dos achados no LCR, recomenda-se que toda a criança com o diagnóstico/suspeita de sífilis congênita receba tratamento específico que seja adequado para o tratamento da neurosífilis. As alterações radiológicas indicativas de envolvimento de metáfise e diáfise de ossos longos (tíbia, fêmur e úmero) são encontradas em 75% a 100% das crianças que se apresentam com evidências clínicas de SC, mesmo assim, justifica-se a realização desta avaliação por imagem nos casos suspeitos de sífilis congênita tendo em vista que entre 4% a 20% dos recém-nascidos assintomáticos infectados, as imagens radiológicas representam a única alteração (BRASIL, 2005; OMS, 2015; SOARES et al, 2017).

Durante o período proposto para análise desta pesquisa, as fichas de notificação para sífilis congênita totalizaram 28 casos, de 2007 a 2017. Anualmente o número de notificações teve grandes variações, de anos sem nenhum registro à uma incidência considerável a partir de 2013, fechando 2017 com 11 notificações, mais que o dobro de notificações em 2016. Durante todo este período, dessas 28 notificações, 19 tiveram a sífilis congênita recente, como diagnóstico final, 8 notificações foram descartadas as hipóteses diagnósticas para sífilis congênita, e 1 dos desfechos foi natimorto. Estas notificações permitiram análise quanto à temporalidade da notificação, a caracterização materna, a identificação das ações no pré-natal e a relação com os desfechos nos recém-nascidos. Quanto a análise secundária dos dados encontrados nos prontuários individuais, estas não somaram positivamente aos resultados, pois grande parte deles, não apresentavam descrições dos atendimentos e protocolos de tratamentos, tão pouco descrição das vulnerabilidades maternas, ou acompanhamento da criança com diagnóstico de sífilis congênita.

Assim, este estudo sugere que apenas a utilização de um sistema de banco de dados, para analisar a magnitude da sífilis congênita não é suficiente, considerando a ausência da uniformidade nos registros. Apesar das mudanças na reorientação dos sistemas de informação, este estudo ratifica a presença de incompatibilidade com relação à uniformidade das informações registradas, não sendo possível a utilização desses separadamente para o conhecimento da real situação epidemiológica de um dado agravo.

O presente estudo apresenta limitações inerentes às pesquisas que utilizam fonte de dados secundários, provenientes de dados oficiais com prováveis sub-registro, subnotificações, vieses de classificação e, conseqüentemente, baixa qualidade das informações registradas. Entretanto, foram tomados cuidados já referidos na metodologia, sendo possível, através dessa caracterização epidemiológica, traçar o perfil da sífilis congênita do município de Guarapuava, contribuindo para o estudo do agravo, especialmente, analisando algumas variáveis oriundas do contexto social.

Um fator de interesse para o aumento dos casos de sífilis congênita especialmente após 2014, pode estar relacionado ao problema de abastecimento

da matéria prima e diluente para fabricação de penicilina, a partir do segundo semestre de 2014 em todo o país (OLIVEIRA, 2016; SALGUEIRO, 2016). Fator que pode ter contribuído para a inadequação do tratamento das gestantes investigadas em vários estados e municípios em que a distribuição do medicamento preconizado foi reprimida (BRASIL, 2015).

No desfecho da sífilis na criança, foram observadas falhas no seguimento terapêutico, especialmente pela ausência da realização de demais testes para triagem diagnóstica. Este fato, foi igualmente detectado numa investigação no nordeste brasileiro (SALGUEIRO, 2016), interrompendo o seguimento, e procedendo a notificação sem o devido acompanhamento.

A sífilis impacta negativamente, não somente no Brasil mas também em toda a América Latina, e os fatores que contribuem para a persistência da enfermidade são amplamente descritos, entre eles a epidemia de aids que coloca à prova a capacidade de resposta institucional dos governos às infecções sexualmente transmissíveis (HOLANDA, et. al, 2011), além das características de vulnerabilidade de mães com sífilis, semelhantes às encontradas nesta pesquisa. As condições das mulheres, com baixa escolaridade, a maioria delas entre 20 e 30 anos de idade, solteiras, e em piores condições socioeconômicas, estão associadas em todo mundo à presença de sífilis materna, e maior risco de reinfecção.

O MS visa à eliminação da sífilis congênita através de diversas atividades, como diagnóstico e tratamento adequados, integração com outros programas de saúde, desenvolvimento de novas práticas que contemplem integralmente a mulher gestante na sua especificidade, desenvolvimento de sistemas de vigilância ativos e, interrupção da cadeia de transmissão, além de intensificar as medidas de pré-natal (BRASIL, 2005; 2006b; 2014c).

Estratégias relevantes têm sido adotadas pelo MS para a reversão desse quadro, como a disponibilização, pela Rede Cegonha, de testes para diagnóstico instantâneo da gravidez, visando à captação precoce das gestantes para a assistência pré-natal, a implantação de testes rápidos para diagnóstico da infecção pela sífilis e pelo HIV, a aplicação da penicilina benzatina para gestantes e seus

parceiros em unidades da atenção básica, e a implantação de comitês de investigação de transmissão vertical para subsidiar intervenções, visando à eliminação destes agravos como problema de saúde pública. Entretanto, falhas na implementação das medidas de controle precisam ser superadas, sendo fundamental a busca de estratégias diferenciadas para as diversas regiões do país e para alcance dos grupos populacionais socialmente mais vulneráveis (DOMINGUES e LEAL, 2016).

Foram identificadas diversas variáveis importantes para o diagnóstico e o seguimento, tanto da mãe quanto da criança, com campos de informações em branco ou ignorado. O elevado número de dados com ausências no preenchimento, seja por informação ignorada ou subnotificada, neste estudo, reflete a baixa valorização e prioridade no que toca à notificação compulsória na rotina de trabalho, e pode ser considerado como uma avaliação indireta de má qualidade na assistência pré-natal.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo evidenciou que a sífilis congênita apresenta em nosso meio um perfil de agravo recrudescente. Conhecer as características das gestantes e crianças com sífilis é importante, pois a partir dos dados epidemiológicos são formuladas políticas públicas para controle da sífilis, sendo a notificação compulsória uma ferramenta fundamental.

Foi evidenciada a ausência de uniformidade de informações, através das limitações de variáveis que apresentaram campos ignorados, fato este que dificulta uma análise mais refinada dos dados apresentados. O preenchimento completo das fichas de notificações é de extrema importância para que o Município, Estado e União possam conhecer o verdadeiro perfil socio epidemiológico da população e, a partir daí, planejar estratégias e ações a fim de garantir tratamento e prevenção adequados para a necessidade de cada população.

Pode-se inferir que os fatores determinantes da sífilis congênita se concentram não apenas na qualidade do acompanhamento ofertado à mulher no pré-natal, mas está enraizada em fatores sociais, econômicos, culturais e comportamentais em que as mesmas vivenciam. Dessa forma, deve haver uma preocupação das políticas públicas no sentido de agir sobre os determinantes sociais visando melhorar as condições de saúde vigentes.

A baixa realização de condutas preconizadas, constituem importantes indicadores da baixa resolutividade das ações de pré-natal para surpreender precocemente possíveis agravos à saúde da gestante e do feto, e contribuir para a prevenção da reinfecção na gestante, interromper a cadeia de transmissão e, conseqüentemente, prevenir e reduzir a transmissão vertical da sífilis. As características relacionadas com a irregularidade e a inefetividade da assistência são apontadas, universalmente, como a principal característica para a reincidência da SC.

Entretanto, essas características, não ocorrem de forma isolada, mas, conseqüente ao contexto sócio, político, econômico, cultural e biológico que

envolve a mulher, evidenciando a negligência nas políticas públicas de saúde para com esse segmento.

Ressalta-se ainda a necessidade da constante qualificação profissional para o fortalecimento dos fluxos de notificação, e ampliação das discussões sobre os casos, desde a formação acadêmica até o cotidiano do trabalho de todos os membros das equipes de saúde.

Portanto, monitorar o perfil epidemiológico da sífilis e suas tendências, identificar o caso de SC e subsidiar ações de prevenção e controle, intensificando-as no pré-natal, acompanhar e avaliar as ações para a eliminação da SC, e permitir acesso e qualidade da assistência, devem ser garantias, como direitos à cidadania, para assegurar a prevenção da transmissão vertical, e a redução da morbidade neonatal.

A incidência da SC no município de Guarapuava, no período avaliado, evidenciou a existência de falhas na atenção de pré-natal, nas notificações, e no preenchimento das informações importantes para se fazer saúde nos prontuários individuais do município, mesmo diante das inúmeras estratégias implantadas para o controle/redução da doença pelo MS. Trata-se, de um evento sentinela da qualidade da assistência ofertada, pelo pré-natal.

Considerando que a sífilis apresenta métodos simples de diagnóstico, a implementação do teste rápido já na primeira consulta de pré-natal, tratamento simples e de baixo custo, além das inúmeras formas de prevenção conhecidas, discutidas e orientadas a anos, arrisca-se dizer que é inadmissível, a ocorrência da incidência da sífilis congênita, submetendo tal patologia, como um desafio de saúde pública passível de ser superado.

A partir da observação do aumento da incidência da SC no município e período estudados, principalmente nos últimos 4 anos, vê-se a necessidade de ampliar a abrangência da atenção à saúde coletiva prestada à população, para diminuir os índices de ocorrência da doença, bem como é de grande importância, a continuidade deste tipo de avaliação proposta por esta pesquisa, nos próximos anos, a fim de verificar e confirmar essa crescente tendência de novos casos, e direcionar ações imediatas e mais efetivas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, M. F., PEREIRA, S.M. caracterização epidemiológica da sífilis congênita no município de Salvador, Bahia. **DST – Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis** 2007; 19(3-4): 144-156 – ISSN: 0103-4065

ARAÚJO C. L., SHIMIZULL H. E., SOUSALL A. I. A., HAMANNLL E. M. Incidência da sífilis congênita no Brasil e sua relação com a Estratégia Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública** 2012; 46(3): 479-86.

ASSUNÇÃO, A. V. R.; RAMOS, A. N. Jr. Transmissão vertical de doenças: aspectos relativos ao vírus da imunodeficiência humana e ao *Treponema pallidum* em Fortaleza, Ceará, Brasil. **Revista APS**, v. 12, n. 2, p. 194-203, abr/jun, 2009.

AVELLEIRA, J. C. R.; BOTTINO, G. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. **Anais Brasileiro de Dermatologia**. 2006; 81(2): 111-26.

BRASIL. Portaria nº 542, de 22 de dezembro de 1986. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 24 de dez. de 1986. Seção 1.

BRASIL. **Lei** nº 7.498, de 25 de junho de 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Diretrizes para o Controle da Sífilis Congênita** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. Brasília: Ministério da Saúde. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica. HIV/Aids, hepatites e outras DST** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. **Diretrizes para 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, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan: normas e rotinas** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. **Portaria** nº 2.488, de 21 de outubro de 2011.

BRASIL. **Portaria** nº 77, de 12 de janeiro de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção

Básica. – 1. ed. rev. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. 318 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n° 32)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais**. Universidade Federal de Santa Catarina - Diagnóstico da Sífilis. 2014a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Série TELELAB: Diagnóstico de Sífilis. Brasília, 2014b. Disponível em <http://www.telelab.aids.gov.br/>.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). **Transmissão vertical do HIV e sífilis: estratégias para redução e eliminação**. Brasília: Ministério da Saúde; 2014c.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). **Protocolo de investigação de transmissão vertical**. Brasília: Ministério da Saúde; 2014d

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico Sífilis 2016**. Vol. 47 n° 35 – 2016.

BRASIL. Portaria n° 204, de 17 de fevereiro de 2016. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, n° 32, 18 de fev. de 2016. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Epidemiologia em Serviços. **Guia de Vigilância em Saúde**: volume único (recurso eletrônico) / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Epidemiologia em Serviços. – 2. Ed. - Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

CARRARA, S. **As Mil Máscaras da Sífilis**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1996. 339 p.

CAMPOS, A. L. A.; ARAUJO, M. A. L.; MELO, S. P.; GONÇALVES, M. L. C. **Epidemiologia da sífilis gestacional em Fortaleza, Ceará, Brasil: um agravo sem controle**. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 26(9):1747-1755, set, 2010.

COSTA, M. C.; DEMARCH, E. B.; AZULAY, D. R.; PÉRISSÉ, A. R. S.; DIAS, M. F. R. G.; NERY, J. A. C. **Doenças sexualmente transmissíveis na gestação: uma síntese de particularidades**. Anais Brasileiro de Dermatologia. 2010;85(6):767-85.

DOMINGUES, R. M. S. M.; LEAL, M. C. **Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis: dados do estudo Nacer**

no Brasil. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 32(6):e00082415, jun, 2016

DYNIEWICZ, A. M. **Metodologia da pesquisa em saúde para iniciantes.** 3º ed. São Caetano, do Sul – SP: Difusão Editora, 2014. V.1 246p.

HOLANDA, M. T. C. G.; BARRETO, M.A.; MACHADO, K. M.M. PEREIRA, R. C. **Perfil epidemiológico da sífilis congênita no Município do Natal, Rio Grande do Norte – 2004 a 2007.** Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília, 20(2):203-212, abr-jun 2011.

IPARDES. Instituto Paranaense em Desenvolvimento Econômico e Social. **Caderno Estatístico - Município de Guarapuava.** Setembro/2018

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

LAFETÁ, K. R. G.; JUNIOR, H. M.; SILVEIRA, M. F.; PARANAIBA, L. M. R. **Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle.** Revista Brasileira de Epidemiologia Jan/Março 2016; 19(1): 63-74

LANZARINI, F. M.; BARBOSA, D. A. Intervenção educacional na Atenção Básica para prevenção da sífilis congênita. **Revista Latino-Americana de Enfermagem.** 2017;25:e2845

LIMA, V. C.; MORORÓ, R. M.; MARTINS, M. A.; RIBEIRO, S. M.; LINHARE, M. S. C. **A sífilis congênita e seus determinantes sociais.** SANARE, ISSN: 2317-7748, vol. 14 – Suplemento 1 – 2015.

MAGALHÃES D. M. S., KAWAGUCHI I.A. L., CALDERON A. D. M. P. **Sífilis materna e congênita: ainda um desafio.** Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 29(6) :1109-1120, junho, 2013.

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

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 4ª ed., São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1996.

MOREIRA, K. F. A.; OLIVEIRA, D. M.; ALENCAR, L. N.; CAVALCANTE, D. F. B.; PINHEIRO, A. S.; ÓRFÃO, N. H. Perfil dos casos notificados de sífilis congênita. **Cogitare Enfermagem.** (22)2: e48949, 2017

NUNES, J. T.; MARINHO, A. C. V.; DAVIM, R. M. B.; SILVA, G. G. O.; FELIX, R. S.; MARTINO, M. M. F. Sífilis na gestação: perspectivas e condutas do enfermeiro. **Revista de enfermagem - UFPE online.**, Recife, 11(12):4875-84, dec., 2017.

OLIVEIRA, S. I. M. Notificações de Sífilis gestacional e congênita: uma análise epidemiológica. **Dissertação de Mestrado.** Universidade Federal de Rio Grande

do Norte, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Natal, RN, 2016.

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

Pan American Health Organization. **Plan de acción para la prevención y el control de la infección por el VIH y las infecciones de transmisión sexual 2016-2021**. PAHO, 2017.

REZENDE, E. M. A.; BARBOSA, N. B. A sífilis congênita com indicador da assistência de pré-natal no estado de Goiás. **Revista APS**. 2015 abril/junho; 18 (2): 220-232.

SALGUEIRO, S. A. L. Tendência da sífilis congênita no estado de Pará até 2025. **Dissertação (Mestrado) Universidade Federal do Pará**, Núcleo de Medicina Tropical, Programa de Pós-Graduação em Doenças Tropicais, Belém, 2016. <http://repositorio.ufpa.br/jspui/handle/2011/9148>

SESMG. SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS. **Atenção à saúde da gestante: critérios para estratificação de risco e acompanhamento da gestante**. Minas Gerais - Agosto 2016 <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/16-03-10-Cartilha-Estratificao-de-risco-gestacional.pdf>

SESA. Linha Guia: Rede Mãe Paranaense. 2012 http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/ACS/linha_guia_versao_final.pdf

SOARES, L. G.; ZARPALLON, B.; GRAMAZIO, L. S.; BARATIERI, T.; LENTSCK, M. H.; MAZZA, V. A. Sífilis gestacional e congênita: características maternas, neonatais e desfecho dos casos. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. Recife, 17 (4): 791-799 out. / dez., 2017.

SONDA E. C.; RICHTER F. F.; BOSCHETTI G.; CASASOLA M. P.; KRUMEL C. F., MACHADO C. P. H. Sífilis Congênita: uma revisão da literatura. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**. 2013; 3(1): 28-30.

TAYRA, A.; MATIDA, L. H.; SARACENI, V.; PAZ, L. C.; RAMOS, A. N. Jr. Duas décadas de vigilância epidemiológica da sífilis congênita no Brasil: a propósito das definições de caso. **DST – Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**. 2007; 19(3-4): 111-119.

TEIXEIRA, M. A.; SANTOS, P. P.; ARAUJO, R. T.; SANTOS, P. N.; SOUZA, A. G. S. Perfil epidemiológico e sociodemográfico das crianças infectadas por sífilis congênita. **Revista Saude.Com** 2015; 11 (4): 371-381.

ANEXOS

ANEXO I – Ficha de Notificação/Investigação SIFILIS CONGÊNITA

República Federativa do Brasil
Ministério da SaúdeSINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

Nº

FICHA DE NOTIFICAÇÃO / INVESTIGAÇÃO SÍFILIS CONGÊNITA

Definição de caso:

Primeiro Critério: Toda criança, ou aborto, ou natimorto de mãe com evidência clínica para sífilis e/ou com sorologia não treponêmica reagente para sífilis com qualquer titulação, na ausência de teste confirmatório treponêmico, realizada no pré-natal ou no momento do parto ou curetagem, que não tenha sido tratada ou tenha recebido tratamento inadequado.

Segundo Critério: Todo indivíduo com menos de 13 anos de idade com as seguintes evidências sorológicas: titulações ascendentes (testes não treponêmicos); e/ou testes não treponêmicos reagentes após seis meses de idade (exceto em situação de seguimento terapêutico); e/ou testes treponêmicos reagentes após 18 meses de idade; e/ou títulos em teste não treponêmico maiores do que os da mãe. Em caso de evidência sorológica apenas, deve ser afastada a possibilidade de sífilis adquirida.

Terceiro Critério: Todo indivíduo com menos de 13 anos de idade, com teste não treponêmico reagente e evidência clínica ou líquórica ou radiológica de sífilis congênita.

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

Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual					
	2	Agravado/doença		Código (CID10)	3 Data da Notificação				
	SÍFILIS CONGÊNITA		A 5 0.9						
	4	UF	5	Município de Notificação	Código (IBGE)				
	6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7	Data do Diagnóstico			
	Notificação Individual	8		Nome do Paciente		9	Data de Nascimento		
10		(ou) Idade	11	Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12	Gestante			
13		Raça/Cor							
14		Escolaridade							
15		Número do Cartão SUS		16	Nome da mãe				
Dados de Residência	17	UF	18	Município de Residência	Código (IBGE)	19	Distrito		
	20	Bairro		21	Logradouro (rua, avenida,...)		Código		
	22	Número	23	Complemento (apto., casa, ...)		24	Geo campo 1		
	25	Geo campo 2		26	Ponto de Referência		27	CEP	
	28	(DDD) Telefone		29	Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	30	País (se residente fora do Brasil)		
	Dados Complementares								
	Antecedentes Epid. da gestante / mãe	31	Idade da mãe		32	Raça/cor da mãe		33	Ocupação da mãe
		Anos		1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9-Ignorado					
		34	Escolaridade						
		0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica							
35		Realizou Pré-Natal nesta gestação		36	UF	37	Município de Realização do Pré-Natal		
1-Sim 2-Não 9-Ignorado						Código (IBGE)			
38	Unidade de Saúde de realização do pré-natal					Código			
39	Diagnóstico de sífilis materna								
1 - Durante o pré-natal 2 - No momento do parto/curetagem 3 - Após o parto 4 - Não realizado 9 - Ignorado									
Dados do Lab. da gestante / mãe	40	Teste não treponêmico no parto/curetagem			41	Título		42	Data
	1-Reagente 2-Não reagente 3-Não realizado 9-Ignorado			1:					
43	Teste confirmatório treponêmico no parto/curetagem								
1-Reagente 2-Não reagente 3-Não realizado 9-Ignorado									
Trat. da gestante / mãe	44	Esquema de tratamento			45	Data do Início do Tratamento		46	Parceiro(s) tratado(s) concomitantemente a gestante
	1-Adequado 2-Inadequado 3-Não realizado 9-Ignorado							1-Sim 2-Não 9-Ignorado	

Sífilis Congênita

Sinan NET

SVS

04/08/2008

Ant. Epidem. da Criança	47 UF	48 Município de nascimento / aborto / natimorto	Código (IBGE)	49 Local de Nascimento (Maternidade/Hospital)	Código
	50 Teste não treponêmico - Sangue Periférico 1-Reagente 2-Não reagente 3-Não realizado 9-Ignorado		51 Título 1:		52 Data
Dados do Laboratório da Criança	53 Teste treponêmico (após 18 meses) 1-Reagente 2-Não reagente 3-Não realizado 4 - Não se aplica 9-Ignorado		54 Data		55 Data
	55 Teste não treponêmico - Líquor 1-Reagente 2-Não reagente 3-Não realizado 9-Ignorado		56 Título 1:		57 Data
	58 Titulação ascendente 1 - Sim 2 - Não 3 - Não realizado 9-Ignorado		59 Evidência de <i>Treponema pallidum</i> 1 - Sim 2 - Não 3 - Não realizado 9-Ignorado		
	60 Alteração Liquórica 1 - Sim 2 - Não 3 - Não realizado 9-Ignorado		61 Diagnóstico Radiológico da Criança: Alteração do Exame dos Ossos Longos 1 - Sim 2 - Não 3 - Não realizado 9-Ignorado		
Dados Clínicos da Criança	62 Diagnóstico Clínico 1 - Assintomático 3 - Não se aplica 2 - Sintomático 9 - Ignorado		63 Presença de sinais e sintomas 1 - Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Icterícia <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Esplenomegalia <input type="checkbox"/> Osteocondrite <input type="checkbox"/> Outro _____ <input type="checkbox"/> Rinite muco-sanguinolenta <input type="checkbox"/> Hepatomegalia <input type="checkbox"/> Lesões Cutâneas <input type="checkbox"/> Pseudoparalisia		
	64 Esquema de tratamento 1 - Penicilina G cristalina 100.000 a 150.000 UI/Kg/dia - 10 dias 4 - Outro esquema _____ 2 - Penicilina G procaína 50.000 UI/Kg/dia - 10 dias 5 - Não realizado 3 - Penicilina G benzatina 50.000 UI/Kg/dia 9 - Ignorado				
Evolução	65 Evolução do Caso 1 - Vivo 2 - Óbito por sífilis congênita 3 - Óbito por outras causas 4 - Aborto 5 - Natimorto 9 - Ignorado				66 Data do Óbito
Observações Adicionais:					
Investigador	Município / Unidade de Saúde				Código da Unid. de Saúde
	Nome	Função		Assinatura	

ANEXO II – Solicitação de dispensa do TCLE

Secretaria Municipal de Saúde
Departamento de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde

SOLICITAÇÃO DE DISPENSA DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Eu, Raphaella Rosa Horst Massuqueto, enfermeira, especialista, mestranda no programa de pós-graduação Interdisciplinar em Desenvolvimento Comunitário – PPGDC – UNICENTRO, venho por meio deste, através do Professor/Orientador Emerson Carraro, solicitar a dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, do projeto de pesquisa intitulado **FATORES CONDICIONANTES DOS CASOS DE SÍFILIS CONGÊNITA, ENTRE 2007 E 2017, NO MUNICÍPIO DE GUARAPUAVA - PR.**, por se tratar este, de uma abordagem retrospectiva, que analisará a base de dados do SINAN e prontuários eletrônicos dos casos de notificação de sífilis gestacional e congênita do município.

Guarapuava,de.....de 2017.

ANEXO III - Questionário de Investigação de Casos de Sífilis Congênita

REGISTRO DA NOTIFICAÇÃO

1. Número do Sinan: _____

2. Data da notificação: ____/____/____

DADOS DA CRIANÇA

1. Tipo de investigação: () Aborto () Natimorto () Nascido vivo

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

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

4. Endereço: _____

DADOS DA MÃE

1. Data de Nascimento: ____/____/____ idade da mãe no parto: ____ anos

2. Estado civil/conjugal:

() Solteira

() Casada/união estável/amasiada

() Divorciada/separada

() Viúva

() Ignorado

3. Escolaridade:

() Analfabeta

() 1ª a 4ª série incompleta do Ensino Fundamental (antigo primário ou 1º grau)

() 4ª série completa do Ensino Fundamental (antigo primário ou 1º grau)

() 5ª a 8ª série incompleta do Ensino Fundamental (antigo ginásio ou 1º grau)

() Ensino Fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau)

() Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau)

() Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau)

() Educação superior incompleta

() Educação superior completa ou mais

4. Ocupação: _____

5. A ocupação é sazonal? () (1 - Sim, 2 - Não)

6. Raça/cor da mãe: () Branca () Preta () Amarela () Parda () Indígena

ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS DA MÃE

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

() 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/cortiço

() 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)

() Família de baixa renda

() Outras situações de vulnerabilidade.

Especifique: _____

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

() HIV () Hepatite B () Hepatite C () Outras DST.

Especifique: _____

Se presente, foi tratada? ()

3. Antecedentes obstétricos:

Número de gestações anteriores _____

Número de nascidos vivos: _____

Número de natimortos: _____

Número de abortos: _____

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

() Infecção pelo HIV () Sífilis congênita () Hepatite B () Hepatite C

5. Momento do diagnóstico de sífilis materna:

() Durante o pré-natal () Durante o parto () Durante curetagem () Após o parto

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

() 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

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

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

() 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: _____

3. Pré-natal realizado em: (1 - Sim, 2 - Não)
 Unidade Básica de Saúde (UBS) do SUS
 Serviço de referência
 Serviço de Saúde Suplementar (Convênio/Plano de Saúde).
4. Idade gestacional na 1ª consulta de pré-natal (em semanas): _____
5. Número total de consultas no pré-natal (médico e enfermagem): _____
6. Em caso de usuária faltosa ou de abandono do pré-natal, foi realizado contato/busca ativa da gestante? Sim Não.
 Por quê? _____
7. Motivo _____ (s) do abandono do pré-natal:

8. Foi recebido algum auxílio/incentivo para fidelização ao pré-natal? (1 - Sim, 2 - Não)
 Auxílio transporte Enxoval Cesta básica Não recebeu qualquer auxílio
 Outros. Especifique: _____
9. O parceiro foi chamado para o pré-natal ("Pré-natal do parceiro" ou "Pré-natal do homem")? Sim Não.
 Por quê? _____
9. Estado sorológico e/ou clínico do parceiro durante a gestação da criança em investigação:
 Sorologia não reagente para sífilis
 Caso de sífilis não tratada
 Informar o(s) motivo(s): _____
 Caso de sífilis tratada
 Qual droga? _____ quantas doses? _____
 Data: __/__/____ Data: __/__/____ Data: __/__/____
 Parceiro conhecido e não testado. Por quê? _____
 Parceiro sem contato com a família/desconhecido
10. Qual a forma clínica da sífilis materna, durante a gestação da criança em investigação? •
 Primária
 Secundária
 Latente precoce
 Latente tardia
 Latente duração indeterminada
 Terciária
11. Durante o pré-natal, foi realizado tratamento materno para prevenir a transmissão vertical da sífilis? (1 - Sim, 2 - Não)
12. Qual esquema de tratamento foi utilizado pela mãe da criança em investigação?
 Penicilina benzatina 2.400.000UI Data: __/__/____
 Penicilina benzatina 4.800.000UI Data: __/__/____ Data: __/__/____
 Penicilina benzatina 7.200.000UI Data: __/__/____ Data: __/__/____
 Data: __/__/____
 Outro medicamento. Por quê? _____
 Por quanto tempo: _____ (dias)
13. Se houve falta/abandono do tratamento, foi realizada busca da gestante?
 Sim Não

Por quê? _____

14. Se a mãe não fez tratamento para sífilis, informar o (s) motivo(s):

- () 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:

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

- () 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) 2Título 1: _____ Data: __/__/____
 () 4º Teste não Treponêmico (VDRL, RPR) 2Título 1: _____ Data: __/__/____
 () Último teste não Treponêmico antes do parto Título 1: _____ Data: __/__/____

PARTO

1. Parto realizado em:

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

2. Peso da criança ao nascer: _____ gramas

3. Idade gestacional da criança ao nascer: _____ semanas

4. Resultado do teste não treponêmico da mãe, no momento do parto: (1 - Reagente, 2 - Não reagente, 3 - Não realizado)

- () VDRL/RPR Título 1: _____ Data: __/__/____

5. Resultado do teste não treponêmico de sangue periférico e líquido do recém-nascido: (1 - Reagente, 2 - Não reagente, 3 - Não realizado)

- () VDRL/RPR(sangue periférico) Título 1: _____ Data: __/__/____

- () VDRL/RPR (líquor) Título 1: _____ Data: __/__/____

5. Há presença de alteração no líquido?

- () Sim. Celularidade: _____ leucócitos/mm³ Proteínas: _____ mg/dL

() Não

6. Foi realizado RX de ossos longos no recém-nascido?

() Sim. Resultado do RX: () Alterado () Normal

() Não

7. Presença de sinais e sintomas: (1 - Sim, 2 - Não)

() Icterícia

() Anemia

() Plaquetopenia, púrpura

() Hepatomegalia

() Esplenomegalia

() Rinite muco-sanguinolenta

() Lesões cutâneo-mucosas

() Lesões ósseas (metafisite, periostite, osteocondrite)

() Pseudoparalisia de Parrot

() Edema generalizado

() Outros. Especifique: _____

8. Motivos da não realização de exames complementares (RX de ossos longos, VDRL no sangue periférico e líquido) no recém-nascido:

() Não havia médico para colher líquido

() 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 _____

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

() Penicilina G cristalina 100.000 a 150.000 UI/Kg/dia, durante 10 dias

() Penicilina G procaína 50.000 UI/Kg/dia, durante 10 dias

() Penicilina G benzatina 50.000 UI/kg, dose única

() Outro esquema com penicilina. Especifique: _____

() Outro medicamento. Por quê? Qual droga? Por quanto tempo? _____

() Não realizado

10. Motivos da não utilização das medidas terapêuticas para a sífilis no recém-nascido:

() 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: _____

CONCLUSÃO DA INVESTIGAÇÃO

1. Criança em acompanhamento por algum serviço de saúde? () Sim () Não

2. Em caso de não comparecimento à Unidade de acompanhamento ou abandono do serviço durante o seguimento, foi realizada busca da criança? () Sim () Não.

Por quê? _____

3. Avaliações realizadas: (1 - Sim, 2 - Não)

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

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

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

() Líquorica de seguimento, no caso de líquido alterado e/ou com VDRL reagente na maternidade. Data: ___/___/___ Data: ___/___/___

___/___/___

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

5. Situação da criança: () Viva () Morta () Desconhecida

6. Data do óbito: ___/___/___

7. Causa do óbito: _____

Adaptado de PROTOCOLO DE INVESTIGAÇÃO DE TRANSMISSÃO VERTICAL (BRASIL 2014).