

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES
Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva

NATHÁLIA LEITE LINO DE FARIAS

SÍFILIS CONGÊNITA EM PERNAMBUCO: INFLUÊNCIA DOS FATORES
SOCIODEMOGRÁFICOS E ASSISTENCIAIS

RECIFE

2017

Nathália Leite Lino de Farias

**SÍFILIS CONGÊNITA EM PERNAMBUCO: INFLUÊNCIA DOS FATORES
SOCIODEMOGRÁFICOS E ASSISTENCIAIS**

Monografia apresentada ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva do Departamento de Saúde Coletiva, Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para a obtenção do título de Especialista em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Ana Lucia Ribeiro de Vasconcelos

RECIFE

2017

Catálogo na fonte: Biblioteca do Instituto Aggeu Magalhães

F224s Farias, Nathália Leite Lino de.
Sífilis congênita em Pernambuco: influência dos fatores sociodemográficos e assistenciais / Nathália Leite Lino de Farias.—
Recife: [s.n.], 2017.

40 p.: il.

Monografia (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) -
Departamento de Saúde Coletiva, Instituto Aggeu Magalhães,
Fundação Oswaldo Cruz.

Orientadora: Ana Lucia Ribeiro de Vasconcelos.

1. Sífilis Congênita. 2. Cuidado Pré-Natal. 3. Qualidade da
Assistência à Saúde. I. Vasconcelos, Ana Lucia Ribeiro. II. Título.

CDU 616.972

Nathália Leite Lino de Farias

**SÍFILIS CONGÊNITA EM PERNAMBUCO: INFLUÊNCIA DOS FATORES
SOCIODEMOGRÁFICOS E ASSISTENCIAIS**

Monografia apresentada ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva do Departamento de Saúde Coletiva, Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para a obtenção do título de Especialista em Saúde Coletiva.

Aprovado em 27 de junho de 2017

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Ana Lucia Ribeiro de Vasconcelos
Instituto Aggeu Magalhães/ FIOCRUZ

Prof.^a Dr.^a Alethéia Soares Sampaio
Instituto Aggeu Magalhães/ FIOCRUZ

FARIAS, Nathália Leite Lino 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.

RESUMO

A sífilis congênita é uma doença evitável, de fácil prevenção e um preocupante desfecho para a gestação, persistindo como um grave problema de saúde pública. Para o controle desta infecção e alcance da meta de eliminação ($\leq 0,5$ por mil nascidos vivos) é fundamental a realização de testes diagnósticos e tratamento adequado e oportuno das gestantes e seus parceiros no pré-natal. O objetivo deste trabalho foi verificar a magnitude da sífilis congênita e seus determinantes sociodemográficos e assistenciais, obtidos a partir de informações de notificação / investigação de sífilis congênita, do Sistema de Informação de Agravos de Notificação de Pernambuco (Sinan-PE), do período de 2010 a 2014. Observou-se uma taxa de detecção da sífilis congênita em Pernambuco de 5,90/1.000 nascidos vivos, com concentração de casos na I Região de Saúde (taxa de detecção em 2014 de 14,83/1.000 nascidos vivos). A maioria dos casos foram classificados como sífilis congênita recente e as maiores taxas de detecção por 1.000 nascidos vivos foram observadas em mães com idade menor ou igual a 29 anos; cor de pele preta ou parda; com oito ou menos anos de estudo e que realizaram o pré-natal. Em 58,54% dos casos, as mães foram diagnosticadas na maternidade. A maioria das mães foi tratada (57,41%), porém 94,71% destas receberam tratamento inadequado. A realização de estudos com abordagem qualitativa faz-se necessário para entender as dificuldades assistenciais principalmente no pré-natal. E para que as ações sejam direcionadas adequadamente recomenda-se que a ficha de notificação/investigação da sífilis congênita seja revista.

Palavras-chave: Sífilis Congênita. Cuidado Pré-natal. Qualidade da Assistência à Saúde.

FARIAS, Nathália Leite Lino de. **Congenital Syphilis in Pernambuco**: influence of sociodemographic and assistential factors. 2017. Monograph (Multiprofessional Residency in Collective Health) – Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2017.

ABSTRACT

Congenital syphilis is an avoidable, easily preventable disease and a worrying outcome for pregnancy, persisting as a serious public health problem. In order to control this infection and reach the goal of elimination (≤ 0.5 per thousand live births), it is essential to carry out diagnostic tests and appropriate and timely treatment of pregnant women and their partners in prenatal care. The objective of this study was to verify the magnitude of congenital syphilis and its sociodemographic and social determinants, based on notification record of congenital syphilis from the Information System of Notifiable Disease of the Pernambuco (Sinan-PE), from 2010 to 2014. In Pernambuco a rate detection of congenital syphilis of 5.90 / 1,000 live births was observed, with concentration of cases in the I Health Region (detection rate in 2014 of 14.83 / 1,000 live births). The majority of cases were classified as recent congenital syphilis and the highest detection rates per 1,000 live births were observed in mothers aged less than or equal to 29 years; black or brown skin color; with eight or less years of study and who underwent prenatal care. In 58.54% of the cases, the mothers were diagnosed in the maternity ward. The majority of the mothers were treated (57.41%), but 94.71% of them received inadequate treatment. Conducting studies with a qualitative approach is necessary to understand the assistance difficulties, mainly in prenatal care. In addition, for proper action to be addressed, it is recommended that the syphilis notification record be reviewed.

Keywords: Syphilis congenital. Prenatal Care. Quality of Health Care.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	7
2 JUSTIFICATIVA.....	13
3 PERGUNTA CONDUTORA.....	14
4 OBJETIVOS.....	15
4.1 Objetivo Geral.....	15
4.2 Objetivos Específicos.....	15
5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	16
5.1 Desenho do Estudo.....	16
5.2 Local, População e Período do Estudo.....	16
5.3 Fonte de dados.....	17
5.4 Análise dos dados.....	18
5.5 Aspectos éticos.....	19
6 RESULTADOS.....	20
7 DISCUSSÃO.....	26
8 CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÕES	31
REFERÊNCIAS.....	32
Anexo A – Ficha de notificação/ investigação de sífilis congênita.....	37
Anexo B – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.....	39
Anexo C – Carta de Anuência.....	40

1 INTRODUÇÃO

A sífilis é uma infecção sexualmente transmissível (IST), de caráter sistêmico e evolução crônica. Tornou-se conhecida no final do século XV, quando na Europa ocorreu a primeira epidemia de sífilis com relato na história. Desde então, vem persistindo como um grande desafio a ser superado na saúde pública, apesar de apresentar diagnóstico e tratamento eficaz e com baixo custo (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006; MAGALHÃES et al., 2011)

A origem da doença é bastante controversa e duas teorias foram suscitadas para explicá-la: a teoria do Novo Mundo, defende que a doença era endêmica na América e foi trazida para Europa pelos marinheiros de Cristóvão Colombo; e a teoria do Velho mundo, sustenta que as treponematoses já existiam na Europa sendo causadas por um único microrganismo, o qual, sofrendo modificações ao longo dos tempos atingiu maior virulência, possibilitando a transmissão sexual e as epidemias (GERALDES NETO et al., 2009).

Inicialmente, a sífilis, recebeu várias denominações, dentre elas: “mal de Nápoles”, “mal francês”, “mal venéreo”, “bubas” e “lues venérea” (termo utilizado por Jean Fernel no século XVI, no ano de 1579, do latim significa algo como peste, epidemia). O termo “sífilis” surge em 1530, originário de um poema de Girolamo Fracastoro de Verona “Syphilis sive morbus gallicus”, porém só começou a ser utilizado no final do século XVIII (GERALDES NETO et al., 2009).

O agente etiológico da sífilis é a bactéria *Treponema pallidum*, descoberta em 1905 (MAGALHÃES et al., 2011). Sua transmissão é predominantemente sexual (sífilis adquirida), seguida da transmissão vertical (sífilis congênita) pela via transplacentária, da mãe para o feto. De forma mais rara pode ser transmitida por via indireta (inoculação acidental por objetos contaminados) e por transfusão sanguínea (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006; BRASIL, 2010; DAMASCENO et al., 2014). Na transmissão sexual, o contato pelos órgãos genitais com as lesões contagiantes é responsável por 95% dos casos de sífilis (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).

Quanto à evolução, a sífilis classifica-se em recente (menos de um ano de evolução) e tardia (mais de um ano de evolução). E quanto as suas manifestações clínicas, tem-se a seguir os três estágios da sífilis: sífilis primária, com início em média de três semanas após o contato, caracteriza-se pelo aparecimento de úlcera genital (cancro duro) indolor, geralmente única; a lesão desaparece em duas a seis semanas com ou sem tratamento; sífilis secundária, início entre seis semanas a seis meses após o contato, ocorrem lesões cutaneomucosas, tais como, roséola e lesões palmo-plantares, também surgem sintomas gerais como febre, mal-

estar, cefaleia, linfadenopatia generalizada; as lesões desaparecem entre quatro e 12 semanas; sífilis latente recente/ latente tardia, fase assintomática, com testes imunológicos reagentes; e sífilis terciária, com início entre dois a 40 anos após o contato, caracteriza-se por quadro cutâneo destrutivo e formação de gomas sífilíticas que podem ocorrer em qualquer órgão (BRASIL, 2010, 2015).

Quando não tratada ou tratada inadequadamente, a sífilis pode implicar em sérias consequências, como comprometimento ósseo, cardiovascular e nervoso. Ademais, quando do acometimento fetal, pode levar a manifestações congênitas precoces ou tardias, e dentre os desfechos, aborto ou natimorto ou óbito neonatal (BRASIL, 2010).

O não tratamento ou tratamento incompleto ou errôneo (não penicilina) da sífilis em mulheres grávidas pode levar à transmissão do *Treponema pallidum* ao feto (sífilis congênita), em qualquer fase da gestação ou estágio da doença materna, todavia, a transmissão ocorre, principalmente, quando a mulher está na fase recente da infecção (sífilis primária e secundária) (MESQUITA et al., 2012; SONDA et al., 2013). Há também possibilidade de transmissão para a criança por contaminação direta, através do contato com lesões, seja nos genitais (no canal de parto), seja nas mamas (durante o aleitamento) (SONDA et al., 2013).

O tratamento da gestante deve ser completo e adequado ao estágio da doença com utilização da penicilina benzatina, finalizado com no mínimo trinta dias antes do parto, além do tratamento concomitante do seu parceiro. Para gestantes com alergia confirmada à penicilina, como não há garantia de que outros medicamentos consigam tratar a gestante e o feto, recomenda-se a dessensibilização e posterior tratamento com a penicilina. Caso isso não seja possível, a gestante deverá receber tratamento alternativo, e será considerada com tratamento inadequado para o feto, devendo a criança ser avaliada e tratada após o parto (BRASIL, 2015).

A infecção do concepto pela sífilis implica em aumento da mortalidade, prematuridade, baixo peso ao nascer, complicações agudas, deformidades, lesões neurológicas, entre outras sequelas (ARAÚJO et al., 2012). Nesse sentido, os cuidados dispendidos ao bebê com sífilis representam um custo três vezes superior quando comparado à assistência prestada a um recém-nascido saudável (SONDA et al., 2013).

Contudo, mais da metade das crianças acometidas por sífilis congênita são assintomáticas ao nascimento ou apresentam sinais e sintomas leves ou pouco específicos. Quando sintomáticas, as manifestações clínicas apresentam-se de acordo com o estágio da doença. A sífilis congênita precoce (que surge antes de dois anos de idade), pode apresentar-

se como pênfigo palmo-plantar, condiloma plano, petéquias, púrpura e rinite sero-sanguinolenta. A sífilis congênita tardia (que surge após dois anos de idade) caracteriza-se por tibia em “lâmina de sabre”, fronte “olímpica” e nariz “em sela”, surdez neurológica e dificuldade no aprendizado, entre outras manifestações (BRASIL, 2010, 2015).

A ocorrência desta doença é um importante indicador da baixa qualidade da atenção materno-infantil e dos cuidados pré-natal, indicando, sobretudo, fragilidades nos serviços de atenção primária (CARVALHO; BRITO, 2014; OLIVEIRA et al., 2014; SONDA et al., 2013). Logo, por ser uma doença evitável, de fácil prevenção e cuja ocorrência necessita de investigação, constitui um evento sentinela para acompanhamento dos serviços de atenção primária e da rede de saúde integrada (ARAÚJO et al., 2012; DOMINGUES et al., 2013).

É fundamental a qualidade da assistência à gestação para diminuição das taxas de transmissão vertical da sífilis. A prevenção dessa infecção inclui: testes diagnósticos (triagem sorológica) e tratamento adequado e oportuno da gestante e parceiro (MAGALHÃES et al., 2013).

Recomenda-se que seja realizado exame de rastreio para sífilis no pré-natal, na primeira consulta e na 30ª semana da gestação; e na maternidade, seja na admissão para o parto, por aborto, ameaça de parto prematuro ou outra intercorrência obstétrica, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde através da Portaria nº 569, de 01/06/2000, a qual instituiu o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (BRASIL, 2000).

Os métodos utilizados para o diagnóstico da sífilis são os exames diretos, através, da microscopia de campo escuro ou da imunofluorescência direta, com pesquisa do *Treponema pallidum* (retirado das lesões da sífilis primária e secundária); e os testes imunológicos, os quais se dividem em treponêmicos e não treponêmicos (BRASIL, 2015).

O teste não treponêmico mais utilizado é o *Venereal Disease Research Laboratory* (VDRL). Esse teste é importante para o rastreamento e para o monitoramento do tratamento da doença, apresenta alta sensibilidade e baixa especificidade. Os testes treponêmicos como o *Fluorescent Treponemal Antibody-Absorption* (FTA-Abs), o *T. pallidum Haemagglutination Test* (TPHA), o *Enzyme-Linked Immunosorbent Assay* (ELISA) e o teste rápido são importantes para a confirmação diagnóstica. Os testes treponêmicos não devem ser utilizados para o monitoramento da cura, uma vez que tendem a permanecer positivos por toda a vida do indivíduo, mesmo após o tratamento específico (MAGALHÃES et al., 2011; MESQUITA et al., 2012). É importante salientar que o Ministério da Saúde preconiza para o diagnóstico da sífilis, a utilização de um dos testes treponêmicos e de um dos testes não treponêmicos (BRASIL, 2015).

Segundo Mesquita et al. (2012) são muitas as causas que corroboram para a falta de sucesso no controle da sífilis, dentre elas estão a dificuldade no acesso aos serviços de pré-natal e a baixa qualidade dessa assistência; a não solicitação do exame sorológico para a gestante; e o não tratamento e acompanhamento dos parceiros sexuais das gestantes.

Ademais, existem questões comportamentais e socioculturais que interferem diretamente na eficácia das ações destinadas à prevenção e ao controle da sífilis (OLIVEIRA et al., 2014). Dentre os fatores predisponentes a ocorrência dessa infecção tem-se: baixo nível socioeconômico, coinfeção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), história de doenças sexualmente transmissíveis, uso de drogas, gravidez na adolescência, sífilis em gestações anteriores, história de natimortalidade, comportamento sexual de risco, migração para grandes centros urbanos (MAGALHÃES et al., 2013; NONATO; MELO; GUIMARÃES, 2015).

A sífilis congênita representa um preocupante e evitável desfecho da gestação, sendo uma das doenças transmissíveis do ciclo gravídico-puerperal com as maiores taxas de transmissão (MAGALHÃES et al., 2011; MESQUITA et al., 2012). E, mesmo sendo uma das infecções mais recorrentes na gravidez, com uma prevalência cerca de quatro vezes maior que a infecção pelo HIV, ela ainda não conseguiu a mesma atenção para o seu controle (ARAÚJO et al., 2014; BRASIL, 2007).

Em virtude da sua relevância como grave problema de saúde pública, o Ministério da Saúde no ano de 1986, por meio da Portaria nº 542, de 22/12/86, incluiu na relação de doenças de notificação compulsória no território nacional, os casos suspeitos ou confirmados de sífilis congênita. E, no ano de 2005, com a publicação da Portaria nº 33 de 14/07/05, os casos de sífilis em gestantes também passariam a compor à lista nacional de agravos de notificação compulsória (BRASIL, 1986, 2005).

A preocupação com a sífilis na gestação e suas consequências é algo de relevância global. Estima-se que sejam acometidas pela sífilis, no mundo, por ano, cerca de dois milhões de gestantes. Destas, aproximadamente 50% tem o feto acometido por condições que aumentam o risco de morte perinatal; em 25% dos casos resultam em natimortos ou abortos espontâneos; e os outros 25% em recém-nascidos com baixo peso ou infecção grave (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2008).

Newman et al. (2013) estimou o número de gestantes com provável infecção por sífilis no ano de 2008, com a seguinte distribuição por regiões do globo: 603.293 (44,3%) na Ásia; 535.203 (39,3%) na África; 106.500 (7,8%) nas Américas; 53.825 (4,0%) no Pacífico; 40.062 (3,0%) no Mediterrâneo e 21.602 (1,6%) na Europa.

No Brasil, foram estimadas para o ano de 2008, 50 mil gestantes com sífilis, e consequentemente, aproximadamente 15 mil crianças com sífilis congênita (ARAÚJO et al., 2012).

Notificações realizadas no Sistema de informação de agravos de notificação (Sinan) no período de 1998 a junho de 2014 contabilizaram no Brasil 104.853 casos de sífilis congênita em menores de um ano de idade, estando 45,8% desses casos na Região Sudeste, e em segundo lugar, com 31,4%, a Região Nordeste. Neste mesmo sistema, foram notificados entre os anos de 2005 e 2014 (primeiro semestre deste ano), 100.790 casos de sífilis em gestantes, apresentando também os maiores percentuais de notificação a Região Sudeste (42,1% dos casos) e a Nordeste (23,5% dos casos) (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO, 2015).

Diante do cenário epidemiológico da sífilis congênita, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) apresentou em 1995, uma campanha na região das Américas, para redução da taxa de sífilis congênita para menos de 0,5 casos por mil nascidos vivos. A estratégia para o alcance desse desafio incluía: aumentar a disponibilidade de cuidados pré-natais; estabelecer testes sorológicos de rotina para detecção da sífilis durante os cuidados pré-natais e no parto; e promover o tratamento oportuno das gestantes infectadas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2008).

Em 2010, os Estados Membros da OPAS aprovaram a “Estratégia e o Plano de Ação para a Eliminação da Transmissão vertical do HIV e da Sífilis”. Essa eliminação refere-se ao alcance de metas de impacto para a saúde pública, e no que condiz a sífilis congênita, o objetivo seria a redução da sua incidência para 0,5 casos ou menos (incluindo nascidos mortos) por 1.000 nascidos vivos nas Américas até 2015 (ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE, 2013). Esta mesma meta foi adotada pelo Ministério da Saúde, visto que, o Brasil está entre os países prioritários para o controle da sífilis congênita (DOMINGUES et al., 2014).

Portanto, visando o alcance da eliminação da sífilis congênita como problema de saúde pública em todo o território nacional, o Brasil vem trilhando vários caminhos, dentre eles: o Pacto pela Saúde de 2006 (Portaria/GM nº 399, de 22/02/2006), no qual a eliminação da sífilis participa dentre os objetivos e metas para redução da mortalidade materna e infantil, como também para o fortalecimento da atenção básica; o Plano Operacional para Redução da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis de 2007; e a estratégia Rede Cegonha (Portaria/GM Nº 1.459, de 24/06/2011), que se propõe organizar a assistência obstétrica e neonatal a fim de assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à atenção infantil, através da implementação de uma rede

de cuidados (BRASIL, 2006, 2007, 2011a). Diante de tais metas, contudo, o Brasil e especialmente a região Nordeste permanecem com altas taxas de incidência.

No Brasil, segundo informações do boletim epidemiológico da sífilis, 2015, foram notificados em 2013 um total de 13.705 casos de sífilis congênita em menores de um ano, com uma taxa de 4,7 casos por 1.000 nascidos vivos. Assim, considerando o período de 2004 a 2013, a taxa de incidência da sífilis congênita aumentou de forma progressiva no país, passando de 1,7 para 4,7 casos por 1.000 nascidos vivos. O Nordeste, dentre as cinco regiões do país, ficou em segundo lugar em número de notificações da sífilis congênita (32,2%) apresentando a maior incidência de casos, com 5,3 para cada 1.000 nascidos vivos (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO, 2015). Em Pernambuco, a taxa de incidência dos casos de sífilis congênita por 1.000 nascidos vivos segue também em crescimento, passando de 4,04 em 2004 para 8,77 em 2014, o que representa um aumento de 117% (BOLETIM SÍFILIS, 2016).

Estudo de coorte de base hospitalar, denominado “Nascer no Brasil: pesquisa nacional sobre parto e nascimento”, realizado com 23.894 mulheres no período de 2011 a 2012, detectou uma prevalência de sífilis na gestação de 1,02%. Este estudo também conclui que apesar de ter ocorrido um aumento da cobertura pré-natal e da testagem para sífilis, desigualdades regionais e sociais de acessibilidade aos serviços de saúde e dificuldades assistenciais, como o não tratamento dos parceiros, corroboram para a permanência da sífilis congênita como problema de saúde pública no Brasil (DOMINGUES et al., 2014).

2 JUSTIFICATIVA

A sífilis congênita persiste como um grave problema de saúde pública no Brasil, apesar de ser uma doença prevenível e para qual se dispõe de tratamento eficaz e de baixo custo. Alguns fatores como falta de pré-natal adequado, tratamento incorreto, falha nas ações de prevenção e educação contribuem para a permanência deste agravo como um desafio para a sociedade brasileira (CARVALHO; BRITO, 2014; MATTHES et al., 2012).

Conhecer os fatores que estão implicados no aumento da incidência ou que representam obstáculos às metas estabelecidas de eliminação da sífilis é de suma importância para possibilitar o real controle da epidemia.

Diante do exposto, e considerando que a sífilis congênita é uma doença para a qual existem formas estabelecidas de prevenção, e que a sífilis materna tem tratamento eficaz e com baixo custo, a realização deste estudo tem sua relevância ao identificar o panorama da sífilis congênita e de seus determinantes sociodemográficos e assistenciais no estado de Pernambuco, podendo, assim, contribuir para o planejamento e redirecionamento das ações de prevenção da sífilis congênita no estado.

3 PERGUNTA CONDUTORA

Que fatores sociodemográficos e assistenciais estão relacionados à magnitude da sífilis congênita em Pernambuco?

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

Verificar a magnitude da sífilis congênita e seus determinantes sociodemográficos e assistenciais no estado de Pernambuco, de 2010 a 2014.

4.2 Objetivos Específicos

- a) Descrever os casos de sífilis congênita segundo os fatores sociodemográficos e assistenciais;
- b) Calcular a taxa de detecção de sífilis congênita por ano de diagnóstico e regional de saúde;
- c) Calcular a taxa de detecção de sífilis congênita segundo os fatores sociodemográficos e assistenciais referentes à mãe.

5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

5.1 Desenho do Estudo

Foi realizado um estudo do tipo corte transversal, com dados secundários referentes aos casos de sífilis congênita notificados no Sinan-PE.

5.2 Local, População e Período do estudo

A população do estudo foi constituída por todos os casos confirmados de sífilis congênita ocorridos nos municípios do estado de Pernambuco, com diagnóstico entre os anos de 2010 e 2014, e que foram notificados no Sinan.

O período escolhido para o estudo, foi em virtude de corresponder aos cinco anos que antecedem o ano limite (2015) para o alcance da meta de eliminação da sífilis congênita ($\leq 0,5$ casos/ 1.000 nascidos vivos) nas Américas, a qual faz parte dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), aprovados por todos os Estados Membros das Nações Unidas em 2001 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2008).

O Estado de Pernambuco, segundo o último censo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2010, contava com uma população de 8.796.448 habitantes, com estimativa para 2014 de 9.278.152 habitantes, distribuídos em 185 municípios, com densidade demográfica em 2010 de 89,62 hab/Km² (IBGE, 2016a, 2017).

Os 185 municípios, para fins do processo de regionalização da saúde, conforme o Plano Diretor de Regionalização (PDR) de 2011, estão organizados territorialmente em quatro macrorregiões, 12 regiões e 11 microrregiões de saúde (PERNAMBUCO, 2011). No quadro a seguir encontram-se as macrorregiões com as correspondentes regiões de saúde:

Quadro 1. Distribuição das macrorregiões e das regiões de saúde de Pernambuco.

Macrorregiões	Regiões de Saúde
I – Metropolitana	I, II, III, XII
II – Agreste	IV, V
III – Sertão	VI, X, XI
IV- Vale do São Francisco	VII, VIII, IX

Fonte: A autora a partir de Pernambuco (2011).

As regiões de saúde constituem um espaço geográfico contínuo formado pelo conjunto de municípios limítrofes, definido a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com o objetivo de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011b). Cada região é representada por uma Gerência Regional de Saúde (GERES), que corresponde a uma unidade administrativa da Secretaria Estadual de Saúde (PERNAMBUCO, 2017).

Figura 1. Mapa das Gerências Regionais de saúde de Pernambuco.



Fonte: Pernambuco (2016).

5.3 Fonte de Dados

Os dados das fichas de notificação / investigação sobre os casos de sífilis congênita foram obtidos no Sinan-PE, consolidados em 17 de março de 2017 e fornecidos pela Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco (SES-PE) / Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde.

Foram selecionadas para o estudo, variáveis sociodemográficas e assistenciais, categorizadas conforme se demonstra no quadro 2 a seguir.

A informação sobre o número de nascidos vivos de 2010 a 2014 foi obtida do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), no dia 03 de abril de 2017. Estas informações são de livre acesso ao público, disponíveis no site: datasus.saude.gov.br. Dentre o quantitativo de nascidos vivos, ocorreram quatro nascimentos cujo município de residência não foi identificado. Para fins da pesquisa, estes não foram considerados no total de nascimentos, visto que, não seria possível atribuí-los a uma das regiões de saúde.

Quadro 2. Variáveis sociodemográficas e assistenciais do estudo.

Referentes à criança	Referentes à mãe	
1. Faixa etária (até 5 dias; 6 a 30 dias; com mais de 30 dias e menos de 1 ano; 1 a 2 anos; com 3 ou mais anos)	1. Faixa etária (menor de 20 anos; 20 a 29 anos; 30 a 39 anos; com 40 ou mais anos)	6. Diagnóstico de sífilis materna (pré-natal; parto; curetagem; após o parto; não realizado; sem informação)
2. Diagnóstico clínico (assintomático; sintomático; não se aplica; ignorado = sem informação)	2. Raça/cor (branca; preta; parda; amarela; indígena; sem informação)	7. Esquema de tratamento materno (adequado; inadequado; não realizado; sem informação)
3. Evolução do caso (vivo; óbito por sífilis congênita; óbito por outras causas; aborto; natimorto; sem informação)	3. Escolaridade (sem escolaridade; até 4 anos; 5 a 8 anos; com 9 ou mais anos; sem informação)	8. Parceiro (s) tratado (s) concomitantemente à gestante (sim; não; sem informação)
4. Diagnóstico final (sífilis congênita recente; sífilis congênita tardia; aborto; natimorto; descartado)	4. Zona de residência (urbana; rural; periurbana; sem informação)	-
5. Município de residência (I, II, III, IV, V, VI, VII, VIII, IX, X, XI, XII região de saúde)	5. Pré-natal nesta gestação (sim; não; sem informação)	-

Fonte: A autora a partir da Ficha de notificação/investigação de sífilis congênita (BRASIL, 2008).

5.4 Análise dos Dados

Os dados foram inicialmente tabulados através do programa Tabwin (Tab para Windows) do DATASUS, gerando o banco de dados com as variáveis utilizadas neste estudo. Posteriormente, utilizou-se o programa Microsoft Excel ® (versão 2013) para análise dos dados e construção das tabelas e gráficos.

Os resultados foram apresentados em frequências absolutas e relativas. Para algumas variáveis, além destas frequências, foi calculada a taxa de detecção por 1.000 nascidos vivos. Para a variável contínua idade da mãe foi calculado a média e o desvio padrão.

As fórmulas utilizadas para os cálculos das taxas de detecção de sífilis congênita por ano de diagnóstico e região de saúde, e por fatores sociodemográficos e assistenciais referentes à mãe, foram, respectivamente:

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ casos confirmados e notificados de sífilis congênita no Sinan-PE, no período de 2010 a 2014}}{\text{N}^\circ \text{ de nascidos vivos, no período de 2010 a 2014}} \times 1.000$$

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ casos confirmados e notificados de sífilis congênita no Sinan-PE, na região de saúde considerada, no período de 2010 a 2014}}{\text{N}^\circ \text{ de nascidos vivos, na região de saúde considerada, no período de 2010 a 2014}} \times 1.000$$

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ casos confirmados e notificados de sífilis congênita no Sinan-PE, no período de 2010 a 2014, cuja mãe tem o fator sociodemográfico ou assistencial considerado}}{\text{N}^\circ \text{ de nascidos vivos, no período de 2010 a 2014}} \times 1.000$$

E para o número de óbitos por sífilis congênita calculou-se o coeficiente de mortalidade específica, por meio da seguinte fórmula:

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de óbitos por sífilis congênita notificados no Sinan-PE, no período de 2010 a 2014}}{\text{N}^\circ \text{ de nascidos vivos, no período de 2010 a 2014}} \times 10.000$$

5.5 Aspectos Éticos

Este estudo obedeceu a Resolução do Conselho Nacional de Saúde N° 466/2012, a qual estabelece diretriz e normas reguladoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Foram utilizados dados secundários, provenientes do banco de dados do Sinan-PE, com anuência da Diretoria Geral de Educação na Saúde da Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco.

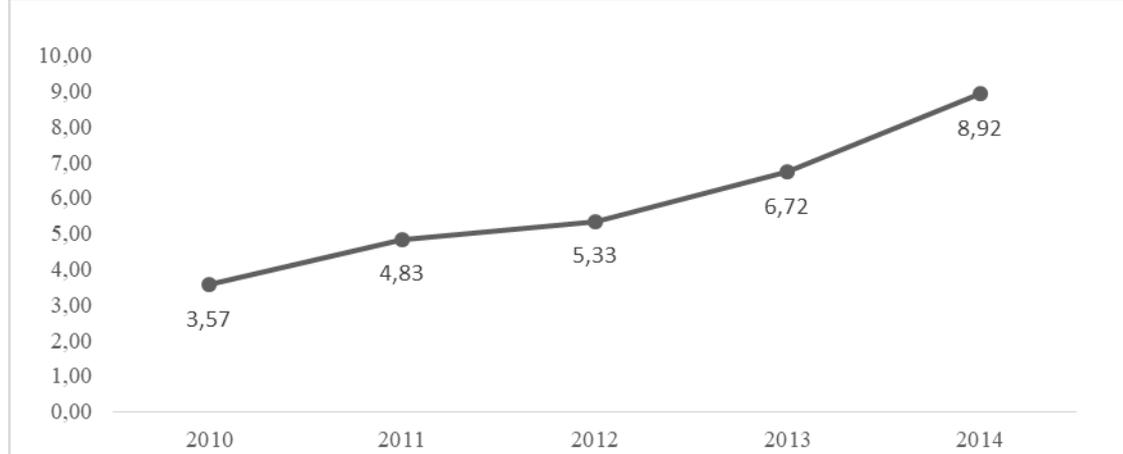
Foi mantido o sigilo quanto à identificação dos indivíduos incluídos na pesquisa, bem como de todas as informações coletadas, e os dados foram utilizados exclusivamente para fins desta pesquisa.

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto Aggeu Magalhães / Fiocruz – PE, tendo recebido o seguinte registro no CAAE – 63819417.2.0000.5190.

6 RESULTADOS

Em Pernambuco, de 2010 a 2014, a taxa de detecção da sífilis congênita por mil nascidos vivos apresentou ascendência, ano a ano, passando de 3,57 em 2010 para 8,92 em 2014, representando um aumento de 149,9% (gráfico 1).

Gráfico 1- Taxa de detecção de sífilis congênita por ano de diagnóstico em Pernambuco, 2010 a 2014.



Fonte: A autora, a partir do Sinan-PE, 2017.

Dos 702.990 nascidos vivos em Pernambuco, de 2010 a 2014, foram diagnosticados e notificados no Sinan-PE 4.149 casos de sífilis congênita, o que representou uma taxa de detecção, para este período de 5 anos, de 5,90/1.000 nascidos vivos e uma média anual de 829,8 casos. Ano a ano, houve uma progressão no número de casos, passando de 487 em 2010 para 1.280 em 2014 (tabela 1).

Na análise por região de saúde de residência, observa-se que a I e IV regiões foram responsáveis pelo maior número percentual de casos de sífilis congênita no estado de Pernambuco, em todos os anos do estudo. Em relação à taxa de detecção da sífilis congênita por mil nascidos vivos, a I região foi a que apresentou as maiores taxas, sobressaindo-se nos anos de 2013 (11,77/1.000 nascidos vivos) e 2014 (14,83/1.000 nascidos vivos). A XII região nos anos de 2010 (2,80/1.000 nascidos vivos), 2011 (3,78/1.000 nascidos vivos) e 2014 (7,85/1.000 nascidos vivos) alcançou a segunda maior taxa. Quanto às demais regiões, de modo geral, no decorrer do período analisado apresentaram um aumento na detecção da sífilis congênita com suas maiores taxas no ano de 2014. Algumas regiões apresentaram taxa de detecção menor que 1/1000 nascidos vivos e até mesmo a inexistência desta (não houveram casos notificados), como na VI região em 2010 e na XI região em 2011.

Tabela 1- Distribuição dos casos confirmados de sífilis congênita por ano de diagnóstico e região de saúde. Pernambuco, 2010 a 2014

Regiões de Saúde	2010			2011			Ano 2012			2013			2014		
	n	%	Taxa*	n	%	Taxa*	n	%	Taxa*	n	%	Taxa*	n	%	Taxa*
I	404	82,96	7,18	554	81,83	9,65	565	74,93	9,50	712	74,87	11,77	906	70,78	14,83
II	12	2,46	1,43	22	3,25	2,66	35	4,64	4,19	35	3,68	4,26	43	3,36	5,25
III	16	3,29	1,86	11	1,62	1,15	22	2,92	2,25	32	3,36	3,08	68	5,31	6,14
IV	20	4,11	1,04	42	6,20	2,16	69	9,15	3,50	70	7,36	3,55	125	9,77	6,34
V	4	0,82	0,44	5	0,74	0,55	3	0,40	0,34	3	0,32	0,35	22	1,72	2,57
VI	0	0,00	0,00	6	0,89	0,87	8	1,06	1,23	7	0,74	1,10	11	0,86	1,79
VII	4	0,82	1,53	5	0,74	1,90	3	0,40	1,16	3	0,32	1,24	7	0,55	2,98
VIII	9	1,85	1,12	9	1,33	1,08	25	3,32	3,02	55	5,78	6,48	44	3,44	4,88
IX	2	0,41	0,30	3	0,44	0,46	3	0,40	0,47	5	0,53	0,86	10	0,78	1,68
X	2	0,41	0,74	2	0,30	0,69	1	0,13	0,34	3	0,32	1,08	3	0,23	1,06
XI	1	0,21	0,25	0	0,00	0,00	3	0,40	0,76	4	0,42	1,07	4	0,31	1,06
XII	13	2,67	2,80	18	2,66	3,78	17	2,25	3,56	22	2,31	4,88	37	2,89	7,85
PE	487	100,00	3,57	677	100,00	4,83	754	100,00	5,33	951	100,00	6,72	1280	100,00	8,92

Fonte: A autora a partir do Sinan-PE (2017).

Nota: *Taxa de detecção da Sífilis Congênita/1.000 Nascidos Vivos.

Na análise por macrorregiões de saúde (tabela 2), evidenciou-se nos cinco anos analisados que a macrorregião metropolitana (regiões de saúde I, II, III e XII) foi a responsável por 85,41% dos casos de sífilis congênita notificados, com uma taxa de detecção de 8,67/1.000 nascidos vivos. Enquanto que, a macrorregião do sertão (regiões de saúde VI, X e XI) respondeu por apenas 1,33% das notificações e apresentou a menor taxa no total do período, de 0,83/1.000 nascidos vivos.

Tabela 2- Distribuição dos casos confirmados de sífilis congênita por macrorregião de saúde. Pernambuco, 2010 a 2014

Macrorregião	Regiões de Saúde	n	%	Taxa*	
I. Metropolitana	I	3141	75,70	10,66	Taxa* Total 8,67
	II	147	3,54	3,55	
	III	149	3,59	3,01	
	XII	107	2,58	4,57	
II. Agreste	IV	326	7,86	3,33	Taxa* Total 2,56
	V	37	0,89	0,84	
IV. Sertão	VI	32	0,77	0,98	Taxa* Total 0,83
	X	11	0,27	0,78	
	XI	12	0,29	0,61	
IV. Vale do São Francisco	VII	22	0,53	1,75	Taxa* Total 2,18
	VIII	142	3,42	3,37	
	IX	23	0,55	0,74	
Pernambuco		4149	100,00	5,90	

Fonte: A autora a partir do Sinan-Pe (2017).

Nota: *Taxa de detecção da Sífilis Congênita/1.000 Nascidos Vivos.

Em relação à caracterização dos casos de sífilis congênita (tabela 3), verificou-se que 3.986 (96,07%) das notificações ocorreram quando as crianças se encontravam com cinco dias ou menos de vida. Das demais notificações, 156 (3,76%) foram em crianças de até dois anos de idade e sete (0,17%) com idade de três anos e mais, tendo duas destas 10 e 12 anos.

Quanto ao Diagnóstico Clínico, 62,69% (2.601) dos casos apresentaram-se assintomáticos, 12,15% (504) possuíam alguma manifestação clínica da sífilis congênita e 10,10% (419) foram enquadrados na opção “não se aplica” destinada, segundo orientação do dicionário de dados da ficha de notificação/investigação de sífilis congênita, aos casos de aborto e natimorto (BRASIL, 2012). E não possuía esta informação 625 casos (15,06%).

O diagnóstico final, segundo os critérios de estadiamento dos casos, indicou que 88% (3.651) das crianças enquadravam-se na classificação de sífilis congênita recente. Na evolução dos casos, como pode ser observado, dos 4.149 casos notificados como sífilis congênita, no período analisado, foram a óbito 625 (15,05%). Destes, foram considerados óbitos por sífilis congênita 108 (2,60%), o que representou um coeficiente de mortalidade específica por sífilis congênita, no período em estudo, de 1.54/10.000 nascidos vivos. Quanto aos abortos e natimortos, somaram 489 casos (11,78%) e, considerando que todos os casos notificados, com desfecho para o óbito, foram casos de sífilis congênita, excluindo-se os óbitos por outras causas, tem-se 597 casos (14,38%).

Tabela 3- Caracterização dos casos de Sífilis Congênita. Pernambuco, 2010 a 2014

Variáveis	n	%
Faixa etária		
≤ 5 dias	3986	96,07
6 dias -30 dias	116	2,80
> 30 dias e < 1 ano	35	0,84
1 ano - 2 anos	5	0,12
≥ 3 anos	7	0,17
Diagnóstico Clínico		
Assintomático	2601	62,69
Sintomático	504	12,15
Não se aplica	419	10,10
Ignorado	625	15,06
Diagnóstico final		
Sífilis congênita recente	3651	88,00
Sífilis congênita tardia	9	0,22
Aborto	225	5,42
Natimorto	264	6,36
Evolução do caso		
Vivo	3362	81,03
Óbito por sífilis congênita	108	2,60
Aborto	225	5,42
Natimorto	264	6,36
Óbito por outras causas	28	0,67
Ignorado	162	3,90
Total	4149	100,00

Fonte: A autora a partir do Sinan-PE (2017).

A segunda caracterização do estudo diz respeito as características sociodemográficas e assistenciais maternas e evidencia a taxa de detecção da sífilis congênita de acordo com tais características (tabela 4).

Tabela 4- Caracterização, segundo variáveis sociodemográficas e assistenciais maternas. Pernambuco, 2010 a 2014.

Variáveis	n	%	Taxa*
Faixa etária			
<20	1032	24,87	1,47
20–29	2158	52,01	3,07
30–39	797	19,21	1,13
≥40	81	1,95	0,12
Sem Informação	81	1,95	0,12
Raça/cor			
Branca	510	12,29	0,73
Preta/ Parda	3065	73,87	4,36
Amarela/Indígena	16	0,39	0,02
Sem Informação	558	13,45	0,79
Escolaridade (anos de estudo)			
Sem Escolaridade	85	2,05	0,12
≤ 4 anos	888	21,40	1,26
De 5-8 anos	1416	34,13	2,01
≥ 9 anos	795	19,16	1,13
Sem Informação	965	23,26	1,37
Pré-natal nesta gestação			
Sim	3085	74,36	4,39
Não	677	16,32	0,96
Sem Informação	387	9,33	0,55
Diagnóstico de sífilis materna			
Pré-Natal	1438	34,66	2,05
Parto/curetagem/Após o parto	2429	58,54	3,46
Não realizado/Sem informação	282	6,80	0,40
Esquema de Tratamento materno			
Adequado	126	3,04	0,18
Inadequado	2256	54,37	3,21
Não realizado/Sem informação	1767	42,59	2,51
Parceiro tratado concomitantemente a gestante			
Sim	439	10,58	0,62
Não	2445	58,93	3,48
Sem Informação	1265	30,49	1,80
Zona de Residência			
Urbana	3702	89,23	5,27
Rural/ Periurbana	264	6,36	0,38
Sem Informação	183	4,41	0,26
Total	4149	100,00	5,90

Fonte: A autora a partir do Sinan-PE (2017).

Nota: *Taxa de detecção da Sífilis Congênita/1.000 Nascidos Vivos.

Observou-se que a idade média das mães foi de 24 anos (desvio padrão de $\pm 6,4$), com uma taxa de detecção da sífilis congênita atrelada a idade materna, entre 20 e 29 anos, de 3,07/1.000 nascidos vivos. A raça/cor predominante foi preta ou parda, com taxa de detecção de 4,36/1.000 nascidos vivos. Quanto a escolaridade, 57,58% (2.389 casos) possuíam até oito anos de estudo, com taxa de detecção nesta variável de 3,39/1.000 nascidos vivos.

Constatou-se que a maioria das mães realizaram o pré-natal, sendo a taxa de detecção nesta variável 4,39/1.000 nascidos vivos. Contudo, foi observado que 58,54% das mães

obtiveram o diagnóstico de sífilis materna na maternidade (no parto, curetagem ou após o parto), com taxa de detecção de 3,46 por 1.000 nascidos vivos.

As taxas de detecção da sífilis congênita também revelaram-se maiores nas mães com esquema de tratamento considerados “inadequado” (3,21/1.000 nascidos vivos) e “não realizado/sem informação” (2,51/1.000 nascidos vivos); bem como nos casos em que o tratamento do parceiro não ocorreu concomitantemente (3,48/1.000 nascidos vivos).

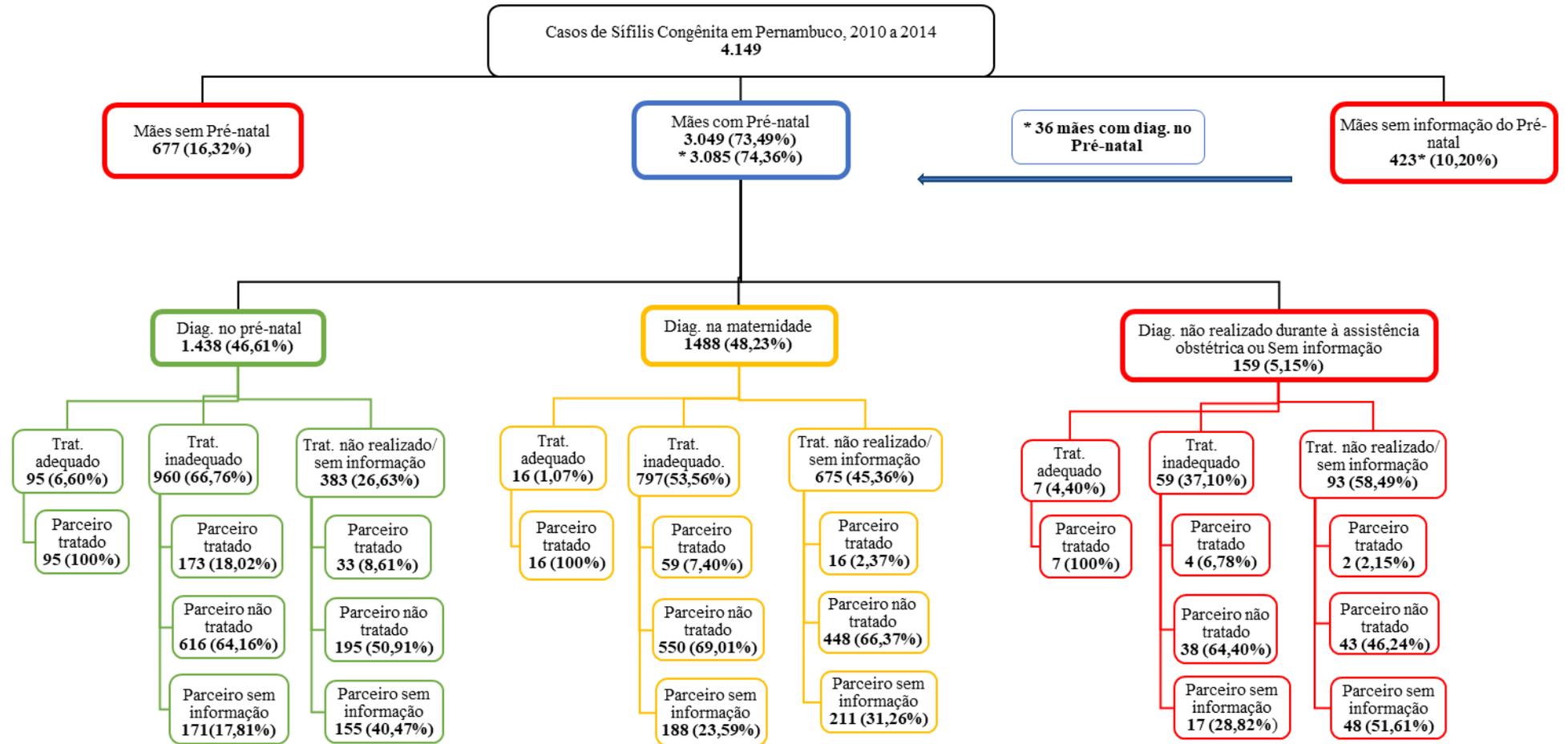
Por fim, foi verificado a zona de residência, constatando-se que 89,23% residiam na zona urbana, o que correspondeu a uma taxa de detecção de 5,27/1.000 nascidos vivos.

No fluxograma a seguir (figura 2), pode-se observar que havia inconsistência no que se refere a realização do pré-natal. Esta variável foi corrigida durante as análises deste estudo, a partir da variável “diagnóstico de sífilis materna”. Ou seja, das 4.149 notificações, havia a informação de que apenas 3.049 mães haviam realizado o pré-natal. Todavia, dentre os 423 casos “sem informação de realização do pré-natal”, 36 possuíam a informação de que o diagnóstico de sífilis materna ocorreu no pré-natal, sendo considerado, assim, 3.085 casos (74,36%) com pré-natal. Dentre este total de mães que realizaram o pré-natal, apenas 46,61% (1.438 casos) tiveram o diagnóstico de sífilis durante o pré-natal, e destas apenas 95 casos (6,60%) receberam tratamento adequado (tratamento da mãe conforme o estabelecido nas diretrizes nacionais, e do parceiro conjuntamente).

Chama atenção terem sido notificados como de tratamento adequado (mãe e parceiro), respectivamente, 16 casos (1,07%) dentre os 1.488 casos (48,23%) diagnosticados na maternidade (no parto/curetagem/após o parto), e sete casos (4,40%) dentre os 159 (5,15%) com diagnóstico não realizado durante à assistência obstétrica, ou sem informação do momento do diagnóstico.

A figura 2 possibilita também observar que o não tratamento do parceiro foi o principal responsável pelo “tratamento inadequado da mãe”, sendo responsável por 64,16% dentre as mães com diagnóstico no pré-natal (616 de 960 mães); por 69,01% dentre as mães com diagnóstico na maternidade (550 de 797 mães); e por 64,40% dentre as mães com diagnóstico não realizado durante à assistência obstétrica ou sem informação do momento do diagnóstico (38 de 59 mães).

Figura 2- Assistência pré-natal as mães das crianças com sífilis congênita. Pernambuco 2010 a 2014.



Fonte: A autora a partir do Sinan-PE, 2017.

7 DISCUSSÃO

Em 2005 foram notificados no Sinan, 1.863 casos de gestantes com sífilis (taxa de detecção 0,6 por 1.000 nascidos vivos); em 2013 o número de casos chegou a 21.382 (taxa de detecção 7,4 por 1.000 nascidos vivos) (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO, 2015). Segundo o Ministério da Saúde do Brasil 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, com a instituição do teste rápido a partir da estratégia Rede Cegonha (BRASIL, 2015). Mas, apesar dessa maior detecção da sífilis em gestantes, não houve redução no número de casos de sífilis congênita. Ao contrário, tem ocorrido nos últimos anos um aumento na taxa de incidência da sífilis congênita. Em 2004 essa taxa era 1,7 casos para cada 1.000 nascidos vivos; em 2010 subiu para 2,4; e em 2013 para 4,7. Neste último ano a maior incidência de casos ocorreu na Região Nordeste (5,3), seguida da Sudeste (5,1), Sul (4,1), Norte (3,5) e Centro-Oeste (3,3) (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO, 2015, 2012).

Com exceção do Estado de Roraima, que registrou taxa de incidência de sífilis congênita em 2010 de 5,3 e em 2013 de 4,2 por 1.000 nascidos vivos, em todos os outros estados brasileiros houve aumento. Como exemplo, no Rio de Janeiro a taxa de incidência da sífilis congênita passa de 6,7 em 2010 para 11,5 em 2013; Em Sergipe passa de 5,0 em 2010 para 11,2 em 2013 (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO, 2015, 2012).

Considerando a meta de eliminação para 2015, proposta pela Organização Pan Americana de Saúde (2013), de 0,5 casos ou menos por 1.000 nascidos vivos, o presente estudo constatou em Pernambuco cenário também bastante preocupante, ao evidenciar um crescimento de 162,83% no número de casos de sífilis congênita. Ou seja, de 487 casos em 2010 (taxa de detecção de 3,57) passa para 1.280 em 2014 (taxa de detecção de 8,92). Diante do exposto, a meta de eliminação da sífilis congênita como problema de saúde pública, que a muito vem sendo perseguida no Brasil, não tem sido alcançada devido as “oportunidades perdidas” referentes à triagem sorológica no pré-natal e tratamento das gestantes infectadas (com penicilina benzatina) e seus parceiros.

As ações de atenção à saúde materno-infantil, previstas pela “Rede Cegonha” desde o ano de 2011, têm dentre seus indicadores de monitoramento a proporção de gestantes acompanhadas no pré-natal que realizou exame para sífilis e recebeu o resultado até a 20ª semana de gestação; e a proporção de gestantes acompanhadas no pré-natal que realizou exame para sífilis entre a 28ª e 36ª semana de gestação e recebeu o resultado até a 38ª semana

de gestação. E, dentre os indicadores de avaliação está a taxa de incidência de sífilis congênita em menores de um ano (CAVALCANTI et al., 2013). O aumento expressivo na detecção da sífilis congênita em Pernambuco tem sido, também, atribuído aos resultados de implementação das ações na estratégia “Rede Cegonha”. Todavia, a não execução dos protocolos já existentes, como pode ser observado no presente estudo e em vários outros (CARVALHO; BRITO, 2014; DOMINGUES et al., 2013, 2014; MESQUITA et al., 2012), tem mantido a ocorrência dos casos.

A maior identificação dos casos, com conseqüente aumento da notificação, faz emergir outros questionamentos “Por que apesar dos esforços de implementação das ações previstas pela “Rede Cegonha”, em 25,65% das crianças suas mães não tiveram acesso ao pré-natal? E, por que apenas 46,61% das que realizaram o pré-natal teve a sífilis detectada nesse momento e somente 6,60% das diagnosticadas foi adequadamente tratada? Contudo, o aumento das notificações possibilita a investigação dos casos pela vigilância epidemiológica, podendo, conseqüentemente, fomentar ações estratégicas para prevenção do agravo.

Outro fator que pode ter contribuído para o aumento da taxa de detecção da sífilis congênita em Pernambuco, especialmente no ano de 2014, quando a taxa de detecção de 6,72 em 2013 passa para 8,92 em 2014 (aumento de 32,74%), foi o desabastecimento da penicilina (benzatina e cristalina) identificada neste ano no país, em virtude da falta de matéria prima para produção destes fármacos (BRASIL, 2016a, 2016b).

No que se refere à distribuição destes casos no Estado, a maioria concentrou-se na I região de saúde, que em 2010, segundo o IBGE (2016b), possuía 3.908.757 habitantes (44,43% da população do Estado), e segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2017), foi responsável por 41,92% do número de nascidos vivos do período 2010 a 2014. A I região de saúde corresponde à macrorregião metropolitana, que abrange municípios como: Recife (Capital do Estado), Abreu e Lima, Cabo de Santo Agostinho, Jaboatão dos Guararapes, Olinda e Paulista. Essa região apresentou taxas de detecção da sífilis congênita em todos os anos maiores que a taxa total do Estado. Já as regiões de saúde situadas mais no interior de Pernambuco (V, VI, IX, X, XI região) apresentaram as menores taxas, supondo haver nessas regiões maiores dificuldades assistenciais e subnotificação. Essa subnotificação impossibilita conhecer a real situação do agravo na região e, conseqüentemente, interfere no planejamento das ações preventivas.

A concentração de casos em regiões com melhores condições de serviços e infraestrutura da rede de assistência à saúde foi observada também no Rio Grande do Norte,

onde 65,1% dos casos de nascidos vivos com sífilis foram notificados em municípios que compõe sua regional metropolitana de saúde (CARVALHO; BRITO, 2014).

Quanto à caracterização dos casos de sífilis congênita, destaca-se de forma positiva o fato de que, em Pernambuco, os nascidos vivos diagnosticados e notificados com sífilis congênita tinham menos de um ano de idade (96% estavam com cinco dias ou menos de vida). A identificação dos casos com poucos dias do nascimento também foi relatada por Serafim et al. (2014) e por Muricy e Pinto Júnior (2015). O diagnóstico logo após o nascimento, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2010), possibilita a instituição imediata do tratamento da criança com redução das possíveis sequelas e de sua morbimortalidade.

Em relação à taxa de detecção da sífilis congênita atrelada as características sociodemográficas e assistenciais materna, observou-se neste estudo que as maiores taxas de detecção ocorreram em mães que apresentaram idade menor ou igual a 29 anos, o que também foi observado por outros autores (ARAÚJO et al., 2012; NONATO; MELO; GUIMARÃES, 2015; MURICY; PINTO JÚNIOR, 2015; BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO 2015). Também foi observado maiores taxas de detecção por 1.000 nascidos vivos entre as mães pretas ou pardas (4,36); com menos de oito anos de estudo (3,39) e que residiam na zona urbana (5,27); resultados semelhantes foram evidenciados por Araújo et al. (2012) e Muricy e Pinto Júnior (2015). Essas características refletem desigualdades sociais em saúde existentes no Brasil, e observada em outros estudos, que detectaram maior incidência da sífilis na gestação/sífilis congênita, na população com as características mencionadas, e que sofre com a desigualdade no acesso e na qualidade dos serviços de saúde (DOMINGUES et al., 2014; DOMINGUES et al., 2013; ARAÚJO et al., 2012).

O principal momento para a prevenção da sífilis congênita seria o diagnóstico da sífilis na pré-concepção (planejamento familiar). Todavia, o diagnóstico no pré-natal é momento oportuno para a prevenção da maioria dos casos, desde que sejam realizados o diagnóstico precoce e o tratamento adequado da gestante, bem como, a abordagem e acompanhamento do seu parceiro para diagnóstico e adesão ao tratamento. Portanto, a ocorrência da sífilis congênita revela as dificuldades existentes nos serviços de saúde, principalmente da atenção básica no enfrentamento desta infecção (MESQUITA et al., 2012).

Em pesquisa realizada em unidades de atenção primária à saúde, na cidade de Fortaleza (Ceará), verificou-se que em 47,2% das 89 unidades participantes do estudo, as condições para diagnosticar e tratar gestantes com sífilis eram insatisfatórias. Foi observado que 88,8% tinham penicilina na unidade, contudo, somente 16,9% administravam este medicamento,

tendo como justificativa para a não administração, o medo de reações adversas, devido à falta de recursos para o atendimento de uma reação anafilática (ARAÚJO et al., 2014). Isso demonstra a existência de dificuldade na prevenção da sífilis congênita, seja no diagnóstico e tratamento materno seja de seu parceiro, apesar da existência da Portaria nº 3.161/2011, que dispõe sobre a administração da penicilina nas unidades de Atenção Básica à Saúde (BRASIL, 2011c).

Foi demonstrado no presente estudo que apesar da maioria das mães (74,36%) ter realizado o pré-natal, apenas 46,61% destas tiveram a sífilis diagnosticada nesse momento. E dentre essas, 26,63% não receberam nenhum tratamento ou essa informação não foi fornecida. Diante do exposto, ficam evidentes as fragilidades existentes na assistência fornecida nos serviços de atenção primária. Semelhantemente, em um estudo realizado no Rio Grande do Norte, 72,2% das mães das crianças com sífilis congênita receberam atendimento pré-natal, porém a maioria não obteve o diagnóstico de sífilis neste momento (CARVALHO; BRITO, 2014).

É importante salientar, que “tratamento adequado” por definição adotada pelo Ministério da Saúde 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 (BRASIL, 2008). Portanto, “tratamento adequado” referido nas notificações como ocorrido na maternidade, não condiz com esta definição para prevenção da sífilis congênita, sendo desta forma, um equívoco a notificação de tratamento adequado na maternidade uma vez que a criança é um caso de sífilis. Contudo, a informação da adequabilidade do tratamento na maternidade constitui medida importante e preventiva para novos casos de sífilis congênita, devendo ser mantida, todavia em campo específico para configurar essa prevenção. O presente estudo também evidenciou informação de “tratamento adequado” dentre as mães com diagnóstico de sífilis não realizado durante a assistência obstétrica, ou com essa informação não registrada, constituindo inconsistência na notificação.

Outra questão foi o alto percentual de informação ignorada quanto ao tratamento do parceiro (30,49%), fato que pode ter influenciado subestimando o percentual de parceiros tratados. A presença de informações ignoradas quanto ao tratamento do parceiro também é referida por Nonato, Melo e Guimarães (2015).

Para Domingues et al., 2013, a sífilis congênita está relacionada ao manejo incorreto dos casos de sífilis materna, com oportunidade de diagnóstico e tratamento perdidas, denotando a baixa qualidade da assistência. Dentre as oportunidades perdidas, destacam-se: a falta de aconselhamento (sobre a doença e formas de prevenção); parceiro não tratado; e tratamento

inadequado dos casos diagnosticados. Em vários outros estudos brasileiros o tratamento inadequado da gestante e do parceiro ou o não tratamento foi verificado (ARAÚJO et al., 2012; NONATO; MELO; GUIMARÃES, 2015; OLIVEIRA et al., 2014; SERAFIM et al., 2014; MURICY; PINTO JÚNIOR, 2015). Essa condição é algo preocupante e um desafio a ser superado para o controle da sífilis congênita, pois apesar da existência de protocolos para tratamento da sífilis, observa-se que os mesmos não estão sendo observados.

8 CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÕES

Os resultados deste estudo permitem concluir que a alta taxa de detecção da sífilis congênita no estado de Pernambuco está associada à baixa qualidade da assistência dos serviços de atenção primária, especificamente, ao pré-natal. Está relacionada a esta alta taxa de sífilis congênita, as dificuldades para o tratamento adequado da mulher e parceiro, seja no pré-natal ou na maternidade (evitando um futuro novo caso de sífilis congênita), e as questões sociais que denotam maior vulnerabilidade relacionada à idade, raça/cor e baixa escolaridade.

Estudos com abordagem qualitativa poderão responder alguns questionamentos. Dentre outros podem ser citados: Quais as dificuldades para triagem dos casos de sífilis materna, e porque ocorrem? Quais as dificuldades para o tratamento adequado? Como está sendo trabalhado a integração do parceiro no pré-natal, e para adesão ao tratamento de sífilis? Os profissionais estão seguros para atuarem na prevenção e manejo adequado deste agravo? Quais as dificuldades enfrentadas para o tratamento nas maternidades?

Ficou evidente também, no presente estudo, a necessidade de rever a ficha de notificação/investigação da sífilis congênita, como por exemplo: *(i)* se estamos diante de um caso de sífilis congênita, a notificação de “Esquema de tratamento adequado” é uma incoerência, salvo nos casos de ocorrência de reinfecção, não havendo possibilidade, na ficha, de diferir um caso do outro para que as ações sejam direcionadas para as gestantes/parceiros (no caso de reinfecção) ou para os profissionais (tratamento inadequado). *(ii)* nos casos de “Esquema de tratamento inadequado” quais os motivos? As ações serão direcionadas corretamente a partir dessa informação. E *(iii)* no caso do “Parceiro tratado concomitantemente a gestante”, o mesmo foi adequadamente realizado? Se não, por quê? Essas informações além de enriquecer a avaliação da assistência prestada subsidiaria o planejamento/gerenciamento de ações que visam a prevenção de novos casos de sífilis congênita, a quebra da cadeia de transmissão e as consequências da sífilis terciária nas mulheres e seus parceiros.

REFERÊNCIAS

- ARAUJO, Cinthia Lociks de et al. Incidência da sífilis congênita no Brasil e sua relação com a Estratégia Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 479-486, jun. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000300010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 10 out. 2016.
- ARAUJO, Maria Alix Leite et al. Prevenção da sífilis congênita em Fortaleza, Ceará: uma avaliação de estrutura e processo. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 300-306, set. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2014000300300&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 10 out. 2016.
- AVELLEIRA, João Carlos Regazzi; BOTTINO Giuliana. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. **An. Bras. Dermatol.**, Rio de Janeiro, v. 81, n. 2, p. 111-126, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abd/v81n2/v81n02a02.pdf>>. Acesso em: 30 mar. 2017.
- BOLETIM SÍFILIS. Recife: Secretaria de Vigilância em Saúde, ano 5, n. 1, 1 sem., jan. 2016. Disponível em: <http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/boletim_sifilis_pe_-_2016.pdf> Acesso em: 4 dez. 2016.
- BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO: SÍFILIS.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, ano 1, n. 1, 2012. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2012/52537/boletim_sifilis_2012_pdf_26676.pdf> Acesso em: 30 mar. 2017.
- BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO: SÍFILIS.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, ano 4, n. 1, 2015. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/57978/_p_boletim_sifilis_2015_fechado_pdf_p__18327.pdf> Acesso em: 10 out. 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2001:** regulamentação da Lei nº 8.080/90. 1. ed. Brasília, 2011b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Dicionário de dados: SINAN NET-versão 5.0.** Brasília, 2012. Disponível em: <http://www.portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/Sifilis-Con/DIC_DADOS_Sifilis_Congenita_v5.pdf> Acesso em: 10 ago 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.** 2. ed. Brasília, 2006. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/webpacto/volumes/01.pdf>> Acesso em: 1 jun. 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Doenças infecciosas e parasitárias:** guia de bolso. 8. ed. Brasília, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Ficha de Notificação / Investigação: Sífilis Congênita.** Brasília, 2008. Disponível em: <http://www.portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/Sifilis-Con/Sifilis_Congenita_v5.pdf> Acesso em: 10 ago 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Operacional: Redução da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis**. Brasília, 2007. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_operacional_WEB.pdf> Acesso em: 1 jun. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 542, de 22 de dezembro de 1986**. Brasília, 1986. Disponível em: <http://www3.crt.saude.sp.gov.br/arquivos/arquivos_biblioteca_crt/Portarian542de22dez86.pdf> Acesso em: 30 maio 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 569, de 1 de junho de 2000**. Brasília, 2000. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html> Acesso em: 30 maio 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 33, de 14 de julho de 2005**. Brasília, 2005. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2005/prt0033_14_07_2005.html> Acesso em: 30 maio 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011**. Brasília, 2011a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html> Acesso em: 30 maio 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.161, de 27 de dezembro de 2011**. Brasília, 2011c. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3161_27_12_2011.html> Acesso em: 10 ago 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis**. 2. ed. Brasília, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nascidos Vivos: Pernambuco**. Brasília, 2017. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvpe.def>> Acesso em: 03 de abril de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Informativa nº 006/2016 - GAB/DDAHV/SVS/MS**. Brasília, 2016a. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/legislacao/nota-informativa-no-0062016-gabddahvsms>> Acesso em: 10 ago 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Informativa nº 029/2016 - GAB/DDAHV/SVS/MS**. Brasília, 2016b. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/legislacao/nota-informativa-no-0292016-ddahvsms>> Acesso em: 10 ago 2017.

CARVALHO, Isaiane da Silva; BRITO, Rosineide Santana de. Sífilis congênita no Rio Grande do Norte: estudo descritivo do período 2007-2010. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 23, n. 2, p. 287-294, jun. 2014. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222014000200287&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 10 out. 2016.

CAVALCANTI, Pauline Cristine da Silva et al. Um modelo lógico da Rede Cegonha. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 1297-1316, dez. 2013. Disponível em:

<<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312013000400014>> Acesso em 11 ago 2017.

DAMASCENO, Alessandra B et al. Sífilis na gravidez. **Rev. Hosp. Universitário Pedro Ernesto**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 89-95, set. 2014. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/article/view/12133/9986>> Acesso em: 30 mar. 2017.

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira et al. Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 147-157, fev. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102013000100019&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 10 out. 2016.

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira et al. Prevalência de sífilis na gestação e testagem pré-natal: Estudo Nascer no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 5, p. 766-774, out. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102014000500766&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 10 out. 2016.

IBGE. **Estados:** Pernambuco. Rio de Janeiro, 2016a. Disponível em:

<<http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=pe>> Acesso em: 10 out. 2016.

IBGE: **Cidades:** Pernambuco. Rio de Janeiro, 2016b. Disponível em:

<<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/uf.php?lang=&coduf=26&search=pernambuco>> Acesso em: 10 ago 2017.

IBGE. **População:** Projeções e estimativas da população do Brasil e das Unidades da Federação. Rio de Janeiro, 2017. Disponível em:

<<http://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>> Acesso em: 10 ago 2017.

MAGALHÃES, Daniela Mendes dos Santos et al. A sífilis na gestação e sua influência na morbimortalidade materno-infantil. **Comun. ciênc. saúde**, Brasília, v. 22, n. 1, p. 43-54, 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/sifilis_gestacao.pdf> Acesso em: 30 mar. 2017.

MAGALHAES, Daniela Mendes dos Santos et al. Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 6, p. 1109-1120, jun. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000600008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 maio 2017.

MATTHES, A. C. S. et al. Sífilis congênita: mais de 500 anos de existência e ainda uma doença em vigência. **Pediatr. mod.**, São Paulo, v. 48, n. 4, p. 149 -154, abr. 2012. Disponível em <http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=4977> Acesso em: 6 dez. 2016.

MESQUITA Karina O. et al. Análise dos casos de sífilis congênita em sobral, Ceará: Contribuições para assistência pré-natal. **DST – J. bras. Doenças Sex. Transm.**, Rio de

janeiro, v. 24, n. 1, p. 20-27, 2012. Disponível em: <<http://www.dst.uff.br/revista24-1-2012/7.Analise%20dos%20Casos%20de%20Sifilis%20Congenita.pdf>> Acesso em: 27 maio 2017.

MURICY, Carmen Lucia; PINTO JUNIOR, Vitor Laerte. Congenital and maternal syphilis in the capital of Brazil. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, Uberaba, v. 48, n. 2, p. 216-219, abr. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822015000200216&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 2 out. 2016.

GERALDES NETO, Benedito; A sífilis no século XVI- o impacto de uma nova doença. **Arq Ciênc. Saúde**, São José do Rio Preto, v. 16, n. 3, p. 127-129, set. 2009. Disponível em: <http://repositorio-racs.famerp.br/racs_ol/vol-16-3/IDJ5.pdf> Acesso em: 24 maio. 2017.

NEWMAN, Lori et al. Global Estimates of Syphilis in Pregnancy and Associated Adverse Outcomes: Analysis of Multinational Antenatal Surveillance Data. **PLOS Medicine**, San Francisco, v. 10, n. 2, p. 1-10, fev. 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3582608/pdf/pmed.1001396.pdf>>. Acesso em: 30 maio 2017.

NONATO, Solange Maria; MELO, Ana Paula Souto; GUIMARAES, Mark Drew Crosland. Sífilis na gestação e fatores associados à sífilis congênita em Belo Horizonte-MG, 2010-2013. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 24, n. 4, p. 681-694, dez. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222015000400681&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 10 out. 2016.

OLIVEIRA, Leila Regina de et al. Evaluation of preventative and control measures for congenital syphilis in State of Mato Grosso. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, Uberaba, v. 47, n. 3, p. 334-340, jun. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822014000300334&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 2 out. 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Eliminação mundial da sífilis congênita: fundamento lógico e estratégia para ação**. Genebra, 2008.

ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE. **Strategy and Plan of Action for Elimination of Mother-to-Child Transmission of HIV and Congenital Syphilis in Latin America and the Caribbean: Regional Monitoring Strategy**. 3. ed. Washington, D.C., 2013. Disponível em: <http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=24379&Itemid=270&lang=en> Acesso em: 27 nov. 2016.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Secretaria Executiva de Regulação em Saúde. **Plano Diretor de Regionalização**. Recife, 2011. Disponível em <http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/pdrconass-versao_final1.doc_ao_conass_em_jan_2012.pdf> Acesso em: 4 dez. 2016.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Caderno 2016. [**Mapa das Geres de Pernambuco**] Recife, 2016. Disponível em: <http://www.saude.pe.gov.br/cadernos2016/mapa_geres.html> Acesso em: 5 jun. 2017.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. **Gerências Regionais de Saúde**. Recife, 2017. Disponível em: < <http://portal.saude.pe.gov.br/secretaria-executiva-de-coordenacao-geral/gerencias-regionais-de-saude>> Acesso em: 5 jun. 2017.

SERAFIM, Anie Savi et al. Incidence of congenital syphilis in the South Region of Brazil. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, Uberaba, v. 47, n. 2, p. 170-178, abr. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822014000200170&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 2 out. 2016.

SONDA, Eduardo Chaida et al. Sífilis Congênita: uma revisão da literatura. **Rev. epidemiol. controle infecç.**, Santa Cruz do Sul, v. 3, n. 1, p. 28-30, jan. 2013. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/view/3022>>. Acesso em: 30 mar. 2017.

Anexo A – Ficha de notificação/ investigação de sífilis congênita

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 ilíquida 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	Agravado/doença		Código (CID10)	3 Data da Notificação		
	SÍFILIS CONGÊNITA		A 50.9				
	4	5	UF	Município de Notificação	Código (IBGE)		
	6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7 Data do Diagnóstico		
Notificação Individual	8 Nome do Paciente		9 Data de Nascimento				
	10 (ou) Idade	11 Sexo	12 Gestante	13 Raça/Cor			
	1 - Hom 2 - Dis 3 - Mês 4 - Ano	1 - Masculino 2 - Feminino 3 - Ignorado		1 - Branco 2 - Preto 3 - Amarelo 4 - Verde 5 - Indígena 6 - Ignorado			
	14 Escolaridade						
	15 Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe				
Dados de Residência	17	18	Município de Residência	Código (IBGE)	19	Distrito	
	20 Bairro		21 Logradouro (rua, avenida,...)		Código		
	22	23 Complemento (apto., casa, ...)		24 Geo campo 1			
	25 Geo campo 2		26 Ponto de Referência		27 CEP		
	28 (DDD) Telefone		29	Zona	30 País (se residente fora do Brasil)		
			1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado				
	Dados Complementares						
	Antecedentes: Epiol. da gestante / mãe	31	32 Raça/Cor da mãe		33 Ocupação da mãe		
		1 - Branco 2 - Preto 3 - Amarelo 4 - Verde 5 - Indígena 9 - Ignorado					
		34 Escolaridade		0 - Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (artigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (artigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (artigo ginsial ou 1º grau) 4-Esino fundamental completo (artigo ginsial ou 1º grau) 5-Esino médio incompleto (artigo colgial ou 2º grau) 6-Esino médio completo (artigo colgial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica			
35 Realizou Pré-Natal nesta gestação		36	UF	37 Município de Realização do Pré-Natal			
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado					Código (IBGE)		
38 Unidade de Saúde de realização do pré-natal		Código					
39 Diagnóstico de sífilis materna		1 - Durante o pré-natal 2 - No momento do parto/curetagem 3 - Após o parto 4 - Não realizado 9 - Ignorado					
Dados do Lab. da gestante / mãe	40 Teste não treponêmico no parto/curetagem		41 Título		42	Data	
	1-Reagente 2-Não reagente 3-Não realizado 9-Ignorado		1:				
	43 Teste confirmatório treponêmico no parto/curetagem		1-Reagente 2-Não reagente 3-Não realizado 9-Ignorado				
Trat. da gestante / mãe	44 Esquema de tratamento		45 Data do Início do Tratamento		46 Parceiro(s) tratado(s) concomitantemente a gestante		
	1- Adequado 2- Inadequado 3- Não realizado 9- Ignorado				1-Sim 2-Não 9-Ignorado		

Sífilis Congênita Sinan NET SVS 04/08/2008

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

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO

Nenhum campo deverá ficar em branco.

Na ausência de informação, usar categoria ignorada.

7 - Anotar a data do diagnóstico ou da 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 (Microhemagglutination *Treponema pallidum*), TPHA (Treponema pallidum Hemagglutination), 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, insituído pelo menos 30 dias antes do parto e parceiro tratado concomitantemente com a gestante.

Esquema de Tratamento Inadequado:

* 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(s) parceiro(s) não foi(ram) tratado(s) ou foi(ram) tratado(s) 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.

58 - Titulação ascendente - Refere-se à comparação dos títulos da 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 liquorica - Informar detecção de alterações na celularidade e/ou proteínas ou outra alteração específica no líquor 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.

Anexo B – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa



Comitê de Ética
em Pesquisa

Título do Projeto: "Sífilis congênita em Pernambuco: influência dos fatores sociodemográficos e assistenciais".

Pesquisador responsável: Nathalia Leite Lino de Farias

Instituição onde será realizado o projeto: CPqAM/Fiocruz

Data de apresentação ao CEP: 17/01/2017

Registro no CAAE: 63819417.2.0000.5190

Número do Parecer PlatBr: 1.920.198

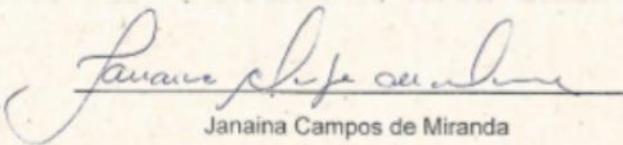
PARECER

O Comitê avaliou e considera que os procedimentos metodológicos do Projeto em questão estão condizentes com a conduta ética que deve nortear pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com o Código de Ética, Resolução CNS 466/12, e complementares.

O projeto está aprovado para ser realizado em sua última formatação apresentada ao CEP.

O CEP/CPqAM reforça a necessidade de entrega de relatórios parcial e final, em cumprimento a resolução 466/12, capítulo XI, artigo 2d.

Recife, 10 de março de 2017.



Janaina Campos de Miranda
Coordenadora do CEP/CPqAM/FIOCRUZ-PE


Janaina Campos de Miranda
 Pesquisadora em Saúde Pública
 Coordenadora
 Matr. SIAPE 454777
 CEP/CPqAM/FIOCRUZ

Campus da UFPE - Av. Moraes Rego, s/n
 CEP 50.670-420 Fone: (81) 2101.2639
 Fax: (81) 3453.1911 | 2101.2639
 Recife - PE - Brasil
 comiteeetica@cpqam.fiocruz.br




Anexo C – Carta de Anuência



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
 SECRETARIA EXECUTIVA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE
 DIRETORIA GERAL DE EDUCAÇÃO NA SAÚDE
 GERÊNCIA DE DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL

Recife, 19 de janeiro de 2017

DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA

Declaro estar ciente da realização da pesquisa: **SÍFILIS CONGÊNITA EM PERNAMBUCO: INFLUÊNCIA DOS FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS E ASSISTÊNCIAIS**, da pesquisadora: **Nathália Leite Lino de Farias**, aluna do Curso de Pós-Graduação em Saúde Pública, no Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães/CPqAM – Fundação Oswaldo Cruz/Fiocruz, sob a orientação da Professora Doutora Ana Lucia Ribeiro de Vasconcelos, nas dependências da Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde, da Secretaria Estadual de Saúde/PE, e afirmo que esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, condicionada à aprovação do Projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

Sendo assim autorizo sua execução, desde que a mesma cumpra com os requisitos da Res. CNS 466/12 e suas complementares, comprometendo-se a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins de pesquisa

Juliana Siqueira

Juliana Siqueira

Diretora Geral de Educação na Saúde

Juliana Siqueira
 Diretora Geral de Educação
 na Saúde - SES/PE
 Matrícula nº 363.975-4

Rua Dona Maria Augusta Nogueira, 519 – Bongi – Recife – PE
 CEP: 50.751-530 - Fone: 3184-0031/ 3184-0032/ 3184-0033

