UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E APLICADAS
DEPARTAMENTO DE ECONOMIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO E ECONOMIA DA SAÚDE

LUCICLEIDE ODÍLIA DO NASCIMENTO NUNES

ANÁLISE DOS DESFECHOS DOS CASOS DE SÍFILIS EM GESTANTES EM CARUARU E SUA RELAÇÃO COM ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL E A OCORRÊNCIA DE TRANSMISSÃO VERTICAL

Recife
2020

LUCICLEIDE ODÍLIA DO NASCIMENTO NUNES

ANÁLISE DOS DESFECHOS DOS CASOS DE SÍFILIS EM GESTANTES EM CARUARU E SUA RELAÇÃO COM ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL E A OCORRÊNCIA DE TRANSMISSÃO VERTICAL

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão e Economia da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Gestão e Economia da Saúde.

Área de Concentração: Gestão e Economia da Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Guilherme Moreira de Melo Filho

Recife

2020

Catalogação na Fonte
Bibliotecária Ângela de Fátima Correia Simões, CRB4-773

N972a Nunes, Lucicleide Odília do Nascimento
Análise dos desfechos dos casos de sífilis em gestantes em Caruaru e sua relação com a assistência pré-natal e a ocorrência de transmissão vertical / Lucicleide Odília do Nascimento Nunes. - 2020.
43 folhas: il. 30 cm.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Guilherme Moreira de Melo Filho.
Dissertação (Mestrado em Gestão e Economia da Saúde) – Universidade Federal de Pernambuco, CCSA, 2020.
Inclui referências e anexos.

1. Sífilis. 2. Transmissão vertical. 3. Assistência pré-natal. I. Melo Filho, Paulo Guilherme Moreira de (Orientador). II. Título.

330.9 CDD (22. ed.) UFPE (CSA 2020 – 118)

LUCICLEIDE ODÍLIA DO NASCIMENTO NUNES

ANÁLISE DOS DESFECHOS DOS CASOS DE SÍFILIS EM GESTANTES EM CARUARU E SUA RELAÇÃO COM ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL E A OCORRÊNCIA DE TRANSMISSÃO VERTICAL

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão e Economia da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Gestão e Economia da Saúde.

Aprovada em: 17/07/2020

Banca Examinadora

Participação via Videoconferência

_____

Profº. Dr. Moacyr Jesus Barreto de Melo Rêgo (Examinador Interno)
Universidade Federal de Pernambuco

Participação via Videoconferência

_____

Profª. Dr. Raul da Mota Silveira Neto (Examinador Interno)
Universidade Federal de Pernambuco

Participação via Videoconferência

_____

Profº. Drª. Amanda Albuquerque (Examinador Externo)
Universidade Federal de Pernambuco

Dedico este trabalho às mães dessa pesquisa que, indiretamente, contribuíram para esse documento científico.

À minha família por toda compreensão, paciência e ajuda. Em especial a minha filha, Hallana Liz, por ser meu combustível diário e motivação para crescer.

AGRADECIMENTOS

Realizar essa pesquisa me proporcionou amadurecimento pessoal, profissional e acadêmico. Partir de análises do dia a dia do meu trabalho e chegar em dados tão específico é instigante e desafiador, além de possibilitar uma visão ampla do que é visto de forma micro.

Tecer os agradecimentos aqui me possibilita lembrar de pessoas importantes nesse processo e reconhecer que ninguém vence sozinho.

A Deus, por meio do qual todas as coisas são possíveis para quem tem fé.

A minha família por acreditar e torcer tanto por mim. Ser de uma família de pais batalhadores, semianalfabetos, caçula de 4 filhos que teve a oportunidade de se formar e seguir uma profissão apesar de todas as dificuldades, me faz lembrar minhas origens e entender a essência que possuo e a vontade de batalhar por meus sonhos. Minha mãe Odília, meu pai José Carlos (in memoria), meus irmãos Nalva, Rosangela e Carlos vocês nem imaginam quanto sou grata por vocês em minha vida.

Ao meu esposo Leandro, pela ajuda e compreensão dos meus momentos de cansaço e ausência. A minha filha Hallana que, apesar de ainda não entender, foi fundamental em todos os momentos.

A minha amiga Elayne, parceira nas longas viagens nas semanas de aulas. Nunca viajamos tanto de Caruaru a Recife, uma estimulando a outra, conversando para não “cogilar” e sendo parceiras em busca do mesmo objetivo. Amiga do mestrado para vida.

A minha amiga Carina, sempre sensata, inteligente, acolhedora, parceira e conselheira. Amiga, sua fé nos contagia e faz querer buscar cada vez mais Deus. Todo sucesso do mundo para você. Amiga para vida.

A minha “babá” Claudia, obrigada por todos os dias que te acordei cedo para deixar meu tesouro aos seus cuidados e cheguei tarde para pegá-la dormindo somente para passar a noite e no outro dia te entregar de novo. Sem você não seria possível a conclusão do mestrado. Obrigada por cuidar de minha filha muitas vezes até melhor que eu. Palavras não são suficientes para expressar meu agradecimento a você.

Ao meu orientador Profº Paulo Melo que sabiamente me conduziu no desenvolvimento desse trabalho, compartilhando experiência, sabedoria e habilidades. Você não sabe o quanto ficava com dor de cabeça nas orientações, mas também como era importante seu olhar além do que eu podia enxergar. Minha admiração por você professor iniciou já desde suas aulas, onde nos instigou a pensar na margem e a entender os trade off, além de também ensinar que as pessoas reagem à incentivos e eu realmente fui incentivada por suas orientações, portanto, meu muito obrigada. Realmente a união de saúde e economia fez sentido em todo processo e hoje é impossível fazer análises dissociadas.

À banca examinadora por se disponibilizar em ler esta pesquisa e contribuir através de olhares experientes e científicos.

A todos que compõe o departamento de Pós Graduação em Gestão e Economia, pela organização e desenvolvimento de uma formação instigante. Em especial à Tunísia, muito prestativa e resolutiva, além de toda atenção que dispensa à nós alunos.

À Secretaria Municipal de Saúde de Caruaru por disponibilizar a autorização da pesquisa e também os dados para construção da mesma.

Aos meus líderes no trabalho, Jobson e Michelle, por terem compreendido a importância dessa formação para mim e terem proporcionado a possibilidade de conciliação de minhas atividades. Vocês foram essenciais nesse processo, meus sinceros agradecimentos.

E para concluir quero lembrar o educador e filósofo brasileiro Paulo Freire: “Não há ensino sem pesquisa e pesquisa sem ensino”, de fato essa caminhada ampliou meus conhecimentos e me fez perceber ainda mais que os resultados advém da arte de pesquisar com diligência.

RESUMO

A sífilis é uma doença infecto-contagiosa sistêmica, de evolução crônica, causada pela bactéria *Treponema Pallidum*. Merece destaque no grupo de gestantes por ser considerada a patologia de maior transmissibilidade com ocorrência de morbidade perinatal e abortamentos. Nesse sentido, o estudo tem como objetivo analisar os desfechos de casos de sífilis em gestantes no Município de Caruaru e correlacionando com assistência pré-natal e ocorrência da transmissão vertical. Trata-se de um estudo retrospectivo e exploratório realizado a partir das bases de dados do SINAN no período de 2014 a 2018. O estudo cumpriu com todos os pré-requisitos éticos e trabalhou com uma amostra total de 305 gestantes e 139 casos de soroconversão. A prevalência da infecção no Município estudado apresentou valores muitos próximos e até maiores quando comparados com o Estado, com notificações de gestantes no terceiro trimestre (61,8%), percentual baixo de tratamento dos parceiros (11,8%) e diagnóstico no momento do parto (59%). Quanto aos casos de sífilis congênita, 9,4% da amostra apresentaram sintomas e 3,5% terminaram com desfechos desfavoráveis como perdas fetais e óbitos neonatais. No julgamento da realização de pré-natal 86,2% o realizaram e, 54,5% tiveram diagnóstico de sífilis materna e em 54,7% houve soroconversão, ou seja transmissão para o recém-nascido. Os resultados possibilitam identificar que a detecção precoce das gestantes, diagnóstico e tratamento, assim como a captação precoce do parceiro são metas necessárias a serem atingidas visando a prevenção da ocorrência da sífilis congênita. Ações como educação continuada para as equipes de saúde e a implementação do pré-natal do parceiro são perspectivas que precisam ser intensificadas.

Palavras-chave: Sífilis. Transmissão vertical. Assistência Pré-natal.

ABSTRACT

Syphilis is a systemic infectious disease, of chronic evolution, caused by the bacterium Treponema Pallidum. It is noteworthy in the group of pregnant women as it is considered the most transmissible pathology with the occurrence of perinatal morbidity and abortions. In this sense, the study aims to analyze the outcomes of syphilis cases in pregnant women in the municipality of Caruaru and correlating it with prenatal care and the occurrence of vertical transmission. In this sense, the study aims to analyze the outcomes of syphilis cases in pregnant women in the municipality of Caruaru and correlating it with prenatal care and the occurrence of vertical transmission. This is a retrospective and exploratory study carried out from the databases in the period from 2014 to 2018. The study met all ethical prerequisites and worked with a total sample of 305 pregnant women and 139 cases of seroconversion. The prevalence of infection in the studied city presented values very close and even higher when compared to the State, with notifications of pregnant women in the third trimester (61.8%), a low percentage of treatment from partners (11.8%) and diagnosis at the time of delivery (59%). As for cases of congenital syphilis, 9.4% of the sample had symptoms and 3.5% ended with unfavorable outcomes such as fetal losses and neonatal deaths. In the judgment of performing prenatal care, 86.2% performed it, 54,5% were diagnosed with maternal syphilis and in 54,7% there was seroconversion, that is, transmission to the newborn. The results make it possible to identify that the early detection of pregnant women, diagnosis and treatment, as well as the early capture of the partner are necessary goals to be achieved aiming at preventing the occurrence of congenital syphilis. Actions such as continuing education for health teams and the implementation of the partner's prenatal care are perspectives that need to be intensified.

Keywords: Neurosyphilis. Vertical transmission. Prenatalcare.

LISTA DE TABELAS

Pág.

Tabela 1. Taxa de Sífilis em Gestante em Caruaru x Pernambuco por 1000 nascidos vivos de gestantes com sífilis, segundo o ano avaliado..... 22

Tabela 2. Distribuição do perfil pessoal das gestantes avaliadas..... 23

Tabela 3. Caracterização da situação clínica das gestantes notificadas..... 24

Tabela 4. Número de casos de sífilis em gestante, sífilis congênita e percentual de sífilis congênita, segundo o ano avaliado..... 26

Tabela 5. Caracterização dos pacientes sífilis congênita..... 26

Tabela 6. Caracterização dos antecedentes clínicos das mães..... 27

Tabela 7. Caracterização epidemiológica dos recém-nascidos..... 27

Tabela 8. Distribuição das gestantes quanto a realização do pré-natal..... 28

Tabela 9. Distribuição das gestantes quanto a realização do pré-natal e ocorrência de soroconversão..... 29

Tabela 10. Distribuição das gestantes que apresentaram soroconversão..... 29

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

MS	Ministério da Saúde
SC	Sífilis Congênita
SG	Sífilis Gestacional
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
VDRL	*Venereal Disease Research Laboratory Test*©
SUS	Sistema Único de Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
DST	Doença Sexualmente Transmissível
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
AIDS	*Acquired Immunodeficiency Syndrome*©
COAP	Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde Conselho
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
PHPN	Programa de Humanização do Parto e Nascimento
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SPSS	*Statistical Package for the Social Sciences*©

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 13
2 OBJETIVOS 15
2.1 Objetivo Geral 15
2.2 Objetivo Específico 15
3 REVISÃO DE LITERARURA 15
3.1 Políticas Públicas no Controle da Sífilis..... 15
3.2 Assistência Pré-natal e Tratamento nos casos de Sífilis..... 18
3.3 Fatores de risco relacionados à Sífilis..... 19
4 METODOLOGIA 21
5 RESULTADOS 22
5.1 Características da Sífilis em Gestantes..... 22
5.2 Características da Sífilis Congênita..... 25
5.3 Características dos casos que realizaram pré-natal..... 28
6 DISCUSSÕES 30
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS 34
REFERÊNCIAS 36
ANEXOS..... 40
Anexo A: Parecer CEP 40
Anexo B: Ficha Notificação Sífilis em Gestante 41
Anexo C: Ficha Notificação Sífilis Congênita 42

1 INTRODUÇÃO

A sífilis é uma doença infecto-contagiosa sistêmica, de evolução crônica, causada pela bactéria *Treponema Pallidum*. De acordo com as manifestações clínicas possui estágio primário, secundário e terciário e caracteriza-se principalmente por presença de úlceras na região genital que desaparecem sem deixar cicatrizes. A doença pode passar anos de forma assintomática dificultando, assim, o conhecimento e consequentemente a busca por tratamento (ANDRADE *et. al.* apud BRASIL, 2014).

Merece destaque a ocorrência dessa doença no grupo de gestantes, caracterizando a sífilis gestacional (SG), devido a possibilidade de ocorrência da sífilis congênita (SC). Esta é caracterizada pela infecção do feto, por via placentária e hematogênica da gestante infectada não tratada ou inadequadamente tratada (LIMA *et. al*., 2013). O quadro clínico, o diagnóstico e o tratamento da sífilis congênita não divergem do período não gestacional, sendo considerada a patologia de maior transmissibilidade durante a gestação, podendo ocorrer em qualquer fase e ser responsável por ocorrências como morbidade perinatal, abortamento espontâneo, natimorto ou morte perinatal (LIMA *et.al*., 2013 e TEIXEIRA et. al., 2018).

A ocorrência da infecção no grupo de recém-nascidos pode ser considerada como um evento grave e de alerta, demonstrando uma falha na assistência pré-natal, uma vez que a doença pode ser detectada e tratada durante atenção à gestante (SCHETINI *et. al*., 2005). O agravo nesses dois grupos, gestantes e recém-nascido, se caracteriza como doença de notificação compulsória, sendo a sífilis congênita notificada desde 1986 e a em gestante, desde 2005 (COSTA *et. al*., 2017).

O tratamento desta infecção foi definido através do advento da Penicilina onde houve redução da incidência da mesma, chegando ao ponto de se prevê ainda na década de 60 que haveria erradicação. No entanto, apesar de todos os métodos diagnósticos e de tratamento estarem disponíveis na rede pública, esta infecção é atual e pode ser considerada reemergente (TOLDO; MENEGAZZO E SOUTO, 2018).

Devido essas características, a sífilis é considerada um grave problema de saúde, mesmo que na maioria dos casos o tratamento seja satisfatório (SCHETINI *et. al*., 2005). A testagem da gestante no pré-natal é uma medida obrigatória e eficaz para diagnóstico e tratamento da infecção. O recém-nascido de uma gestante positiva de sífilis não é considerado, a princípio, um caso de sífilis congênita, desde que o tratamento materno tenha sido adequado (HEBMULLER, FLORI e LAGO, 2015).

O Ministério da Saúde (MS) recomenda a triagem sorológica para detecção da infecção, de preferência por meio do teste rápido, no primeiro e terceiro trimestre de gestação e quando da internação para o parto ou nos casos de curetagem. Para as gestantes com resultados reagentes, o controle do tratamento e da cura deve ser realizado através do exame não-treponêmico VDRL (*Venereal Disease Research Laboratory Test)* (BRASIL, 2019).

Apesar do acesso diagnóstico disponível, tanto para a gestante quanto para seus parceiros, a incidência da infecção não tem diminuído conforme estimativas, justificando, assim, que somente o acesso ao diagnóstico não é suficiente para garantia do controle da mesma (SARACENI et.al., 2017).

Partindo da análise dos dados notificados em uma unidade de saúde de baixa complexidade, com prevalência cada vez mais constante de casos, surgiu o interesse em entender como ocorre o agravo na população de Caruaru e os fatores correlacionados, por tratar-se de uma doença com diagnóstico e tratamento simples e eficaz, e com políticas públicas bem definidas para atuação nos casos positivos de gestantes.

A importância do estudo concentra-se no fato de que o aumento dos casos da doença pressupõe o ressurgimento de uma condição patológica que deveria está controlada, motivando, assim, este e outros estudos que possam melhor definir os fatores associados a tal situação.

2 – OBJETIVOS

2.1 – Objetivo Geral:

Analisar os casos de Sífilis em Gestantes no Município de Caruaru através de dados da assistência pré-natal e a ocorrência de transmissão vertical.

2.2 – Objetivos Específicos

- Investigar dados das notificações de sífilis em gestante através da base de dados SINAN;
- Correlacionar dados de sífilis em gestantes com ocorrência da sífilis congênita através da base de dados SINAN;
- Verificar realização de acompanhamento pré-natal nos casos notificados;
- Avaliar as variáveis sócio-econômicas dos casos notificados e informações relacionadas ao diagnóstico dos mesmos

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Políticas Públicas no Controle da Sífilis

A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) garante acesso de usuários aos serviços de saúde, tendo a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como porta de entrada desde sua implementação em 1994. Entre as responsabilidades da ESF está a realização de pré-natal de baixo risco representando uma ação importante para a adoção das medidas de prevenção e controle dos agravos relacionados às gestantes e conceptos. Com relação aos casos de sífilis, o Ministério da Saúde definiu sua ocorrência como indicador de qualidade da atenção pré-natal (ARAÚJO et.al., 2014).

O Programa Nacional de Controle de DST/Aids, implementado em 2005, assim como as reformas institucionais do SUS caracterizado pelo Pacto pela Saúde, lançado em 2006, propõe condições significativas à execução e

efetivação das unidades e elege como uma das prioridades a redução das taxas de transmissão vertical do HIV e da sífilis (BRASIL, 2005.1).

O Plano de Ação e Eliminação da transmissão vertical do HIV e da Sífilis Congênita, instituído em 2010, considerou como meta para 2015 a ocorrência de até 0,5 casos de sífilis congênita por 1.000 nascidos vivos. Para alcançar essa meta, é imprescindível que mais de 95% das gestantes infectadas sejam detectadas e tratadas, visando reduzir a prevalência da sífilis na gestação para menos de 1% (VANEGAS-CASTILLO, 2011).

Somados a esses, em 2011, o Ministério da Saúde lançou o Programa Rede Cegonha com a finalidade de estruturar e organizar a atenção à saúde materno-infantil no País reduzindo os índices de mortalidade. Esta Rede é estruturada a partir de quatro componentes: pré-natal, parto e nascimento; puerpério e atenção integral à saúde da criança; sistema logístico e regulação (BRASIL, 2012.1).

Em 2013, essas estratégias foram incluídas entre os indicadores de saúde pactuados na Comissão Intergestores Tripartite, através da Resolução nº 05, com o objetivo de fortalecer o Sistema Único de Saúde (SUS) e o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (Coap) (MACEDO, 2015).

As ações voltadas para controle e prevenção da sífilis congênita estão relacionadas aos cuidados com as gestantes como a realização dos testes sorológicos no primeiro e terceiro semestre de gestação, tratamento correto e rastreamento e tratamento também do parceiro, no prazo máximo de finalização de até 30 dias antes do parto (LIMA et.al., 2017).

A importância no rastreamento dos casos de sífilis é tão importante que trata-se de um evento de notificação compulsória para que o monitoramento e a ação nos casos sejam eficazes. A forma congênita é de notificação obrigatória desde 1986 através da Portaria Ministerial nº 542. Já a sífilis em gestantes somente entrou na lista de notificação compulsória em 2005, através da Portaria Ministerial nº 33, devido a necessidade de um maior monitoramento da transmissão vertical, e a sífilis adquirida em 2011 pela Portaria nº 104 (BRASIL, 2017).

A realização do teste rápido (treponêmico) para sífilis na ESF, implementado em 2012 a partir da Portaria MS 77, assim como, a Portaria MS

3161/2011 que dispõe sobre a administração da Penicilina na atenção primária, visam diagnóstico precoce e atuação imediata para controle, acompanhamento e tratamento do agravo (BRASIL, 2011 e 2012.2).

O receio de ocorrência de reação adversa não deve ser impeditivo para administração da Penicilina na Atenção primária à saúde, uma vez que a anafilaxia não é reação exclusiva da Penicilina e por isso os serviços de saúde precisam estar preparados para realização dos procedimentos adotados nessas situação. Além disso, a Decisão nº 0094/2015 do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) que reforça a importância da administração da penicilina benzatina pelos profissionais de enfermagem na Atenção Básica, e a Nota Técnica Cofen (Conselho Federal de Enfermagem) 03/2017 reafirma esse compromisso de cuidado à saúde e dão respaldo legal aos profissionais de enfermagem envolvidos nesse processo (BRASIL, 2019).

O pré-natal do parceiro definido a partir do Ministério da Saúde (2016) representa uma ferramenta inovadora na busca do envolvimento do homem nos serviços de saúde a partir da gestação de sua companheira/parceira. Ao inserir a testagem para sífilis como um dos exames a serem realizados conforme protocolos, e a inclusão desse pai na promoção da saúde, há ampliação de acesso aos serviços, insumos de prevenção e diagnósticos.

No entanto, apesar de todas as intervenções citadas, a incidência desse agravo continua ocorrendo, o que pressupõe que medidas precisam ser tomadas para avaliar a condução dos casos e os entraves presentes nesse processo. O controle da transmissão vertical, apesar de possível, também continua apresentando incidência e apesar de ser mais frequente na gestação do que a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) por exemplo, a sífilis congênita não tem a mesma visibilidade e mobilização para o seu controle. Essas ocorrências apontam para evidencia que somente o acesso ao diagnóstico não é suficiente para garantir a melhoria da qualidade da atenção à gestante. O cuidado dispensado pela Estratégia de Saúde da Família precisa aliar a tecnologia existente como programas e protocolos à assistência de qualidade para a redução dos casos de sífilis (SARACENI et. al., 2017).

3.2 Assistência Pré-natal e Tratamento nos casos de Sífilis

A qualidade da assistência pré-natal assim como a garantia de atendimento à mulher durante toda gestação, parto e puerpério é garantida por meio do Programa de Humanização do Parto e Nascimento (PHPN) instituído em 2000 pelo Ministério da Saúde. O programa visa ações de prevenção, promoção da saúde, tratamento de intercorrências durante todo período gestacional e também no puerpério (HORTA, 2017).

Somado ao PHPN, em 2011 a Rede Cegonha também do Ministério da Saúde, implementou outras ações para complementar as já instituídas. Ações como realização teste rápido, exames clínicos e laboratoriais, avaliação odontológica e suplementação de vitaminas visa melhorar a qualidade da assistência pré-natal e priorizar atenção ao binômio mãe-filho, garantindo também atendimento humanizado e nascimento seguro (HORTA, 2017).

Além de toda atenção dispensada à mãe e ao concepto, é importante também destacar a necessidade do envolvimento paterno durante esse processo. A Lei 11.108 de 2005 foi implementada para garantir o direito às parturientes a presença de acompanhante durante todo processo parto e pós-parto imediato trazendo maior humanização no atendimento (HORTA, 2017; BRASIL, 2005.2).

Todas essas ações destacam que o pré-natal é o principal protagonista no diagnóstico e tratamento de doenças sexualmente transmissíveis (DST), particularmente a sífilis congênita. Como de conhecimento a sífilis pode ocorrer durante qualquer fase da gestação e a transmissão da mãe para o feto se dá por falta de tratamento da forma adquirida ou por tratamento inadequado tanto da mãe quanto do parceiro (HORTA, 2017). Diante disso, a assistência pré-natal é a tecnologia de saúde mais viável para atuação nesse cenário (GUANABARA et.al., 2017).

O acesso à assistência pré-natal deve ocorrer o mais precocemente possível, de forma qualificada e humanizada, garantindo intervenções desnecessárias e acesso às tecnologias necessárias. Dentre essas tecnologias destaca-se o acolhimento, a realização de sorologia para sífilis e o tratamento dos diagnósticos positivos (GUANABARA et.al., 2017).

Para todos os casos de gestantes com diagnóstico de sífilis, o tratamento deve ser iniciado com apenas um teste reagente, sem aguardar o resultado do segundo teste. A penicilina benzatina é a única opção segura e eficaz para tratamento adequado das gestantes por não trazer toxicidade ao feto. Além disso, os serviços de saúde devem realizar a buscar e comunicação efetiva com as parcerias sexuais dessa gestante para implementar a testagem e o tratamento oportunos (BRASIL, 2019).

O seguimento da gestante com diagnóstico de sífilis deve ocorrer mensalmente através da realização do teste não treponêmico. A quantificação da titulação do teste é importante para avaliar a necessidade de novo tratamento. No enfretamento dessa epidemia de sífilis destaca-se que um caso de gestante com diagnóstico positivo caracteriza pelo menos duas pessoas infectadas, sendo necessário a implementação de uma boa assistência à saúde (BRASIL, 2019).

O combate a sífilis congênita, através do tratamento da gestante com penicilina benzatina, é fundamental. Cada semana que a gestante passa sem tratamento caracteriza mais tempo de exposição de risco para o feto. Garantir o tratamento adequado da gestante, realizar registro na caderneta pré-natal são medidas que previne exposição do recém-nascido a procedimentos desnecessários e de risco (BRASIL, 2019).

O Ministério da Saúde ainda define que o diagnóstico de sífilis congênita é feito por meio do histórico materno, avaliação dos sinais e sintomas que na maioria das vezes é inespecífico e realização de teste não treponêmico através de sangue periférico. O tratamento das crianças com sífilis congênita pode ser feita através da penicilina potássica/cristalina; procaína ou benzantina a depender do tratamento materno e dos resultados laboratoriais (BRASIL, 2019).

3.3 Fatores de risco relacionados à Sífilis

O aumento dos casos de sífilis, mesmo considerando que o tratamento continua sensível à penicilina e que seu custo e efetividade são inquestionáveis, define o caráter não uniforme dessa infecção e que a mesma

sofre influência de desigualdades sociais, econômicas e geográficas, além dos aspectos comportamentais e assistenciais (MACEDO, 2015).

Este autor refere a falta de conhecimento, iniciação sexual precoce, gravidezes indesejadas, falta de parceiros fixos, abortos e ocorrências de IST's como aspectos sociais e comportamentais importantes desse agravo. Já com relação aos aspectos financeiros a insuficiência de recurso da gestão elevam os riscos da infecção (MACEDO, 2015).

Entre os aspectos assistenciais verificamos que, apesar da ampliação do diagnóstico, a maioria dos casos continuam sendo identificados tardiamente, levando a questionamentos sobre a qualidade das consultas de pré-natal, pressupondo que o mais importante não são quantidades de consultas e sim eficácia das mesmas para adesão aos cuidados de saúde (DOMINGUES et.al, 2015).

O Ministério da Saúde define que o número de consultas de pré-natal seja igual ou superior a seis consultas, com acompanhamento intercalado entre médico e enfermeiro e iniciado o mais precocemente possível, permitindo assim acesso eficaz à métodos diagnósticos e terapêuticos. Com relação a sífilis na gestação, estudos demonstram que a realização do segundo exame no terceiro trimestre não alcançou 50% das gestantes a termo (BRASIL, 2012; DOMINGUES et.al, 2015).

Considerando o tripé desta metodologia embasada nas políticas públicas de saúde voltadas ao grupo em estudo que são as gestantes, a importância da assistência pré-natal nos casos diagnosticados de sífilis e os fatores relacionados ao seu desenvolvimento, este estudo buscou discutir a temática através do cruzamento de dados como proposta inovadora por permitir a análise de dois bancos de dados, a conhecer o de Sífilis em Gestante e o de Sífilis Congênita, e a inter-relação das informações entre eles.

Nesse sentido, a epidemiologia hospitalar se destaca por possibilitar mudança de comportamento dos autores envolvidos no sistema refletindo suas ações nos indicadores de saúde em prol de uma melhor qualidade da assistência prestada a população.

4 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo do tipo retrospectivo e exploratório que buscou investigar a condução dos casos de sífilis no Município de Caruaru/PE, correlacionando com a atuação da atenção primária, através da assistência pré-natal, e ocorrência da transmissão vertical.

O Município de Caruaru exerce um importante papel centralizador no agreste e no interior, concentrando o principal pólo médico-hospitalar, acadêmico, cultural e turístico da região. Na área da saúde possui hospitais de médio a grande porte tanto na rede privada quanto na pública e cobertura populacional ampla de Equipes de Saúde da Família. Na área de obstetrícia possui duas maternidades públicas de média e alta complexidade, além dos procedimentos realizados em diversos serviços da rede privada. O serviço de vigilância epidemiológica do Município é responsável por coordenar a gestão dos Sistemas de Informações através da coleta e processamento dos dados, além de fornecer orientação técnica, planejar, organizar e operacionalizar os serviços de saúde

A pesquisa foi realizada através da base de dados do SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) da Secretaria Municipal de Saúde, no setor de Vigilância Epidemiológica. Os dados foram gerados a partir do processamento de dois bancos de dados denominados como casos de sífilis em gestantes e congênita, respectivamente. Foi considerado o espaço temporal de 05 anos, 2014 a 2018.

A coleta de dados foi realizada após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UFPE através do Parecer nº 3.373.613.

Os critérios de elegibilidade constituiram todas as gestantes residentes em Caruaru notificadas no SINAN no período, e também todos os recém nascidos que apresentaram soroconversão. Como critérios de exclusão foram considerados os casos com dados incompletos ou notificações duplicadas, permanecendo uma notificação no banco de dados.

Para análise dos dados foram considerados os itens sociodemográficos, os dados clínicos, laboratoriais e do tratamento do agravo, assim como os aspectos epidemiológicos do pré-natal como realização do mesmo ou não, momento do diagnóstico e informações do parceiro.

A amostra dos pacientes com diagnósticos de sífilis gestacional foi constituída por 305 gestantes, a amostra de sífilis congênita considerou apenas os casos que representaram a soroconversão materna e foi constituída por 139 casos. Além da análise desses dois bancos de dados, foi realizado um corte nos mesmos com objetivo de concentrar a amostra em todos os casos que de fato realizaram pré-natal, para que a amostra nos desse dados significativos dos aspectos relacionados ao pré-natal e a ocorrência da transmissão vertical. Sendo essa terceira amostra constituída por 42 casos de gestantes que realizam o pré-natal e tiveram o diagnóstico no decurso do mesmo.

Após esse filtro inicial nos bancos de dados, os mesmos foram exportados para o programa SPSS, versão 18, onde foi realizada a análise. Para caracterizar o perfil pessoal e clínico das gestantes atendidas no serviço foram calculadas as frequências percentuais e construídas as respectivas distribuições de frequência. Foram obtidas também as distribuições das caracterizações clínicas das crianças portadoras de sífilis congênita que representaram soroconversão, e realizado análise e discussão.

5 RESULTADOS

5.1 Características da Sífilis em Gestantes

O presente estudo analisou os casos de Sífilis em Gestante no Município de Caruaru num espaço temporal de 05 anos, de 2014 a 2018, representando 305 casos para o período estudado. Na tabela 1 temos a prevalência dos casos por cada período analisado no Município e a prevalência no Estado de Pernambuco, considerando o mesmo espaço temporal.

Tabela 1. Taxa de Sífilis em Gestante em Caruaru x Pernambuco por 1000 nascidos vivos de gestantes com sífilis, segundo o ano avaliado.

Local avaliado	Ano de notificação				
	2014	2015	2016	2017	2018
Caruaru	6,6	5,1	9,0	14,1	18,5
Pernambuco	5,2	5,8	6,8	12,1	22,1

Fonte: DataSus

É possível verificar que o município de Caruaru apresentou taxa de contaminação por 1000 nascidos vivos maior que o estado de Pernambuco nos

anos de 2014, 2016 e 2017. Para os anos de 2015 e 2018 a taxa de sífilis do município foi menor que a do Estado, porém com percentuais bem próximo no ano de 2015.

Na tabela 2 temos a distribuição do perfil pessoal relacionado aos casos de Sífilis em Gestante no Município de Caruaru.

Tabela 2. Distribuição do perfil pessoal das gestantes avaliadas.

Fator avaliado	n	%
Ano		
2014	39	12,8
2015	30	9,8
2016	49	16,1
2017	81	26,6
2018	106	34,8
Idade		
12 a 18 anos	64	21,0
19 a 24 anos	139	45,6
25 ou mais anos	102	33,4
Raça		
Branca	62	20,3
Preta	22	7,2
Amarela	30	9,8
Parda	181	59,3
Indígena	1	0,3
Ignorado	9	3,0
Escolaridade		
Até fundamental incompleto	133	43,6
Fundamental completo	17	5,6
Médio incompleto	15	4,9
Médio completo	24	7,9
Superior incompleto	2	0,6
Superior completo	6	2,0
Ignorado	108	35,4
Zona		
Urbana	258	84,6
Rural	34	11,1
Ignorado	13	4,3

Fonte: o autor

É possível observar que houve um aumento gradual a cada ano com relação a prevalência dos casos, com exceção de 2014 e 2015, e um aumento considerável no ano de 2018.

Quanto ao critério de raça, 59,3% da amostra foram consideradas pardas e 43,6% possuem ensino fundamental incompleto semelhantes a resultados de outros estudos com o mesmo público de gestante (ALBUQUERQUE, LIMA, ALBUQUERQUE, 2020).

Na última análise sociodemográfica do logradouro, 84,6¨residem no centro urbano ratificando a distribuição populacional do município, onde 88,78% da população reside na zona urbana em decorrência do êxodo rural (DATASUS, 2013).

A tabela 3 apresenta a caracterização da situação clínica das pacientes avaliadas.

Tabela 3. Caracterização da situação clínica das gestantes notificadas.

Fator avaliado	n	%
Período da Gestação		
1º Trimestre	35	11,5
2º Trimestre	58	19,0
3º Trimestre	187	61,3
Ignorado	25	8,2
Classificação clínica		
Primária	87	28,5
Secundária	17	5,6
Terciária	20	6,6
Latente	14	4,5
Ignorado	167	54,8
Resultado teste treponêmico (rápido)		
Reagente	287	94,1
Não reagente	6	2,0
Não realizado	10	3,3
Ignorado	2	0,7
Esquema de tratamento		
Penicilina GB 2400UI; 4800UI; 7200UI	222	72,8
Outro esquema	10	3,2
Não realizado	49	16,1
Ignorado	24	7,9
Parceiro tratado concomitantemente à gestante		
Sim	36	11,8
Não	54	17,7
Ignorado	215	70,5

Fonte: o autor

Os dados da tabela nos auxilia a identificar características clínico-laboratoriais da amostra estudada. 61,3% das gestantes estavam no terceiro trimestre de gestação quando notificadas e 28,5% tiveram classificação clínica primária.

A identificação do período gestacional no momento do diagnóstico é indispensável para o monitoramento da transmissão vertical. Já a classificação do agravo é importante para orientar tanto o tratamento quanto o seguimento dos infectados, sendo realizada através de características clínicas.

Foi possível observar que mais de 50% da amostra não foi classificada dificultando análise mais fidedigna do item. No entanto, a maioria dos diagnósticos em gestantes ocorre na fase latente, devido a cronologia da infecção não ser bem determinada (BRASIL, 2019).

Para diagnóstico da sífilis é recomendado a realização de um teste treponêmico (teste rápido) mais um não treponêmico (laboratorial). O estudo permitiu observar que 3,3% da amostra não realizaram nenhum tipo de exame mesmo com as definições legais para sua realização definidos em notas técnicas e portarias específicas.

Outra análise importante sobre a temática é o tipo de tratamento implementado para os casos com diagnóstico positivo para o agravo. O uso deste antibiótico Penicilina G Benzantina é a única opção segura e eficaz para tratamento das gestantes, variando somente a dosagem da medicação conforme classificação clínica da infecção (BRASIL, 2019). No entanto, ainda foi possível observar que em 3,2% da amostra houve realização de outro tratamento e 16,1% não realizou nenhum tratamento, dados extremamente significativos dado as evidências científicas.

Quanto ao tratamento dos parceiros das gestantes somente 11,8% realizaram representando um índice baixo dada a importância da necessidade de tratamento tanto da gestante quanto do parceiro diante de uma infecção sexualmente transmissível.

5.2 Características da Sífilis Congênita

Na análise dos dados de sífilis congênita foi considerado apenas os casos de soroconversão, ou seja, os recém nascidos cujas mães também

estavam notificadas no banco de dados de sífilis em gestante, totalizando 139 dos casos em gestantes (45,6%).

Na tabela 4 temos o percentual de casos de sífilis congênita em Caruaru, segundo o ano avaliado.

Tabela 4. Número de casos de sífilis em gestante, sífilis congênita e percentual de sífilis congênita, segundo o ano avaliado.

Comorbidade	Ano de notificação					Total
	2014	2015	2016	2017	2018	
Sífilis em gestante	39	30	49	81	106	305
Sífilis congênita	13	6	27	45	48	139
Percentual de Sífilis congênita (%)	33,3	20,0	55,1	55,6	45,3	45,6

Fonte: Banco da pesquisa.
Nota: O cálculo percentual (%) é feito dividindo-se o número de casos de sífilis congênita pelo número de casos de sífilis multiplicado por 100.

Observamos que houve um aumento significativo do percentual de sífilis congênita a partir do ano de 2015.

A tabela 5 apresenta a caracterização dos pacientes com sífilis congênita.

Tabela 5. Caracterização dos pacientes sífilis congênita.

Fator avaliado	n	%
Sexo		
Masculino	68	48,9
Feminino	69	49,7
Ignorado	2	1,4
Gestante realizou pré-natal		
Sim	110	79,3
Não	14	10,0
Ignorado	15	10,7

Fonte: o autor

As notificações de sífilis congênita mostraram que com relação a variável sexo houve prevalência quase que 50% para ambos os sexos.

Com relação a realização do pré-natal pela gestante 81,3% o realizaram, representando um percentual significativo de acesso aos serviços de saúde pelas gestantes do município em questão.

Na tabela 6 temos a caracterização dos antecedentes clínicos das mães cujos recém-nascidos apresentaram a doença.

Tabela 6. Caracterização dos antecedentes clínicos das mães.

Fator avaliado	N	%
Diagnóstico de sífilis materna		
Durante o pré-natal	47	33,8
No momento do parto/ Após parto	82	59
Ignorado	10	7,2
Teste treponêmico (rápido) no parto/curetagem		
Reagente	53	38,1
Não reagente	2	1,4
Não realizado	38	27,3
Ignorado	46	33,1
Parceiro(s) tratado(s) concomitantemente a gestante		
Sim	22	15,8
Não	35	25,2
Ignorado	82	59,0

Fonte: o autor

A realização do diagnóstico de sífilis materna acontece de forma tardiamente com 59% sendo realizado somente no momento do parto.

A realização do teste treponêmico (rápido) no parto identificou que 27,3% não realizaram, mesmo a necessidade de realização do mesmo estando definida em Portaria Ministerial (BRASIL, 2012).

A falta de informação com relação ao tratamento do parceiro, onde 59% aparece como dado ignorado representa outra informação importante que está não está sendo notificado, dado características na amostra do estudo. A não realização do tratamento ou a realização do tratamento inadequado, que inclui o parceiro, são critérios adotados pelo Ministério da Saúde para definição de casos de sífilis congênita (DOMINGUES E LEAL, 2016).

Na tabela 7 temos a caracterização dos antecedentes epidemiológicos dos recém-nascidos infectados.

Tabela 7. Caracterização epidemiológica dos recém-nascidos.

Fator avaliado	N	%
Diagnóstico clínico		
Assintomático	1	0,7
Sintomático	13	9,4

Ignorado	125	89,9
Esquema		
Penicilina G cristalina 100.000 a 150.000 Ul/Kg/dia - 10 dias	74	53,2
Penicilina G procaína 50.000 Ul/Kg/dia - 10 dias	8	5,8
Penicilina G benzatina 50.000 Ul/Kg/dia	6	4,3
Outro esquema	27	19,4
Não realizado	11	7,9
Ignorado	13	9,4
Evolução do caso		
Vivo	133	95,7
Óbito por sífilis congênita	2	1,4
Óbito por outra causa	1	0,7
Aborto	2	1,4
Natimorto	1	0,7

Fonte: o autor

A avaliação clínica do recém-nascido identificou que 9,4% dos casos apresentaram algum tipo de sinal e sintoma. O tratamento de escolha foi a Penicilina G cristalina por 10 dias em 53,2% dos casos, no entanto 19,4% dos recém-nascidos realizaram outro tratamento e 7,9% não realizaram nenhum tratamento.

Como desfecho dos casos temos que considerar que houve 3,5% de casos de perdas fetais e óbitos (1,4% óbito por sífilis, 1,4% aborto e 0,7 natimorto).

5.3 Características dos casos que realizaram pré-natal

Com objetivo de analisar de forma mais criteriosa os dados com relação ao pré-natal, foram destacados os aspectos com relação à essas referências.

Na tabela 8 temos a distribuição das gestantes com relação a realização do pré-natal.

Tabela 8. Distribuição das gestantes quanto a realização do pré-natal.

Fator avaliado	N	%
Gestante realizou pré-natal		
Sim	263	86,2
Não	27	8,8
Ignorado	15	5,0

Fonte: O autor

Na amostra estudada, 86,2% das gestantes realizaram pré-natal representando percentual significativo da amostra, porém os estudos apontam para uma discussão centrada na qualidade das consultas realizadas e não apenas para a quantidade das mesmas (BRASIL, 2012.1).

Na tabela 9 temos a distribuição das gestantes quanto a ocorrência da transmissão vertical associada também a realização ou não do pré-natal.

Tabela 9. Distribuição das gestantes quanto a realização do pré-natal e ocorrência de soroconversão.

Fator avaliado	N	%
Realizaram pré-natal		
Houve soroconversão	110	41,8
Não houve soroconversão	153	58,2
Não realizaram pré-natal		
Houve soroconversão	14	51,9
Não houve soronversão	13	48,1

Fonte: O autor

É possível observar que entre as gestantes que realizaram pré-natal 41,8% apresentaram transmissão vertical, ou seja houve ocorrência da sífilis congênita, índice significativo dado a cobertura de mais de 80% das gestantes estarem realizando pré-natal como demonstrado na tabela anterior.

Com relação aos casos que realizaram pré-natal e ainda houve a transmissão vertical seguem dados clínicos e distribuição das ocorrências das gestantes que tiveram o diagnóstico especificamente no pré-natal.

Tabela 10. Distribuição das gestantes que apresentaram soroconversão.

Fator avaliado	n	%
Diagnóstico de sífilis materna		
Durante o pré-natal	42	38,2
No momento do parto/ Após parto	60	54,5
Ignorado	8	7,3
Período gestação das mães que tiveram diagnóstico no pré-natal		
1º Trimestre	5	12
2º Trimestre	14	33,3
3º Trimestre	23	54,7
Esquema de tratamento das gestantes que tiveram diagnóstico no pré-natal		
Penicilina GB 2400UI; 4800UI; 7200UI	28	66,6
Outro esquema	4	9,4
Não realizado	5	12

Ignorado	5	12
Parceiro tratado concomitantemente à gestante		
Sim	5	12
Não	6	14
Ignorado	31	74

Fonte: O autor

Mesmo com a realização do pré-natal pelas gestantes, o diagnóstico de sífilis materna foi realizado em 54,5% dos casos somente no momento do parto ou após o parto e em 21% destas ainda no pré-natal, mas somente no terceiro trimestre evidenciando o diagnóstico tardio.

Com relação ao tratamento das gestantes que tiveram o diagnóstico no pré-natal 12% não realizaram, assim como 14% dos parceiros também não, apesar da necessidade de tratamento, nos casos positivos, está definido tanto para gestantes como para os parceiros para se evitar a evolução da doença, além do acompanhamento de cura e orientação quanto aos cuidados preventivos para sífilis congênita (BRASIL, 2016).

6 DISCUSSÕES

A análise dos dados do estudo nos permitiu avaliar que a taxa de notificação da sífilis em gestante no município de Caruaru apresentou, em alguns anos, valores maiores quando comparados com o Estado de Pernambuco. Esse crescimento já foi verificado em outros estudos que avaliaram as notificações do agravo nos principais municípios e regiões de saúde estado (NASCIMENTO, 2019). Esse aumento na detecção de sífilis em gestantes registrado nos últimos anos, vem ocorrendo em virtude da melhoria nas ações da vigilância epidemiológica, e da ampliação da cobertura de testagem no pré-natal (BRASIL, 2015).

Com relação aos dados sociodemográficos tivemos o registro de ocorrência do agravo em mulheres jovens de cor parda e com escolaridade representada por anos incompletos de estudos, o que também é identificado nos estudos nacionais que demonstram que a maior incidência da infecção está entre as mulheres jovens e em situações sociais de vulnerabilidade representando dificuldades no acesso e na qualidade dos serviços de saúde (PADOVANI, OLIVEIRA, PELLOSO, 2018).

Na identificação das características clinicas da sífilis congênita tivemos que a maioria das gestantes (61,3%) foram notificadas no terceiro trimestre. O diagnóstico da sífilis é feito através da correlação dos dados clínicos com resultados dos exames, sendo a testagem sorológica preconizada na primeira consulta pré-natal, idealmente no primeiro trimestre e a notificação precisa ser imediata por se tratar de um agravo de notificação compulsória (BRASIL, 2019). No entanto, a notificação somente no terceiro trimestre no município pode estar associada ao diagnostico ou notificação tardios.

A classificação da sífilis é importante para orientar tanto o tratamento quanto o seguimento dos infectados, sendo realizada através de características clínicas. A sífilis primária se classifica pela presença de um nódulo indolor único no local do contato, formando o cancro duro. Na secundária são comuns sinais e sintomas sistêmicos como lesões cutâneas e em mucosas, febre, mal-estar, cefaleia entre outros. A sífilis terciária é menos frequente, acomete sistema cardiovascular e neurológico. E a forma latente se apresenta sem nenhum sinal e sintoma clínico, porém com reatividades dos testes sorológicos (BRASIL, 2019). A presença de quaisquer dessas características justifica a notificação do caso. A prevalência de 54,8% de informação ignorada nesse item dificulta uma análise precisa para os casos notificados.

Para diagnóstico dos casos é necessário a realização do teste rápido seguido do laboratorial para os casos positivos, sendo ofertado já no pré-natal por representar um momento oportuno para a prevenção da maioria dos casos, desde que sejam realizados o diagnóstico precoce e o tratamento adequado da gestante, porém ainda foi possível verificar que uma parcela da amostra não realizou exame para diagnóstico (FARIAS, 2017).

Após o diagnóstico é importante a implementação do tratamento de forma eficaz para prevenir soroconversão, visto que a maioria dos casos de sífilis congênita acontece porque a gestante não teve diagnóstico durante o pré-natal, realizou tratamento inadequado ou não realizou tratamento.

O uso da Penicilina representa a única opção eficaz para tratamento desse agravo, disponível a nível primário da assistência conforme portarias e normas regulamentadoras (BRASIL, 2019). O registro do não tratamento precisa de análise e investigação minuciosa para avaliar os fatores associados

a essa ocorrência, visto as características de saúde de amplo acesso e cobertura de unidades básicas de saúde que o município possui.

A falta de registro relacionado aos parceiros também merece atenção por se tratar de um agravo relacionado às condições de saúde tanto da mulher como do homem. Para intensificar as ações voltadas ao atendimento do público masculino, o Ministério da Saúde (2019) implementou a política do pré-natal também para o homem e definiu como uma das metas a maior adesão ao tratamento da sífilis e HIV para redução de transmissão para o bebê.

Com relação aos dados de sífilis de congênita, representados pelos casos de soroconversão foi possível verificar um percentual bem considerável nos anos de 2016 e 2017 representados acima de 50%. O aumento na identificação dos casos de sífilis em gestantes justifica-se pelas ações do programa Rede Cegonha e, paralelamente, espera-se uma redução nos casos de sífilis congênita, no entanto o estudo identifica percentuais crescentes também de soroconversões identificando assim que o processo de triagem sorológica no pré-natal, tratamento da gestante e do parceiro precisa ser revisto e melhor implementado.

Atrelado a isso, verificamos que 79,3% dessas gestantes que soroconverteram realizaram pré-natal apontando para tendências encontradas em outros estudos que apontam a maioria dos casos de ocorrência da sífilis congênita está associado com a qualidade da assistência pré-natal e não com a ausência do mesmo (TOLDO, MENEGAZZO E SOUTO, 2018).

Na análise das características clínicas dessas mães tivemos o diagnóstico prevalente no momento do parto, presença de teste rápido ainda não realizado para um percentual da amostra (27,3%) e informações do parceiros notificadas no item ignorado. Domingues e Leal (2016) enfatizam que o manejo adequado da sífilis envolve identificação precoce da gestante infectada e do tratamento adequado. Além disso, a realização do teste treponêmico (rápido) é implementado também no momento do parto e/ou curetagem, independente de exames anteriores.

A importância de realização do teste rápido é medida importante para monitoramento dos casos positivos, avaliação da eficácia do tratamento ou implementação do tratamento mesmo que de forma tardia. Além disso, o

resultado do exame no momento do parte define conduta para o recém-nascido, dado os critérios do Ministério da Saúde para diagnóstico de sífilis congênita (BRASIL, 2019).

É considerado tratamento adequado para os casos de sífilis em gestante todo tratamento completo, adequado ao estágio da doença e finalizado em pelo menos 30 dias antes do parto, tendo sido o parceiro tratado concomitantemente (BRASIL, 2019).

A não realização do tratamento ou a realização do tratamento inadequado, que inclui o parceiro, são critérios adotados pelo Ministério da Saúde para definição de casos de sífilis congênita (DOMINGUES E LEAL, 2016). Portanto, se os pais não forem incluídos no processo de diagnóstico e tratamento para os casos, a ocorrência de sífilis congênita será incidente.

A tabela 7 apresenta as características clinicas e epidemiológicas dos recém-nascidos com diagnostico de sífilis com notificação de informação ignorada para o julgamento de sinais e sintomas dos mesmos.

Para essa análise, os estudos mostram que a maioria dos recém-nascidos são assintomáticos, podendo surgir manifestações clínicas precoces em menores de dois anos ou manifestações tardias, após essa idade (MOREIRA et.al., 2017). Por outro lado, a aparente normalidade dos recém-nascido pode minimizar a importância de completar a investigação conforme protocolo (CABRAL et.al, 2017).

Quanto ao tratamento verificamos que houve casos onde o recém-nascido não foi tratado ou realizou esquema terapêutico diferente do preconizado. É importante destacar que qualquer caso onde o uso seja as penicilinas em quaisquer apresentações representa tratamento correto.

Além disso, a única situação em que não é necessário tratamento é quando o recém-nascido é assintomático e cuja mãe tenha tido tratamento adequado com testes não reagentes ou com titulações decrescentes dos exames laboratoriais. Além disso, a penicilina é a única medicação com evidencia científica e que não apresenta resistência à bactéria causadora da patologia (BRASIL, 2019).

A ocorrência de óbitos nos casos de sífilis apontam para desfechos desfavoráveis associados a dois fatores para presença dessas ocorrências, a

saber a baixa visibilidade do óbito fetal e a falha das ações de prevenção da sífilis no pré-natal (NASCIMENTO et.al, 2012).

Objetivando uma análise mais minuciosa dos casos e os fatores associados a assistência primária, o estudo identificou que mesmo as gestantes que realizaram o pré-natal a prevalência de soroconversão foi considerável reforçando a importância de melhorar a qualidade do mesmo para evitar a presença de incidências contraditórias como patologias preveníveis durante a gestação.

Dados como estes demonstram que apesar de mais frequente na gestação do que outras infecções como a do HIV, a sífilis congênita não apresenta a mesma mobilização e visibilidade para diagnostico, tratamento e controle o que reflete na ocorrência de casos (ARAUJO et.al, 2014). Além disso, é necessário qualificar o cuidado dispensado às gestantes e estruturar uma rede articulada para assistência necessária.

O diagnóstico tardio dessas gestantes, mesmo realizando o pré-natal, é outro fator de destaque. O Ministério da Saúde preconizou como rotina a testagem da gestante já na primeira consulta, que, idealmente deve ser ainda no primeiro trimestre de gestação, e realização de um segundo teste no terceiro trimestre. No entanto, estudos demonstram que a proporção de gestantes que realizam os dois exames ainda é baixa (ARAUJO et.al, 2014). O diagnóstico tardio pode ter vários fatores associados como busca tardia ao pré-natal com percurso da gestação avançada, dificuldade de retorno à unidade para realização de exames, condição de trabalho da unidade com sistemas de marcação de fichas ou limite de consultas, entre outros fatores. Para melhor identificar essa ocorrência é necessário uma busca mais apurada dos fatores que levam essa ocorrência.

7 – Considerações Finais

Os resultados deste estudo demonstraram o comportamento da sífilis em gestante no município de Caruaru e possibilitou a correlação dos dados com as características da assistência pré-natal e ocorrência da transmissão vertical.

No que se refere aos casos de sífilis em gestantes foi possível observar que há uma prevalência considerável no Município, visto que o mesmo apresentou índices muito próximos ao do Estado e até maiores em alguns anos da pesquisa. Além disso, há registros de não realização do exame para diagnóstico assim como de não tratamento tanto da gestante quanto dos parceiros.

Evidenciou-se também a presença de transmissão vertical com prevalências crescentes ao longo dos anos. A ausência de registros com muitas informações ignoradas impossibilita o estudo de avaliar características importantes com relação aos recém-nascidos.

Quanto aos registros de saúde com relação ao pré-natal entendemos que há uma boa cobertura, no entanto o diagnóstico ainda é tardio ocorrendo na maioria dos casos no momento do parto e com gestantes já no terceiro trimestre de gestação, além de esquema de tratamento materno inadequado.

A partir dessas análises, entendemos que se faz necessário melhorar as ações e processos de trabalho com detecção precoce das gestantes, diagnósticos e tratamento oportunos e captação dos parceiros, atendendo assim as metas preconizadas pelas políticas públicas de saúde. Além disso, o fator mais importante na atuação eficaz desse agravo, sífilis em gestante, é prevenir a ocorrência de sífilis congênita, meta já definida por órgãos competentes porém ainda não alcançada. Por isso, é necessário definição de protocolo voltado à assistência pré-natal com objetivo de traçar estratégias a serem seguidas por todas as unidades de saúde alcançando assim os itens definidos nas políticas públicas e desfechos favoráveis dos casos.

Por fim, destaca-se a limitação do estudo por utilização de dados secundários, SINAN, a possibilidade de ocorrência de subnotificações de casos e possíveis subregistros de informações.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, E.A. de; LIMA, M.B.R.B.; ALBUQUERQUE, T.T. de: Implementação das práticas obstétricas preconizadas pelo programa de humanização no pré natal e nascimento em uma maternidade de risco habitual do interior de PE. **Braz. J. Hea. Rev.**, Curitiba, v. 3, n. 2, p. 1422-1436 mar/abr. 2020.

ANDRADE, L.D.F.; FARIAS, K.E.E.; ARAÚJO, G.H.; COSTA, G.O.M.; NUNES, P.C.; SARAIVA, A.M.: Promovendo ações educativas sobre sífilis entre estudantes de uma escola pública: relato de experiência. **Ver Bras de Ciências da Saúde**. 2014. 8(2):157-160.

ARAÚJO, M.A.L.; BARROS, V.L. de; MOURA, H.J. de; ROCHA, A.F.B.; GUANABARA, M.A.O.: Prevenção da sífilis congênita em Fortaleza, Ceará: uma avaliação de estrutura e processo. **Cad. Saúde Colet**., 2014, Rio de Janeiro, 22 (3): 300-6.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. – Brasília : Ministério da Saúde, 2019. 248 p. : il.

_____. 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. 2005.1.

_____. Ministério da Justiça. Lei nº 11.108 de 07 de abril de 2005.2. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm. Acessado em 02 de dezembro de 2019.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Nota Técnica Conjunta nº 391/2012/SAS/SVS/MS. Disponível em https://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/rede-cegonha/testes-rapidos. Acessado em 02 de dezembro de 2019.

_____ . Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2012.1. 318 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n° 32).

_____. Departamento de Atenção Básica. Portaria nº 77, de 12 de janeiro de 2012.2. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0077_12_01_2012.html. Acessado em 15 de novembro de 2019.

_____. Portaria nº 3161, de 27 de dezembro de 2011. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3161_27_12_2011.html. Acessado em 15 de novembro de 2019.

_____. Depto Vigilância, Prevenção e Controle das infecções sexualmente transmissíveis. Nota Informativa nº 2-SEI/2017-DIAHV/SVS/MS. Disponível em http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/Sifilis-Ges/Nota_Informativa_Sifilis.pdf. Acessado em 15 de novembro de 2019.

_____ Guia do Pré-Natal do Parceiro para Profissionais de Saúde /Angelita Herrmann, Michelle Leite da Silva, Eduardo Schwarz Chakora, Daniel Costa Lima. - Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2016. 55 p.: il.

_____. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de Dezembro de 2012, 2012.3. Disponível em https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf. Acessado em fevereiro de 2019;

_____. Pesquisa Nacional de Saúde. Indicadores e Dados Básicos – Brasil – 2013 – IDB2013. Disponível em http://tabnet2.datasus.gov.br/cgi/idb2013/matriz.htm. Acessado em 05 de dezembro 2019.

CABRAL, B.T.V.: sífilis em gestante e sífilis congênita: um estudo retrospectivo. **Revista Ciência Plural**. 2017; 3(3):32-44.

COSTA, C.V.; SANTOS, I.A.B. dos; SILVA, J.M. da; BARCELOS, T.F.; GUERRA, H.S. da : Sífilis Congênita: repercussões e desafios. **Arq. Catarin Med.** 2017 jul-set; 46(3):194-202.

DOMINGUES, R.M.S.M.; LEAL, M.C.: Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis: dados do estudo Nascer no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 32(6):e00082415, jun, 2016.

FARIAS, N.L.L. de. Sífilis congênita em Pernambuco: influência dos fatores sociodemográficos e assistenciais. 2017. Monografia (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) – Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2017.

GUANABARA, M.A.O.; ARAUJO, M.A.L.; MATSUE, R.Y.; BARROS, V.L. de, OLIVEIRA, F.A.: Acesso de gestantes às tecnologias para prevenção e controle da sífilis congênita em Fortaleza-Ceará, Brasil. **Rev. Salud Pública**. 19 (1): 73-78, 2017.

HEBMULLER, M.G.; FLORI, H.H.; LAGO, E.G.: Gestações subsequentes em mulheres que tiveram sífilis na gestação. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio Grande do Sul, 2015;

HORTA, H.H.L.; MARTINS, M.F.; NONATO, T.F.; ALVES, M.I.: Pré-natal do parceiro na prevenção da sífilis congênita. **Rev. APS.** 2017 out/dez; 20(4): 623 – 627.

LAFETÁ, K.R.G.; JUNIOR, H.M.; SILVEIRA, M.F.; PARANAIBA, L.M.R.: Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle. **Rev bras epidemiol** jan-mar 2016; 19(1): 63-74.

LIMA, G.K.; DIAS, I.C.X.; ARAÚJO, F.M.; SOUZA, S.B.; SALES, D.S.; FERREIRA, A.G.N.: Educação em saúde sobre sífilis com um grupo de gestantes: um relato de experiência de acadêmicas de Enfermagem. **Sanare**. 2013.V12, n.2, p.59-62, jun./dez.

LIMA, V.C.; MORORO, R.M.; MARTINS, M.A.; RIBEIRO, S.M.; LINHARES, M.S.C.: Perfil epidemiológico dos casos de sífilis congênita em um município de médio porte no nordeste brasileiro. **J. Health Biol Sci**. 2017;5(1):56-61.

MACEDO, Vilma Costa de: Sífilis Gestacional: fatores de risco sociodemográfico, comportamentais e assistenciais. 136 f. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS. Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente. Recife: O autor, 2015.

MELO,N.G.D.O; MELO FILHO, D.A. de; FERREIRA, L.O.C: Diferenciais intraurbanos de sífilis congênita no Recife, Pernambuco, Brasil (2004-2006). **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, 20(2):213-222, abr-jun 2011.

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

NASCIMENTO, M.I. do; CUNHA, A.A.; GUIMARÃES, E.V.; ALVAREZ, F.S.; OLIVEIRA, S.R.S.M.; BOAS, E.L.V.: Gestações complicadas por sífilis materna e óbito fetal. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet**. vol.34 no.2 Rio de Janeiro Feb. 2012.

NASCIMENTO, R.G.C. do. Sífilis congênita e sífilis em gestante em Pernambuco: uma análise das notificações. 34f. TCC (Graduação) – Universidade Federal de Pernambuco, CAV. Bacharelado em Saúde Coletiva - Vitória de Santo Antão, 2019.

PADOVANI, C.; OLIVEIRA, R.R. de; PELLOSO, S.M.: Sífilis na gestação: associação das características maternas e perinatais em região do sul do Brasil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** 2018;26:e3019.

SARACENI, V; PEREIRA, G.F.M.; SILVEIRA; M.F. da; ARAUJO, M.A.L.; MIRANDA, A.E.: Vigilância epidemiológica da transmissão vertical da sífilis:

dados de seis unidades federativas no Brasil. **Rev Panam Salud Publica** 41, 2017.

SCHETINI, J.; FERREIRA, D.C.; PASSOS, M.R.L.; SALLES, E.B.; SANTOS, D.D.G.; RAPOZO, D.C.M.: Estudo da prevalência de sífilis congênita em um hospital da rede SUS de Niterói – RJ. DST – **J Bras Doenças Sex Transm**. 2005. 17(1): 18-23.

TEIXEIRA, L.O. et. al.: Tendência temporal e distribuição espacial da sífilis congênita no estado do Rio Grande do Sul entre 2001 e 2012. **Ciência & Saúde Coletiva**, 23 (8): 2587-2597, 2018.

TOLDO, M.K.S; MENEGAZZO, L.S.; SOUTO, A.S: A recrudescência da Sífilis Congênita. **Arq. Catarin Med**. 2018 jan-mar; 47(1):02-10.

VANEGAS-CASTILLO, N. et.al.: TRATAMIENTO DE LA SÍFILIS GESTACIONAL Y PREVENCIÓN DE LA SÍFILIS CONGÉNITA EN UN HOSPITAL PÚBLICO EN BOGOTÁ, 2010. **Rev Fac Med.** 2011 Vol. 59 No. 3. Disponível em https://revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/26449/38958, acessado em 10/12/2019 às 14h.

ANEXOS

Anexo A: Parecer CEP

UFPE - UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO - CAMPUS RECIFE -

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Analise dos desfechos dos casos de Sífilis em Gestantes num Município do Interior de Pernambuco e sua relação com a assistência pré-natal e a ocorrência de transmissão vertical.

Pesquisador: Lucicleide Odília do Nascimento Nunes
Área Temática:
Versão: 1
CAAE: 12568919.1.0000.5208
Instituição Proponente: CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

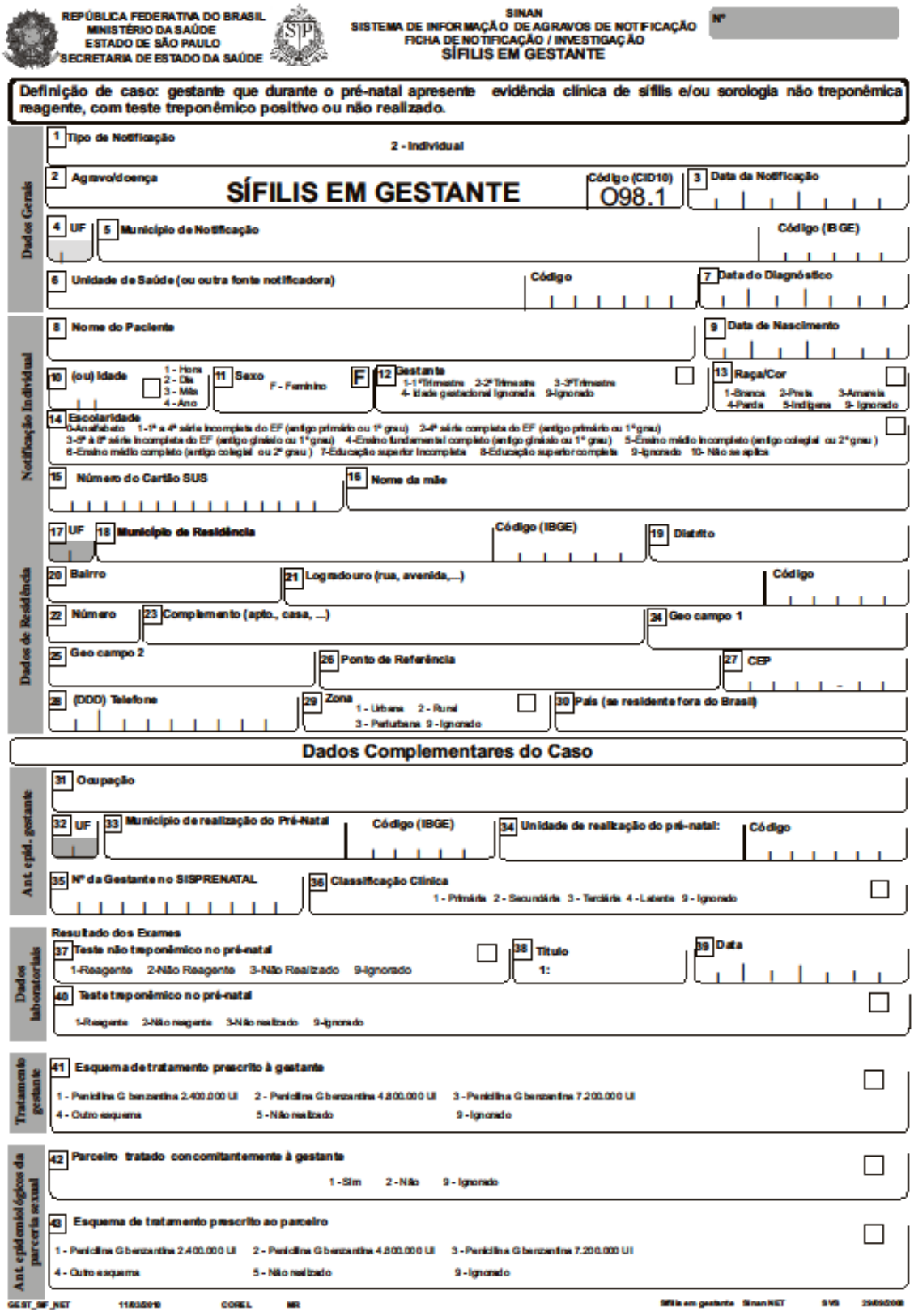
Número do Parecer: 3.373.613

Apresentação do Projeto:
Trata-se de um projeto apresentado a Disciplina de Metodologia Científica do curso de Mestrado Profissional realizado pela enfermeira Lucicleide Odília do Nascimento Nunes, sob a orientação do Prof. Paulo Guilherme Moreira de Melo Filho.
Será um estudo transversal, epidemiológico, no qual serão registrados os casos de sífilis na gestação e dos possíveis recém-nascidos com soroconversão para a respectiva doença a partir do banco de dados do SINAN no município de Caruaru, no período de 2014 a 2018.

Objetivo da Pesquisa:
Objetivo Primário:
Analisar os desfechos dos casos de Sífilis em Gestantes correlacionando com a assistência pré-natal e a ocorrência de transmissão vertical.
Objetivo Secundário:
- Investigar dados das notificações de sífilis em gestante através da base de dados SINAN;
- Correlacionar dados de sífilis em gestantes com ocorrência da sífilis congênita atravésda base de dados SINAN;
- Verificar realização de acompanhamento pré-natal nos casos notificados;

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br

Anexo B: Ficha Notificação Sífilis em Gestante



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA SAÚDE
ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE NOTIFICAÇÃO / INVESTIGAÇÃO
SÍFILIS EM GESTANTE

Nº

Definição de caso: gestante que durante o pré-natal apresente evidência clínica de sífilis e/ou sorologia não treponêmica reagente, com teste treponêmico positivo ou não realizado.

Dados Gerais

1 Tipo de Notificação — 2 - Individual

2 Agravo/doença — SÍFILIS EM GESTANTE — Código (CID10) O98.1

3 Data da Notificação

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 — 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano

11 Sexo — F - Feminino

F

12 Gestante — 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3ºTrimestre 4- Idade gestacional Ignorada 9-Ignorado

13 Raça/Cor — 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado

14 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 à 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

Dados de Residência

15 Número do Cartão SUS

16 Nome da mãe

17 UF

18 Município de Residência — Código (IBGE)

19 Distrito

20 Bairro

21 Logradouro (rua, avenida,...) — Código

22 Número

23 Complemento (apto., casa, ...)

24 Geo campo 1

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 do Caso

Ant. epid. gestante

31 Ocupação

32 UF

33 Município de realização do Pré-Natal — Código (IBGE)

34 Unidade de realização do pré-natal: — Código

35 Nº da Gestante no SISPRENATAL

36 Classificação Clínica — 1 - Primária 2 - Secundária 3 - Terciária 4 - Latente 9 - Ignorado

Dados laboratoriais

Resultado dos Exames

37 Teste não treponêmico no pré-natal — 1-Reagente 2-Não Reagente 3-Não Realizado 9-Ignorado

38 Título — 1:

39 Data

40 Teste treponêmico no pré-natal — 1-Reagente 2-Não reagente 3-Não realizado 9-Ignorado

Tratamento gestante

41 Esquema de tratamento prescrito à gestante — 1 - Penicilina G benzatina 2.400.000 UI 2 - Penicilina G benzatina 4.800.000 UI 3 - Penicilina G benzatina 7.200.000 UI 4 - Outro esquema 5 - Não realizado 9 - Ignorado

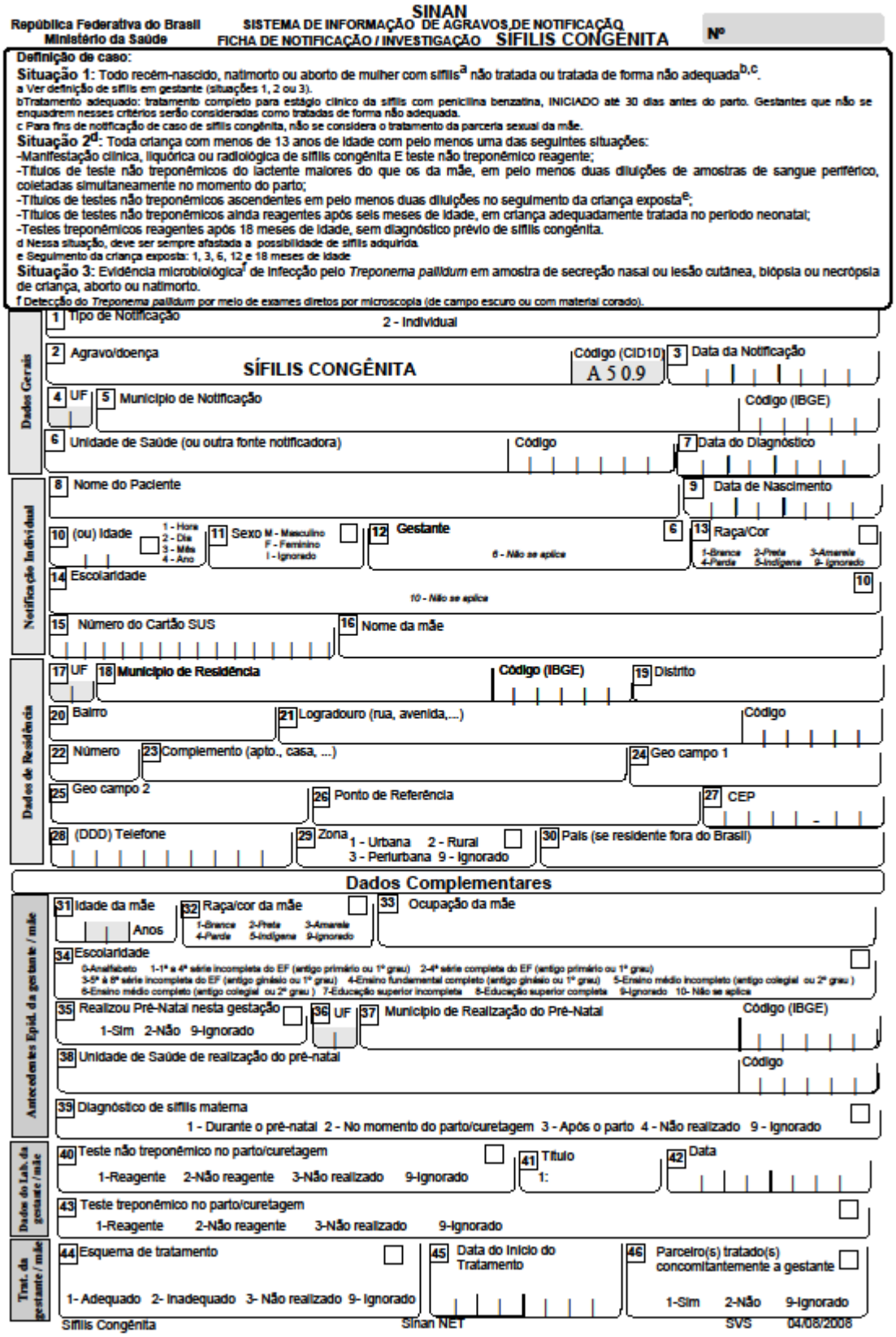
Ant. epidemiológicos da parceria sexual

42 Parceiro tratado concomitantemente à gestante — 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

43 Esquema de tratamento prescrito ao parceiro — 1 - Penicilina G benzatina 2.400.000 UI 2 - Penicilina G benzatina 4.800.000 UI 3 - Penicilina G benzatina 7.200.000 UI 4 - Outro esquema 5 - Não realizado 9 - Ignorado

GEST_SIF_NET 11/03/2010 COREL MR Sífilis em gestante Sinan NET SVS 29/09/2008

Anexo C: Ficha Notificação Sífilis Congênita



SINAN

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE NOTIFICAÇÃO / INVESTIGAÇÃO SÍFILIS CONGÊNITA

Nº

Definição de caso:

Situação 1: Todo recém-nascido, natimorto ou aborto de mulher com sífilis[a] não tratada ou tratada de forma não adequada[b,c].

a Ver definição de sífilis em gestante (situações 1, 2 ou 3).

bTratamento adequado: tratamento completo para estágio clínico da sífilis com penicilina benzatina, INICIADO até 30 dias antes do parto. Gestantes que não se enquadrem nesses critérios serão consideradas como tratadas de forma não adequada.

c Para fins de notificação de caso de sífilis congênita, não se considera o tratamento da parceria sexual da mãe.

Situação 2[d]: Toda criança com menos de 13 anos de idade com pelo menos uma das seguintes situações:

-Manifestação clínica, liquórica ou radiológica de sífilis congênita E teste não treponêmico reagente;

-Títulos de teste não treponêmicos do lactente maiores do que os da mãe, em pelo menos duas diluições de amostras de sangue periférico, coletadas simultaneamente no momento do parto;

-Títulos de testes não treponêmicos ascendentes em pelo menos duas diluições no seguimento da criança exposta[e];

-Títulos de testes não treponêmicos ainda reagentes após seis meses de idade, em criança adequadamente tratada no período neonatal;

-Testes treponêmicos reagentes após 18 meses de idade, sem diagnóstico prévio de sífilis congênita.

d Nessa situação, deve ser sempre afastada a possibilidade de sífilis adquirida.

e Seguimento da criança exposta: 1, 3, 6, 12 e 18 meses de idade

Situação 3: Evidência microbiológica[f] de infecção pelo *Treponema pallidum* em amostra de secreção nasal ou lesão cutânea, biópsia ou necrópsia de criança, aborto ou natimorto.

f Detecção do *Treponema pallidum* por meio de exames diretos por microscopia (de campo escuro ou com material corado).

Dados Gerais

1 Tipo de Notificação — 2 - Individual

2 Agravo/doença — SÍFILIS CONGÊNITA — Código (CID10) A 50.9 — 3 Data da Notificação

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 — 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano — 11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado — 12 Gestante 6 - Não se aplica — 13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado

14 Escolaridade — 10 - Não se aplica — 10

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 — Anos — 32 Raça/cor da mãe 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9-Ignorado — 33 Ocupação da mãe

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 à 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 — 1-Sim 2-Não 9-Ignorado — 36 UF — 37 Município de Realização do Pré-Natal — 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 — 1-Reagente 2-Não reagente 3-Não realizado 9-Ignorado — 41 Título 1: — 42 Data

43 Teste treponêmico no parto/curetagem — 1-Reagente 2-Não reagente 3-Não realizado 9-Ignorado

Trat. da gestante / mãe

44 Esquema de tratamento — 1- Adequado 2- Inadequado 3- Não realizado 9- Ignorado — 45 Data do Início do Tratamento — 46 Parceiro(s) tratado(s) concomitantemente a gestante — 1-Sim 2-Não 9-Ignorado

Sífilis Congênita — Sinan NET — SVS — 04/08/2008