

ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE
VITÓRIA - EMESCAM

CAROLINE DETEMAN BITTENCOURT

INGRID ZACCHÉ CALLEGARI

SILVIA CHRISTINA SILVA COSTA

**PANORAMA DA SÍFILIS CONGÊNITA NO ESPÍRITO SANTO, NO
ANO 2013**

VITÓRIA

2017

CAROLINE DETEMAN BITTENCOURT

INGRID ZACCHÉ CALLEGARI

SILVIA CHRISTINA SILVA COSTA

PANORAMA DA SÍFILIS CONGÊNITA NO ESPÍRITO SANTO, 2013

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Enfermagem da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Ma. Priscilla Rocha Araújo Nader.

VITÓRIA

2017

“O sucesso nasce do querer, da determinação e persistência em se chegar a um objetivo. Mesmo não atingindo o alvo, quem busca e vence obstáculos, no mínimo fará coisas admiráveis. ”

José de Alencar

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por ter me guiado em toda a jornada, iluminando o caminho e me dando forças para prosseguir quando pensei em desistir.

Aos meus pais que sempre me apoiaram em tudo que foi necessário para enfrentar a graduação. Em especial a minha mãe, Marleide, que deu o seu máximo para que esse sonho se tornasse possível, nunca medindo esforços e sempre lutando para que eu conseguisse concluir o curso de forma digna.

Aos amigos que fiz durante a graduação e que levarei por toda a vida. Obrigada por estarem comigo nos momentos de tristeza e alegria, por me fazerem sorrir quando tudo estava tão difícil e por serem meu alicerce.

A nossa orientadora, Priscilla, que nos motivou e encorajou a seguir com o trabalho, dando apoio e todas as orientações necessárias, e que se desdobrou para que conseguíssemos concluir com êxito o nosso objetivo.

Caroline Deteman Bittencourt

A Deus Jeová por ter me consolado nos momentos difíceis e por ter me dado forças para superar as dificuldades.

A minha família por todo apoio e incentivo que me deram desde o início, principalmente ao meu pai, Jocimar, pois nada disso seria possível sem seu trabalho árduo.

Ao meu noivo, Tales, pelo amor, companheirismo e por sempre me mostrar o quanto sou capaz.

Aos meus amigos que fizeram dessa jornada menos exaustiva e por compartilharem momentos de alegria.

A nossa orientadora, Priscilla, que desempenhou seu papel com excelência e por todo incentivo e encorajamento.

A todos que de alguma forma, diretamente ou indiretamente, contribuíram para meu crescimento pessoal e profissional.

Ingrid Zacché Callegari

A Deus por ter me iluminado e me abençoado, durante toda a minha caminhada acadêmica, pois, sem ele eu não teria forças para vencer mais essa etapa.

A Maria minha mãe santíssima, por ser exemplo de perseverança, fé e coragem, e por sempre passar na frente dos meus obstáculos.

A minha avó Sílvia, meu amado Pai Geraldo e a minha Tia Taia que nunca mediram esforços para que meu sonho se tornasse real, obrigada pelo apoio e carinho. Nada disso seria possível sem vocês.

A minha querida Família de coração, por terem me acolhido e pelo apoio integral prestado a mim durante todos esses anos.

Ao meu namorado William por todo o amor, que de forma especial me deu força e coragem, me apoiando nos momentos de dificuldades.

Aos meus amigos, pelas alegrias, tristezas, aprendizados e dores compartilhadas durante essa jornada.

A nossa orientadora Priscilla, por ter exercido seu papel de maneira ímpar e competente, nos guiando e nos ajudando no decorrer deste trabalho. Obrigada pelo incentivo e apoio.

A todos os professores dessa Instituição que contribuíram direta ou indiretamente para o desenvolvimento da minha vida profissional.

Sílvia Christina Silva Costa

CAROLINE DETEMAN BITTENCOURT

INGRID ZACCHÉ CALLEGARI

SÍLVIA CHRISTINA SILVA COSTA

PANORAMA DA SÍFILIS CONGÊNITA NO ESPÍRITO SANTO, NO ANO 2013

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, com requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

BANCA EXAMINADORA

Priscilla R.A. Nader

Msc. PRISCILLA ROCHA ARAÚJO NADER
Professora do Curso de Enfermagem da Escola Superior
de Ciências da Santa Casa de
Misericórdia de Vitória – EMESCAM.
Orientadora do trabalho de conclusão de curso.

Solange Rodrigues da Costa

Dr^a. SOLANGE RODRIGUES DA COSTA.
Professora do Curso de Enfermagem da Escola Superior
de
Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória –
EMESCAM.

Cristina Santos Ribeiro

Msc. CRISTINA SANTOS RIBEIRO
Professora do Curso de Enfermagem da Escola Superior
de
Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória –
EMESCAM.

RESUMO

Introdução: Devido ao aumento do número de casos de Sífilis e de Sífilis Congênita no Espírito Santo, buscou-se realizar um panorama da SC no estado, no ano de 2013. A fim de ofertar informações científicas aos gestores e profissionais da área da saúde para o planejamento de ações intervencionistas baseadas na realidade de cada região de saúde. **Objetivo:** Identificar o panorama da sífilis congênita nas Regiões de Saúde do Estado do Espírito Santo, no ano de 2013, por meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). **Método:** Estudo transversal, descritivo e com abordagem quantitativa, que avaliou epidemiologicamente a frequência de casos registrados de Sífilis Congênita, no recorte geográfico formado pelas regiões de saúde do estado do Espírito Santo, no ano de 2013. A coleta de dados foi realizada através do banco de dados dos casos de sífilis congênita notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), DATA-SUS, que constitui uma amostra de 133 casos notificados. **Resultados:** Nota-se que 44,36% das mulheres da amostra possui baixa escolaridade, sendo a Região Norte com maior percentual (75%). Verificou-se que a Região Central foi a que obteve maior índice de mulheres que realizaram o pré-natal (84,62%), o que nos leva a refletir sobre sua qualidade, já que todas as mulheres estudadas tiveram RNs com Sífilis Congênita. Considerando acompanhamento pré-natal das gestantes com sífilis, observou-se predomínio do diagnóstico tardio, no momento do parto ou curetagem, sendo que os maiores índices foram nas Regiões Norte (50%) e Sul (57,14%). Esse cenário evidencia falhas no processo do pré-natal, levando ao tratamento inadequado da doença. Observou-se que nas 4 Regiões a maioria dos parceiros não foram tratados (69,92%). Nas Regiões Norte e Sul verificou-se o maior índice de RNs com Sífilis Congênita Recente (100% e 95,02% respectivamente). As Regiões Metropolitana e Central foram as únicas em que os RNs evoluíram a óbito devido a Sífilis Congênita. **Conclusão:** Visto que a transmissão vertical da sífilis tem aumentado e sido considerada um grave problema de saúde pública, é imprescindível que a qualidade da atenção ao pré-natal e a educação em saúde sejam valorizadas e utilizadas como principais estratégias para a redução de casos desse agravo.

Descritores: Sífilis Congênita; Cuidado Pré-Natal; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Introduction: Due to the increase in the number of cases of Syphilis and Congenital Syphilis in the State of Espírito Santo, an attempt was made to present an overview of SC in the state in 2013. In order to provide scientific information to health managers and professionals for The planning of interventionist actions based on the reality of each health region. Objective: To identify the panorama of congenital syphilis in the Health Regions of the State of Espírito Santo, in the year 2013, through the Notification of Injury Information System (SINAN). **Method:** A cross-sectional, descriptive and quantitative study that epidemiologically evaluated the frequency of registered cases of Congenital Syphilis in the geographic region formed by the health regions of the state of Espírito Santo, in the year 2013. Data collection was performed through the Database of cases of congenital syphilis reported in the SINAN, DATA-SUS, which is a sample of 133 reported cases. **Results:** It can be observed that 44.36% of the women in the sample had low levels of education, the North Region with the highest percentage (75%). It was verified that the Central Region was the one that obtained the highest index of women who underwent prenatal care (84.62%), which leads us to reflect on their quality, since all the women studied had newborns with Congenital Syphilis. Considering prenatal follow-up of pregnant women with syphilis, it was observed that the late diagnosis at the time of delivery or curettage predominated, with the highest indices being in the North (50%) and South (57.14%) Regions. This scenario evidences failures in the prenatal process, leading to inadequate treatment of the disease. It was observed that in the 4 Regions most of the partners were not treated (69.92%). In the North and South Regions, the highest number of newborns with recent congenital syphilis (100% and 95.02%, respectively) was observed. The Metropolitan and Central Regions were the only ones in which the newborns died due to congenital syphilis. **Conclusion:** Since vertical transmission of syphilis has increased and been considered a serious public health problem, it is imperative that the quality of prenatal care and health education be valued and used as Grievance

Keywords: Congenital Syphilis; Prenatal care; Primary Health Care.

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1** - Terapia para sífilis em gestantes utilizando Penicillina G Benzatina, segundo fase clínica, resultado de testes treponêmico e não-treponêmico, dose e intervalo entre séries22
- Tabela 2** - Características sociodemográficas das mães de recém-nascidos com diagnóstico de Sífilis Congênita por Região de Saúde do Estado do Espírito Santo, no ano de 2013. Vitória/ES25
- Tabela 3** - Características do diagnóstico e tratamento da sífilis materna por Região de Saúde do Estado do Espírito Santo, no ano de 2013. Vitória/ES.....29
- Tabela 4** - Classificação final do diagnóstico da Sífilis Congênita, segundo faixa etária de diagnóstico e evolução dos casos de SC por região de Saúde no Estado do Espírito Santo, no ano de 2013. Vitória/ES.....34

LISTA DE ABREVIATURAS

IST – Infecções sexualmente transmissíveis

MS- Ministério da Saúde

OMS- Organização Mundial de Saúde

RN- Recém-nascido

SC- Sífilis Congênita

SESA- Secretária de Estado da Saúde

SINAN- Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SM- Sífilis Materna

UESF – Unidade de estratégia de saúde da família

VDRL- Venereal Disease Research Laboratory

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVO	13
2.1 OBJETIVO GERAL	13
3 MATERIAIS E MÉTODOS	14
3.1 TIPO DE ESTUDO	14
3.2 LOCAL DE ESTUDO	14
3.3 COLETA DE DADOS	15
3.4 SUJEITO DO ESTUDO	15
3.4.1 Amostra	15
3.5 VARIÁVEIS	15
3.6 TRATAMENTO ESTATÍSTICO	15
3.7 RISCOS E BENEFÍCIOS DO ESTUDO	16
3.8 ASPECTOS ÉTICOS	16
4 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	17
4.1 SÍFILIS	17
4.2 O PAPEL DA ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DA SÍFILIS CONGÊNITA	21
5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	25
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	37
REFERÊNCIAS	39
ANEXO A	43

1 INTRODUÇÃO

A sífilis é uma doença infecciosa e sexualmente transmissível causada pela bactéria *Treponema pallidum*. Ela pode ser transmitida verticalmente da mãe para o feto durante a gravidez. Isso pode resultar em aborto, em perdas fetais tardias, morte neonatal, recém-nascidos doentes ou portadores assintomáticos, e pode levar a complicações graves se não for tratada (BRASIL, 2015a).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), vem adotando estratégias para a eliminação da sífilis no mundo. É sabido que a sífilis pode ser 100% prevenível, porém, ainda é um problema de Saúde Pública no mundo, apesar de ter diagnóstico e tratamento bem estabelecidos e de baixo custo. A maior preocupação em relação a doença, é o controle da infecção de mulheres em idade reprodutiva, devido as consequências ocasionada ao feto (BRASIL, 2016b)

Estima-se que 1,8 milhões de mulheres grávidas em todo o mundo estão infectadas com sífilis e que menos de 10% dos casos são diagnosticados e tratados (DOMINGUES, 2014).

Sabe-se da importância da atuação eficaz da equipe multidisciplinar para a prevenção de doenças e para a melhoria da atenção à gestante. A identificação da gestante, o acesso aos serviços de acompanhamento pré-natal, a aderência ao acompanhamento com a realização de um número adequado de consultas e a identificação e o tratamento de agravos associados têm impacto positivo na redução da prevalência da sífilis congênita (SC). Além disso, é preciso desenvolver outras medidas de prevenção e controle, também eficientes e fundamentais, tais como o uso regular de preservativos, a redução do número de parceiros sexuais, o diagnóstico precoce e o tratamento dos parceiros (COSTA, 2012).

Apesar de ser de fácil diagnóstico e prevenção, a sífilis congênita ainda é um desafio, pois, nota-se um aumento significativo da incidência dessa doença, que está associada ao pré-natal de baixa qualidade e também às desigualdades sociais (LIMA, 2013). Fato que motivou a realização desse estudo, tendo em vista que o Estado do Espírito Santo apresenta índices consideráveis desse agravante que vem se tornando cada vez mais expressivo.

O grande desafio é ter profissionais aptos para o desenvolvimento de ações relacionadas ao diagnóstico, tratamento e promoção da saúde da mulher, para que tenha um impacto positivo na redução da prevalência da sífilis entre mulheres, seus parceiros e seus filhos. Para tal, é necessário a identificação precoce do estado gestacional, o acesso fácil à consulta pré-natal, a realização de um número preconizado de consultas, o diagnóstico e o tratamento precoce (COUTINHO, 2014).

Diante do exposto, entendemos que é de suma importância para a saúde coletiva conhecer o panorama da sífilis congênita nas Regiões de Saúde do Espírito Santo. Tal conhecimento se faz necessário para a identificação da realidade desse agravante nas Regiões de Saúde do Estado, no sentido de auxiliar gestores e profissionais da saúde no planejamento de ações para o controle e prevenção da doença.

2 OBJETIVO

2.1 OBJETIVO GERAL

- Identificar o panorama da sífilis congênita nas Regiões de Saúde do Estado do Espírito Santo, no ano de 2013, por meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

3 MATERIAIS E MÉTODOS

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal, descritivo e com abordagem quantitativa, que avaliou epidemiologicamente a frequência de casos registrados de Sífilis Congênita, no recorte geográfico formado pelas regiões de saúde do estado do Espírito Santo, no ano de 2013.

3.2 LOCAL DE ESTUDO

Regiões de Saúde do estado do Espírito Santo, sendo elas:

Região de Saúde Metropolitana, composta pelos municípios Afonso Cláudio, Brejetuba, Cariacica, Domingos Martins, Fundão, Guarapari, Ibatiba, Itaguaçu, Itarana, Laranja da Terra, Santa Leopoldina, Santa Maria de Jetibá, Santa Teresa, Serra, Venda Nova do Imigrante, Viana, Vila Velha e Vitória (ESPÍRITO SANTO, 2011a).

Região de Saúde Norte, composta pelos municípios Água Doce do Norte, Barra de São Francisco, Boa Esperança, Conceição da Barra, Ecoporanga, Jaguaré, Montanha, Mucurici, Nova Venécia, Pedro Canário, Pinheiros, Ponto Belo, São Mateus e Vila Pavão (ESPÍRITO SANTO, 2011a).

Região de Saúde Central, composta pelos municípios Águia Branca, Alto Rio Novo, Aracruz, Baixo Guandu, Colatina, Governador Lindenberg, João Neiva, Linhares, Mantenópolis, Marilândia, Pancas, Rio Bananal, São Domingos do Norte, São Gabriel da Palha, São Roque do Canãa, Sooretama e Vila Valério (ESPÍRITO SANTO, 2011a).

Região de Saúde Sul, composta pelos municípios Alegre, Alfredo Chaves, Anchieta, Apiacá, Atílio Vivacqua, Bom Jesus do Norte, Cachoeiro de Itapemirim, Castelo, Divino de São Lourenço, Dolores do Rio Preto, Guaçuí, Ibitirama, Iconha, Iúna, Irupí, Itapemirim, Jerônimo Monteiro, Marataízes, Mimoso do Sul, Muniz

Freire, Muqui, Presidente Kennedy, Rio Novo do Sul, São José do Calçado e Vargem Alta (ESPÍRITO SANTO, 2011a).

3.3 COLETA DE DADOS

Como fonte foi utilizada o banco de dados dos casos de sífilis congênita notificados no SINAN, DATA-SUS, referentes ao ano de 2013, por serem os dados disponíveis mais recentes do sistema. As pesquisadoras realizaram a coleta dos dados nos meses de abril e maio de 2017.

3.4 SUJEITO DO ESTUDO

Casos de sífilis congênita notificados no SINAN no ano de 2013, por meio da ficha de notificação / investigação da Sífilis Congênita (Anexo A).

3.4.1 Amostra

A população de estudo foi constituída de 133 casos notificados de Sífilis Congênita no Estado do Espírito Santo, no ano de 2013. Foram 13 casos na Região Central, 95 na região Metropolitana, 4 casos na região Norte e 21 casos na região Sul.

3.5 VARIÁVEIS

1. Escolaridade da mãe
2. Raça/cor da mãe
3. Zona de residência
4. Diagnóstico da Sífilis Materna
5. Realização do pré-natal
6. Tratamento do parceiro
7. Evolução do bebê
8. Faixa etária do bebê
9. Classificação final

3.6 TRATAMENTO ESTATÍSTICO

Foi realizada uma análise descritiva dos dados, através de tabelas de frequência com número absoluto e relativo.

3.7 RISCOS E BENEFÍCIOS DO ESTUDO

O estudo não apresentou riscos de ordem física ou moral. Os principais benefícios obtidos, durante e após a realização da pesquisa, serão o conhecimento adquirido sobre o assunto abordado e a oferta de informações científicas aos gestores e profissionais da área da saúde para o planejamento de ações baseadas na realidade.

3.8 ASPECTOS ÉTICOS

Por ser considerado um banco de dados de domínio público, não é necessária a submissão deste estudo ao Comitê de Ética em Pesquisa.

4 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

4.1 SÍFILIS

Informe oficial da OMS estimou que mais de um milhão de casos de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) são notificados por dia, no mundo, incluindo os casos de sífilis (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016).

A sífilis é uma doença infectocontagiosa aguda e crônica, causada pelo *Treponema Pallidum* e pode ser classificada como adquirida ou congênita; sendo classificada como adquirida recente quando as manifestações clínicas são de até um ano após a lesão primária e classificada como adquirida tardia quando as manifestações clínicas surgem após um ano da lesão primária (PINTO et al., 2016). A sífilis congênita, que se dá pela transmissão vertical, acontece quando a mãe transmite a doença para o feto durante a gestação (DOMINGUES, 2014).

A forma primária de transmissão é através do contato sexual, sendo maior a transmissibilidade nos estágios iniciais, já a transmissão congênita é a forma de maior impacto para a saúde pública, devido à gravidade para a criança. Na maioria dos casos a sífilis é assintomática, dependendo do estágio da infecção, quando não tratada pode evoluir para um estágio mais grave. A transfusão de sangue também já foi relatada como via de transmissão, porém com menor importância, devido aos controles da qualidade do sangue feitos pelos hemocentros (BRASIL, 2015a).

A doença divide-se em primária, secundária e terciária, sendo a primária caracterizada por uma lesão no local da inoculação. Em 90% a 95% dos casos apresenta-se na região genital. Geralmente, inicia-se com uma pápula rósea, que evolui para o vermelho mais intenso, normalmente indolor, única e sem manifestações inflamatórias (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).

A secundária tem início entre quatro e oito semanas após a lesão primária. Os sintomas gerais são mal-estar, cefaleia, dor nos olhos, dor óssea, artralgia, meningismo, inflamação da íris, rouquidão e exantema no corpo e face (OLIVEIRA, 2007). E por fim, a fase terciária ou tardia, tem grande potencial de evoluir e afetar múltiplos órgãos. Dentre os sintomas mais comuns, estão: aortite,

neurosífilis, psicose, paresia, acidente vascular cerebral ou meningite (SMELTZER; BARE, 2015, p. 1808).

A sífilis congênita é resultante da contaminação de uma mulher pela sífilis adquirida. Caso o tratamento não seja realizado ou realizado de forma inadequada, logo após a contaminação, a doença será transmitida ao embrião durante a gestação, através da via transplacentária. Essa disseminação e consequente infecção do concepto pode ocorrer em qualquer fase gestacional e em qualquer fase da doença materna (MESQUITA, 2012). O leite materno não transmite a doença da mãe para a criança, a transmissão pode ocorrer se a mãe apresentar fissuras na região mamária. (BRASIL, 2016b).

Sendo assim, a infecção de uma mulher pela sífilis é um fator alarmante, principalmente, por ser essa a doença com maiores taxas de infecção através da transmissão vertical dentre todas outras doenças que podem ser transmitidas no período gravídico-puerperal, pois o seu risco de transmissão está diretamente relacionado com a idade gestacional em que ocorre a exposição fetal e com o estágio da infecção materna (COSTA, 2013). O risco de transmissão varia de 70 a 100% nas fases primária e secundária, reduzindo para 30% nas fases latentes tardias e terciárias da infecção materna.

Alguns fatores podem estar correlacionados com a transmissibilidade da doença, entre eles estão aspectos culturais, comportamentais, sociais e biológicos (PINTO et al., 2014).

No Brasil, a Sífilis é de notificação compulsória em todo o território nacional. Entre 2012 e 2016, foi notificado no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) um total de 227.663 casos de sífilis adquirida. Apenas 26.196 casos foram notificados em 2016, sendo que no Espírito Santo foram notificados 1.107 casos (BRASIL, 2016c).

Porém, apesar de grande, o número de notificações pode ser subestimado, devido à subnotificação. Segundo estudo feito pelo Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais da Secretária de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde foi estimado cerca de 50% de casos subnotificados (BRASIL, 2016d).

Estima-se que 50% dos recém-nascidos infectados não apresentam sintomas ao nascimento, sendo assim, os sintomas surgem nos primeiros três meses. Na infecção recente não tratada os desfechos clínicos são mais preocupantes, considerando que na maior parte dos casos, cerca de 25% das gestações, o desfecho é aborto tardio ou óbito fetal. Em aproximadamente 11% dos casos ocorre óbito neonatal de recém-nato a termo, em 13% ocorre nascimento prematuro ou de recém-nascido de baixo peso ao nascer e em 20% dos casos os recém-nascidos apresentam sinais clínicos de sífilis congênita (BLENCOWE, 2011; BRASIL, 2006e).

Segundo o Manual Manejo de Sífilis em Gestantes e Sífilis Congênita, anteriormente, acreditava-se que transmissão vertical da mãe com sífilis para o bebê não acontecia antes da 18ª semana de gestação, porém, já foi observado a presença do *T. pallidum* em bebês a partir da 9ª semana de gestação em mães não tratadas (BRASIL, 2016b).

A sífilis congênita pode ser classificada em dois estágios: o estágio precoce, quando é diagnosticada até dois anos de vida, e o estágio tardio, quando é diagnosticada após dois anos de vida. O diagnóstico no recém-nascido é considerado complexo, devido à alta taxa de bebês assintomáticos ao nascimento. E naquelas crianças sintomáticas, os sintomas podem ser poucos específicos. Portanto, deve-se associar os critérios epidemiológicos, clínicos e laboratoriais para o correto diagnóstico da criança. Os principais quadros clínicos relacionados à sífilis congênita precoce são: nascimento prematuro e baixo peso ao nascimento. Além disso, também estão entre os sinais e sintomas: hepatomegalia com ou sem esplenomegalia, lesões cutâneas, periostite, osteíte ou osteocondrite, pseudoparalisia dos membros, sofrimento respiratório com ou sem pneumonia, rinite serosanguinolenta, icterícia, anemia e linfadenopatia generalizada. Nos achados laboratoriais podemos citar a anemia, trombocitopenia, leucocitose ou leucopenia (BRASIL, 2015a).

Na sífilis congênita tardia também se faz necessário associar critérios clínicos, epidemiológicos e laboratoriais. As principais características são: tibia em “Lâmina de Sabre”, articulações de Clutton, fronte “olímpica”, nariz “em sela”, dentes incisivos medianos superiores deformados (dentes de Hutchinson),

molares em “amora”, rágadesperiorais, mandíbula curta, arco palatino elevado, ceratite intersticial, surdez neurológica e dificuldade no aprendizado (BRASIL, 2015a).

No ano de 1986, a sífilis congênita entrou para a lista de doenças de notificação compulsória do Brasil (LIMA et al. 2013). Desde então o número de casos registrados de sífilis congênita no Brasil continuou a crescer, refletindo tanto uma melhora no sistema de notificação, quanto à existência de falhas no sistema de saúde voltadas a ações preventivas e curativas relacionadas à sífilis.

Medidas rápidas são adotadas em casos de mães que adquiriram a doença, não trataram e tiveram seus filhos infectados. O Ministério da Saúde (MS) preconiza rotinas diagnósticas e protocolos de atendimento a esses recém-nascidos. A conduta preconizada baseia-se em quatro aspectos: diagnóstico e adequação do tratamento para sífilis, evidência clínica, laboratorial e radiográfica da sífilis no recém-nascido e comparação da titulação do teste Venereal Disease Research Laboratory (VDRL) materno com o teste do conceito na ocasião do parto (BRASIL, 2016b).

Apesar de estudos mostrarem a importância do diagnóstico e da existência dos protocolos criados pelo MS, ainda é realidade em muitas maternidades não oferecerem como rotina o VDRL para as parturientes, fazendo com o que a mãe e o bebê voltem para a comunidade sem tratamento, com possibilidade de transmissão da bactéria e ainda de agravo da doença em ambos. O que se pode notar é que por se tratar de uma doença oligossintomática nos estágios iniciais, a maior parte das mulheres não dá importância ou nem sabe que está contaminada, e por conta disso negligencia o tratamento, fazendo com que aumente o número de casos de sífilis congênita, já que a mesma está diretamente relacionada com a sífilis adquirida. As falhas existentes em todo o processo estão promovendo o aumento do número de casos de sífilis congênita, necessitando, portanto, de políticas públicas e ações eficazes para controlar essa doença de fácil manejo (COSTA, 2013).

4.2 O PAPEL DA ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DA SÍFILIS CONGÊNITA

Segundo Magalhães et al. (2013), estudos recentes mostram que a transmissão vertical da sífilis é evidenciada com regularidade, tendo como a principal causa a falta de qualidade da assistência pré-natal e neonatal, sendo necessário que os profissionais da saúde, inclusive o enfermeiro, se capacitem para que assim possam executar com eficácia o diagnóstico precoce da sífilis adquirida e o manejo do seu tratamento, evitando a transmissão vertical e a perpetuação dos altos índices de sífilis congênita.

A Lei do Exercício Profissional da Enfermagem nº 7.498 de 25 de julho de 1986, dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem, em especial, sobre a regulamentação da realização de consulta de enfermagem de acordo com os princípios do MS, de prescrição de cuidados, de prestação da assistência de enfermagem à gestante, parturiente e puérpera, além da execução de atividades educativas individuais e coletivas (COFEN, 1986).

O enfermeiro pode acompanhar inteiramente o pré-natal de baixo risco na rede básica de saúde, de acordo com o Ministério de Saúde e conforme garantido pela Lei do Exercício Profissional, regulamentada pelo Decreto nº 94.406/87 (BRASIL, 2012f).

Durante a consulta de pré-natal o enfermeiro além da competência técnica e científica, deve demonstrar competência atitudinal, tendo uma escuta qualificada a fim de prestar uma assistência humanizada à gestante e também de criar vínculo profissional-paciente-família. Nesse contexto, o profissional realiza a solicitação de exames complementares (Hemograma; Tipagem sanguínea e fator Rh; Coombs indireto, glicemia de jejum; teste rápido de triagem para sífilis e/ou VDRL/RPR; teste rápido diagnóstico anti-HIV; Anti-HIV; toxoplasmose IgM e IgG; sorologia para hepatite B (HbsAg); exame de urina e urocultura; ultrassonografia obstétrica, citopatológico de colo de útero; exame da secreção vaginal; parasitológico de fezes; eletroforese de hemoglobina), faz a anamnese, o exame físico e a prescrição de medicamentos previamente estabelecidos pelo Ministério da Saúde e oferta orientações referentes ao ciclo gravídico puerperal contextualizadas com a realidade sócio-cultural da mulher e da sua família (BRASIL, 2012f).

A assistência de enfermagem prestada à gestante é de extrema importância, pois a qualidade da assistência na gestação é o principal fator contribuinte para a redução da transmissão vertical da sífilis e de outras patologias infecciosas e contagiosas. Importante destacar, também, a importância da realização da notificação compulsória, pois desse modo serão identificados e analisados os dados epidemiológicos e tomada as decisões adequadas para a prevenção e o controle dos casos futuros (MAGALHÃES et al., 2013).

Segundo Domingues et al. (2014), apesar de ser realizado o diagnóstico, inúmeras falhas são verificadas e constatadas quanto ao processo terapêutico do tratamento da sífilis, sendo elas: o início tardio do pré-natal, má assistência dos profissionais que o executam, dificuldade da adesão ao tratamento por parte das gestantes e dos seus parceiros, carência de orientação/informação sobre a patologia, o não uso de preservativos e a dificuldade na realização dos exames.

O diagnóstico e a conduta terapêutica da sífilis na gestação são de extrema relevância para a saúde pública, sendo primordial para prevenir e controlar esta patologia (LAFETÁ et al., 2016).

De acordo com o guia para o manejo da sífilis em gestante e sífilis congênita 2016, toda gestante diagnosticada com sífilis deverá iniciar o tratamento o mais precocemente possível. Para as gestantes a única forma eficaz de tratamento para evitar a sífilis congênita é o uso de Penicilina G Benzatina. A Penicilina G Benzatina, é considerada a medicação de escolha e sua dose varia de acordo com a classificação da doença (BRASIL, 2016b).

Tabela 1: Terapia para sífilis em gestantes utilizando Penicilina G Benzatina, segundo fase clínica, resultado de testes treponêmico e não-treponêmico, dose e intervalo entre séries.

FASE CLÍNICA	TIPO DE LESÃO MAIS FREQUENTE	RESULTADO DO TESTE NÃO-TREPONÊMICO	RESULTADO DO TESTE TREPONÊMICO	PENICILLINA G BENZATINA	INTERVALO ENTRE AS SÉRIES
SÍFILIS RECENTE					
Fase primária	Ulceração ou erosão	Pode ser reagente ou não reagente	Pode ser reagente ou não reagente	2 séries – Dose total de 4.800.000 UI-Intramuscular	Uma semana

Tabela 1: Terapia para sífilis em gestantes utilizando Penicillina G Benzatina, segundo fase clínica, resultado de testes treponêmico e não-treponêmico, dose e intervalo entre séries.

FASE CLÍNICA	TIPO DE LESÃO MAIS FREQUENTE	RESULTADO DO TESTE NÃO-TREPONÊMICO	RESULTADO DO TESTE TREPONÊMICO	PENICILLINA G BENZATINA	INTERVALO ENTRE AS SÉRIES
Fase secundária	Manchas eritematosas, roséolas, pápulas eritematosas-escamosa	Reagente	Reagente	2 séries – Dose total de 4.800.000 UI- Intramuscular	Uma semana
Fase latente precoce	Assintomático até 1 ano a partir do contato	Reagente	Reagente	2 séries – Dose total de 4.800.000 UI- Intramuscular	Uma semana
SÍFILIS TARDIA					
Fase latente tardia	Assintomático mais de 1 ano a partir do contato	Pode ser reagente ou não reagente	Reagente	3 séries – Dose total de 7.200.000 UI- Uma semana Intramuscular	Uma semana
Fase terciária	Lesão de órgão alvo	Pode ser reagente ou não reagente	Reagente	3 séries – Dose total de 7.200.000 UI- Intramuscular	Uma semana
Sífilis latente com duração intermediária	Assintomático	Pode ser reagente ou não reagente	Reagente	3 séries – Dose total de 7.200.000 UI- Intramuscular	Uma semana

Fonte: Guia de bolso para o manejo da Sífilis em Gestantes e Sífilis Congênita, 2016.

A assistência do profissional enfermeiro inclui além do atendimento individual feito durante as consultas, ações coletivas de educação em saúde, que proporcionam benefícios que refletem na saúde da gestante, da família e da comunidade; possuindo um sentido mais amplo de assistência. A educação em saúde, individual e/ou coletiva assegura o vínculo da mulher e de sua família

com a equipe de saúde e tem o potencial de proporcionar a melhora de diversas comorbidades e maior adesão ao tratamento (DUARTE, 2008).

Os enfermeiros possuem papel crucial no que diz respeito à prevenção e ao diagnóstico precoce da doença, no sentido de reduzir os índices de sífilis e sífilis congênita e também os índices de mortalidade fetal e morbidade materna (LAFETÁ et al., 2016).

5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O presente trabalho tem por objetivo identificar o panorama da sífilis congênita nas regiões de Saúde do Estado do Espírito Santo, no ano de 2013, por meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). A população de estudo foi constituída de 133 casos notificados de Sífilis Congênita. Sendo 13 casos na Região Central, 95 na Região Metropolitana, 4 casos na Região Norte e 21 casos na Região Sul, sendo o Coeficiente de Incidência de sífilis congênita, no ano estudado, de 2,46 para cada 1.000 nascidos vivos. Na Região Metropolitana a incidência foi de 3,03 para cada 1.000 nascidos vivos, na Região Central de 1,54 para cada 1.000 nascidos vivos, e na Região Sul e Norte foi de 2,45 e 0,68 para cada 1.000 nascidos vivos, respectivamente. A taxa de Incidência de Sífilis Congênita, citado acima, corresponde a um indicador de qualidade da assistência do pré-natal segundo França et al., 2015.

Porém, de acordo com boletim epidemiológico da Secretaria de Estado da Saúde (SESA), o número de casos notificados no ano estudado foi de 356, divergindo com o dado coletado do SINAN que foi de 133 casos confirmados de sífilis congênita nesse ano. Evidenciando a baixa qualidade da alimentação dos dados registrados no SINAN referente aos casos notificados de sífilis congênita no ano de 2013 (ESPÍRITO SANTO, 2016b). Consequentemente o mesmo Boletim Epidemiológico informa taxa de incidência superior a 6,0/1.000 nascidos vivos, nos resultados apresentados.

Nota-se que as duas plataformas (Tabnet DATASUS e Tabenet SESA) possuem problemas técnicos, o que dificulta o acesso à informação. Inclusive durante todo o período de coleta de dados a página da SESA referente aos dados da sífilis congênita estava com problemas de conexão. Vale ressaltar que em nenhuma das duas plataformas conseguimos dados sobre a faixa etária das mães com RN com sífilis congênita.

Tabela 2: Características sociodemográficas das mães de recém-nascidos com diagnóstico de Sífilis Congênita por Região de Saúde do Estado do Espírito Santo, no ano de 2013. Vitória/ES

ESCOLARIDADE DA MÃE	REGIÕES DE SAÚDE									
	Metro.	(%)	Central	(%)	Sul	(%)	Norte	(%)	Total	(%)
Ign/Branco	34	35,79%	5	38,46%	14	66,67%	0	0%	53	39,85%

Tabela 2: Características sociodemográficas das mães de recém-nascidos com diagnóstico de Sífilis Congênita por Região de Saúde do Estado do Espírito Santo, no ano de 2013. Vitória/ES

ESCOLARIDADE DA MÃE	REGIÕES DE SAÚDE									
	Metro.	(%)	Central	(%)	Sul	(%)	Norte	(%)	Total	(%)
Ens. fundamental incompleto	35	36,84%	2	15,38%	5	23,81%	3	75%	45	33,83%
Ens. fundamental completo	12	12,63%	2	15,38%	0	0%	0	0%	14	10,53%
Ens. médio incompleto	5	5,26%	2	15,38%	0	0%	0	0%	7	5,26%
Ens. médio completo	9	9,47%	2	15,38%	2	9,52%	0	0%	13	9,77%
Analfabeto	0	0%	0	0%	0	0%	1	25%	1	0,75%
Total	95	100%	13	100%	21	100%	4	100%	133	100%
RAÇA/COR										
Ign/Branco	13	13,68%	2	15,38%	1	4,76%	0	0%	16	12,03%
Branca	21	22,11%	2	15,38%	4	19,05%	0	0%	27	20,30%
Preta	8	8,42%	0	0%	3	14,29%	1	25%	12	9,02%
Parda	53	55,79%	9	69,23%	13	61,90%	3	75%	78	58,65%
Total	95	100%	13	100%	21	100%	4	100%	133	100%
ZONA DE RESIDÊNCIA										
Ign/Branco	4	4,21%	2	15,38%	0	0%	0	0%	6	4,51%
Rural	1	1,05%	1	7,69%	4	19,05%	0	0%	6	4,51%
Urbana	90	94,74%	10	76,92%	17	80,95%	4	100%	121	90,98%
Total	95	100%	13	100%	21	100%	4	100%	133	100%

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN

Ao analisar a Tabela 2, onde são descritas as características sociodemográficas das mães de recém-nascidos (RNs) com SC, observa-se na variável escolaridade da mãe que um pequeno número de mães possui ensino médio completo, sendo na Região Central 15,38% (n=2) das mães, seguido da Região Sul com 9,52% (n=2) e Região Metropolitana com 9,47% (n=9). Já a Região Norte não houve nenhuma mãe com ensino médio completo. Totalizando no estado do Espírito Santo 9,77% (n=13) da amostra.

Na Região Central nota-se que 15,38% (n=2) das mulheres possuem ensino médio incompleto, seguido da Região Metropolitana com 5,26% (5). Nas Regiões Sul e Norte, não foi encontrada nenhuma mãe com essa escolaridade.

Assim, 5,26% (n=7) representam o percentual total de mães com ensino médio incompleto do estudo.

Já em relação às mães com ensino fundamental completo, observa-se que a Região Central possui maior número com 15,38% (n=2) e Região Metropolitana com 12,63% (n=12). As regiões Sul e Norte não apresentaram mães com ensino fundamental completo. Essa escolaridade é representada em 10,53 % (n=14) das mães do estado com RN com SC, em 2013.

Observa-se um quantitativo de 33,83% (n=45) no estado de mães com ensino fundamental incompleto, sendo esse número maior na Região Norte com 75% (n=3) das mães, seguido da Região Metropolitana com 36,84% (n=35), Região Sul com 23,81% (n=5) e Região Central com 15,88% (n=2).

Na Região Norte nota-se uma mãe (25%) analfabeta, representando 0,75% (n=1) do número total do estado.

Portanto, conclui-se que a maioria das mães de RNs com sífilis congênita possui baixa escolaridade. Esse fato mostra-se de grande relevância, visto que essa realidade não difere de outros estudos que comprovam que um dos fatores de risco da sífilis congênita é a baixa escolaridade, implicando assim, na adesão do tratamento da mãe, número de consultas de pré-natal e tratamento do parceiro (LIMA, 2013; ARAÚJO et al., 2012)

Em um estudo realizado no Ceará, onde foi analisado mulheres com diagnóstico de sífilis no momento do parto ou curetagem, atendidas em um hospital de ensino, no período 2007-2012, verificou-se que a escolaridade materna é um fator de risco de suma importância, pois está relacionada com a sobrevivência infantil, demonstrando a desigualdade social presente no Brasil (COUTINHO, 2014).

Outro fato preocupante é que um grande número de espaços do formulário foi deixado em branco ou ignorado, sendo a Região Sul com o maior número, 66,67% (n=14), Região Central com 38,46% (n=5) e Região Metropolitana com 35,79% (n=34). Totalizando 39,85% (n=53) no estado, o que impacta na avaliação fidedigna da variável. Deixando clara a falta de zelo por parte dos profissionais em relação ao registro das informações.

Outro estudo comprova esse fato, onde foi relatado que a subnotificação no país é em média 67% no ano. Também se verifica que há falhas no processo de notificação, pois o número de casos notificados no SINAN é bem menor que o esperado (COSTA, 2013).

Na variável raça/cor nota-se que a maioria das mães analisadas se considerou parda, representando 58,65% (n=78) das mães com recém-nascido com sífilis congênita do estado do Espírito Santo, sendo a Região Norte com maior percentual, com 75% (n=3), seguido da Região Central com 69,23% (n=9), região Sul com 61,90% (n=13) e por fim, Região Metropolitana com 55,79% (n=53).

As mulheres que se consideraram brancas representam 20,30% (n=27) de mães com RNs com diagnóstico de SC, no estado do Espírito Santo. Sendo a Região Metropolitana com maior índice, apresentando 22,11% (n=21) das mães, seguida da Região Sul com 19,05% (n=4), Região Central com 15,38% (n=2). Na Região Norte não foi encontrado nenhuma mãe branca.

Das mães que se declaram negras, na Região Norte há uma representação de 25% (n=1) das mulheres, na Região Sul de 14,29% (n=3) e na Região Metropolitana de 8,42% (n=8). Na região Central não foi encontrada nenhuma mãe negra. No estado, a raça/cor negra representa 9,02% (n=12) da amostra. Sendo as negras com menor percentual entre brancas e pardas.

Assim, fica evidente que o perfil das mães com RNs diagnosticados com sífilis congênita são pardas. Evidenciando o que o autor Araújo (2012) relata em um estudo realizado em Brasília, onde foi utilizado dados do DATASUS, com o objetivo de analisar a incidência da SC no Brasil, no qual é verificado que a maioria das mães são pardas, e também é relatado que esse perfil é socioeconomicamente desfavorecido, o que implica diretamente no número de consultas de pré-natal realizadas, visto que esse grupo tem menos acesso a informações. Portanto esse agravo está diretamente ligado a desigualdades sociais em saúde.

Na variável zona de residência observa-se que a maior parte das mães reside em zona urbana, representado 90,98% (121) no Estado. Sendo a maior parte

concentrada na Região Metropolitana com 94,74% (n=90) da amostra, Região Sul com 80,95% (n=17), Região Central com 76,92% (n=10), e por fim, Região Norte sendo que das 4 mães, todas residem em zona urbana.

Um pequeno número das mães é reside em zona rural, sendo 4,51% (n=6) o total do Espírito Santo. Na Região Sul, encontramos o maior número com 19,05% (n=4), a Região Central apresenta 7,69% (n=1) e a Região Metropolitana com 1,05% (n=1). Na Região Norte nenhuma mãe da amostra estudada reside em zona rural.

Tabela 3: Características do diagnóstico e tratamento da sífilis materna por Região de Saúde do Estado do Espírito Santo, no ano de 2013. Vitória/ES.

REALIZAÇÃO DO PRÉ NATAL	REGIÕES DE SAÚDE									
	Metro.	(%)	Central	(%)	Sul	(%)	Norte	(%)	Total	(%)
Ign/Branco	3	3,16%	0	0%	3	14,29%	0	0%	6	0,05
Sim	69	72,63%	11	84,62%	10	47,62%	0	0%	90	67,67%
Não	23	24,21%	2	15,38%	8	38,10%	4	100%	37	27,82%
Total	95	100%	13	100%	21	100%	4	100%	133	100%
DIAGNÓSTICO DA SÍFILIS MATERNA										
Ign/Branco	4	4,21%	0	0%	0	0%	1	25,00%	5	3,76%
No pré natal	56	59,00%	9	69,00%	7	33,00%	0	0%	72	54,00%
No momento do parto/curetagem	25	26,32%	4	30,77%	12	57,14%	2	50%	43	32,33%
Após o parto	9	9,47%	0	0%	2	9,52%	1	25%	12	9,02%
Não realizado	1	1,05%	0	0%	0	0%	0	0%	1	0,75%
Total	95	100%	13	100%	21	100%	4	100%	133	100%
TRATAMENTO DO PARCEIRO										
Ign/Branco	18	18,95%	2	15,38%	7	33,33%	0	0%	27	20,30%
Sim	11	11,58%	0	0%	2	9,52%	0	0%	13	9,77%
Não	66	69,47%	11	84,62%	12	57,14%	4	100%	93	69,92%
Total	95	100%	13	100%	21	100%	4	100%	133	100%

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN

Ao analisar a Tabela 3, onde são descritas as características do diagnóstico e tratamento da sífilis materna, observa-se na variável realização do pré-natal que

na Região Metropolitana 72,63% (n=69) das mulheres realizaram pré-natal, enquanto na Região Central o índice aumenta para 84,62% (n=11) das mulheres.

Um estudo realizado por Lafetá et al. (2016) na cidade de Montes Carlos - MG, mostrou que de 93 gestantes analisadas, nenhuma obteve o pré-natal considerado adequado pelo MS. Apesar de 48,04% delas terem conseguido iniciar o acompanhamento ainda no 1º trimestre, 62,04% receberam o diagnóstico da sífilis apenas no momento do parto/curetagem. Essas circunstâncias nos mostram a importância da qualidade do pré-natal e não apenas a execução dele. Estes dados nos levam a refletir se o acompanhamento pré-natal ofertado está sendo fidedigno para garantia de diagnóstico de uma doença de transmissão vertical e tratamento adequado da mesma, já que na maioria dos casos apresentados e estudados ocorreu a realização das consultas e mesmo assim recém-nascidos foram diagnosticados com sífilis congênita.

A Região Sul é a que apresenta o maior índice de casos ignorados para essa variável, representando 14,29% do total (n=3) e apenas na Região Norte nenhuma das mulheres alega ter realizado o pré-natal, sendo que, quatro das quatro mulheres analisadas (100%) não realizaram.

Na variável Diagnóstico da Sífilis Materna observa-se que nas Regiões Metropolitana e Central a maioria das mulheres obteve o diagnóstico da sífilis durante o pré-natal, representando, respectivamente, 59% (n=56) e 69% (n=9) da amostra. Enquanto nas Regiões Norte e Sul a maioria teve este diagnóstico apenas no momento do parto, o que representa 50% (n=2) e 57,14% (n=12) da amostra, respectivamente.

Diante desses dados pode-se concluir que a nível total de Estado, no Espírito Santo, as gestantes em sua maioria (54%) receberam o diagnóstico da sífilis durante o pré-natal, e que mesmo assim ocorreu a transmissão transplacentária da doença, dado apresentado na Tabela 4 que indica que 95,05% dos recém-nascidos obtiveram o diagnóstico de sífilis congênita. Este fato nos remete a pensar nas hipóteses causadoras de tal evento, que podem estar relacionadas com a realização inadequada do tratamento tanto por parte da gestante quanto do parceiro, e ainda falhas na assistência à saúde.

Estas hipóteses relacionam-se com vários fatores dificultadores do processo de tratamento da sífilis, sendo um destes o tratamento com a penicilina. De acordo com Grumach et al. (2007) este é o único modo de tratar a doença de forma completamente eficaz, sendo que outros medicamentos, como por exemplo a eritromicina têm sua eficácia questionável, principalmente, nos casos com gestantes. Grumach relaciona as dificuldades no tratamento com a penicilina como importante agravante, principalmente por sua característica dolorosa e pela sua capacidade anafilática, mesmo que sua incidência de reações letais seja de apenas 1 a 2/100.000 (ARAÚJO et al, 2012). Outra justificativa a ser analisada para comprometimento do processo é a participação das equipes de saúde frente a situação. Um estudo de Szwarcwald (2007) em parceria com o Centro de Informação Científica e Tecnológica da Fundação Oswaldo Cruz (CICT/FIOCRUZ) mostrou que 75,01% das gestantes apresentaram um teste realizado em seu cartão de pré-natal, e apenas 16,09% apresentaram resultados dos dois testes, estimativa que indica que apenas 14,01% das gestantes cumpriram as recomendações impostas pelo MS, que é da realização de dois testes sorológicos sendo um no 1º e outro no 3º trimestre da gestação.

Sabendo que a busca ativa é de competência do profissional enfermeiro, passamos a analisar a responsabilidade deste frente à procura das gestantes que realizaram o primeiro teste sorológico e não realizaram o segundo, independente do resultado já obtido.

Percebe-se que na Região Sul 47,62% (n=10) das mulheres realizaram o pré-natal, entretanto, observa-se que uma porcentagem de 57,14% (n=12) delas receberam o diagnóstico da sífilis apenas no momento do parto/curetagem. Considerando que o VDRL deve ser solicitado e realizado durante o pré-natal, não é admissível a razão pela qual a maioria das gestantes portadoras da SM (Sífilis Materna) recebeu este diagnóstico apenas no momento do parto.

Na Região Norte nenhuma das quatro mulheres recebeu o diagnóstico da sífilis durante o pré-natal, estatística que corresponde ao fato de nenhuma delas tê-lo realizado. Sendo assim, 50% (n=2) foram diagnosticadas no momento do parto/curetagem e as outras 50% se dividem em casos ignorados (25%) e de mulheres que obtiveram o diagnóstico apenas após o parto (25%). O que

podemos destacar neste fato é que, como representado na Tabela 4, 4 dos 4 casos analisados (100%), nenhuma mulher realizou o pré-natal e conseqüentemente, todas as quatro obtiveram o diagnóstico de sífilis congênita como classificação final para os recém-nascidos.

Analisando a variável tratamento do parceiro, em todas as quatro regiões de saúde a maioria dos parceiros não foi tratado, chegando a 100% (n=4) o índice na Região Norte e 84,62% (n=11) na Região Central. Considerando que, na Região Metropolitana, em 69 dos 95 casos analisados (72,63%) as mulheres realizaram pré-natal e que 56 (59%) delas obtiveram o diagnóstico da sífilis ainda neste período. Imagina-se que a falha deste processo esteja no tratamento do parceiro, já que 69,47% (n=66) dos parceiros não foram tratados.

Comparando os dados da Tabela 3 com a Tabela 4, podemos perceber que na Região Metropolitana 72,63% das mães realizaram pré-natal, porém o índice de diagnósticos de sífilis congênita recente para os neonatos das mesmas foi de 94,07%, tal lógica de valores também se encaixa nas outras regiões, com exceção da Região Norte, onde 100% das mulheres não realizaram pré-natal. Analisando essas circunstâncias e considerando base de outros estudos, podemos especular que as falhas deste processo estejam em situações como não adesão dos parceiros no tratamento e ainda a existência de relações extraconjugais.

Guerreiro (2002) cita depoimentos de homens casados que afirmam não ser possível manter uma relação sem que haja infidelidade em ao menos algum momento, além de evidenciar que a maioria dos homens julga como requisito para o uso ou não de preservativos a condição física da mulher, o fato dela estar apresentável já é suficiente para descartar o uso. Um estudo realizado por Goldenberg (2000) mostra que 70% dos homens por ele analisados afirmam terem sido infiéis apenas por “vontade” ou “atração física”, enquanto 40% das mulheres dizem trair por insatisfação ou algum problema no relacionamento, sendo que o uso de preservativos no casamento é rejeitado por ambas as partes, pois representa falta de confiança no parceiro.

Quanto a adesão do homem ao tratamento, um estudo realizado por Vasconcelos et al., (2016) descreve a ação dos profissionais de saúde como fator implicante, uma vez que para que ocorra orientação correta é necessário priorizar o vínculo e acolhimento do cliente. É essencial um ambiente adequado, conhecer e entender as condições da família envolvida como um todo, solicitar a presença do parceiro a unidade de saúde para uma conversa explicando as consequências da doença para com seu filho, podendo utilizar de instrumentos de imagens e leitura que ilustrem isso, e ainda expressar de forma clara a importância do uso do preservativo pelo casal durante o tratamento, um dos fatores mais difíceis de ser trabalhado. Este mesmo estudo cita a importância do encontro do profissional com o cliente, seja ele a gestante ou o parceiro, e não apenas a descrição de rotina do tratamento em que o cliente comparece a unidade apenas para receber a medicação. Estas ações nos remetem a construção de uma responsabilização compartilhada, fator que além de todos os benefícios nos respalda uma assistência de qualidade.

O Ministério da Saúde tem como estratégia uma campanha que visa motivar os homens a realizarem o "pré-natal masculino", ou seja, um conjunto de ações que têm por finalidade aproximar o parceiro do ambiente de saúde além de incluírem exames preventivos a serem realizados também pelos pais durante o pré-natal da mulher. A ideia é que os profissionais de saúde aproveitem o momento em que o homem está mais sensível para incentivá-lo não só a acompanhar as consultas durante a gestação, mas também estimularem a valorizar o cuidado com sua própria saúde (BRASIL, 2010g).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) divide o fluxo do pré-natal do parceiro em 5 passos, sendo eles: primeiro contato e acolhimento do homem; solicitar testes rápidos e exames de rotina (tipagem sanguínea e fator RH, HbsAg, VDRL, Anti-HIV, Anti-HCV, hemograma, lipidograma, dosagem de glicose, eletroforese da hemoglobina e aferição de pressão arterial); vacinar o pai/parceiro; utilizar as consultas como oportunidade de escuta e criação de vínculo entre os homens e profissionais de saúde; e por fim, esclarecer sobre o direito da mulher de ter um acompanhante no pré-parto, parto e puerpério e incentivar que este seja seu parceiro (BRASIL, 2016h).

Tabela 4: Classificação final do diagnóstico da Sífilis Congênita, segundo faixa etária de diagnóstico e evolução dos casos de SC por região de Saúde no Estado do Espírito Santo, no ano de 2013. Vitória/ES.

CLASSIFICAÇÃO FINAL	REGIÃO DE SAÚDE									
	Metro	(%)	Central	(%)	Sul	(%)	Norte	(%)	Total	(%)
Sífilis Congênita										
Recente	90	94,7%	13	100%	20	95,2%	4	100%	127	95,5%
Natimorto/Aborto										
por Sífilis	3	3,2%	0	0%	0	0%	0	0%	3	2,3%
Descartado	2	2,1%	0	0%	1	4,8%	0	0%	3	2,3%
Total	95	100%	13	100%	21	100%	4	100%	133	100%
FAIXA ETÁRIA										
Até 6 dias	91	95,8%	13	100%	20	95,2%	4	100%	128	96,24%
7-27 dias	1	1,1%	0	0%	1	4,8%	0	0%	2	1,50%
28 dias a <1 ano	2	2,1%	0	0%	0	0%	0	0%	2	1,50%
1 ano (12 a 23 meses)	1	1,1%	0	0%	0	0%	0	0%	1	0,75%
Total	95	100%	13	100%	21	100%	4	100%	133	100%
EVOLUÇÃO										
Ign/Branco	9	10%	1	7,7%	2	10%	1	25%	13	10,2%
Vivo	79	87,8%	11	84,6%	18	90%	3	75%	111	87,4%
Óbito pelo agravo										
notificado	2	2,2%	1	7,7%	0	0%	0	0%	3	2,4%
Total	90	100%	13	100%	20	100%	4	100%	127	100%

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN

Na Tabela 4, são apresentadas as taxas de sífilis congênita recente, de natimortos ou abortos por sífilis, a faixa etária de diagnóstico de sífilis congênita e a evolução dos casos notificados. No Estado do Espírito Santo, no ano de 2013, 96,24% (n=128) dos casos de sífilis congênita foram detectados até o 6º dia de vida, ou seja, na maternidade ou nas primeiras consultas após o nascimento da criança, o que significa que os serviços de maternidade têm trabalhado de acordo com a preconização ministerial de rastreio para o diagnóstico da sífilis materna e, conseqüentemente, da sífilis congênita.

Na Região Metropolitana foram notificados 95 casos de RNs com SC, dessa amostra, 94,7% (n=90), tiveram sífilis congênita recente, 3,2% (n=3) são de natimorto/aborto por Sífilis e 2,1% (n=2) foi descartado. Nas regiões Central, Sul

e Norte o percentual de sífilis congênita recente notificado pelo SINAN foi respectivamente de 100% (n=13), 95,2% (n=20), 100% (n=4). Observa-se ainda que não houve nenhuma notificação de RN natimorto/aborto por SC no SINAN no de 2013, das respectivas regiões.

Quando identificamos a faixa etária que foi diagnosticado a SC na Região Metropolitana, obteve-se um quantitativo de 95,8% (n=91) de RNs diagnosticados até o 6º dia de vida, já a região Central e a Região Norte apresentaram um índice de 100% (n=13), 100% (n=4) de RNs diagnosticados até o 6º dia de vida respectivamente. Seguindo da Região Sul com um quantitativo de 95,2% (n=20) de recém-natos diagnosticados até o 6º dia de vida. A partir do 28º dia nenhum neonato foi registrado na base dados com diagnóstico de SC.

Após a análise dos dados identificamos que todas as regiões de saúde realizaram a maior parte dos diagnósticos SC até o 6º dia de vida do recém-nascido. No Brasil cerca de 95% dos partos, são realizados no ambiente hospitalar, fato que se repete no Espírito Santo. Dessa forma, se a assistência do pré-natal, realizada nas Unidades de Estratégia de Saúde da Família (UESF), não for desempenhada da maneira que o Ministério da Saúde preconiza, ou seja, identificando e tratando possíveis infecções maternas, pode-se realizar o diagnóstico no momento em que a gestante é admitida para o parto, detectando a transmissão vertical e tratando o recém-nascido infectado. Reduzindo assim, as possíveis complicações e sequelas da sífilis congênita (FONSECA et al., 2015).

Durante a análise da evolução após o diagnóstico, observou-se que os índices de óbitos por Sífilis Congênita no Espírito Santo registrados no SINAN correspondem a 2,4% (n=3) da amostra. E quando analisamos o percentual de óbitos por Sífilis Congênita nas regiões de saúde, obtivemos um quantitativo de 2,2% (n=2) na Região Metropolitana e 7,7% (n=1) na Região Central, caracterizando o mais elevado índice de óbito do estado do Espírito Santo, taxa que se configura acima do índice geral do Estado. Entretanto nas regiões Sul e Norte não foram registrados na base de dados nenhuma notificação de óbito por SC.

Segundo o manual do Ministério da Saúde 2016, a mortalidade perinatal constitui um dos indicadores mais utilizados quando o objetivo é avaliar as condições de saúde de uma população. A taxa de mortalidade indica a falha da assistência do pré-natal, já que as gestantes portadoras de Sífilis poderiam ser diagnosticadas e terem o tratamento adequado, juntamente com seu parceiro (BRASIL, 2016b).

Um estudo realizado no estado do Rio de Janeiro por Saraceni et al. (2005), apresenta a importância de monitorar a incidência de mortalidade perinatal por Sífilis Congênita, que é considerada um instrumento extremamente eficaz para dimensionar a amplitude desse agravo e orientar os gestores e profissionais de saúde, acerca das tomadas de decisões.

Dessa forma os índices de crianças vivas com diagnóstico de SC nessas regiões são de: 87,8% (n=79) na Região Metropolitana, 84,6% (n=11) na Região Central, 90% (n=18) na Sul e 75% (n=3) na Norte. Observando o panorama geral do Estado do Espírito Santo, notamos que 87,4% (n=111) da amostra de RNs diagnosticados com sífilis congênita notificados no SINAN não foram a óbito pelo agravo estudado.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após a análise dos dados do presente estudo, podemos observar que ainda existem lacunas a serem preenchidas para o alcance da meta nacional de controle desse relevante agravo à saúde pública.

A pesquisa demonstrou diversas fragilidades no processo da atenção básica à saúde, referente à assistência pré-natal e prevenção da sífilis, tais como o acompanhamento insatisfatório do pré-natal, a não adesão a proposta terapêutica, a subnotificação dos casos e, principalmente, o não tratamento do parceiro. Portanto, a incidência de sífilis congênita está relacionada ao manejo inadequado dos casos com perda de oportunidade tanto para o diagnóstico quanto para o tratamento, a ausência de orientações, o não tratamento do parceiro e o tratamento incorreto dos casos diagnosticados.

Podemos identificar também, em cada região de saúde do estado do Espírito Santo, os perfis das mães que em sua maioria apresenta baixa escolaridade.

Com isso, é primordial que estratégias que insiram o profissional enfermeiro de maneira ativa e com qualidade na assistência pré-natal sejam incentivadas e implementadas tais como a organização do serviço, capacitação dos profissionais e a utilização de recursos adequados e disponíveis, garantindo o atendimento integral e os requisitos básicos para promoção e prevenção das principais afecções que acometem as gestantes. Entre estas ações, encontra-se a captação precoce das gestantes (até o quarto mês de gestação), a realização de, no mínimo, seis consultas de acompanhamento pré-natal, a realização de exames laboratoriais preconizados pelo MS e a realização do teste de sífilis (VDRL).

A educação em saúde deve ser valorizada, através de atividades educativas individuais e coletivas para as gestantes e suas famílias com maior esclarecimento e sensibilização sobre as Infecções Sexualmente Transmissíveis, em especial, sobre Sífilis Materna e a Sífilis Congênita. A busca ativa de casos diagnosticados e não tratados e a notificação dos casos devem fazer parte das rotinas dos profissionais, pois quanto maior a aproximação com

os usuários e maior o conhecimento da realidade do território assistido, maiores são as chances de sucesso na assistência prestada.

O Enfermeiro é um profissional que tem papel ativo na atenção básica, coordenando equipes e direcionando processos de trabalho que impactarão no resultado final da saúde da população, sendo assim, deve se empoderar do exercício da profissão no sentido de colaborar e fazer a diferença para o enfrentamento da sífilis congênita.

REFERÊNCIAS

ARAUJO, C. et al. **Incidência da sífilis congênita no Brasil e sua relação com a Estratégia Saúde da Família.** Rev Saúde Pública. 2012;46(3):479-86.

AVELLEIRA, C.J; BOTTINO, Giuliana. **Sífilis: Diagnóstico, Tratamento e Controle.** Educação Médica continuada. Rev. Bras. Dermatol, v. 81, n. 2, p. 111-126, 2006

BLENCOWE, H; COUSENS, S; KAMB, M; BERMAN, S; LAWN, J.E. **Lives saved tool supplement detection and treatment of syphilis in pregnancy to reduce syphilis related stillbirths and neonatal mortality.** BMC Public Health 2011; 11 Suppl 3:S9.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas: Atenção Integral às pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis.** Brasília: Ministério da Saúde; 2015a. 89 p.

BRASIL. Secretaria do Estado de Saúde de São Paulo. **Guia de Bolso para o Manejo de Gestantes com Sífilis e Sífilis Congênita.** Centro de Referência e Treinamento Dst/Aids – SP, 2016b.

BRASIL. Ministério da Saúde, 2016c. Disponível em <http://indicadoressifilis.aids.gov.br/http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2016/59209/2016_030_sifilis_publicao2_pdf_51905.pdf>. Acessado em: Fevereiro de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde, 2016d. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/legislacao/2016/58919/nota_informativa_no006_importancia_e_urgencia_na_a_82765.pdf>. Acessado em: Fevereiro de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde Programa Nacional de Dst e Aids. **Diretrizes para o Controle da Sífilis Congênita, manual de bolso.** Brasília – DF, 2006e.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco.** Série A. Normas e Manuais Técnicos Cadernos de Atenção Básica, nº 32 Brasília – DF 2012f.

BRASIL. Ministério da Saúde, 2010g. **Ministério da Saúde incentiva pais a fazerem pré-natal masculino.** Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2010/09/ministerio-da-saude-incentiva-pais-a-fazerem-o-pre-natal-masculino>>. Acessado em: 26 Jul. de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pré-Natal do parceiro - Guia do Ministério da Saúde para profissionais.** Rio de Janeiro, 2016h.

COFEN - Conselho federal de Enfermagem. **Lei n 7.498/86, de 25 de junho de 1986**. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html>. Acesso: Maio de 2017.

COSTA C.C. et al. **Sífilis Congênita no Ceará: Análise Epidemiológica de uma Década**. Rev Esc Enferm, USP. 2012.

COSTA, K. F. et al. **Percepção das gestantes sobre a assistência prestada pelo enfermeiro durante o pré-natal**. R. Interd. v.6, n.4, p.86-94 , out.nov.dez. 2013.

COUTINHO R.L.D. **Sífilis Congênita: Panorama do Agravado em um Hospital de Ensino**. Pró-reitora de Pesquisa e Pós Graduação. Universidade Federal do Ceará. 2014.

DOMINGUES M.R, et.al. **Prevalência de Sífilis na Gestaçã e Testagem Pré-Natal: Estudo Nascer no Brasil**. Rev Saúde Pública 2014; 48(5):766-774.

DUARTE S.J.H; ANDRADE S.M.O. **O significado do pré-natal para mulheres grávidas: uma experiência no município de Campo Grande, Brasil**. Saúde soc. 2008;17(2):132-9.

ESPÍRITO SANTO, 2011a. Secretaria de Saúde do Estado do Espírito Santo. **Plano diretor de regionalização da saúde**. Disponível em: <http://saude.es.gov.br/Media/sesa/SISPACTO/PDR-Plano%20Diretor%20de%20Regionaliza%C3%A7%C3%A3o_ES_2011.pdf>. Acesso em: Junho de 2017.

ESPÍRITO SANTO. SECRETARIA DE SAÚDE. **Boletim epidemiológico dst/aids/hv - nº 30 – dados até dezembro de 2014 - análise dos dados do hiv/aids, sífilis e de hepatites virais no estado do Espírito Santo**. 2016b.

FRANÇA X.S.I. et al. **Fatores associados à notificação da sífilis congênita: um indicador de qualidade da assistência pré-natal**. Rev Rene. 2015 maio-jun; 16(3):374-81.

FONSECA, S.C et al. **Pré-natal em mulheres usuárias do sistema único de saúde em duas maternidades no estado do Rio de Janeiro, Brasil: a cor importa**. Revista Brasileira de saúde materno infantil, Recife, v. 15, n. 2, p. 209-217, abr./jun. 2015. Doi: 10.1590/ s1519-38292015000200007.

GOLDENBERG, M. **Os novos desejos: das academias de musculação às agências de encontros**. Rio de Janeiro: Record; 2000. 188p.

GRUMACH, A.S et al. **A (des)informação relativa à aplicação da penicilina na rede do sistema de saúde do Brasil: o caso da sífilis**. DST – J bras Doenças Sex Transm 2007; 19(3-4): 120-127 – ISSN: 0103-4065.

GUERREIRO, I; AYRES, J.R.C.M; HEARST, N. **Masculinidade e vulnerabilidade ao HIV de homens heterossexuais**. São Paulo, SP. São Paulo. Rev Saúde Pública. [Internet]. 2002 [cited 2013 Mar 24];36(4I):50-60.

LAFETÁ, K.R.G et al. **Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle**. Rev Bras Epidemiol jan-mar 2016; 19(1): 63-74.

LIMA M.G; SANTOS R.F.R; BARBOSA G.J.A; RIBEIRO G.S. **Incidência e Fatores de Risco para Sífilis Congênita em Belo Horizonte, Minas Gerais. 2001-2008**. Ciênc Saúde Coletiva. 2013; 18(2):499-506.

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

MESQUITA, K.O; LIMA, K.G; FILGUEIRA, A.A; FLÔR, S.M.C; FREITAS, C.A.S.L; LINHARES, MARIA.S.C; GUBERT, F.A. **Análise dos casos de sífilis congênita em Sobral, Ceará: Contribuições para assistência pré-natal**. DST - J bras Doenças Sex Transm 2012;24(1):20-27.

OLIVEIRA, E. V. L. et al. **Sífilis Secundária com Cometimento Pulmonar**. An Brás Dermatol., v. 82, n. 2, p. 163-167, 2007.

PINTO et al. **Carga Treponêmica em Amostras Biológicas Correspondentes a Diferentes Fases Clínicas de Sífilis**. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, 2016. Disponível em: <http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/3698/1/Boletim_Epidemiologico_Observacoes_N15_2016_artigo5.pdf> . Acessado em: Junho de 2017.

PINTO V.M. et al. **Prevalência de Sífilis e fatores associados a população em situação de rua de São Paulo, Brasil, com utilização de Teste Rápido**. Rev. bras. epidemiol. vol.17 no.2 São Paulo abr./jun. 2014.

SARACENI V. et al. **Perinatal mortality due to congenital syphilis: a quality-of-care indicator for women's and children's healthcare**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 21(4):1244-1250, jul-ago, 2005.

SMELTZER, SUZANNE C.; BARE, BRENDA G. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 13.ed. [S. I.]: Guanabara kaogan, v.2, p.1808, 2015.

SZWARCWALD, C.L; JUNIOR, A.B; MIRANDA, A.E; PAZ, L.C. **Resultados do estudo sentinela-parturiente, 2006: desafios para o controle da sífilis congênita no brasil**. DST – J bras Doenças Sex Transm 2007; 19(3-4): 128-133 – ISSN: 0103-4065.

VASCONCELOS, M.I.O. et al. **Sífilis na gestação: estratégias e desafios dos enfermeiros da atenção básica para o tratamento simultâneo do casal**. Rev Bras Promoç Saúde, Fortaleza, 29(Supl): 85-92, dez., 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/en/>>. Acessado em: 02 de Fevereiro de 2016.

ANEXO A - Ficha de Notificação

 REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DA SAÚDE ESTADO DE SÃO PAULO SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE		 SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO SÍFILIS CONGÊNITA FICHA DE INVESTIGAÇÃO		Nº	
Definição de caso: Primeiro Critério: Toda criança, ou aborto, ou natimorto de mãe com evidência clínica para sífilis e/ou com sorologia não treponêmica reagente para sífilis com qualquer titulação, na ausência de teste confirmatório treponêmico, realizada no pré-natal ou no momento do parto ou curetagem, que não tenha sido tratada ou tenha recebido tratamento inadequado. Segundo Critério: Todo indivíduo com menos de 13 anos de idade com as seguintes evidências sorológicas: titulações ascendentes (testes não treponêmicos); e/ou testes não treponêmicos reagentes após seis meses de idade (exceto em situação de seguimento terapêutico); e/ou testes treponêmicos reagentes após 18 meses de idade; e/ou títulos em teste não treponêmico maiores do que os da mãe. Em caso de evidência sorológica apenas, deve ser afastada a possibilidade de sífilis adquirida. Terceiro Critério: Todo indivíduo com menos de 13 anos de idade, com teste não treponêmico reagente e evidência clínica ou líquórica ou radiológica de sífilis congênita. Quarto Critério: Toda situação de evidência de infecção pelo Treponema pallidum em placenta ou cordão umbilical e/ou amostra da lesão, biópsia ou necropsia de criança, aborto ou natimorto.					
Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual	
	2	Agravado/enferma		SÍFILIS CONGÊNITA	
	3	Data da Notificação			
	4	UF	5	Município de Notificação	Código (CID10) A50.9
Notificação Individual	6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	
	7	Data do Diagnóstico			
	8	Nome do Paciente		9	Data de Nascimento
	10	(ou) Idade	11	Sexo	12
Dados de Residência	13	Raça/Cor			
	14	Escolaridade			
	15	Número do Cartão SUS		16	Nome da mãe
	17	UF	18	Município de Residência	Código (IBGE)
Dados Complementares	19	Distrito			
	20	Bairro		21	Logradouro (rua, avenida,...)
	22	Número		23	Complemento (apto., casa, ...)
	24	Geo campo 1			
	25	Geo campo 2		26	Ponto de Referência
	27	CEP			
Antecedentes epít. da mãe	28	(DDD) Telefone		29	Zona
	30	País (se residente fora do Brasil)			
	31	Idade da mãe		32	Raça/Cor da mãe
	33	Ocupação da mãe			
Antecedentes epít. da mãe	34	Escolaridade			
	35	Realizou Pré-Natal nesta gestação		36	UF
Antecedentes epít. da mãe	37	Município de Realização do Pré-Natal		Código (IBGE)	
	38	Diagnóstico de sífilis materna			
1 - Durante o pré-natal 2 - No momento do parto/curetagem 3 - Após o parto 4 - Não realizado 5 - Ignorado					

Frente (continuação)

Dados do Lab. da mãe	39	Teste não treponêmico no parto/curetagem 1-Reagente 2-Não reagente 3-Não realizado 9-Ignorado	<input type="checkbox"/>	40	Título 1:	41	Data
	42	Teste confirmatório treponêmico no parto/curetagem 1-Reagente 2-Não reagente 3-Não realizado 9-Ignorado	<input type="checkbox"/>				
Trat. da mãe	43	Esquema de tratamento 1-Adequado 2-Inadequado 3-Não realizado 9-Ignorado	<input type="checkbox"/>	44	Data do Início do Tratamento	45	Parceiro(s) tratado(s) concomitantemente a gestante 1-Sim 2-Não 9-Ignorado
	46	UF	47	Município de Nascimento	Código (IBGE)	48	Local de Nascimento (Maternidade/Hospital)
Ant. Epiolom.	SICON_NET 15/12/2008 MR COREL						
				Sífilis Congênita Sina NET SVS 27/09/2005			

Verso

Dados do Laboratório da Criança	49	Teste não treponêmico - Sangue Periférico 1-Reagente 2-Não Reagente 3-Não Realizado 9-Ignorado	<input type="checkbox"/>	50	Título 1:	51	Data
	52	Teste treponêmico (após 18 meses) 1-Reagente 2-Não Reagente 3-Não Realizado 9-Ignorado	<input type="checkbox"/>	53	Data		
	54	Teste não treponêmico - Líquor 1-Reagente 2-Não Reagente 3-Não Realizado 9-Ignorado	<input type="checkbox"/>	55	Título 1:	56	Data
	57	Titulação ascendente 1 - Sim 2 - Não 3 - Não realizado 9 - Ignorado	<input type="checkbox"/>	58	Evidência de T. pallidum 1 - Sim 2 - Não 3 - Não realizado 9 - Ignorado		
Critérios de definição de casos de sífilis congênita	59	Alteração Líquórica 1 - Sim 2 - Não 3 - Não realizado 9 - Ignorado	<input type="checkbox"/>	60	Diagnóstico Radiológico da Criança: Alteração no Exame dos Ossos Longos 1 - Sim 2 - Não 3 - Não realizado 9 - Ignorado		
	61		Critério de definição de sífilis congênita 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	<input type="checkbox"/> Evidência sorológica de infecção pelo Treponema pallidum em < 13 anos, excluída a transmissão sexual <input type="checkbox"/> Apoio/natimorto de mulher com evidência laboratorial de infecção pelo Treponema pallidum não tratada ou inadequadamente tratada <input type="checkbox"/> Evidência de Treponema pallidum em tecido de placenta, cordão umbilical, criança, aborto ou natimorto			
Tratamento	62	Esquema de tratamento 1 - Penicilina G cristalina 100.000 a 150.000 UI/Kg/dia - 10 dias 2 - Penicilina G procaína 50.000 UI/Kg/dia - 10 dias 3 - Penicilina G benzatina 50.000 UI/Kg/dia 4 - Outro esquema _____ 5 - Não realizado 9 - Ignorado	<input type="checkbox"/>				
Evolução	63	Evolução do caso 1 - Vivo 2 - Óbito por sífilis congênita 3 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado	<input type="checkbox"/>	64	Data do Óbito		
	Investigador	Município/Unidade de Saúde			Código da Unid. de Saúde		
Nome		Função	Assinatura				
SICON_NET 15/12/2008 MR COREL			Sífilis Congênita Sina NET SVS 27/09/2005				