



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

DANIELA OLIVEIRA SOUZA

**SÍFILIS CONGÊNITA: ANÁLISE DOS CASOS NOTIFICADOS EM SANTO
ANTÔNIO DE JESUS-BA**

SANTO ANTÔNIO DE JESUS - BA
2015



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

DANIELA OLIVEIRA SOUZA

**SÍFILIS CONGÊNITA: ANÁLISE DOS CASOS NOTIFICADOS EM SANTO
ANTÔNIO DE JESUS-BA**

Entrega do Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Componente Curricular
Metodologia do Trabalho Científico II para o curso
de Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde,
Universidade Federal do Recôncavo da Bahia.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Lilian Conceição Guimarães
de Almeida.

SANTO ANTÔNIO DE JESUS - BA
2015

FOLHA DE APROVAÇÃO

DANIELA OLIVEIRA SOUZA


SÍFILIS CONGÊNITA: ANÁLISE DOS CASOS NOTIFICADOS EM SANTO
ANTÔNIO DE JESUS-BA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para
obtenção do título de Bacharel em Enfermagem, pela Universidade Federal do
Recôncavo da Bahia.

Aprovado em 14 / 05 / 2015

Banca Examinadora


Lilian Conceição Guimarães de Almeida - Doutora em Enfermagem, professora
adjunta da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia.


Enfermagem e professora assistente da Universidade Federal do Recôncavo
da Bahia.


Oade Oliveira Cunha de Souza – Enfermeira e Coordenadora Municipal do
Departamento DST/HIV/Aids e Hepatites Virais.

Dedico este trabalho ao grupo do Programa de Educação pelo Trabalho em Vigilância em Saúde (PET-VS) da UFRB, por terem me acolhido e me dado a oportunidade de fazer parte dessa família. Aqui está o fruto desse tempo de dedicação e parceria em que estivemos juntos. Muito obrigada a todos!

AGRADECIMENTOS

Finalmente é chegada a hora! Não foi nada fácil chegar até aqui, foi uma longa caminhada cheia de escolhas, incertezas e desafios, mas que foram superados! Por isso devo reconhecimento a todos que contribuíram para concretização dessa etapa da minha vida. Agradeço primeiramente a Deus pelo dom da vida, por me guiar e proteger sempre, pois, tenho certeza absoluta que sua bondade e misericórdia me acompanharam todos os dias da minha vida. “Porque todas as coisas vêm dele, por meio dele e vão pra ele” (Rm 11:36). Aos meus pais, pelo amor incondicional, essa vitória é NOSSA! A minha mãe Selma, mulher guerreira, meu exemplo de vida, responsável por eu ter chegado até aqui, sem você nada disso teria acontecido. Ao meu pai Daniel, homem batalhador, pelo seu apoio, preocupação e carinho! Aos meus irmãos Flávia e Flávio pelo amor e por fazerem parte dessa história. À minha família – vó Ide, tios(as), primos(as) -, aos que se fizeram presente, pela torcida e orações. Ao meu namorado Roberinho, pelos anos de companheirismo, amor, apoio e paciência, por se fazer presente em todos os momentos da minha vida! A minha amiga-irmã Raisia, pelos quatro anos mais felizes e divertidos que vivi em SAJ, quanta falta você faz! A todos meus amigos da infância, aos que fiz na universidade, vocês tornaram essa caminhada mais leve, levarei pra vida inteira. Um agradecimento especial às famílias Oliveira (Anápolis) e de Jesus (FSA), anjos que foram enviados por Deus e colocados em minha vida, pra mostrar que ainda existe amor pelo próximo, a vocês minha eterna gratidão. E a todas as pessoas que de forma direta ou indireta passaram em minha vida, e deixaram sua parcela de contribuição, obrigada! Aos mestres pelos ensinamentos adquiridos ao longo da minha trajetória acadêmica, em especial a minha orientadora Lilian Conceição Guimarães de Almeida, que me proporcionou oportunidades indescritíveis, como participar do PET-VS, e por sempre ter confiado em mim! Muito obrigada a todos!

“A menos que modifiquemos a nossa maneira de pensar, não seremos capazes de resolver os problemas causados pela forma como nos acostumamos a ver o mundo”.

(Albert Einstein)

RESUMO

SOUZA, Daniela Oliveira. **Sífilis Congênita: análise dos casos notificados em Santo Antônio de Jesus-Ba.** Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. Santo Antônio de Jesus, 2015.

A sífilis congênita (SC) é considerada um grande problema de saúde pública no Brasil, pois acomete grande número de crianças, acarretando agravos à saúde e morte de grande parte delas. É uma doença de fácil prevenção, mediante ao acesso precoce à testagem durante o pré-natal e o tratamento adequado das gestantes e do parceiro, devendo ser notificada. Neste sentido, o presente estudo objetivou analisar os casos de sífilis congênita notificados em Santo Antônio de Jesus-Bahia, no período de 2013 a 2014. Trata-se de um estudo descritivo de abordagem quantitativa, sendo utilizados dados secundários a partir das fichas de notificação compulsória de sífilis congênita Vigilância Epidemiológica (VIEP) do município. Os dados coletados foram digitados, tabulados e analisados por meio do programa de estatística SPSS versão 20. Para caracterização dos casos foram utilizadas as seguintes variáveis: 1) relativa às genitoras dos casos de SC; 2) relativo à evolução dos casos de SC; e 3) falhas de notificação. Foram notificados 25 casos notificados de SC no período estudado, sendo que os resultados obtidos a partir das variáveis mostraram que 54% das mulheres que adquiriram a sífilis e transmitiram aos seus conceitos estão na faixa etária de 20-30 anos, sendo 67% da cor/raça parda, 38% com o nível de escolaridade baixo tendo o ensino fundamental incompleto e 28% sendo donas de casa/do lar. Destas gestantes, 79% realizaram o pré-natal, sendo que 42% das mulheres foram diagnosticadas com sífilis após o parto, as que foram diagnosticadas 75% tiveram o esquema de tratamento inadequado e 67% não tiveram o parceiro tratado de forma concomitante com a gestante. Entretanto 68% desses conceitos sobreviveram. Foram também identificadas algumas falhas na identificação dos casos de sífilis congênita, como o preenchimento inadequado e/ou incompleto das fichas de notificação. Diante disso, os achados obtidos no presente estudo reafirmam a importância da utilização das taxas de sífilis congênita como indicador de qualidade da assistência pré-natal, para que haja com precisão a implementação de ações mais significativas para o controle desse agravo, e a importância da correta notificação desses casos por parte dos profissionais, por isso a importância do comprometimento de todos quando o objeto de discussão é a saúde dessa população.

Palavras-chave: Sífilis Congênita. Cuidado Pré-Natal. Notificação.

ABSTRACT

SOUZA, Daniela Oliveira. **Congenital Syphilis: analysis of cases reported in Santo Antônio de Jesus-Ba.** Termpaper. Federal University of Bahia Reconcavo. Santo Antonio de Jesus, 2015.

Congenital syphilis (CS) is considered a major public health problem in Brazil because it affects large numbers of children, causing health problems and death to most of them. It is an easily preventable disease through the early access to testing during prenatal care, and proper treatment of pregnant women and the partner should be notified. Therefore, the present study aimed to analyze the cases of congenital syphilis reported in Santo Antonio de Jesus, Bahia, from 2013 to 2014. This is a descriptive study of quantitative approach being used secondary data from the compulsory notification forms of congenital syphilis Epidemiological Surveillance (VIEP) of the municipality. The collected data were entered, tabulated and analyzed using the SPSS statistical software, version 20. To characterize the cases the following variables were used: 1) cases progenitors of SC 2) evolution of the cases of SC, and 3) reporting failures. Were reported 25 reported cases of SC in the period studied, and the results obtained from the variables showed that 54 % of women who have acquired syphilis and transmitted to their fetuses, are in the age range of 20-30 years, and 67% are color / brown race, 38% with low levels of education have not finished elementary school, and 28% being housewives / home. From these pregnant women, 79 % had prenatal, and 42% of women were diagnosed with syphilis after delivery, who were diagnosed 75 % had inadequate treatment regimen and 67 % did not have the treaty partner concomitantly with pregnant. However, 68 % of these fetuses survived. They also identified some shortcomings in the identification of cases of congenital syphilis, as the inadequate completion and / or incomplete the reporting forms. Therefore, the findings obtained in this study confirm the importance of using congenital syphilis rates as a quality indicator of prenatal care, so there is precisely the implementation of more significant actions to control this disease, and the importance of proper notification of these cases by the professionals, for this reason, the importance of the commitment of all when the subject of discussion is the health of this population.

Keywords: Congenital Syphilis.Prenatal care.Notification.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
APS – Atenção Primária em Saúde
CEP – Comitê de Ética e Pesquisa
CTA – Centro de Testagem e Aconselhamento
DST – Doença Sexualmente Transmissível
EF – Ensino Fundamental
FTA-Abs – *Fluorescent Treponema Antibody Absorvent Test*
HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana
HTLV – Vírus T Linfotrópico Humano
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS – Ministério da Saúde
OMS – Organização Mundial de Saúde
PET – Programa de Educação pelo Trabalho
PHPN – Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento
PSF – Programa Saúde da Família
RN – Recém-Nascido
RPR – *Rapid Plasmin Reagin*
SC – Sífilis Congênita
SINAN – Sistema de Informação de Agravos e Notificação
SPSS – *Statistical Package for Social Science for Windows*
SUS – Sistema Único de Saúde
VDRL – *Veneral Disease Research Laboratory*
VIEP - Vigilância Epidemiológica
WB – *Western Blotting*

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	12
	OBJETIVOS	16
	Objetivo Geral	16
	Objetivos Específicos	16
2.	REFERENCIAL TEÓRICO	17
2.1	DIAGNÓSTICO CLÍNICO E LABORATORIAL	18
2.2	TRATAMENTO	20
2.3	NOTIFICAÇÃO	22
3.	METODOLOGIA	24
3.1	TIPO DE ESTUDO	24
3.2	AMOSTRA	24
3.3	LOCAL DO ESTUDO	25
3.4	COLETA DOS DADOS	26
3.5	ASPECTOS ÉTICOS	26
4.	RESULTADO E DISCUSSÃO	27
4.1	PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DAS GENITORAS DOS CASOS DE SÍFILIS CONGÊNITA	27
4.2	CARACTERIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRESTADA AS GENITORAS DOS CASOS DE SÍFILIS CONGÊNITA	30
4.3	EVOLUÇÃO DOS CASOS DE SÍFILIS CONGÊNITA	33
4.4	FALHAS DE NOTIFICAÇÃO DA SÍFILIS NA GESTAÇÃO E SÍFILIS CONGÊNITA	35
5.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	39
	REFERÊNCIAS	42

ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP(Estratégias de enfrentamento da feminização do HIV/AIDS em Santo Antônio de Jesus, Bahia).	49
ANEXO B - FICHA DE INVESTIGAÇÃO SÍFILIS CONGÊNITA	52

1. INTRODUÇÃO

A alta incidência das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) tem se tornado um grande problema de saúde pública, mesmo vivendo em pleno terceiro milênio, em um mundo globalizado com avanços e descobertas acontecendo constantemente na área da saúde (SANTOS; ANJOS, 2009). O que é inadmissível já que as DSTs tem tratamento quando diagnosticadas e a maioria delas tem cura. Esse cenário tem sido agravado por alguns motivos, seja por falta de privacidade no momento dos atendimentos; a falta de medicamentos nas unidades de saúde, ou até mesmo pela falta de preparo dos profissionais responsáveis pelos atendimentos, refletindo assim na baixa resolutividade, levando os pacientes a buscarem ou não um novo atendimento nos serviços de saúde(SANTOS; ANJOS, 2009).

“As DST representam impactos na saúde reprodutiva da população por causar esterilidade, doenças inflamatórias pélvicas, câncer de colo uterino, gravidez ectópica, e interferir negativamente sobre a autoestima da pessoa” (MARTINS et al., 2006, p. 315). Algumas destas doenças são transmitidas através das relações sexuais desprotegidas, por contato de fluídos como o sangue ou esperma contaminado, através de transfusão sanguínea e compartilhamento de seringas, agulhas e outros materiais perfuro-cortantes.

Quando se trata da transmissão vertical – de mãe para filho – algumas doenças como o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), a Sífilis, o Vírus T-linfotrópico Humano (HTLV), e as Hepatites virais B e C podem ser transmitidos durante a gestação, durante o trabalho de parto e no parto, já no caso do HIV e do HTLV são transmitidos também pela amamentação, causando uma série de agravos como infecções puerperais, recém-nascidos com baixo peso, natimortos e abortos espontâneos (BRASIL, 2006b).

De acordo com Cavalcante e colaboradores (2012) a sífilis se classifica:

De acordo com suas diferentes vias de transmissão, podendo ser adquirida ou congênita. Na sífilis adquirida a transmissão é sexual, sendo o contágio extragenital raro. A transmissão sexual da sífilis é excepcional, havendo poucos casos por transfusões de sangue e por inoculação acidental. Já 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 ou transmissão vertical (p. 239).

Dados demonstram que em 2010 no Brasil houve um aumento dos casos confirmados de hepatite B no país, perfazendo um total de 1.321 casos em gestantes, enquanto que no mesmo ano foram notificados em gestantes 5.666 casos de HIV e 10.084 casos de sífilis, confirmando que dentre as várias doenças que podem ser transmitida durante o ciclo grávido-puerperal, a sífilis é a que tem as maiores taxas de transmissão. (BRASIL, 2012)

Para Araújo e outros (2006), acredita-se que:

Os principais fatores que estariam relacionados ao aumento dos casos e conseqüentemente a transmissão de sífilis congênita seriam: relaxamento das medidas preventivas por parte das autoridades de saúde e agentes de saúde; aumento de número de mães solteiras e adolescentes; automedicação; desconhecimento por parte da população sobre a gravidade da doença; AIDS; uso de drogas; e a falta ou inadequação da assistência pré-natal (p. 48).

“A prevenção da sífilis congênita pode ser feita com medidas simples, de baixo custo e altamente eficazes, traduzidas no tratamento adequado da mãe e de seu(s) parceiro(s) sexual (is), resultando no tratamento simultâneo do conceito” (BRASIL, 2006, p. 76).

Há décadas, o antibiótico penicilina tem sido a droga de primeira escolha, com os melhores e mais eficazes resultados no tratamento de sífilis dependendo da fase de infecção da doença, além de ser uma medicação de baixo custo e fácil acesso (BRASIL, 2013).

O tratamento da gestante será considerado adequado caso esquema com a dose terapêutica seja corretamente seguido de acordo com a fase da infecção e o tempo de tratamento indicado. Se não tratada ou tratada de maneira ineficaz no estado gestacional pode acarretar a manifestação da sífilis congênita, e esta tem como vítima os fetos, podendo ocasionar maiores sequelas, bem como maior índice de óbito fetal. Destaca-se a relevância do tratamento dos parceiros, pois se estes não forem tratados, a chance de recidiva aumenta.

A sífilis congênita é considerada uma doença de notificação compulsória no Brasil desde 1986 e a sífilis na gestação a partir de 2005, onde a notificação é feita através do preenchimento e envio da Ficha de Notificação e Investigação Epidemiológica de Caso de Sífilis Congênita, e que deve ser preenchida por profissionais de saúde no exercício de sua função (BRASIL, 2013). Os dados obtidos são inseridos na base de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

A vigilância epidemiológica é considerada o fundamento para o controle de doenças em saúde pública. É através da notificação que o profissional de saúde faz à autoridade sanitária, sobre alguma doença ou agravo à saúde. A definição do caso é fundamental para a vigilância epidemiológica, possibilitando a identificação de indivíduos que apresentam um agravo ou doença de interesse, de forma a padronizar critérios para o monitoramento das condições de saúde e para a descrição da ocorrência desse evento (KOMKA; LAGO, 2007).

A epidemiologia confirma em números que no ano de 2011 no Brasil foram notificados 9.374 novos casos de sífilis congênita em menores de um ano de idade. “Sendo dos quais 4.083 (43,6%) na Região Sudeste, 3.188 (34,0%) na Região Nordeste, 908 (9,7%) na Região Sul, 801 (8,5%) na Região Norte, e 394 (4,2%) na Região Centro-Oeste” (BRASIL, 2012, p. 04). No que diz respeito ao estado, na Bahia no ano de 2009 foram notificados, em menores de um ano de idade, 272 casos; 316 no ano de 2010, 449 no ano de 2011 e 228 casos no ano de 2012. No município de Santo Antônio de Jesus, localizado no interior da Bahia, foram registrados quatro casos de sífilis congênita em 2009, sete casos em 2010, dois em 2011 e onze casos no ano de 2012.

Esse quantitativo de casos de sífilis congênita pode ser consequência da subnotificação. Corroborando com Silva e colaboradores (2009), para que haja a notificação desses casos, é indispensável uma coleta de dados de forma adequada, mas para que isso aconteça é preciso ter disponibilidade de informações que sirvam para subsidiar o desencadeamento de ações e qualidade da informação.

A sífilis congênita (SC) constitui-se de um evento-sentinela para monitoramento da Atenção Primária em Saúde (APS) por se tratar de uma doença de fácil prevenção, tendo o momento da assistência ao pré-natal, o período muito importante para um diagnóstico precoce e tratamento adequado, contribuindo dessa forma para adiminuição da incidência da sífilis da mãe para o bebê, a qual sugere

falhas no funcionamento da rede de atenção básica e/ou da sua integração com o sistema de saúde (BRASIL, 2007b).

A assistência pré-natal se caracteriza por um conjunto de procedimentos clínicos e educativos destinados a acompanhar a evolução da gravidez e promover a saúde da gestante e da criança (BRASIL, 2013).

Assim, com o objetivo de reforçar o combate da sífilis na gestação, o Ministério da Saúde passou a incluir oficialmente a taxa de SC como um indicador de avaliação da atenção básica à saúde de cada município, por indicar condições favoráveis à transmissão da doença e deficiências na atenção à saúde da mulher, especialmente no período pré-natal, quando as gestantes infectadas poderiam ser oportunamente identificadas e tratadas, refletindo diretamente na qualidade da assistência prestada. (LORENZI et al., 2001)

Pensando em uma melhor qualidade de assistência prestada as mulheres gestantes, aos poucos as testagens rápidas foram implantadas e realizadas nas unidades de saúde. São testes relevantes durante o início da gestação, porque uma vez que o diagnóstico oportuno da infecção pelo HIV e da sífilis é feito durante o período gestacional é fundamental para a redução da transmissão vertical. Nesse sentido, verifica-se a necessidade das equipes de Atenção Básica em realizar os testes rápidos para o diagnóstico de HIV, hepatites virais e para a triagem da sífilis no âmbito da atenção ao pré-natal para as gestantes e suas parcerias sexuais, qualificando dessa forma o cuidado materno-infantil (BRASIL, 2013).

O Pacto pela Vida definiu como indicador, para todos os Estados e Municípios, o percentual de gestantes com seis ou mais consultas de pré-natal. O Nordeste apresentou a maior queda no número de gestantes sem consulta pré-natal no ano de 2004 com um total de 33,67%, maior até que a do Brasil, com 22,53% (BRASIL, 2006c, p.18).

“No Brasil, a sífilis congênita 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” (TAYRA et al., 2007, p. 112). Frente a isso, tornou-se importante a criação de indicadores da qualidade da assistência, para que haja a identificação de problemas, as avaliações da implantação das políticas públicas, de como os serviços estão organizados, além de monitorar as ações preventivas no pré-natal com a tentativa de erradicação e/ou controle dos possíveis agravos à gestante e ao concepto (SUCCI et al., 2008).

Com a finalidade de facilitar a quantificação e a avaliação das informações produzidas, os indicadores são medidas-síntese que contêm informação relevante sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde, bem como do desempenho do sistema de saúde, refletindo dessa forma na situação sanitária de uma determinada população, além de servir para a vigilância das condições de saúde (REDE, 2008).

“A simplicidade diagnóstica e o fácil manejo clínico/terapêutico da sífilis na gestação, a mesma é considerada um verdadeiro marcador de assistência à saúde materno-fetal” (COSTA et al., 2013, p.153). O mesmo ainda contempla que:

No entanto, na prática, a assistência pré-natal encontra-se defasada, pois os profissionais de saúde não estão priorizando a sífilis congênita como um problema de saúde pública e as medidas de prevenção estão sendo ignoradas. Destaca-se também que as medidas de prevenção da doença são simples e de baixo custo, enquanto o tratamento de uma criança com sífilis congênita é bastante prolongado e oneroso (p. 153).

Baseado neste contexto, o presente estudo teve como objetivo geral analisar os casos de sífilis congênita notificados em Santo Antônio de Jesus-Bahia, no período de 2013 a 2014. E como específicos: traçar o perfil sociodemográfico das genitoras dos casos de sífilis congênita; caracterizar a assistência prestada às genitoras dos casos de sífilis congênita; conhecer a evolução dos casos de sífilis congênita; e identificar falhas de notificação dos casos de sífilis congênita em Santo Antônio de Jesus, Bahia.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

“A sífilis é uma doença infecciosa sistêmica, de evolução crônica, sujeita a surtos de agudização e períodos de latência. É causada pelo *Treponema pallidum*, uma espiroqueta de transmissão sexual ou vertical” (BRASIL, 2013, p. 200).

Entre as gestantes e não gestantes, a evolução acontece de forma semelhante, e a partir da forma de contágio pode ser classificada em adquirida e congênita. A sífilis adquirida ocorre pelo contágio sexual ou por hemotransfusão, sendo: recente com menos de um ano de evolução, podendo ser classificada em primária, secundária e latente recente; e a tardia com mais de um ano de evolução, sendo classificada em latente tardia e terciária, enquanto que a sífilis congênita, adquirida ocorre pela transmissão transplacentária, sendo classificada em recente quando diagnosticada até o segundo ano de vida e tardia quando diagnosticada após o segundo ano de vida (LORENZI; FIAMINGHI; ARTICO, 2009).

A sífilis primária inicia-se por volta de 10 a 90 dias após o contato sexual infectante (média de 21 dias). Caracteriza-se pelo surgimento de lesão ulcerada, geralmente única, não dolorosa, com base endurecida, fundo liso, brilhante e pouca secreção serosa conhecida por cancro duro, podendo estar acompanhada de adenopatia regional não supurativa, móvel, indolor e múltipla. Na mulher, se localiza geralmente nos pequenos lábios, paredes vaginais ou colo uterino, enquanto que no homem manifesta-se principalmente na glândula ou sulco bálano-prepucial. Na sua evolução normal, o cancro duro regride espontaneamente, não deixando qualquer cicatriz (BRASIL, 2006b).

Na sífilis secundária seria a sequência natural da sífilis primária não tratada, manifestando-se entre seis e oito semanas após o desaparecimento do cancro duro, regredindo espontaneamente, iniciando-se após uma fase de silêncio clínico. Ocasionalmente há comprometimento hepático (hepatite luética) e até ocular (neurite óptica, uveíte ou ireíte). As lesões cutâneo-mucosas características dessa fase são: manchas eritematosas roséola, sífilides papulosas em superfícies palmo-plantar, alopecia e condiloma plano (BRASIL, 2006b; 2010).

A sífilis latente é uma fase assintomática, cujo diagnóstico da sífilis somente é possível por testes sorológicos. A sua duração é variável, podendo ocorrer o

recrudescimento de sinais e sintomas da forma secundária em 25% dos casos ou terciária (BRASIL, 2006b; 2010).

No que diz respeito à sífilis terciária Brasil (2006b) caracteriza como:

Manifestação anos após o contágio, que geralmente aparecem de 3 a 12 anos ou mais após início da infecção. Com aparecimento de lesões cutâneo-mucosas (tubérculos ou gomas); neurológicas (*tabes dorsalis*, demência, goma cerebral); cardiovasculares (aneurisma aórtico) e osteoarticular (gomas, artropatia de Charcot) (p. 78).

A sífilis congênita ocorre de maneira bem similar ao ocorrido na sífilis adquirida, tendo como principal fator agravante a própria gestação que coloca em risco a vida do feto, devendo ser imediatamente tratada, podendo ter os possíveis desfechos, como: abortamento espontâneo, nascimento pré-termo, e óbito perinatal.

É necessário esclarecer que há uma diferença entre óbito fetal (natimorto) e aborto por sífilis, sendo definidos:

Óbito fetal (natimorto) por sífilis é definido como todo feto morto após 22 semanas de gestação ou com peso igual ou maior do que 500 gramas, cuja mãe portadora de sífilis não foi tratada ou foi inadequadamente tratada, enquanto que o aborto por sífilis é toda perda gestacional ocorrida antes de 22 semanas de gestação ou com peso do feto menor do que 500 gramas, cuja mãe é portadora de sífilis e não foi tratada ou foi inadequadamente tratada. (BRASIL, 2013, p. 202).

2.1. DIAGNÓSTICO CLÍNICO E LABORATORIAL

O diagnóstico da sífilis pode ser clínico ou laboratorial. Para cada fase da doença, os achados serão diferenciados. Na fase primária se dá pela identificação do cancro duro, podendo estar localizada internamente na vagina e no colo uterino (podendo não ser percebida pela mulher), na fase secundária, as erupções cutâneas eritematosas generalizadas de característica exantemática, as pápulas palmo-

plantares, a alopecia e o condiloma plano são os sinais clínicos mais comuns dessa fase. Por fim na fase terciária, as alterações ocorrem em órgãos e aparelhos, como o sistema nervoso e cardiovascular (BRASIL, 2013).

Já o diagnóstico laboratorial da sífilis é realizado através por meio de técnicas variadas e depende da fase da infecção. “A pesquisa direta do *Treponema pallidum* só se aplica à lesão da fase primária e a algumas lesões da fase secundária (placas e condiloma plano)” (BRASIL, 2013, p. 202).

Os testes sorológicos dividem-se em dois tipos: treponêmicos e não treponêmicos. Em Brasil (2013):

Os testes não treponêmicos mais utilizados são o VDRL (*Veneral Disease Research Laboratory*) e o RPR (*Rapid Plasm Reagin*), sendo quantitativos e importantes para o diagnóstico e o seguimento pós-terapêutico. Estes testes tendem a se tornar reativos a partir da segunda semana após o aparecimento do cancro duro (sífilis primária), e apresentam titulações progressivas, mostrando títulos mais elevados na fase secundária da doença, esses títulos passam a sofrer redução natural após o primeiro ano de evolução da doença (p. 202).

Em contrapartida, os testes treponêmicos são os que:

Detectam a presença de anticorpos anti-*Treponema pallidum* e são específicos e qualitativos, confirmando a infecção. Portanto, não distinguem se é uma doença ativa ou cicatriz sorológica. Entre eles estão o FTA-Abs (*Fluorescent Treponema Antibody Absorvent Test*), o MH-TP (*Micro-Hemaglutinação para Treponema pallidum* ou TPHA), o Elisa (teste imunoenzimático), o *Western blotting* (WB) e os testes imunocromatográficos (testes rápidos) (BRASIL, 2013, p. 202).

A oferta de testes sorológicos durante as consultas de pré-natal tem sido uma das estratégias mais importante para o controle epidemiológico das DST e do HIV/AIDS, diante da complexidade e da diversidade dos problemas provocados por essas doenças.

Com o objetivo de diagnosticar precocemente a sífilis, os Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) no Brasil juntamente com as Unidades de Saúde da Família estão ofertando testes sorológicos anti-HIV, hepatites virais e VDRL (diagnóstico de sífilis) acompanhada de aconselhamento pré e pós-exame para as gestantes.

O teste rápido como o próprio nome sugere, são testes treponêmicos qualitativos de rápida execução, onde o sangue é coletado através da punção digital ou venosa, e em 10 a 15 minutos o resultado está disponível.

O seu uso é recomendado nos locais onde não se dispõe de sorologias não treponêmicas para as testagens usuais durante a gravidez ou por ocasião do parto. Como o teste rápido envolve a detecção de anticorpos antitreponêmicos específicos, uma vez reagente ou positivo, permanece praticamente pelo resto da vida, o que limita seu uso. (LORENZI; FIAMINGHI; ARTICO, 2009, p. 86).

Algumas são as situações em que esses testes são indicados, sendo elas:

- em qualquer momento do acompanhamento pré-natal ou por ocasião do parto, desde que a gestante não possua exames treponêmicos com resultado reagente na gestação atual ou anterior;
- no caso de uma gestante com sinais e sintomas de qualquer doença sexualmente transmissível (DST) durante o período gestacional;
- por ocasião do parto, quando não é disponível o resultado do VDRL solicitado no pré-natal;
- em parceiros de gestantes que apresentaram teste rápido positivo;
- no terceiro trimestre gestacional, quando o VDRL realizado no início da gestação tiver sido negativo. (BRASIL, 2007a, p. 89 e 90).

2.2 TRATAMENTO

A penicilina é a droga de escolha para o tratamento da sífilis, sendo uma medicação de baixo custo, fácil acesso e ótima eficácia. O tratamento da sífilis é dependente da fase de infecção da doença (BRASIL, 2013).

O tratamento da sífilis é o mesmo para gestantes e não gestantes, com um diferencial importante, “somente a penicilina é capaz de evitar a infecção fetal no primeiro trimestre de gestação, por ser a única droga treponemicida que atravessa a barreira placentária e, portanto, trata também o feto” (BRASIL, 2013, p.203).

Frente à possibilidade de alergia à penicilina, procede-se a dessensibilização da gestante em nível hospitalar. Quando o tratamento envolver outra droga, que não seja a penicilina, o neonato será considerado portador de sífilis congênita e necessitará ser tratado imediatamente após o parto (LORENZI; FIAMINGHI; ARTICO, 2009).

Os esquemas terapêuticos recomendados pelo Ministério da Saúde para tratamento da gestante portadora de sífilis são:

- Sífilis primária: penicilina benzatina, 2,4 milhões UI, intramuscular, em dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo);
- Sífilis recente secundária e latente: penicilina benzatina, 2,4 milhões UI, intramuscular, repetida após uma semana, sendo a dose total de 4,8 milhões UI;
- Sífilis tardia (latente e terciária): penicilina benzatina, 2,4 milhões UI, intramuscular, semanal (por três semanas), sendo a dose total de 7,2 milhões UI. (BRASIL, 2013; p. 203)

A penicilina também é a droga de escolha para o tratamento do parceiro concomitante à gestante, podendo lançar mão de drogas alternativas, como por exemplo: eritromicina, 500mg, via oral a cada 6 horas por 15 dias em sífilis recente e por 30 dias em sífilis tardia ou doxiciclina, 100mg, via oral, a cada 12 horas por 15 dias na sífilis recente e 30 dias em sífilis tardia (LORENZI; FIAMINGHI; ARTICO, 2009).

Ainda segundo Lorenzi e colaboradores (2009), o seguimento pós-tratamento demanda a solicitação de sorologias não treponêmicas (VDRL) mensais por 12 meses. Durante esse período, é esperada a queda progressiva dos títulos até sua negatificação ou estabilização em patamares inferiores a 1:8, se ocorre a

elevação de duas diluições acima do último título do VDRL justifica novo tratamento, mesmo na ausência de sintomas (possível reinfecção).

2.3 NOTIFICAÇÃO

A vigilância epidemiológica constitui um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento; detectam ou previnem qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva; tem a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos (LEI 8080/90).

“Os dados de vigilância são indispensáveis para identificar e descrever problemas de saúde pública, determinar prioridades, dirigir o foco das intervenções e avaliar os programas - em resumo, estabelecer uma política de controle de doenças” (KOMKA; LAGO, 2007, p. 206).

Para que os dados notificados sejam confiáveis é necessário que haja por partes dos profissionais de saúde capacidade em diagnosticar corretamente esses eventos, mas para isso eles devem ser capacitados e ter conhecimento das normas técnicas ou normatizações (KOMKA; LAGO, 2007). Ainda para os autores:

A notificação é a comunicação realizada pelos profissionais de saúde, feita à autoridade sanitária, de doença ou agravo à saúde. A definição de caso é fundamental para a vigilância epidemiológica, já que possibilita a identificação de indivíduos que apresentam um agravo ou doença de interesse, de forma a padronizar critérios para o monitoramento das condições de saúde e para a descrição da ocorrência desse evento (p. 206).

Em 1986 a sífilis congênita tornou-se uma doença de notificação compulsória, juntamente com a AIDS, por meio da Portaria nº 542 do Ministério da Saúde (MS). Em 2005, com o objetivo de implementar as ações de controle da transmissão vertical da sífilis e evitar os casos de sífilis congênita, o MS passou a considerar também a sífilis na gestação como um dos agravos de notificação

compulsória (Portaria nº 33, de 14 de julho de 2005). Deste modo, a notificação de casos, tanto de sífilis gestacional quanto de sífilis congênita, é obrigatória a médicos e outros profissionais de saúde, bem como aos responsáveis por organizações e estabelecimentos públicos e particulares de saúde. A inobservância disto constitui infração da legislação referente à saúde pública (BRASIL, 2006b).

3. METODOLOGIA

3.1. TIPO DE ESTUDO

O presente estudo tratou-se de uma pesquisa de abordagem quantitativa de caráter descritiva. O intuito das pesquisas quantitativas é quantificar, o que significa traduzir em números opiniões e informações, para classificá-las e analisá-las (DALFOVO, 2008).

Os métodos quantitativos permitem avaliar a importância, gravidade, risco e tendência de agravos e ameaças. Eles tratam de probabilidades, associações estatisticamente significantes, que são importantes para se conhecer uma realidade (CODATO; NAKAMA, 2006, p. 35).

Para Diehl (2004), a pesquisa quantitativa é realizada pelo uso da quantificação, tanto na coleta quanto no tratamento das informações, utilizando-se técnicas estatísticas, objetivando resultados que evitem possíveis distorções de análise e interpretação, possibilitando uma maior margem de segurança.

3.2. A AMOSTRA

A amostra do estudo foi composta por todos os casos notificados de sífilis congênita do município de Santo Antônio de Jesus, Bahia, nos anos de 2013 a 2014. Foram utilizadas todas as fichas de notificação compulsória que se encontravam na Vigilância Epidemiológica (VIEP) do município em estudo e que alimentam o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

Nesse período foram encontrados 25 casos de sífilis congênita notificados, porém, tudo que remetia as genitoras (perfil, realização de pré-natal, tratamento e parceiros) foram contabilizadas 24 mulheres, isso porque, uma das mães que foi notificada teve gestação gemelar.

Algumas variáveis foram investigadas para o perfil sociodemográficas das genitoras dos casos de sífilis congênita como: zona de moradia, idade, raça/cor, escolaridade e ocupação materna. Para caracterização da assistência prestada as

genitoras dos casos de sífilis congênita, as variáveis foram: realização do pré-natal, diagnóstico da sífilis materna, esquema de tratamento da gestante e parceiro tratado concomitante. E para evolução dos casos, as variáveis foram: vivo, óbito por sífilis congênita, aborto, natimorto e ignorado.

O Sistema de Informação de Agravos de Notificação tem como objetivo coletar, transmitir e disseminar dados gerados rotineiramente pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica das três esferas de governo, através de uma rede informatizada, para apoiar o processo de investigação e dar subsídios à análise das informações de vigilância epidemiológica das doenças de notificação compulsória (SUVISA, 2014).

Algumas instituições do município, como as Unidades de Saúde da Família, Centro de Testagem e Aconselhamento e o Hospital Maternidade Luís Argolo foram as instituições notificadoras de sífilis congênita.

3.3. LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi desenvolvida no município de Santo Antônio de Jesus localizado na região do recôncavo do estado da Bahia. A área da unidade territorial do município corresponde a 261 Km² e sua população é de, aproximadamente, 90.985 habitantes de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (IBGE, 2013).

O estudo foi realizado na Vigilância Epidemiológica (VIEP), um departamento dentro da Secretaria de Saúde de Santo Antônio de Jesus, local onde constam todas as notificações compulsórias de casos de sífilis na gestação e congênita.

De acordo a Lei 8080/90, entende-se por vigilância epidemiológica um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos.

3.4. COLETA DE DADOS

Foram utilizados como fonte de coleta dados secundários, os registros das fichas de notificação de sífilis congênita (ANEXO B) do SINAN da Vigilância epidemiológica. O período da coleta dos dados foi de janeiro a fevereiro de 2015.

Após análise, os dados foram digitados e tabulados no programa Statistical Package for Social Science for Windows (SPSS) versão 20, software de análise estatística que fornece os principais recursos necessários para executar um processo de análise do início ao fim.

O SPSS fornece ferramentas de análise estatística essenciais para cada etapa do processo analítico, como: ampla faixa de procedimentos estatísticos para conduzir análise precisa; técnicas integradas para preparar dados para análises rápidas e fáceis; relatório de funcionalidade sofisticada para criação e gráfico altamente eficaz; recursos de visualização eficientes que mostram claramente a importância de seus achados; e suporte para todos os tipos de dados incluindo conjuntos de dados bem grandes.

3.5 ASPECTOS ÉTICOS

Este trabalho foi recorte do projeto matriz, intitulado Estratégias de enfrentamento da feminização do HIV/AIDS em Santo Antônio de Jesus-Bahia, parte do Programa de Educação pelo Trabalho (PET) para a Saúde/ Subárea Vigilância em Saúde (regulamentada pela Portaria Interministerial MS/MEC nº 421/2010), aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) com o parecer de número 191.710 (ANEXO A). Respeitando todos os aspectos éticos da pesquisa com seres humanos, Resolução 466/2012.

4. RESULTADO E DISCUSSÃO

- PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DAS GENITORAS DOS CASOS DE SÍFILIS CONGÊNITA

Apesar de se conhecer o agente etiológico da sífilis, o tratamento disponível bem como as formas de prevenção, a doença continua presente na sociedade com um quantitativo significativo, que chama a atenção das autoridades para medidas preventivas e controle da doença.

Para entender o contexto das DST/AIDS na sociedade, é necessário o estudo da geografia social da epidemia dessas doenças incorporando diferentes contextos socioculturais, e por sua transmissão ocorrer a partir das relações íntimas entre os indivíduos, sendo essas relações pluri determinadas pela agregação e pela complexidade do sujeito em seu contexto singular, relacionado aos padrões macrossociais, culturais e econômicos (RODRIGUES; PERREAULT, 2013, p. 2).

Essa afirmativa também serve para o entendimento do contexto epidemiológico da sífilis, existindo dessa forma uma forte correlação entre a geografia microrregional e alguns indicadores sociodemográficos como a etnia, a classe social, a escolaridade e até mesmo a linguagem, que contribuem para a disseminação da patologia (RODRIGUES; PERREAULT, 2013).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) realizou um estudo com o intuito de comparar a situação da assistência pré-natal entre os países em desenvolvimento, notando que havia disparidades de acesso e uso de serviços que apresentam estreita relação com o local de residência, o nível de escolaridade e a distribuição de renda, assim como também, foi verificada a diferença no acesso a cuidados especializados de pré-natal entre as mulheres ricas e pobres, e entre as áreas urbanas e rurais (CARDOSO; MENDES; MELÉNDEZ, 2013).

O resultado deste trabalho retrata basicamente o que foi encontrado no estudo realizado pela OMS, só que em um município do interior da Bahia. No que se

refere à moradia 75% das genitoras referiram morar em zona urbana do município em estudo, o que facilita o acesso aos serviços de saúde, em relação as que são da zona rural 25%. “Particularmente no Brasil, o acesso da população rural aos serviços de saúde ainda é um grande desafio para o SUS” (CARDOSO; MENDES; MELÉNDEZ, 2013, p. 87).

Quanto à faixa etária das genitoras, prevaleceu à idade de 20-30 anos, apresentando 13 casos dos 24 notificados, correspondendo 54%. Já na faixa etária de 31 a 40 anos foram registrados nove mulheres nessas idades, perfazendo um total de 38%. O menor índice de ocorrência foi entre menores de 20 anos de idade com apenas 8% dos casos. Em relação à autodeclaração de cor, 16 genitoras se declararam pardas (67%), cinco delas declaram pretas (24%) e apenas uma genitora informou ter raça/cor branca (4%).

Tabela 1. Perfil sociodemográfico das genitoras dos casos notificados de sífilis congênita. Santo Antônio de Jesus, Bahia, Brasil, 2013 a 2014 (n=24).

Variáveis		n	%
Zona	Urbana	18	75
	Rural	6	25
Idade Materna	16 a 19 anos	2	8
	20 a 30 anos	13	54
	31 a 40 anos	9	38
Raça/Cor Materna	Branca	1	4
	Preta	5	21
	Parda	16	67
	Ausentes	2	8
Escolaridade	1º a 4º série incompleto do Ensino Fundamental (antigo primário ou 1º grau)	4	17
	4º série completa do Ensino Fundamental (antigo primário ou 1º grau)	3	13
	5º a 8º série incompleta do Ensino Fundamental (antigo ginásio ou 1º grau)	9	38
	Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau)	1	4
	Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau)	1	4

	Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau)	2	8
	Ignorados	2	8
	Ausentes	2	8
Ocupação	Gari	1	4
	Desempregada	4	17
	Doméstica	3	12,5
	Dona de casa/ Do lar	9	38
	Estudante	3	12,5
	Lavradora/ Trabalhadora Rural	2	8
	Ignorados	2	8

FONTE: Banco de dados do projeto Estratégias de enfrentamento da feminização do HIV/AIDS em Santo Antônio de Jesus-Bahia, 2015.

Notamos que 38% das mães de RNs com sífilis congênita apresentavam o ensino fundamental incompleto, tivemos 17% das mulheres com 1º grau incompleto, seguido por 13% das que tiveram o 1º grau completo, e 8% foram ignorados e ausentes, respectivamente. No que se trata da ocupação das genitoras, observamos que nove delas (38%) declaram ser dona de casa/do lar, atividade no qual não é remunerada. Seguido por 17% (quatro mulheres), informaram estar desempregadas, 12,5% (três delas) disseram ser doméstica, aproximadamente 12,5% (três delas) informaram ser estudante, enquanto que as trabalhadoras rurais/lavradoras representaram 8%, seguido de 4% por gari e 8% foram ignorados. Chamamos atenção para as porcentagens de casos ignorados e ausentes, tanto na escolaridade quanto na ocupação dessas genitoras, o que acaba deixando lacunas para o estudo, pois não se sabe os motivos pelos quais não foram preenchidos, deixando indagações sobre a confiabilidade dos dados notificados.

As mulheres diagnosticadas com sífilis durante a gestação e que transmitiram aos seus conceitos à sífilis congênita, correspondem a segmentos mais empobrecidos da população e com baixa escolaridade (SARACENI e LEAL, 2003). O ponto de vista econômico está relacionado à limitação financeira quando não se tem condições de obter uma assistência satisfatória e sob o ponto de vista político se relaciona com a construção de estratégias que atinjam de maneira produtiva e efetiva os indivíduos comprometidos pela doença (AYRES, 2011).

- CARACTERIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRESTADA AS GENITORAS DOS CASOS DE SÍFILIS CONGÊNITA

A assistência pré-natal compreende um conjunto de cuidados e procedimentos que visa preservar a saúde da gestante e do concepto, e quando realizada com qualidade, a profilaxia e a detecção precoce das complicações próprias da gestação são asseguradas, assim também como o tratamento adequado de doenças maternas pré-existentes (GRANJEIRO; DIÓGENES; MOURA, 2008).

A expansão do Programa Saúde da Família (PSF) tem sido decisiva para a ampliação do direito ao pré-natal. Para o Ministério da Saúde (2006), o pré-natal tem impactado positivamente e diretamente nos indicadores de saúde, especialmente na mortalidade materna e na mortalidade infantil, porque subsidia processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde direcionadas à assistência, diagnóstica e trata os casos de sífilis congênita e previne e controla as doenças de transmissão vertical. (REDE, 2008)

Na tabela 2 foram concentradas algumas informações que demonstram a distribuição de algumas variáveis que referem à assistência prestada a gestante (realização do pré-natal, momento diagnóstico materno, esquema de tratamento da gestante e parceiro tratado concomitante), no município de Santo Antônio de Jesus, nos anos de 2013 a 2014.

Vale ressaltar que apesar dos 25 casos notificados de sífilis congênita registrados na pesquisa, são apenas contabilizadas 24 gestantes, sendo que uma delas apresentou uma gestação gemelar.

“O pré-natal é de suma importância para assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impactar na saúde materna, abordando aspectos psicossociais, atividades educativas e preventivas” (BRASIL, 2013, p.33). O início precoce do pré-natal é essencial para a adequada assistência, por isso a Organização Mundial da Saúde (OMS) define que:

O número ideal de consultas de pré-natal adequado teria que ser igual ou superior a seis, e que com um número reduzido de consultas (porém, com maior ênfase para o conteúdo de cada uma delas) em

casos de pacientes de baixo risco, não haja aumento de resultados perinatais (BRASIL, 2013, p. 62).

Ao analisar o preenchimento da ficha de notificação de sífilis na gestação, obtivemos 19 gestantes que realizaram o pré-natal (79%), e apenas cinco (21%) não realizaram. A partir desses resultados alguns questionamentos surgiram a respeito dessa variável. Como saber se realmente foi realizado o pré-natal? Em quantas consultas essas gestantes compareceram, para afirmar que foi realizado um pré-natal? A ficha de notificação deixa lacunas quanto à fidedignidade desses resultados, não podendo dessa forma avaliar a qualidade desse pré-natal. Para isso haveria a necessidade do detalhamento do que se é informado pela gestante e o que é coletado pelo profissional de saúde.

Os dados também nos permitem analisar a oportunidade de a mãe receber o tratamento prévio ao parto, prevenindo assim a transmissão vertical. Das 24 gestantes, oito delas (33%) realizaram o diagnóstico de sífilis no pré-natal, sendo que cinco dessas estariam no 2º trimestre da gestação e apenas uma no 3º trimestre da gestação. Já no momento do parto/curetagem foram notificadas seis (25%) e 10 (42%) após o parto, ou seja, 67% do total de casos de SC não teriam tido o tempo mínimo para realizar o tratamento prévio da sífilis materna em 30 dias antes do parto conforme preconiza o Ministério da Saúde, configurando-se dessa forma como tratamento inadequado, de acordo com a definição de caso de SC.

Tabela 2. Caracterização da assistência prestada às genitoras dos casos de sífilis congênita, em Santo Antônio de Jesus, nos anos de 2013 a 2014.

VARIÁVEIS	N	%
Realizou Pré-Natal		
Sim	19	79
Não	5	21
Diagnóstico da Sífilis Materna		
Durante o pré-natal	8	33
No momento do parto/curetagem	6	25
Após o parto	10	42
Esquema de Tratamento da gestante		

Adequado	3	13
Inadequado	18	75
Não realizado	2	8
Ignorado	1	4
Parceiro Tratado Concomitantemente		
Sim	4	16,5
Não	16	67
Ignorado	4	16,5

FONTE: Banco de dados do projeto Estratégias de enfrentamento da feminização do HIV/AIDS em Santo Antônio de Jesus-Bahia, 2015.

De acordo com o Ministério da Saúde (2006b) tratamento adequado é todo tratamento completo, adequado ao estágio da doença, feito com penicilina e finalizado pelo menos 30 dias antes do parto, tendo sido o parceiro tratado concomitantemente. Do total de 24 genitoras dos casos de sífilis congênita notificados, 13% (três) foram considerados adequados, 8% (dois) tiveram o tratamento materno não realizado, 4% (um) foram ignorados. O tratamento inadequado superou as estatísticas, correspondendo a 75% (18) dos casos, sendo definido pelo Ministério da Saúde como:

Todo tratamento feito com qualquer medicamento que não a penicilina; ou tratamento incompleto, mesmo tendo sido feito com penicilina; ou tratamento não adequado para a fase clínica da doença; ou a instituição do tratamento com menos de 30 dias antes do parto; ou elevação dos títulos após o tratamento, no seguimento; ou quando o(s) parceiro(s) não foi (ram) tratado(s) inadequadamente, ou quando não se tem essa informação disponível. (BRASIL, 2006a, p. 47)

Diante das 24 genitoras dos casos de sífilis congênita, 18 foram notificadas como tratamento materno inadequado no SINAN, sendo possível identificar que desses tratamentos inadequados, 16 (67%) deles o parceiro não foi tratado, fator indicativo de falha ou tratamento inadequado. Enquanto que 16,5% (quatro casos)

notificados teriam tido o parceiro tratado concomitantemente à gestante, fato que a priori seria um motivo para garantir o tratamento adequado materno e prevenir a transmissão vertical da sífilis, e quatro casos (16,5%) dos casos notificados no período tiveram como “ignorado” o registro deste dado.

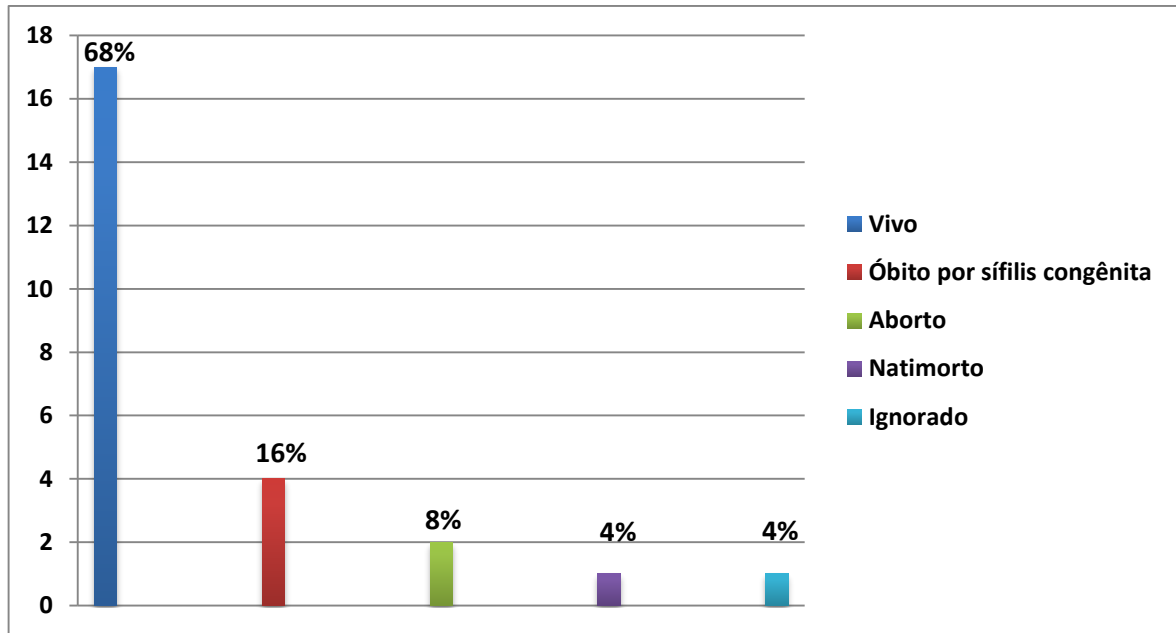
- EVOLUÇÃO DOS CASOS DE SÍFILIS CONGÊNITA

A sífilis congênita é decorrente da disseminação hematogênica do *Treponema pallidum* da gestante não tratada ou tratada inadequadamente para o seu conceito, por via transplacentária (BRASIL, 2006b). A infecção do conceito pode acarretar em abortamento, óbito fetal e morte neonatal. São assintomáticos ao nascer em torno de 50% dos recém-nascidos infectados, o que pode retardar o diagnóstico da criança e piorar seu prognóstico, pois, estando infectadas desenvolverão sequelas graves nos primeiros meses de vida, se não tratadas (VAZ, 2008).

A sífilis congênita é dividida em dois períodos: a precoce (até o segundo ano de vida) e a tardia (surge após segundo ano de vida). Sendo uma doença de notificação compulsória, todos os casos detectados devem ser reportados ao Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN) através do preenchimento e envio da Ficha de Notificação e Investigação Epidemiológica de caso de Sífilis Congênita, que de acordo com a Lei nº 6.259, deve ser preenchida por profissionais de saúde no exercício de sua função (SES-SP, 2008).

O gráfico abaixo demonstra os casos de sífilis congênita notificados segundo a evolução, no município de Santo Antônio de Jesus-Ba, nos anos de 2013 a 2014.

Gráfico 1. Distribuição percentual dos casos de sífilis congênita segundo a evolução. Santo Antônio de Jesus-Ba, nos anos de 2013 a 2014.



FONTE: Banco de dados do projeto Estratégias de enfrentamento da feminização do HIV/AIDS em Santo Antônio de Jesus-Bahia, 2015.

Para fins de vigilância epidemiológica, atualmente é utilizada como definição de caso de sífilis congênita elaborada em 2004 pelo Ministério da saúde e assim deverá ser notificados todos que forem:

- 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;
- 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;
- Todo indivíduo com menos de 13 anos de idade, com teste não treponêmico reagente e evidência clínica ou líquórica ou radiológica de sífilis congênita;

- Toda situação de evidência de *Treponema pallidum* em placenta ou cordão umbilical e/ou amostra de lesão, biópsia ou necropsia de criança, aborto ou natimorto (BRASIL, 2006a, págs. 29, 30,32).

Nota-se que dentre os casos notificados no município de Santo Antônio de Jesus-Ba, 68% dos casos sobreviveram, sendo considerada sífilis congênita precoce, que se caracteriza até o segundo ano de vida, o que se justifica pela notificação ter acontecido logo após o parto. De acordo com o Manual de Pré-Natal de Baixo Risco do Ministério da Saúde (2012), é nesse período da sífilis congênita, que deve ser diagnosticada por meio de uma avaliação epidemiológica criteriosa da situação materna e de avaliações clínica, laboratorial e de estudos de imagem na criança.

“Óbito fetal e natimorto por sífilis são considerado como todo feto morto após 22 semanas de gestação ou com peso igual ou maior do que 500 gramas, cuja mãe portadora de sífilis não foi tratada ou foi inadequadamente tratada” (BRASIL, 2013, p. 202). Entretanto, de acordo com a classificação da ficha de notificação do SINAN, os itens óbito fetal e natimorto, são considerados independentes um do outro, sendo totalizados 16% de óbitos por sífilis e 4% apenas natimorto. Se pelo Ministério da Saúde são itens com mesma definição, porque há a distinção dos mesmos na ficha onde são notificados? Será que não haveria a necessidade de rever significados e uma melhor formulação da ficha de notificação?

Em relação as situações de aborto por sífilis, obtivemos 8% da evolução dos casos de SC em Santo Antônio de Jesus. “Aborto por sífilis é caracterizado por toda perda gestacional ocorrida antes de 22 semanas de gestação ou com peso do feto menor do que 500 gramas, cuja mãe é portadora de sífilis e não foi tratada ou foi inadequadamente tratada” (BRASIL, 2013, p. 202). Somado a esses números, obtivemos 4% dos casos ignorados, não sabendo por qual motivo não foi classificado.

- FALHAS DE NOTIFICAÇÃO DA SÍFILIS NA GESTAÇÃO E SÍFILIS CONGÊNITA

A vigilância epidemiológica é descrita pelos autores Komka e Lago (2007) como sendo:

Considerada o fundamento para o controle de doenças em saúde pública. São a partir dos dados notificados pela vigilância, que os problemas de saúde pública são identificados e descritos, determinando as principais prioridades, para que se possa dirigir o foco das intervenções e assim, avaliar os programas (KONKA; LAGO 2007, p. 206).

A vigilância epidemiológica pode ser passiva ou ativa, sendo a mais empregada é a vigilância passiva, na qual são enviados formulários, juntamente com instruções de preenchimento, àqueles que são solicitados a notificar doenças, como médicos, laboratórios e hospitais, esperando-se que informem todos os casos de doenças notificáveis por eles atendidos (KONKA; LAGO, 2007).

Para se estabelecer uma política de controle de doenças, uma série de fatores deve ser analisada para que a notificação aconteça de forma correta e não deixe espaços para viés no momento do preenchimento das fichas de notificações. Para isso, devemos lembrar que a sífilis na gestação e a sífilis congênita são consideradas notificações compulsórias aprovadas por Portarias do Ministério da Saúde.

Após análise do trabalho, algumas falhas nas notificações foram encontradas, deixando espaços para uma interpretação errônea dos resultados, pois quanto mais próximos da realidade estiverem os dados informados, mais fidedigno será o planejamento das ações em saúde ao objetivo de intervir com eficácia sobre o agravo (COELI et al., 2009).

O preenchimento das fichas de notificação de forma inadequada pelos profissionais ou itens sem preenchimento, tanto na ficha de sífilis na gestação quanto a de sífilis congênita, assim como um quantitativo considerável de lacunas ignoradas, foram entraves encontrados neste estudo. Nas variáveis raça/cor e ocupação, juntamente com a escolaridade das genitoras dos casos de sífilis congênita, constataram que 8% delas constavam como ausentes e ignoradas, respectivamente. No que concerne à caracterização da assistência prestada as genitoras 4% (uma delas), teve o esquema de tratamento ignorado, e 16,5% (quatro

parceiros) não forma tratados concomitante com suas parceiras. No que diz respeito a evolução dos casos de sífilis congênita 4% foram ignorados (um caso).

A maioria dos profissionais de saúde no país entende que o preenchimento dos instrumentos de coleta de dados é uma atividade meramente burocrática, uma parte menos nobre e importante do seu processo de trabalho, o que acaba gerando deficiências na abrangência e qualidade dos dados (LAGUARDIA et al., 2004).

A qualidade da informação em saúde no Brasil ainda é muito precária, pois, ainda há uma infinidade de papéis que são preenchidos à mão e que são encaminhados de um setor ao outro, ocasionando demoras na alimentação do sistema, perdas e erros. “O problema ainda é agravado pela inexistência de rotinas de crítica dos dados digitados no sistema ou para detecção de inconsistências, comprometendo as análises epidemiológicas” (LUZ; PEDROSA, 2005, p. 115).

Não basta apenas avaliar os dados que o monitoramento constante exercido pela notificação de doenças compulsórias permite é preciso um acompanhamento constante da situação das bases de dados. O estudo de confiabilidade traz uma excelente oportunidade de verificar a situação delas (SARACELI et al., 2005a).

Isso é observado também na clareza da construção das perguntas do formulário, como por exemplo: se a sífilis foi diagnosticada na unidade de saúde, em que momento isso aconteceu, em uma campanha ou durante o pré-natal? É preciso mais objetividade e exatidão nas perguntas e respostas contidas nas fichas de notificação, (em relação ao acompanhamento do pré-natal, quantas consultas essas gestantes já compareceram? Em que momento elas pararam de ir às consultas?). Também devemos nos atentar aos dados que se refere ao tratamento da gestante e do parceiro. Perguntas concisas e claras que demonstrem se esse tratamento foi completo, se não foi, em que momento ela e/ou ele interrompeu o tratamento, quantas doses foram administradas. São dúvidas como essas, que deixam dúvidas sobre a fidedignidade dos dados coletados.

Toda essa questão mencionada anteriormente nos remete a refletir sobre a integralidade da assistência que está sendo prestada a esses indivíduos. Entende-se por integralidade, além de uma diretriz do Sistema Único de Saúde (SUS), um direito que as pessoas têm de serem atendidas no conjunto de suas necessidades e de forma que o Estado ofereça serviços de saúde organizados para atender estas necessidades de maneira integral, bem como profissionais mais responsáveis pelos resultados das práticas de atenção, podendo ser capazes de acolher o indivíduo e

criar vínculo e de se sensibilizarem com as dimensões do processo saúde/doença inscritas no âmbito da epidemiologia ou terapêuticas (PRADO, 2005; PINHO; SIQUEIRA; PINHO, 2006).

Bem como para Tavares e colaboradores (2012):

A melhorar os resultados desses indicadores e, por consequência, a qualidade dos serviços prestados à população requer nova forma de conceber o sistema de saúde, que abrange a transformação das relações de trabalho da equipe de saúde; o repensar da prestação de um serviço pura e simplesmente entendido como o cumprimento da realização de atos formais e burocráticos; e uma nova forma de olhar o paciente, de escuta do outro, de disponibilidade e responsabilização, visando à integralidade do cuidado (p. 34).

As ações da vigilância epidemiológica, especialmente a nível local, têm concentrado esforços na coleta de dados e investigação de casos e, apesar desta etapa se constituir na base da vigilância, os dados, isoladamente não fará sentido sem sua posterior análise, interpretação e disseminação das informações de forma integralizada (LUZ; PEDROSA, 2005).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Há um longo caminho a se percorrer para eliminação da sífilis. Deste modo, reafirmo a importância da utilização das taxas de sífilis congênita como um indicador da assistência pré-natal. Pois, através de uma assistência integrada e de qualidade, é que o cenário da sífilis congênita pode ser mudado.

Este estudo objetivou-se analisar os casos de sífilis congênita notificados em Santo Antônio de Jesus, município do Recôncavo da Bahia, nos anos de 2013 a 2014, sendo alcançado a partir dos resultados obtidos.

Após a análise, pode-se observar que o perfil sociodemográfico das genitoras dos casos de sífilis congênita está intimamente ligado às questões históricas e culturais do local no qual estão inseridas. Por estarem situadas no recôncavo da Bahia, as mulheres pardas e negras, com o nível de escolaridade baixo e ocupação informal, são as que menos têm acesso às informações e as oportunidades, além de serem mais vulneráveis a situações de risco.

Por isso, destaca-se a necessidade de formação de profissionais de saúde que prestem uma assistência de qualidade e integral a esses indivíduos atendidos nos serviços de saúde. Quando essa assistência é realizada de forma correta, o indivíduo é visto como um ser holístico, sendo ele entendido no contexto físico, social, histórico e cultural do qual faz parte.

No que concerne à integralidade da assistência que se presta às gestantes, nota-se que os atendimentos de pré-natal são realizados de acordo com as demandas do município. Havendo a preocupação de que toda gestante com sífilis tenha seu diagnóstico detectado precocemente, para que o tratamento juntamente com o parceiro seja efetivo.

Assim sendo, necessário se faz o tratamento rotineiro dos parceiros das gestantes portadoras de sífilis, durante o pré-natal, para que todas as orientações sejam dadas ao casal, e dessa forma saibam das possibilidades de reinfecção da doença, o tratamento a ser realizado e o risco da transmissão vertical, acarretando no desfecho da sífilis congênita. Atentando sempre para uma abordagem de maneira horizontal, respeitando a autonomia e o contexto sociocultural dos sujeitos assistidos.

Cabe ressaltar que existem muitas questões que envolvem a passividade e a falta de empoderamento das mulheres na relação. Isso envolve desde o momento que a mulher permite o ato sexual sem o uso de preservativos; o momento de não negar a prática do ato sexual ao seu parceiro enquanto está em fase de tratamento de uma doença como a sífilis, e até mesmo o fato de não convencê-los a se tratarem juntamente com elas, são algumas das questões de vulnerabilidade de cunho social, programático e institucional.

Alguns foram os entraves e limitações para a construção desse estudo. Um entrave foi a falta de medicamento específico para o tratamento da gestante e do feto, a penicilina, o que agravou a quantidade de casos de sífilis congênita notificados nesses últimos anos. Por ser a única medicação que consegue prevenir a transmissão vertical, a penicilina tem faltado em todo território nacional, por carência de matéria prima para produção da mesma.

Em relação aos entraves, destaco o preenchimento inadequado e/ou incompletos das fichas de notificação, que acabam repercutindo negativamente no planejamento das ações de saúde para enfrentamento da doença. Portanto, faz-se necessário a reavaliação do instrumento utilizado pela equipe de saúde para notificar sobre a população acometida pela sífilis e sífilis congênita. Para que haja objetividade do questionário da ficha; clareza sobre os dados coletados pelos profissionais que registram; além de uma sistematização mais eficiente, para que as informações não sejam perdidas, não fiquem incompletas, nem sejam ignoradas.

Para alcançar uma assistência integral, sabe-se que é um grande desafio que envolve todos os atores implicados nos serviços de saúde e que prestam assistência. A dificuldade para formulação de políticas, quanto para a construção do conhecimento e implementação das práticas de saúde, não depende apenas desses atores, mas também da frequente omissão dos governos em investir no preparo de seus recursos humanos.

Por isso, faz-se indispensável à capacitação de todos os profissionais de saúde envolvidos no preenchimento adequado das fichas de notificação. Uma vez que, a notificação foi uma das vertentes observada como frágil, revelando como fator complicador da coleta dos dados, tornando-se assim imprescindível.

Na tentativa de melhorar e ampliar o acesso da qualidade da atenção pré-natal, da assistência ao parto e ao puerpério e das crianças até 24 meses, foi criada a Rede Cegonha. Que a partir do seu funcionamento, promoveu melhoras em

alguns indicadores de morbimortalidade materno infantil, refletindo no crescimento dos números de casos de sífilis identificados na gestação. Entretanto, para sua efetiva implantação e funcionamento, a Rede Cegonha ainda encontra diversas dificuldades pelo caminho, contudo, necessário se faz a participação de todos para consolidação desse projeto, para que dessa forma se consiga a qualidade da assistência do pré-natal que tanto se deseja e a eliminação de doenças com a sífilis congênita.

REFERÊNCIAS

AMARAL, Eliana. Sífilis na gravidez e óbito fetal: de volta para o futuro. **Revista Brasileira Ginecologia Obstétrica** 2012;34(2):52-5. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v34n2/a02v34n2.pdf>

ARAÚJO, MariaAlix Leite.; LEITÃO, Glóriada Conceição Mesquita. Acesso à consulta a portadores de doenças sexualmente transmissíveis: experiências de homens em uma unidade de saúde de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 21(2):396-403, mar-abr, 2005.

ARAÚJO, Eliete da Cunha; et al. Importância do pré-natal na prevenção da sífilis congênita. **Revista Paraense de Medicina** V.20 (1) janeiro - março 2006. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/rpm/v20n1/v20n1a08.pdf>

ARAÚJO, Cinthia Lociks de et al. Incidência da sífilis congênita no Brasil e sua relação com a Estratégia Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública [online]**. 2012, vol.46, n.3, pp. 479-486. ISSN 0034-8910. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46n3/3477.pdf>

AVELLEIRA, João Carlos Regazzi; BOTTINO, Giuliana. **Sífilis**: diagnóstico, tratamento e controle. *An Bras Dermatol*. 2006;81(2):111-26.

AYRES, J. R. C. M. **Sobre o risco**: para compreender a epidemiologia. São Paulo: Hucitec, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-Natal e Puerpério**: atenção qualificada e humanizada. Brasília; 2005a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Diretrizes para o Controle da Sífilis Congênita**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.

_____. Ministério da Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. **Diretrizes para controle da sífilis congênita**. Brasília; 2006a.

_____. 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. Cadernos de Atenção Básica - n.º 18 – Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS. **Painel de indicadores do SUS**. Ano I - no 1 - Agosto de 2006c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria da Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006d.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria da Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007a.

_____. Ministério da Saúde. Plano Operacional. **Redução da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis**. Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e AIDS. Brasília – DF Brasil, 2007b.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. **Sífilis: Estratégias para Diagnóstico no Brasil**. 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico – Sífilis**. Ano I - nº 1. Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. 2012.

_____. 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.

CARDOSO, Laís Santos de Magalhães; MENDES, Larissa Loures; MELÉNDEZ, Gustavo Velásquez. Diferenças na atenção Pré-Natal nas áreas urbanas e rurais do Brasil: estudo transversal de base populacional. **Revista Mineira de Enfermagem**. 2013 jan/mar; 17(1): 85-92.

CAVALCANTE, Ana Egliny et al. **Diagnóstico e tratamento da sífilis: uma investigação com mulheres assistidas na Atenção Básica em Sobral, Ceará**. DST - J bras Doenças Sex Transm 2012;24(4):239-245 - ISSN: 0103-4065 - ISSN on-line: 2177-8264.

CODATO, Lucimar Aparecida Britto; NAKAMA, Luiza. Pesquisa em saúde: metodologia quantitativa ou qualitativa? **Revista Espaço para a Saúde, Londrina**, v.8, n.1, p.34-35, dez.2006 34. Disponível em: www.ccs.uel.br/espacoparasaude

COELI, C. M.; et al. **Sistemas de Informação em Saúde**. In. MEDRONHO, R. A.(coordenador), Epidemiologia. 2. ed. São Paulo: Editora Atheneu, p. 525-530.2009.

COSTA, Camila Chaves da et al. Sífilis congênita no Ceará: análise epidemiológica de uma década. **Revista Escola Enfermagem USP** 2013; 47(1):152-9. Disponível em: www.ee.usp.br/reeusp/

DALFOVO, Michael Samir; LANA, Rogério Adilson; SILVEIRA, Amélia. Métodos quantitativos e qualitativos: um resgate teórico. **Revista Interdisciplinar Científica Aplicada, Blumenau**, v.2, n.4, p.01-13, Sem II. 2008. ISSN 1980-7031

DIEHL, Astor Antonio. **Pesquisa em ciências sociais aplicadas: métodos e técnicas**. São Paulo: Prentice Hall, 2004.

FERREIRA, VMB; Portela MC. Avaliação da subnotificação de casos de Aids no Município do Rio de Janeiro com base em dados do sistema de informações hospitalares do Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, 1999;15(2): 317-324.

GRANJEIRO, Gisele Ribeiro; DIÓGENES, Maria Albertina Rocha; MOURA, Escolástica Rejane Ferreira. Atenção Pré-Natal no Município de Quixadá-CE segundo indicadores de processo do SISPRENATAL. **Revista Escola Enfermagem USP** 2008;42(1):105-11. www.ee.usp.br/reeusp/

KOMKA, Maria Regina; LAGO, Eleonor Gastal. **Sífilis congênita: notificação e realidade**. Scientia Medica, Porto Alegre, v. 17, n. 4, p. 205-211, out./dez. 2007.

LAGUARDIA, Josué et al. **Sistema de informação de agravos de notificação em saúde (Sinan): desafios no desenvolvimento de um sistema de informação em saúde**. Epidemiol. Serv. Saúde [online]. 2004, vol.13, n.3, pp. 135-146. ISSN 1679-4974.

LORENZI, Dino Roberto Soares de; MADI, José Mauro. **Sífilis Congênita como Indicador de Assistência Pré-natal**. RBGO - v. 23, nº 10, 2001.

_____, Dino Roberto Soares; FIAMINGHI, L.C.; ARTICO, G.R. **Transmissão vertical da sífilis: prevenção, diagnóstico e tratamento.** *Femina*, Vol. 37, Nº 02. 2009.

LUZ, Tatiana C.B.; PEDROSA, Michele L. **A subnotificação de casos de Doenças Sexualmente Transmissíveis: a situação do estado Do Rio De Janeiro.** *DST – J bras Doenças Sex Transm* 17(2): 111-116, 2005.

MARTINS, Laura B. Motaet al. Fatores associados ao uso de preservativo masculino e ao conhecimento sobre DST/AIDS em adolescentes de escolas públicas e privadas do Município de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro*, 22(2):315-323, fev, 2006.

PAZ, Leidijany Costaet al. Nova definição de casos de Sífilis Congênita para fins de vigilância epidemiológica no Brasil, 2004. *Revista Brasileira Enfermagem*. 2005 jul-ago; 58(4):486-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n4/a21v58n4.pdf>

PINHO, Ilka Chediak; SIQUEIRA, Josilucy Cristine Brito Aguiar; PINHO, Lícia Maria Oliveira. As percepções do enfermeiro acerca da integralidade da assistência. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 08 n. 01, p.42 – 51, 2006.

PRADO, SRLA. **Integralidade: um estudo a partir da atenção básica à saúde da criança em modelos assistenciais distintos**[tese]. São Paulo (SP): EEUSP/Programa de PósGraduaçãoem Enfermagem; 2005.

REDE Interagencial de Informação para a Saúde. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações.** Rede Interagencial de Informação para a Saúde - Ripsa. – 2. ed. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.

REIS, Cássia Barbosa; ANDRADE, Sônia Maria Oliveira de. **Representações sociais das enfermeiras sobre a integralidade na assistência à saúde da mulher na rede básica.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(1):61-70, 2008.

RODRIGUES, Cosete Silva; PERREAU, Michel. **A feminização do HIV/AIDS sob a perspectiva de mulheres infectadas: uma questão de gênero.** Seminário Internacional Enlaçando Sexualidades. Maio de 2013. Universidade do Estado da Bahia, Campus I, Salvador-Ba.

SARACENI, Valéria, LEAL, MC. Avaliação da efetividade das campanhas para eliminação da sífilis congênita na redução da morbi-mortalidade perinatal. Município do Rio de Janeiro, 1999-2000. **Caderno Saúde Pública**. 2003set./out.;19(5):1341-9.

_____, Valéria et al. Estudo de confiabilidade do SINAN a partir das Campanhas para a eliminação da sífilis congênita no Município do Rio de Janeiro. **Revista Brasileira Epidemiologia** 2005a; 8(4): 419-24.

_____, Valéria et al. Mortalidade perinatal por sífilis congênita: indicador da qualidade da atenção à mulher e à criança. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2005 b, vol.21, n.4, pp. 1244-1250. ISSN 0102-311X.

_____, Valéria et al. Avaliação das campanhas para a eliminação da sífilis congênita, no município do Rio de Janeiro, a partir de um modelo teórico-lógico. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.** [online]. 2005, vol.5, suppl.1, pp. s33-s41. ISSN 1519-3829. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v5s1/27839.pdf>

_____, Valéria et al. **Vigilância da sífilis na gravidez**. Epidemiol. serv.saúde; 16(2): 103-111, 2007.

_____, Valéria; MIRANDA, Angélica Espinosa. Relação entre a cobertura da estratégia saúde da família e o diagnóstico de sífilis na gestação e sífilis congênita. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2012, vol.28, n.3, pp. 490-496. ISSN 0102-311X.

SANTOS, Vanessa Cruz; ANJOS, Karla Ferraz. Sífilis: uma realidade prevenível. Sua erradicação, um desafio atual. **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 2, n. 2, p. 257-263, mai./ago. 2009 - ISSN 1983-1870.

SES-SP - Secretaria de Estado da Saúde. Sífilis congênita e sífilis na gestação. **Revista Saúde Pública** 2008;42(4):768-72 769. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n4/itss.pdf>

SILVA, Leila Rangel et al. O impacto da campanha de combate à sífilis congênita sobre diagnóstico e tratamento de sífilis em mulheres admitidas em uma maternidade municipal do Rio de Janeiro. **Revista pesquisa cuidados fundam. (Online)**; 1(2): 406-416, ago.-dez. 2009.

SUCCI, Regina Célia de Menezes et al. Avaliação da assistência pré-natal em unidades básicas do município de São Paulo. **Revista Latino-Americana**

Enfermagem [online]. 2008, vol.16, n.6, pp. 986-992. ISSN 0104-1169. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n6/pt_08.pdf

SUVISA. **Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde**. Secretária do Estado da Bahia. Disponível em: www.suvisa.saude.ba.gov.br. Acessado em novembro de 2014.

TAVARES, Leonor Henriette de Lannoy Coimbra et al. **Monitoramento das ações pró-redução da transmissão vertical da sífilis na redepública do Distrito Federal**. *Enfermagem em Foco* 2012; 3(1):29-35

TAYRA, Ângela et al. **Dois décadas de vigilância epidemiológica da sífilis congênita no Brasil**: a propósito das definições de caso. *DST – J bras. Doenças Sex. Transm.* 2007; 19(3-4): 111-119 – ISSN: 0103-4065.

VAZ, Maria José Rodrigues. **Sífilis Congênita**: critérios de notificação. *Saúde Coletiva*, vol. 5, núm. 25, novembro-dezembro, 2008, pp. 199-205, Editorial Bolina. Brasil. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=84225503>

VIDAL, Suely Arruda et al. Estudo exploratório de custos e consequências do pré-natal no Programa Saúde da Família. **Revista Saúde Pública [online]**. 2011, vol.45, n.3, pp. 467-474. Epub Mar 25, 2011. ISSN 0034-8910. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n3/2036.pdf>

XIMENES, Izabel Patrícia Ernesto et al. Incidência e controle da sífilis congênita no Ceará. **Revista Rene Fortaleza**, v. 9, n. 3, p. 74-80, jul./set.2008.

XIMENES NETO, Francisco Rosemiro Guimarães; CUNHA, Isabel Cristina KowalOlm. **Integralidade na assistência à mulher na prevenção do câncer cérvico-uterino**: um estudo de caso. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2006 Jul-Set; 15(3): 427-33.

ANEXOS

ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP (Estratégias de enfrentamento da feminização do HIV/AIDS em Santo Antônio de Jesus, Bahia).

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RECÔNCAVO DA BAHIA -
UFRB



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Estratégias de enfrentamento da feminização do HIV/AIDS em Santo Antônio de Jesus, Bahia

Pesquisador: Lilian Conceição Guimarães de Almeida

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 02796512.0.0000.0056

Instituição Proponente: Universidade Federal do Recôncavo da Bahia - UFRB

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 191.710

Data da Relatoria: 18/02/2013

Apresentação do Projeto:

"Este estudo tem o objetivo de Traçar estratégias de enfrentamento a feminização do HIV/AIDS em Santo Antônio de Jesus. A pesquisa terá uma abordagem de cunho qualitativo, tendo como sujeitos mulheres atendidas em unidades de saúde do município de Santo Antônio de Jesus-Bahia, as técnicas de coleta dos dados serão a observação, que será registrada em um diário de campo, a análise documental e a entrevista semi-estruturada gravada eletronicamente e transcrita na íntegra. A relevância deste estudo deve-se ao fato de ser fundamental a implementação de ações que venham a contribuir com a redução da feminização da infecção pelo HIV/AIDS, este projeto tem um caráter intervencionista, assim buscaremos ao final do estudo, com base nos resultados encontrados estabelecer parcerias com setores governamentais e não governamentais para discutir e propor ações estratégicas de prevenção ao HIV/AIDS na população estudada. O cenário nacional da pandemia da Aids sinaliza para o processo de feminização e de interiorização da infecção, ou seja duas situações de extrema magnitude e que urge por soluções. A dinâmica em que ocorre a

Infecção pelo HIV em mulheres é complexa e multicausal, pois envolve discussões que extrapolam o universo do comportamento individual, assim devemos ampliar as considerações para aspectos como a vulnerabilidade, seja ela individual, social ou programática, além disso os contextos em que podem estar inseridas também podem favorecer a infecção".

Objetivo da Pesquisa:

Endereço:	S/N	CEP:	44.380-000
Bairro:	S/N		
UF:	BA	Município:	CRUZ DAS ALMAS
Telefone:	(75)3821-1293	Fax:	(75)3821-9767
		E-mail:	secgab@ufrb.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RECÔNCAVO DA BAHIA -
UFRB



Objetivo Primário:

-Traçar estratégias de enfrentamento a feminização do HIV/Aids em Santo Antônio de Jesus”.

Objetivo Secundário:

- “Identificar os contextos de vulnerabilidade a infecção pelo HIV/Aids em mulheres de Santo Antônio de Jesus;-Avaliar a distribuição de insumos de prevenção da infecção por HIV/Aids às mulheres em Santo Antônio de Jesus; -Traçar o fluxo de atendimento às mulheres com DST;-Conhecer as estratégias de sensibilização para realização de testes sorológico para diagnóstico de HIV/Aids em mulheres de Santo Antônio de Jesus”;

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

“As informações obtidas serão utilizadas apenas com fins acadêmicos evitando dano ou constrangimento a todos os envolvidos na pesquisa. Ressalta-se o compromisso com a transcrição literal do discurso e das observações, sendo fidedigna e opondo-se a qualquer distorção do conteúdo das mesmas. As mulheres para serem entrevistadas deverão ser acompanhadas, assistidas por profissionais dos serviços de saúde que após avaliá-las quanto aos aspectos sociais, físicos e emocionais sinalizarão para a pesquisadora a possibilidade de a entrevista ser realizada. Durante a realização da entrevista diante de qualquer desconforto ou constrangimento o processo de coleta será interrompido”.

Benefícios:

“Os resultados deste estudo podem fornecer maiores subsídios para que sejam traçadas estratégias de enfrentamento a feminização do HIV/Aids, contribuindo para reduzir o número de casos de morbidade e mortalidade em mulheres, favorecendo para o reconhecimento das situações de vulnerabilidade das mulheres a infecção pelo HIV/Aids, ajudará na discussão da eficácia das medidas e dos insumos de prevenção implementados até então. O estudo poderá fornecer dados que subsidiem o atendimento da enfermagem voltado à prevenção do HIV em mulheres, dando ênfase a implementação de tecnologias de relação na área da saúde, discutindo o acolhimento, a escuta ativa, questões de gênero, violência, e a universalização da testagem sorológica com fins de descoberta precoce do diagnóstico, com o aconselhamento pré e pós teste sorológico antecedendo a conduta. Assim, em posse dos resultados desse estudo será possível a melhoria na qualidade de vida e saúde das mulheres, contribuindo para que elas exerçam a sua sexualidade livre do risco de infecção”.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa apresenta relevância científica e social, por buscar traçar “estratégia de enfrentamento da feminização do HIV/Aids em Santo Antônio de Jesus-Bahia”, sendo “estabelecidos planos de ação para discussão e divulgação dos resultados com setores interessados pelo tema como

Endereço:	S/N	CEP:	44.380-000
Bairro:	S/N	Município:	CRUZ DAS ALMAS
UF:	BA	Telefone:	(75)3621-1293
		Fax:	(75)3621-6767
		E-mail:	secgab@ufrb.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RECÔNCAVO DA BAHIA -
UFRB



movimentos sociais, áreas do governo municipal, Programa Municipal de DST/HIV/Aids”.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os Documentos de apresentação obrigatória estão presentes.

Recomendações:

Sugestões para o TCLE:

- Trocar o endereço residencial e telefone pessoal das pesquisadoras por endereço e telefone profissional;
- Informar que o projeto foi cadastrado e aprovado pelo CEP-UFRB e não que esse comitê é responsável por esclarecer “as dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo”.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após nova avaliação do projeto de pesquisa, baseado na Resolução 196/96, concluímos que as pendências foram resolvidas.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O parecer atende as normativas da Resolução 196/96. Lembramos as pesquisadoras que aguardamos relatório final da pesquisa.

CRUZ DAS ALMAS, 31 de Janeiro de 2013

Assinador por:
Daisy Vital dos Santos
(Coordenador)

Endereço: S/N	CEP: 44.380-000
Bairro: S/N	Município: CRUZ DAS ALMAS
UF: BA	E-mail: secgeb@ufrb.edu.br
Telefone: (75)3821-1293	Fax: (75)3821-9787

ANEXO B – FICHA DE NOTIFICAÇÃO/INVESTIGAÇÃO SÍFILIS CONGÊNITA (FRENTE)

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO		Nº
FICHA DE NOTIFICAÇÃO / INVESTIGAÇÃO SÍFILIS CONGÊNITA				
Definição de caso:				
Primeiro Critério: Toda criança, ou aborto, ou natimorto de mãe com evidência clínica para sífilis e/ou com sorologia não treponêmica reagente para sífilis com qualquer titulação, na ausência de teste confirmatório treponêmico, realizada no pré-natal ou no momento do parto ou curetagem, que não tenha sido tratada ou tenha recebido tratamento inadequado.				
Segundo Critério: Todo indivíduo com menos de 13 anos de idade com as seguintes evidências sorológicas: titulações ascendentes (testes não treponêmicos); e/ou testes não treponêmicos reagentes após seis meses de idade (exceto em situação de seguimento terapêutico); e/ou testes treponêmicos reagentes após 18 meses de idade; e/ou títulos em teste não treponêmico maiores do que os da mãe. Em caso de evidência sorológica apenas, deve ser afastada a possibilidade de sífilis adquirida.				
Terceiro Critério: Todo indivíduo com menos de 13 anos de idade, com teste não treponêmico reagente e evidência clínica ou líquórica ou radiológica de sífilis congênita.				
Quarto Critério: Toda situação de evidência de infecção pelo <i>Treponema pallidum</i> em placenta ou cordão umbilical e/ou amostra de lesão, biópsia ou necropsia de criança, aborto ou natimorto.				
Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual
	2	Agravadoença		SÍFILIS CONGÊNITA
	3	Código (CID10)	3	
	4	UF	5	Município de Notificação
	6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código
Notificação Individual	7	Data de Notificação		
	8	Nome do Paciente		9
	10	(ou) Idade	11	Sexo M - Masculino
	12	Desistente		
	13	Raça/Cor		
Dados de Residência	14	Escolaridade		
	15	Número do Cartão SUS		16
	17	UF	18	Município de Residência
	19	Código (IBGE)		20
	21	Bairro		22
	23	Logradouro (rua, avenida,...)		24
	25	Número		26
	27	Complemento (apto., casa, ...)		28
	29	Geo campo 1		30
	31	Geo campo 2		32
Dados Complementares				
Antecedentes Epist. da gestação / mãe	33	Idade da mãe		34
	35	Raça/Cor da mãe		36
	37	Ocupação da mãe		
	38	Escolaridade		
	39	Realizou Pré-Natal neste gestação		40
Dados Lab. da gestação / mãe	41	Unidade de Saúde de realização do pré-natal		42
	43	Diagnóstico de sífilis materna		
	44	Teste não treponêmico no parto/curetagem		45
Trat. da gestação / mãe	46	Teste confirmatório treponêmico no parto/curetagem		47
	48	Esquema de tratamento		49
SÍFILIS CONGÊNITA		Sinan NET		SVS 04/08/2008

FICHA DE NOTIFICAÇÃO/INVESTIGAÇÃO SÍFILIS CONGÊNITA (VERSO)

Ano de Emissão da Carteira	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 de 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 secundária 1 - Sim 2 - Não 3 - Não realizado 9-Ignorado		59 Evidência de <i>Treponema pallidum</i> 1 - Sim 2 - Não 3 - Não realizado 9-Ignorado		
	60 Alteração Líquórica 1 - Sim 2 - Não 3 - Não realizado 9-Ignorado		61 Diagnóstico Radiológico da Criança: Alteração do Exame dos Ossos Longos 1 - Sim 2 - Não 3 - Não realizado 9-Ignorado		
Dados Clínicos da Criança	62 Diagnóstico Clínico 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"/> Ictericia <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Esplenomegalia <input type="checkbox"/> Osteocondrite <input type="checkbox"/> Outro _____ <input type="checkbox"/> Rinite muco-sanguinolenta <input type="checkbox"/> Hepatomegalia <input type="checkbox"/> Lesões Cutâneas <input type="checkbox"/> Pseudoparalisia		
	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 de Unid. de Saúde
	Nome	Função	Assinatura		

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO

Nenhum campo deverá ficar em branco.

Na ausência de informação, usar categoria ignorada.

7 - Anotar a data do diagnóstico ou de evidência laboratorial e/ou clínica da doença de acordo com a definição de caso vigente no momento da notificação.

8 - Nome do Paciente: preencher com o nome completo da criança (sem abreviações); se desconhecido, preencher com **Filho de:** (o nome da mãe).

9 - Data do nascimento: deverá ser anotada em números correspondentes ao dia, mês e ano.

10 - Idade: anotar a idade somente se a data de nascimento for desconhecida.

40 - 50 - 55 - Sorologia não treponêmica: VDRL (Venereal Diseases Research Laboratory) e RPR (Rapid Plasma Reagin); indicados para a triagem e seguimento terapêutico.

43 - 53 - FTA-Abs (Fluorescent Treponemal Antibody-absorption), MHA-Tp (Microhemaglutinação *Treponema pallidum*), TPHA (*Treponema pallidum* Hemaglutinação), ELISA (Enzyme-Linked Immunosorbent Assay); indicados na confirmação diagnóstica e exclusão de resultados de testes não treponêmicos falsos positivos. Em crianças, menores 18 meses de idade, a performance dos testes treponêmicos pode não ser adequada para definição diagnóstica.

44 - Esquema de Tratamento da mãe:

Esquema de Tratamento Adequado:

É todo tratamento completo, com penicilina e adequado para a fase clínica da doença, instituído pelo menos 30 dias antes do parto e parceiro tratado concomitantemente com a gestante.

Esquema de Tratamento Inadequado:

7 É todo tratamento feito com qualquer medicamento que não a penicilina; ou tratamento incompleto, mesmo tendo sido feito com penicilina; ou tratamento não adequado para a fase clínica da doença; ou a instituição do tratamento com menos de 30 dias antes do parto; ou elevação dos títulos após o tratamento, no seguimento; ou quando o(x) parceiro(x) não foi(nem) tratado(x) ou foi(nem) tratado(x) inadequadamente, ou quando não se tem essa informação disponível.

53 - Refere-se ao resultado do teste treponêmico, confirmatório, realizado após os 18 meses de idade da criança. Informar - Não se aplica - quando a idade da criança for menor que 18 meses.

55 - Titulação secundária - Refere-se à comparação dos títulos de sorologia não treponêmica da criança após cada teste realizado durante o esquema de seguimento (VDRL com 1mes, 3, 6, 12 e 18 meses).

59 - Evidência de *T. pallidum* - Registrar a identificação do *Treponema pallidum* por microscopia em material colhido em placenta, lesões cutâneo-mucosas da criança, cordão umbilical, ou necrópsia, pela técnica de campo escuro, imunofluorescência ou outro método específico.

60 - Alteração líquórica - Informar detecção de alterações na celularidade e/ou proteínas ou outra alteração específica no líquido da criança.

63 - Em relação ao tratamento da criança com sífilis congênita consultar o Manual de Sífilis Congênita - Diretrizes para o Controle, 2005.

65 - Informar a evolução do caso de sífilis congênita.

Considera-se óbito por sífilis congênita - o caso de morte do recém-nato, após o nascimento com vida, filho de mãe com sífilis não tratada ou tratada inadequadamente.

Considera-se Aborto - toda perda gestacional, até 22 semanas de gestação ou com peso menor ou igual a 500 gramas.

Considera-se Natimorto - todo feto morto, após 22 semanas de gestação ou com peso maior que 500 gramas.