

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

Tatiana Heidi Oliveira

**O PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA SÍFILIS CONGÊNITA DA 10ª REGIÃO DE
SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL: subsídios para um curso de atualização**

Porto Alegre

2017

Tatiana Heidi Oliveira

**O PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA SÍFILIS CONGÊNITA DA 10ª REGIÃO DE
SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL: subsídios para um curso de atualização.**

Trabalho de Conclusão de Curso submetido ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre como requisito para a obtenção do grau de Mestre.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Débora Fernandes Coelho

Porto Alegre

2017

Catálogo na Publicação

Oliveira, Tatiana Heidi

O perfil epidemiológico da sífilis congênita da 10ª
Região de Saúde do Rio Grande do Sul : subsídios para um
curso de atualização / Tatiana Heidi Oliveira. -- 2017.
169 p. : il., graf., tab. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) -- Universidade Federal de
Ciências da Saúde de Porto Alegre, Programa de
Pós-Graduação em Enfermagem, 2017.

Orientador(a): Profª. Drª. Débora Fernandes Coelho.

1. Sífilis. 2. Transmissão vertical de doença
infecciosa. 3. Vigilância. 4. Prevenção e controle. 5.
Educação continuada. I. Título.

Sistema de Geração de Ficha Catalográfica da UFCSPA com os dados
fornecidos pelo(a) autor(a).

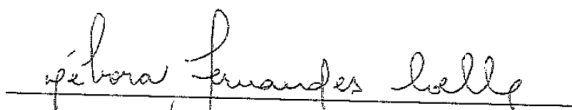
Tatiana Heidi Oliveira

**O PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA SÍFILIS CONGÊNITA DA 10ª REGIÃO DE
SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL: subsídios para um curso de atualização.**

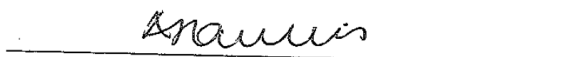
Trabalho de Conclusão de Curso submetido ao
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
da Universidade Federal de Ciências da Saúde
de Porto Alegre como requisito parcial para a
obtenção do grau de Mestre.

Aprovado em 15/08/2017.

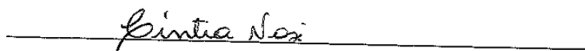
BANCA EXAMINADORA



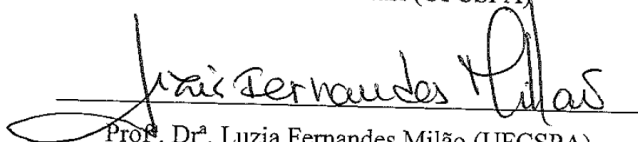
Profª. Drª. Débora Fernandes Coelho
(Presidente/Orientadora)



Profª. Drª. Alísia Helena Weis (UFCSPA)



Profª. Drª. Cintia Nasi (UFCSPA)



Profª. Drª. Luzia Fernandes Milão (UFCSPA)

Dedico este trabalho à minha família, em especial à minha mãe e ao meu marido, pelo apoio prestado durante todo o período de estudo, compreendendo muitas vezes minha ausência e por saberem da importância da minha capacitação para melhor desenvolver a profissão que tanto admiro.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela força e sabedoria sempre dispensadas em meu favor, me ajudando a superar os obstáculos para chegar à conclusão de mais uma etapa de desenvolvimento intelectual, profissional e pessoal. Sem essas bênçãos esta vitória não seria possível.

À minha mãe, que nunca mediu esforços para me garantir a melhor educação, abdicando dos seus sonhos em favor dos meus. Mesmo estando longe em quase todo este período, nunca faltaram orações, palavras de apoio e incentivo. Amo você, mãe!

Ao meu esposo Élber, pelo carinho, compreensão e paciência, especialmente nas ausências e nas demonstrações de cansaço e nervosismo, em função dos longos períodos de estudo. Amo você!

Aos amigos e irmãos pelas orações, carinho e apoio durante todo este tempo. Sem vocês seria muito mais difícil e árdua a caminhada.

Aos colegas da Coordenação Estadual de DST/Aids, em especial a Clarice Solange Teixeira Batista, Márcia Rosane Moreira Santana Fritz, Marina Gabriela Prado Silveira e Aline Coletto Sortica, pela participação na execução do produto deste estudo.

À Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA) e aos professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

À Prof^a. Dr^a. Daniela Tietzmann pelos ensinamentos, apoio e dedicação sempre presentes em todos os momentos que precisei.

E, finalmente, à minha amada orientadora Prof^a. Dr^a. Débora Fernandes Coelho por ter acreditado na minha capacidade e tornado este trabalho real. Obrigada por toda a dedicação!

RESUMO

Objetivos: Analisar o perfil epidemiológico dos casos de sífilis congênita dos municípios da 10ª Região de Saúde do Rio Grande do Sul através das variáveis disponíveis nas fichas de notificação/investigação compulsória e desenvolver um curso de atualização em manejo da prevenção da sífilis congênita para os profissionais de saúde da vigilância epidemiológica dos municípios da 10ª Região de Saúde da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul. **Métodos:** Realizaram-se duas etapas: na primeira, um estudo quantitativo, transversal, descritivo e analítico através das variáveis presentes nas fichas de notificação compulsória do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN); na segunda, foi realizada uma intervenção, a partir do desenvolvimento de um curso, na modalidade presencial (8 horas/aula), de atualização em manejo da prevenção da SC para profissionais da vigilância epidemiológica dos municípios da 10ª Região de Saúde. Os dados coletados, na primeira etapa, foram analisados por um *software* de estatística, o Statistical Package for Social Science for Windows (SPSS) versão 18. Foram identificados 752 casos de sífilis congênita e 229 notificações de sífilis em gestante. **Resultados:** Os casos, em sua maioria, foram classificados como sífilis congênita recente, sendo provenientes dos municípios mais populosos da região. A maioria das crianças foi assintomática, nascidas vivas, com a necessidade de serem avaliadas e acompanhadas, conforme estabelecido nos protocolos. A média de idade das mães foi de 25,42 anos (DP±6,6), de raça/cor branca, baixa escolaridade (< 8 anos de estudo), em sua maioria com acesso ao pré-natal. Na análise bivariável, as variáveis que se mostraram associadas ($p < 0,050$) foram: situação do pré-natal com a idade materna; realização do pré-natal com o diagnóstico de sífilis materna, o esquema de tratamento e o tratamento do parceiro ($p < 0,001$). Na realização da intervenção educativa, a adesão dos municípios foi de quase 100%, sendo a participação efetiva dos profissionais na aquisição e reforço dos conhecimentos e nas trocas de experiências. Por meio da aplicação do pré e pós-teste foi possível avaliar a intervenção como positiva. **Conclusão:** A taxa de incidência da sífilis congênita na região sugere falhas na implementação das políticas públicas voltadas para a prevenção do agravo, dentre elas, a assistência pré-natal e fatores de vulnerabilidade, necessitando, portanto, de uma rede de assistência articulada. Potencializar os profissionais que atuam na vigilância epidemiológica com atividades educativas diretamente relacionadas às especificidades locais do agravo é fundamental. A subnotificação e a ausência de informações em relação a algumas variáveis evidenciam a necessidade constante de intervenções educativas, no intuito de qualificar as informações para conhecer a real situação do agravo na localidade.

Descritores: Sífilis. Transmissão vertical de doença infecciosa. Vigilância. Prevenção e controle. Educação continuada.

ABSTRACT

Objectives: To analyze the epidemiological profile of congenital syphilis cases in the municipalities of the 10th health area of Rio Grande do Sul through the variables available in the notification / compulsory investigation forms; and to develop out an update course on management of congenital syphilis prevention for the health professionals of the epidemiological surveillance of the municipalities of the 10th State Department of Health of Rio Grande do Sul. **Methods:** Two steps were performed in the first, a quantitative study, Descriptive and analytical analysis through the variables present in the compulsory notification sheets of the Notification of Injury Information System (SINAN); In the second, an intervention was carried out, based on the structuring and application of a course, in the face-to-face modality (8 hours class), to update the management of congenital syphilis prevention for epidemiological surveillance professionals from the municipalities of the 10th health area. The data collected, in the first stage, were analyzed by statistical software, the Statistical Package for Social Science for Windows (SPSS) version 18. Thus, 752 cases of congenital syphilis and 229 reports of syphilis in pregnant women were identified. **Results:** Most cases were classified as recent congenital syphilis, coming from the most populous municipalities in the area. Most of the children were asymptomatic, born alive with the need to be evaluated and monitored, as established in the protocols. The average age of the mothers was 25.42 years ($SD \pm 6.6$), white race/color, low schooling (<8 years of schooling), mostly with prenatal access. In the bivariate analysis, the variables that were associated ($p < 0.050$) were: prenatal status with maternal age; Prenatal care with the diagnosis of maternal syphilis, the treatment regimen and treatment of the partner ($p < 0.001$). In the accomplishment of the educative intervention, the adhesion of the municipalities was of almost 100%, being the effective participation of the professionals in the acquisition and reinforcement of the knowledge and in the exchanges of experiences. Through the application of pre and post test it was possible to evaluate the intervention as positive. **Conclusion:** The incidence rate of congenital syphilis in the area suggests failures in the implementation of public policies aimed at the prevention of aggravation, among them, prenatal care and vulnerability factors, necessitating, therefore, an articulated care network. Empowering professionals who work in epidemiological surveillance with educational activities directly related to the local specifics of the disease is fundamental. The underreporting and lack of information regarding some variables shows the constant need for educational interventions, in order to qualify the information to know the real situation of the disease in the locality.

Keywords: Syphilis. Vertical transmission of infectious disease. Surveillance. Prevention and control. Continuing education.

LISTA DE FIGURAS E GRÁFICOS

Figura 1 – Mapa das Regiões de Saúde do estado.....	41
Figura 2 – Relacionamento das bases de dados do SINAN	44
Gráfico 1 - Taxa de incidência de sífilis congênita (por 1.000 nascidos vivos) em menores de um ano de idade, segundo a região de residência. Rio Grande do Sul, 2015.....	46
Figura 3 – Total de casos confirmados e as respectivas faixas etárias	47
Figura 4 – Distribuição dos casos confirmados conforme a evolução	52
Figura 5 – Distribuição dos participantes conforme a localidade	73

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Tratamento recomendado da sífilis congênita em menores de 28 dias (período neonatal)	27
Quadro 2 – Tratamento recomendado da sífilis congênita em crianças com 28 dias ou mais (período pós-neonatal)	28
Quadro 3 – Enunciado das questões apresentadas nos testes	78
Quadro 4 – Apresentação do panorama atual da sífilis	80
Quadro 5 – Apresentação do monitoramento como prevenção.....	84
Quadro 6 – Apresentação dos critérios de definição de casos.....	88
Quadro 7 – Modelo do <i>flipchart</i> utilizado	90
Quadro 8 – Apresentação do financiamento e ações em IST/Aids	91
Quadro 9 – Apresentação da ferramenta de tabulação de dados	92
Quadro 10 – Modelo do <i>flipchart</i> utilizado	94

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Casos de sífilis congênita em menores de um ano de idade notificados no SINAN (número, percentual e taxa de incidência por 1.000 nascidos vivos), segundo o município de residência. Região de Saúde 10/RS, 2015	47
Tabela 2 - Distribuição dos casos confirmados de sífilis congênita (número e percentual), segundo as características sociodemográficas dos casos. Região de Saúde 10/RS, 2015.....	48
Tabela 3 - Distribuição dos casos confirmados de sífilis congênita (número e percentual), segundo as informações laboratoriais das crianças. Região de Saúde 10/RS, 2015	50
Tabela 4 - Distribuição dos casos confirmados de sífilis congênita (número e percentual), segundo as informações clínicas das crianças. Região de Saúde 10/RS, 2015	51
Tabela 5 - Distribuição dos casos confirmados de sífilis congênita (número e percentual), segundo as informações de tratamento das crianças. Região de Saúde 10/RS, 2015.....	52
Tabela 6 - Distribuição dos casos confirmados de sífilis congênita (número e percentual), segundo as características sociodemográficas da mãe. Região de Saúde 10/RS, 2015.....	53
Tabela 7 - Distribuição dos casos confirmados de sífilis congênita (número e percentual), segundo a ocupação da mãe. Região de Saúde 10/RS, 2015.....	54
Tabela 8 - Distribuição dos casos confirmados de sífilis congênita (número e percentual), segundo os antecedentes epidemiológicos da mãe. Região de Saúde 10/RS, 2015	55
Tabela 9 - Distribuição dos casos confirmados de sífilis congênita (número e percentual), segundo as informações laboratoriais e de tratamento da mãe. Região de Saúde 10/RS, 2015.	55
Tabela 10 – Associação entre a situação do pré-natal (realizou pré-natal, diagnóstico de sífilis materna e parceiro tratado) e os grupos etários das mães dos casos confirmados de sífilis congênita. Região de Saúde 10/RS, 2015.....	56
Tabela 11 – Associação entre a situação do pré-natal (realizou pré-natal, diagnóstico de sífilis materna e parceiro tratado) e a raça/cor das mães dos casos confirmados de sífilis congênita. Região de Saúde 10/RS, 2015.....	57

Tabela 12 – Associação entre a situação do pré-natal (realizou pré-natal, diagnóstico de sífilis materna e parceiro tratado) e a escolaridade das mães dos casos confirmados de sífilis congênita. Região de Saúde 10/RS, 2015.....	58
Tabela 13 – Associação entre a realização do pré-natal e o diagnóstico de sífilis materna, esquema de tratamento da mãe e tratamento do parceiro. Região de Saúde 10/RS, 2015.....	58
Tabela 14 – Associação entre o esquema de tratamento da mãe e o tratamento do parceiro. Região de Saúde 10/RS, 2015.....	59
Tabela 15 - Distribuição dos casos confirmados de sífilis em gestante (número e percentual), segundo o trimestre da gestação. Região de Saúde 10/RS, 2015	59
Tabela 16 - Distribuição dos casos confirmados de sífilis em gestante (número e percentual), segundo as características laboratoriais. Região de Saúde 10/RS, 2015	60
Tabela 17 - Distribuição dos casos confirmados de sífilis em gestante (número e percentual), segundo a classificação clínica e o tratamento prescrito. Região de Saúde 10/RS, 2015	60
Tabela 18 - Distribuição percentual dos acertos das questões do pré e pós-teste da avaliação de aprendizagem.....	75
Tabela 19 - Distribuição percentual da avaliação do curso pelos participantes.	76

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome
COAP	Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CRS	Coordenadoria Regional de Saúde
DAS	Departamento de Ações em Saúde
DST	Doença sexualmente transmissível
EC	Educação continuada
ELISA	Enzyme-Linked Immunosorbent Assay
EQL	Ensaio imunológico com revelação eletroquimioluminescente
EPS	Educação permanente em saúde
FTA-Abs	Fluorescent Treponemal Antibody - Absorption
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IST	Infecção sexualmente transmissível
LCR	Líquido cefalorraquidiano
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PHPN	Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
PIM	Primeira Infância Melhor
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
RN	Recém-nascido
RPR	Rapid Plasma Reagin
RS	Rio Grande do Sul
SA	Sífilis adquirida
SC	Sífilis congênita
SES	Secretaria de Estado da Saúde
SG	Sífilis em gestante
SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINASC	Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
SM	Sífilis materna
SPSS	Statistical Package for Social Science for Windows
SUS	Sistema Único de Saúde
TNT	Teste não treponêmico
TPHA	Treponema pallidum Hemagglutination
TRUST	Toluidine Red Unheated Serum Test
TT	Teste treponêmico
TV	Transmissão vertical
UF	Unidades da Federação
UFCSPA	Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
VDRL	Veneral Disease Research Laboratory

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
2 REVISÃO DE LITERATURA	21
2.1 A SÍFILIS E SUA CLASSIFICAÇÃO	21
2.2 SÍFILIS CONGÊNITA	23
2.2.1 Aspectos epidemiológicos da sífilis congênita	29
2.2.2 Sífilis no Rio Grande do Sul e na 10ª Região de Saúde	31
2.3 PROGRAMAS E POLÍTICAS PÚBLICAS RELACIONADOS À SÍFILIS CONGÊNITA	32
2.4 INTERVENÇÃO EDUCACIONAL	36
3 OBJETIVOS	39
3.1 ESTUDO	39
3.2 INTERVENÇÃO	39
4 MÉTODO	40
4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO	40
4.2 CENÁRIO DO ESTUDO	40
4.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO	41
4.4 COLETA E ANÁLISE DOS DADOS	42
4.4.1 Primeira etapa: Estudo quantitativo transversal	42
4.4.2 Segunda Etapa: Intervenção Educativa – Curso de Atualização	45
4.5 ASPECTOS ÉTICOS	45
5 RESULTADOS	46
5.1 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA SÍFILIS CONGÊNITA	46
5.1.1 Ficha de notificação/investigação da sífilis congênita: informações da criança	47
5.1.2 Ficha de notificação/investigação da sífilis congênita: informações da mãe	53
5.1.3 Informações da ficha de notificação/investigação da sífilis em gestante ...	59
6 DISCUSSÃO	62
7 DESENVOLVIMENTO DO CURSO: IMPLEMENTAÇÃO DA INTERVENÇÃO EDUCATIVA – PRODUTO DO ESTUDO	72
7.1 DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES DO CURSO (PRODUTO)	77

8 CONCLUSÕES	95
REFERÊNCIAS	97
ARTIGO CIENTÍFICO	105
APÊNDICE A – PLANILHA 5W2H	106
APÊNDICE B – FORMULÁRIO TESTE	107
APÊNDICE C – PROGRAMAÇÃO DO CURSO	108
APÊNDICE D – ARTIGO CIENTÍFICO 1	109
APÊNDICE E – ARTIGO CIENTÍFICO 2	137
ANEXO A – FICHA DE NOTIFICAÇÃO/INVESTIGAÇÃO	150
ANEXO B – TERMO DE ANUÊNCIA	152
ANEXO C – PARECER CEP UFCSPA	153
ANEXO D – PARECER CEP ESP/SES/RS	156
ANEXO E – NORMAS SUBMISSÃO ARTIGO 1	159
ANEXO F – NORMAS SUBMISSÃO ARTIGO 2	164

1 INTRODUÇÃO

A sífilis é uma doença bacteriana de caráter sistêmico, exclusiva do ser humano, que possui tratamento e, conseqüentemente, a cura. Trata-se de uma infecção sexualmente transmissível (IST) conhecida há séculos, sendo o seu agente etiológico uma bactéria Gram-negativa do grupo das espiroquetas, chamada de *Treponema pallidum*, descoberta em 1905. A sífilis tem o contato sexual como sua principal via de transmissão, podendo ser, também, por transmissão vertical (TV), quando a gestante, infectada, não recebe o tratamento ou recebe de forma inadequada, ocasionando a sífilis congênita (SC).⁽¹⁾

Observa-se, assim, que a SC resulta da disseminação hematogênica do agente etiológico da gestante infectada para o seu conceito por via transplacentária. Esta TV pode ocorrer em qualquer fase da gestação e em qualquer estágio da doença materna e, uma vez que a transmissão da SC aconteça, cerca de 40% dos casos podem evoluir para aborto espontâneo, natimorto e óbito perinatal, persistindo atualmente como um importante problema e desafio para a saúde pública brasileira.^(2,3,4) Sendo assim, a atenção pré-natal e puerperal precisa ser organizada de forma a atender às reais necessidades das mulheres durante a gestação e o puerpério, por meio da utilização dos conhecimentos técnico-científicos existentes, dos meios e recursos disponíveis adequados para cada caso, num contexto de humanização da assistência.

Visando atender às necessidades diversas das gestantes, do recém-nascido (RN) e da puérpera no Brasil, o Ministério da Saúde (MS) instituiu, pela Portaria/GM nº. 569, de 1º de junho de 2000, o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN).⁽⁵⁾ O objetivo primordial do PHPN, dentre outros, é garantir a qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério, na perspectiva dos direitos de cidadania.^(6,7) Apesar de as diversas políticas e medidas de intervenção para evitar a TV da sífilis estarem disponíveis nos serviços de saúde, entende-se que uma série de fatores (sociais, políticos, econômicos e individuais) parecem dificultar o acesso a estas medidas, contribuindo, assim, para a ocorrência de casos em populações, principalmente com maior vulnerabilidade.

Estima-se, um milhão de casos de sífilis por ano entre as gestantes em todo o mundo, orientando assim a detecção e o tratamento em tempo oportuno a estas e a seus parceiros sexuais, considerando que a infecção transmitida ao feto gera graves implicações e que, apesar das facilidades de diagnóstico e tratamento de baixo custo, disponíveis nos serviços de saúde, o número de casos tem aumentado nos últimos anos. No Brasil, de 2005 a 2015, foi registrado no SINAN, um total de 154.305 casos de sífilis em gestantes (SG). A taxa de

detecção passou de 0,5 por 1.000 nascidos vivos em 2005, para 11,2 casos em 2015. Já os casos de SC no Brasil, de 2005 a 2015, foram de 106.470 em menores de um ano de idade, e a taxa de incidência passou de 1,9 casos por 1.000 nascidos vivos em 2005, para 6,5 em 2015. (8,9)

No RS, foi registrado, no período de 2005 e 2015, 9.549 casos de SG, passando a taxa de detecção de 1,1 em 2005 para 20,2 por 1.000 nascidos vivos em 2015. Observou-se um progressivo aumento na taxa de detecção, se refletindo no número de casos de SC em menores de um ano, que no mesmo período apresentou um total de 6.943 casos, passando de uma taxa de 1,2 em 2005 para 11,5 em 2015, variando de acordo com a região de residência. Tanto a taxa de detecção de SG como a taxa de incidência da SC do ano de 2015 no RS representaram a segunda maior taxa entre os estados brasileiros. (8)

Em conformidade com a organização da saúde no território do RS, que se divide em trinta Regiões de Saúde, distribuídas nas dezenove Regiões Administrativas da Secretaria de Estado da Saúde (SES), (10) no ano de 2015, as regiões 10 (Capital e Vale do Gravataí), 8 (Vale do Caí e Metropolitana), 1 (Verdes Campos), 17 (Planalto) e 23 (Caxias e Hortênsias) apresentaram taxas de incidência de SC em menores de um ano de idade superiores à do estado. Em ordem decrescente, conforme as regiões citadas acima, as taxas foram de 23,1, 16,9, 13,6, 13,6 e 11,7 para cada 1.000 nascidos vivos. (11)

Quanto à mortalidade infantil por SC em menores de um ano de idade, o Brasil registrou, no período de 2005 a 2015, 1.232 óbitos, correspondendo a um aumento no coeficiente de mortalidade, que passou de 2,4 casos por 100.000 nascidos vivos para 7,4 em 2015. O RS apresentou, no mesmo período, um total de 68 óbitos, passando o coeficiente de 3,4 por 100.000 nascidos vivos em 2005 para 9,1 em 2015, sendo essa, entre as Unidades da Federação (UFs), a sexta taxa mais elevada do país. (8)

A partir da análise dos casos notificados no RS no período de 2010 a junho de 2015, 74,8% das mães das crianças com SC realizaram o pré-natal, 20,5% não realizaram e 4,7% não tiveram esta informação na notificação. Aproximadamente, 54,6% das mães tiveram o diagnóstico de sífilis durante o pré-natal, 32,7%, no momento do parto ou curetagem e 5,4%, após o parto. Quanto ao tratamento materno, 29,9% das mulheres não receberam tratamento, 2,8% receberam o tratamento adequado e 55,6% receberam o tratamento inadequado. (12)

Conhecer o perfil epidemiológico dos casos de SC e suas tendências, por meio dos sistemas de vigilância, contribui para a melhor compreensão do agravo pelos profissionais e a população em geral dos aspectos importantes relacionados à magnitude da doença, sua história natural, como a forma e a gravidade das manifestações clínicas. Já as informações

maternas possibilitam, ainda, conhecer os fatores operacionais que levaram à ocorrência dos casos, especialmente sobre a prevenção do agravo durante o pré-natal e o parto. ⁽¹³⁾

Conforme a Portaria nº 1.378, de 9 de julho de 2013, a vigilância em saúde é entendida como um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde, visando ao planejamento e à implementação de medidas de saúde pública para a proteção da saúde da população, a prevenção e controle de riscos, agravos e doenças, e para a promoção da saúde. ⁽¹⁴⁾ Inserido neste contexto, tornou-se necessário, no RS, entender as características epidemiológicas do agravo, suas especificidades e os desafios para um planejamento estratégico e operacional efetivo. Compreender a condição epidemiológica aumenta as potencialidades dos serviços de vigilância (local, regional e estadual), colocando em prática ações condizentes com a realidade.

Considerando o atual contexto da SC no RS, a decisão de realizar este estudo tornou-se relevante pelo fato de ser um problema de saúde pública por suas altas taxas de incidência. Ressalta-se que o Brasil é signatário junto à Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e Organização Mundial da Saúde (OMS) da Iniciativa Regional para a Eliminação da Transmissão Materno-Infantil do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e Sífilis na América Latina e Caribe, assumindo o compromisso para a eliminação da SC até o ano 2015, com meta de redução da incidência para menos de 0,5 casos por 1.000 nascidos vivos ⁽¹⁵⁾, sendo que a presença de um caso indica uma assistência pré-natal e controle das ISTs inadequados. No entanto, observa-se que o Brasil não conseguiu atingir a meta de eliminação da SC em 2015, e segue na busca dos objetivos pactuados, tendo sido o compromisso de eliminação renovado pelos países membros da OPAS em 2016. ⁽¹⁶⁾

Informações como estas até aqui descritas revelam que o controle da infecção permanece como grande desafio para os serviços assistenciais e de vigilância epidemiológica, e destacam a importância da avaliação e do acompanhamento sistemático da assistência pré-natal como uma estratégia para o alcance da erradicação da SC. ⁽¹⁷⁾ Na busca pela redução da incidência da SC no estado, é importante que os profissionais envolvidos no planejamento e nos cuidados à saúde das pessoas tenham acesso a informações demonstrativas da dimensão do problema em cada região/localidade, com base na situação epidemiológica, entendendo a sua inserção no processo de controle e eliminação do agravo, dispondo assim de subsídios para o planejamento e monitoramento das intervenções a serem empreendidas.

Acredita-se, também, que se faz necessário investir na constante atualização/qualificação profissional, por meio das intervenções educativas, para aqueles que estão nos serviços de vigilância das ISTs e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA),

estimulando o olhar atento aos cuidados sobre as necessidades de saúde, sendo importantes multiplicadores do conhecimento, estabelecendo, assim, estratégias para o enfrentamento e comprometimento com uma prática de cuidado focada nas prioridades para garantia da qualidade de vida das pessoas.

Compete ao Sistema Único de Saúde (SUS), além de outras atribuições, ordenar a formação de recursos humanos e a incrementação do desenvolvimento científico e tecnológico na área da saúde. Sendo assim, o MS instituiu, por meio de Portaria nº 198/GM, em 2004, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) como estratégia do SUS para a formação e desenvolvimento de trabalhadores. No ano de 2007, diretrizes para a implementação da PNEPS foram disponibilizadas, sendo revogada e substituída a Portaria anterior. ^(18,19,20)

Define-se Educação Permanente em Saúde (EPS) como um conceito pedagógico, na área da saúde, que tem como objetivo articular as relações orgânicas entre ensino e ações e serviços, e entre docência e atenção à saúde, considerando as especificidades regionais. Às Secretarias Estaduais de Saúde, assim como ao MS e aos municípios, compete planejar a formação e a educação permanente dos trabalhadores. ⁽²⁰⁾

Entende-se que a articulação das atividades educativas com a prática exige, necessariamente, uma revisão crítica das práticas atuais de trabalho. Sendo assim, faz-se necessária uma intervenção educativa que promova discussões críticas das práticas concretas com todo o grupo envolvido, sendo que esse processo de aprendizado não surge espontaneamente ou de forma ocasional, mas sim dos espaços de aprendizagem reflexiva. ⁽²¹⁾

Diante do exposto, questionou-se: Quais as características dos casos de SC na região de saúde do RS com a maior taxa de incidência no ano de 2015 (Região 10)? Como oferecer uma atualização sobre a magnitude e ações preventivas do agravo para os profissionais que atuam na vigilância epidemiológica dos municípios da referida região? O desenvolvimento de um curso sobre a temática pode fornecer atualizações e impulsionar um planejamento de ações de vigilância articuladas com toda a rede de atenção à saúde?

Trata-se de questões que foram desenvolvidas por enfermeira em formação no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado Profissional na Universidade de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA). Acredita-se que muitas propostas de aprofundamento sobre determinado objeto, a partir da identificação de um problema a ser desenvolvido e, conseqüentemente, a busca de possíveis soluções em saúde sejam oriundas de inquietações advindas das práticas profissionais, nas realidades do mundo da saúde. Portanto,

este estudo possui estreita relação com a prática profissional de Enfermagem da profissional proponente.

Cabe ressaltar que a temática da SC, que esteve em foco neste trabalho, é prioridade na prática da pesquisadora, uma vez que a mesma exerce suas atividades profissionais no Departamento de Ações em Saúde (DAS), mais especificamente, na área técnica de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs)/Aids da SES/RS. Destaca-se, entre suas ações, a vigilância dos agravos, inicialmente através de análises dos casos notificados nos bancos oficiais de informações, planejando e executando estratégias, junto aos outros núcleos da política (planejamento; redes e assistência; e prevenção), as demais políticas do departamento (Atenção Básica - AB, saúde da mulher, saúde da criança, saúde do homem, primeira infância melhor – PIM), às coordenadorias regionais de saúde (CRS) e municípios.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 A SÍFILIS E SUA CLASSIFICAÇÃO

A sífilis (do grupo *sys*, sujo e *philein*, amor) é considerada uma doença infectocontagiosa, de evolução sistêmica e crônica, causada pelo *Treponema pallidum*, uma bactéria Gram-negativa do grupo das espiroquetas, ou seja, possui filamento em espiral, de alta patogenicidade e virulência baixa, descoberta em 1905, pelo zoologista Fritz Schaudin e pelo dermatologista Paul Erich Hoffman. Trata-se de um agravo curável, a partir da prescrição do correto tratamento, sendo exclusiva do ser humano, por ser o seu único reservatório, e se acredita ser conhecida, por alguns historiadores, desde o século XV. ^(1,15,22,23)

A verdadeira origem da sífilis é pouco conhecida e a história do agravo se apresenta com muitas controvérsias, principalmente sua origem geográfica, mas os primeiros escritos relatam que o termo “*sífilis*” surgiu de um poema, registrado em 1530 por um médico e poeta Girolamo Fracastoro em seu livro intitulado *Syphilis Sive Morbus Gallicus* (*A sífilis ou mal gálico*). Este poema narra a história de um pastor, *Syphilus*, que amaldiçoou o deus Apolo sendo, portanto, punido com a doença. Após dezesseis anos, o mesmo médico e poeta levantou a hipótese de que a doença fosse transmitida via relação sexual, sendo essa ideia, na época, não reconhecida e, apenas no final do século XIX, com Louis Pasteur, essa descoberta passou a ter validade. ^(22,23)

Nos tempos atuais, sabe-se que a infectividade da sífilis pode ser por via sexual, vertical ou sanguínea, sendo a transmissão sexual predominante. Já a transmissão por transfusão sanguínea ou derivados é rara, em função do controle realizado pelos hemocentros. No caso de gestantes não tratadas ou inadequadamente tratadas, a infecção pode ser transmitida para o feto, sendo esta conhecida como TV, mais frequentemente intraútero (taxa de transmissão de até 80%), apesar de sua ocorrência também durante a passagem do feto pelo canal de parto, resultando, muitas vezes, em graves danos para o feto ou para a criança. ^(1,15)

A suscetibilidade à doença é universal e os anticorpos produzidos em infecções anteriores não são protetores. Sendo assim, o indivíduo pode adquirir sífilis sempre que se expuser ao seu agente etiológico. A infecção não tratada progride ao longo de muitos anos, sendo classificada em sífilis primária, secundária, latente recente, latente tardia e terciária. Esta classificação se baseia conforme as manifestações clínicas e o tempo de infecção. ^(1,15)

A primeira manifestação é caracterizada por uma erosão ou úlcera no local de entrada da bactéria, denominada “cancro duro” ou protossifiloma, sendo os sítios de inoculação geralmente a área genitoanal (pênis, vulva, vagina, colo uterino, ânus), podendo ocorrer também extragenitais (lábios, boca, língua e outros locais do tegumento). Geralmente esta lesão é única, indolor, com base endurecida, fundo limpo e rico em treponemas. O período de incubação, após o contato sexual infectante, tem uma duração de dez a 90 dias (média de três semanas). Esse primeiro estágio, classificado como sífilis primária, pode durar de duas a seis semanas e desaparecer de forma espontânea, sem deixar cicatrizes, independente de tratamento. Esta fase nas mulheres é de difícil diagnóstico clínico, em função de o cancro não causar sintomas e sua localização ser geralmente em parede vaginal, cérvix ou períneo. As reações sorológicas tornam-se positivas entre a segunda e a quarta semanas do surgimento do cancro. ^(1,15,24)

A sífilis secundária é marcada pela disseminação dos treponemas pelo organismo, sendo caracterizada por erupções cutâneas em forma de máculas (roséola) e/ou pápulas não pruriginosas, principalmente no tronco; posteriormente, podem surgir lesões eritemato-escamosas palmo-plantares, placas eritematosas branco-acinzentadas nas mucosas, lesões pápulo-hipertróficas nas mucosas ou pregas cutâneas (condiloma plano ou condiloma lata), alopecia em clareira e madarose (perda da sobrancelha, em especial do terço distal), febre, mal-estar, cefaleia, adinamia e linfadenopatia generalizada, sendo estas lesões ricas em treponemas. Suas manifestações ocorrem de seis a oito semanas após o aparecimento do cancro duro e duram em média de quatro a doze semanas. As lesões dessa fase desaparecem independentemente de tratamento, e, aproximadamente, 25% dos pacientes podem apresentar recrudescimento em surtos subentrantes por até dois anos. ^(1,15,24) Nesta fase, há presença significativa de resposta imune, com intensa produção de anticorpos contra o treponema, o que resulta maiores títulos nos testes não treponêmicos e também implicam resultado reagente nos testes treponêmicos, ou seja, as reações sorológicas são sempre positivas. ^(1,24)

A sífilis latente tem fase de duração variável, sendo caracterizada pela ausência de sinais ou sintomas clínicos de sífilis, mas há treponemas localizados em determinados tecidos verificando-se, porém, reatividade nos testes imunológicos que detectam anticorpos. Este período é dividido em recente (menos de um ano de infecção) e latente tardia (mais de um ano de infecção). ^(1,15,24)

Após um longo período de latência, podem surgir, de dois a quarenta anos do início da infecção, as manifestações da sífilis terciária (em aproximadamente 30% das infecções não tratadas). Esta se manifesta na forma de inflamação e destruição tecidual em diversos órgãos e

tecidos, sendo comum o acometimento do sistema nervoso e cardiovascular. Entre as manifestações mais comuns estão lesões cutâneo-mucosas, que se apresentam como tubérculos ou gomas (tumorações com tendência a liquefação); apresentações neurológicas, tais como o *tabes dorsalis*, demência e paralisia geral; doença cardiovascular sob a forma de aneurisma aórtico e estenose de coronárias; manifestações ósseas e articulares, como periostite, osteíte gomosa ou esclerosante, artralguas, artrites, sinovites, nódulos justarticulares, artropatia de Charcot, sendo essas lesões pobres em treponemas. As reações sorológicas são positivas. ^(1,15,24)

2.2 SÍFILIS CONGÊNITA

A SC é uma infecção que ocorre como resultado da disseminação do *Treponema pallidum* por via hematogênica, predominantemente por via transplacentária, ou seja, a bactéria passa pela barreira placentária da gestante infectada não tratada ou tratada inadequadamente, para o seu conceito através da sua penetração na corrente sanguínea. ^(15,25,26) O agente etiológico provoca uma placentite, sendo esta caracterizada macroscopicamente por uma placenta grande, pálida e grosseira, e microscopicamente por vilosite, vasculite e imaturidade relativa do vilo. Essa transmissão implica o fato de o conceito já iniciar a doença na sua fase secundária. ⁽²⁷⁾

Consideram-se outras formas de infecção do feto: a migração da bactéria da placenta para a câmara amniótica, sendo esta forma de infecção bastante rara; o contato da criança direto com o agente etiológico no canal de parto, ocorrendo apenas se houver lesões genitais maternas, sendo assim excepcional (transmissão perinatal); durante o aleitamento materno, a transmissão ocorre apenas se houver lesão mamária por sífilis, o que também é muito raro, sendo que o leite materno não transmite a sífilis da mãe para a criança. ^(15,26,27)

A TV pode ocorrer em qualquer período da gestação ou em qualquer fase clínica da doença materna, mas a possibilidade torna-se maior nas etapas iniciais, ou seja, quando a infecção é mais recente, pois a quantidade de treponemas circulantes é maior e, portanto, mais gravemente o feto será atingido. Segundo estudos, a taxa de infecção pode ser de 70% a 100% nas fases primária e secundária e, nas fases latente e terciária, cerca de 30% nas gestantes não tratadas. Ressalta-se que, inversamente, a infecção antiga leva à formação de anticorpos pela mãe progressivamente, o que atenuará a infecção do conceito, produzindo lesões mais tardias na criança. ^(15,26,28)

Além do estágio da sífilis na mãe, outro fator que determina a probabilidade da TV é a duração da exposição do feto no útero ⁽²⁶⁾, ou seja, quanto mais precoce for realizado o diagnóstico da infecção e administrado o tratamento adequado, menor é a chance de infecção do feto. Sendo assim, a SC é um agravo 100% prevenível quando a gestante infectada e suas parcerias sexuais são identificadas e tratadas adequadamente e oportunamente. Considera gestante com tratamento inadequado aquela que recebe tratamento realizado com qualquer medicamento que não seja a penicilina benzatina; ou tratamento incompleto; ou tratamento inadequado para a fase clínica; ou instituição de tratamento dentro do prazo, em até 30 dias antes do parto; ou parceiro(s) sexual(is) com sífilis não tratada ou tratada inadequadamente. ⁽¹⁾

Quanto ao período de incubação, destaca-se que não está estabelecido este intervalo para a criança desenvolver a doença, pois, ao nascer, pode apresentar-se gravemente doente ou com manifestações clínicas menos intensas ou até aparentemente saudável (a maior parte dos casos atuais), manifestando a doença mais tardiamente (meses ou anos depois), quando sequelas graves e irreversíveis podem se instalar. As manifestações clínicas são variáveis e dependem do tempo de exposição do feto ao treponema, da carga treponêmica da mãe, da virulência do agente etiológico, do tratamento da infecção materna, da coinfeccção materna pelo HIV ou outra causa de imunodeficiência. Trata-se de uma doença de amplo espectro clínico, podendo se manifestar por meio de abortamentos (perda gestacional ocorrida antes de 22 semanas de gestação, ou com peso menor ou igual a 500 gramas), natimorto (feto morto após 22 semanas de gestação ou com peso maior que 500 gramas), óbito neonatal (ocorrido em crianças menores de 28 dias de nascimento), bem como SC “sintomática” ou “assintomática” (forma que predomina atualmente, sendo mais da metade das crianças) ao nascimento. ^(15,27)

Quando a criança apresenta sinais e sintomas, estes podem surgir logo após o nascimento ou nos primeiros dois anos de vida (SC precoce), geralmente nas cinco primeiras semanas. O quadro clínico principal, além da prematuridade (entre a 30ª e 36ª semanas de gestação) e do baixo peso ao nascer (inferior a 2.500g), é caracterizado pela presença da hepatomegalia, esplenomegalia, icterícia, lesões cutâneas (como, por exemplo, pênfigo palmoplantar, condiloma plano), petéquias, púrpuras, periostite ou osteíte ou osteocondrite (com alterações características ao estudo radiológico), pseudoparalisia dos membros, alterações respiratórias com ou sem pneumonia, rinite serossanguinolenta, anemia e linfadenopatia generalizada (principalmente epitrocLEAR), podendo ocasionar, também, alterações clínicas que incluem fissura peribucal (rágades periorais), síndrome nefrótica, hidropsia, edema, convulsão e meningite. ^(1,15,27)

Quando os sinais e sintomas são observados a partir do segundo ano de vida (SC tardia), geralmente se associa a uma infecção por treponemas pouco virulentos ou infecção materna de longa duração. As principais manifestações clínicas da SC tardia incluem a tibia em “lâmina de sabre”, articulações de Clutton (edema indolor de ambos os joelhos), fronte “olímpica”, nariz “em sela”, dentes incisivos medianos superiores pequenos, separados e com fenda na porção média (dentes de *Hutchinson*), molares em “amora” (primeiros molares pequenos com cúspides múltiplas e malformadas), rágades periorais, mandíbula curta, arco palatino elevado, alargamento esternoclavicular (sinal de Higoumenaki), ceratite intersticial, surdez neurológica (por acometimento do oitavo par craniano, sendo geralmente progressiva) e dificuldade no aprendizado. ^(1,15,27)

O período de infecção é extremamente variável, geralmente sendo interrompido com a aplicação do tratamento, já a remissão espontânea da doença é improvável. Considera-se que o tratamento adequado dos casos diagnosticados promove a remissão dos sintomas em poucos dias, mas as lesões tardias já instaladas, a despeito da interrupção da evolução da infecção, não serão revertidas com a antibioticoterapia, sendo importante o seguimento ambulatorial de longo prazo. ^(15,26)

O diagnóstico deve acontecer por meio de uma avaliação epidemiológica minuciosa da situação materna, da avaliação clínico-laboratorial e exames de imagem na criança, sendo, portanto, realizado por meio da associação de critérios epidemiológicos, clínicos e laboratoriais. A avaliação laboratorial pode ser realizada por pesquisa direta do *Treponema* ou por meio dos testes sorológicos. ^(1,27)

O exame direto do *T. pallidum* em campo escuro em material coletado de lesão cutâneo-mucosa, secreção nasal, de biópsia ou necropsia, assim como de placenta e de cordão umbilical, é sensível para diagnosticar a infecção, sendo um procedimento que apresenta sensibilidade de 70 a 80% e especificidade que pode alcançar 97%, dependendo da experiência do avaliador, apesar de não ser uma prática comum nos serviços. Esta pesquisa pode ser realizada em amostras frescas que permitem a visualização de treponemas vivos e móveis e em amostras de biópsia ou necropsia, apesar de o treponema estar morto, podem ser usadas colorações especiais que permitem a visualização. ^(1,15,27)

A utilização de testes sorológicos permanece sendo a forma mais factível de se estabelecer o diagnóstico, apesar da não existência de um teste ideal para a aplicação do diagnóstico da sífilis. Estes testes são divididos em não treponêmicos e treponêmicos. ⁽¹⁵⁾

Os testes não treponêmicos (VDRL – *Veneral Disease Research Laboratory*, RPR – *Rapid Plasma Reagin* e TRUST – *Toluidine Red Unheated Serum Test*) são indicados para

diagnóstico e acompanhamento terapêutico, em função da propriedade de serem passíveis de titulação. A sensibilidade do teste na fase primária é de 78%, elevando-se nas fases secundária (100%) e latente (96%). A coleta para o teste em questão deve ser obtida por meio do sangue periférico do RN, evitando-se o uso do sangue do cordão umbilical em função da baixa sensibilidade, uma vez que pode apresentar anticorpos maternos transferidos passivamente através da placenta até o sexto mês de vida. ^(1,15,27)

Para a avaliação do resultado desses testes, deve-se comparar a titulação do RN com o achado materno, realizado na admissão para o parto. O resultado reagente do teste em crianças com menos de 18 meses de idade só tem representatividade clínica quando o título encontrado for superior ao da mãe (mais de duas diluições) e deve ser confirmado com a coleta de uma segunda amostra da criança. Já nos RNs com sorologia não reagente, mas com suspeita epidemiológica de ocorrência de sífilis, o teste deve ser repetido com um, três, seis, 12 e 18 meses de idade, pela possibilidade de ainda ocorrer a soroconversão, interrompendo o seguimento após dois testes consecutivos e negativos. ^(1,15,27)

Os testes treponêmicos (FTA-Abs – *Fluorescent Treponemal Antibody - Absorption*, TPHA – *Treponema pallidum Hemagglutination*, ELISA - *Enzyme-Linked Immunosorbent Assay*, EQL - *Ensaio imunológico com revelação eletroquimioluminescente* e testes rápidos) são testes qualitativos para detecção de anticorpos antitreponêmicos específicos, úteis para confirmação do diagnóstico, mas de uso limitado em RNs, pois os anticorpos IgG maternos ultrapassam a barreira placentária. Sendo assim, recomenda-se a análise clínico-epidemiológica dos casos em RNs, especialmente o histórico da doença materna, para aplicação das condutas clínicas, pois a utilização destes testes não auxilia na confirmação do diagnóstico. ^(1,15,27)

Em crianças maiores de 18 meses, um resultado reagente de teste treponêmico (TT) confirma a infecção (que pode ter sido tratada ou não), pois os anticorpos maternos transferidos passivamente já terão desaparecido da circulação sanguínea da criança. Geralmente, os anticorpos detectados por estes testes permanecem positivos para o resto da vida do indivíduo, mesmo após tratamento adequado, com raríssimas exceções, onde a aplicação da terapêutica ocorreu no início da sífilis primária. TTs específicos capazes de detectar IgM no RN possuem baixa sensibilidade, não sendo preconizados, pois acarretam resultados falsos negativos. ^(1,15,27)

Com o intuito de definir o diagnóstico da SC, recomenda-se que sejam realizados os seguintes exames complementares: hemograma completo, perfil hepático e eletrólitos; exame

do líquido cefalorraquidiano (LCR); radiografia de ossos longos; avaliação oftalmológica e audiológica. Após a confirmação diagnóstica, faz-se necessário notificar o caso. ^(1,27)

Para o tratamento da SC, as drogas de escolha têm sido a penicilina cristalina e a procaína, embora alguns estudos mostrem que a cristalina determina níveis liquóricos mais altos e constantes quando comparada com a procaína. A penicilina benzatina tem pouca penetração liquórica, podendo não atingir ou manter níveis treponemicidas no sistema nervoso central, sendo frequentes os relatos de falha terapêutica com o uso desta medicação na SC, não sendo, por este motivo, recomendada para tratar o caso suspeito ou confirmado. Não há indicação de uso de outros antibióticos no tratamento deste agravo e não existem relatos consistentes na literatura de casos de resistência treponêmica à penicilina. ^(1,15)

Para a aplicação do correto tratamento devem-se levar em consideração o período em que se encontra a criança diagnosticada com SC: neonatal (até 28 dias de vida) ou pós-neonatal (após 28 dias de vida) e a situação clínico-laboratorial da mãe. Para avaliação do sucesso terapêutico, levam-se em consideração os títulos dos TNTs, pois, se os mesmos estiverem caindo nos primeiros três meses e negativos entre seis e 18 meses de vida, indicam que a criança foi tratada de maneira correta, conforme os Quadros 1 e 2. ^(1,26)

Quadro 1 – Tratamento recomendado da sífilis congênita em menores de 28 dias (período neonatal)

A – RNs de mães com sífilis não tratada ou inadequadamente tratada (realizar avaliação clínico-laboratorial no RN)	
A1 – se alterações clínicas e/ou sorológica e/ou radiológicas e/ou hematológicas.	- Penicilina cristalina – 50.000 UI/Kg/dose, IV, 12/12 horas (primeiros 7 dias) e 8/8 horas (após 7 dias de vida) – por 10 dias ou - Penicilina G procaína – 50.000 UI/Kg, IM, 1x/dia – por 10 dias (se perda maior que 1 dia – recomeçar)
A2 – se alteração liquórica ou se não colheu líquido	- Penicilina cristalina (igual em A1)
A3 - se não houver alterações clínicas, radiológicas, hematológicas e/ou liquóricas e a sorologia do RN for não reagente.	- Penicilina G benzatina, 50.000 UI/kg, IM, dose única – acompanhamento é obrigatório , incluindo seguimento com TNT, após conclusão do tratamento. - Na impossibilidade de garantir o seguimento – tratar com esquema A1
B – Para todos os RNs de mães com sífilis adequadamente tratada, realizar TNT (VDRL) em sangue periférico do RN. Se reagente com título MAIOR que o materno e/ou com alterações clínicas: realizar hemograma, RX de ossos longos e análise do líquido).	
B1 – presença de alterações clínicas e/ou	- Esquema A1.

radiológicas e/ou hematológicas, sem alteração liquórica.	
B2 – se houver alteração liquórica.	- Esquema A2 .
C – Para RNs de mães com sífilis adequadamente tratada, realizar o TNT* (VDRL) no sangue periférico do RN.	
C1 – se for assintomático e TNT (VDRL) não reagente .	- Seguimento clínico-laboratorial. - Na impossibilidade de garantir o seguimento, tratar com penicilina benzatina 50.000 UI/Kg, IM, dose única.
C2 – se for assintomático e TNT* (VDRL) reagente , com título igual ou menor que o materno.	- Tratar como A3: na impossibilidade de garantir o seguimento tratar com esquema A1 (LCR normal) ou A2 (LCR alterado).

Fonte: MS/PCDT, 2016.

Quadro 2 – Tratamento recomendado da sífilis congênita em crianças com 28 dias ou mais (período pós-neonatal)

Investigar sorologias e tratamento materno, sorologia da criança, revisão de prontuário do pré-natal e maternidade – afastar agressão/abuso sexual.	
Realizar: RX de ossos longos, hemograma e análise do líquido.	- Penicilina cristalina – 50.000 UI/Kg/dose, IV, 4/4 horas - por 10 dias (respeitando dose máxima 200.000 a 300.000 UI/Kg/dia).
Se a criança não apresentar manifestações da doença e líquido for normal.	- Penicilina procaína – 50.000 UI/Kg, IM, 12/12 horas – por 10 dias (se perda maior que 1 dia – recomeçar).

Fonte: MS/PCDT, 2016.

Todo RN cuja mãe é soropositiva para sífilis deve ser acompanhado por pelo menos dois anos, com consultas ambulatoriais mensais até os seis meses de vida, bimestrais do sexto ao 12º mês e semestrais até o 24º mês, com exames clínicos minuciosos. É preconizado realizar teste não treponêmico (TNT) com um mês, três, seis, 12 e 18 meses de idade, interrompendo o seguimento após a obtenção de dois exames não treponêmicos consecutivos e não reagentes e diante da elevação do título sorológico ou da não negatização até os 18 meses de idade, reinvestigar a criança exposta e proceder ao tratamento. Realizar TT a partir dos 18 meses de idade e, caso sejam observados sinais clínicos compatíveis com a infecção treponêmica congênita, ou não ocorra a queda esperada de títulos, deve-se proceder à repetição dos exames sorológicos, ainda que não esteja no momento previsto. ^(1,15,26)

Recomenda-se o acompanhamento oftalmológico, neurológico e audiológico semestralmente, por dois anos; nos casos em que o LCR mostrar-se alterado, deve ser realizada uma reavaliação liquórica a cada seis meses, até sua normalização; alterações persistentes indicam avaliação clínico-laboratorial completa e retratamento; nos casos de

crianças tratadas de forma inadequada, na dose e/ou tempo do tratamento preconizado, deve-se realizar uma reavaliação clínico-laboratorial, e reiniciar o tratamento, obedecendo aos esquemas preconizados. ^(1,15,26)

2.2.1 Aspectos epidemiológicos da sífilis congênita

Trata-se de uma doença cosmopolita, ou seja, com ocorrência em todas as regiões do mundo, e vem acompanhando a trajetória das outras ISTs desde o início dos anos 1960, com níveis de prevalência significativos. Em função disto, a eliminação deste agravo torna-se uma prioridade global, uma vez que estimativas da OMS indicam que aproximadamente 25% das gestantes infectadas apresentam como desfecho morte fetal ou aborto espontâneo e 25%, RN com baixo peso ao nascer ou infecção grave. ^(15,22,29)

No Brasil, estudos de soroprevalência do HIV e sífilis realizados em parturientes por meio de amostragem probabilística e coleta de sangue para realização de sorologia mostraram uma estimativa de prevalência de SG no ano 2004 de 1,6%; em 2010, um novo estudo, com amostra de aproximadamente 36 mil parturientes, distribuídas entre as cinco macrorregiões do país, estimou a prevalência de 0,85%. Sendo assim, considerando o último estudo, são estimadas 25 mil gestantes infectadas com sífilis, aproximadamente, por ano no Brasil. ^(8,15,29)

Quanto à faixa etária, dos casos diagnosticados como SC no país em 2013, 98,0% são neonatos (0 a 28 dias), sendo 96,4% na primeira semana de vida. Observando o diagnóstico final dos casos, 92,7% foram classificados como SC recente, 0,1%, como SC tardia, sendo 3,4% os casos de abortos por sífilis e 3,9%, os de natimortos. ⁽⁸⁾

No ano de 2014, 17.400 casos de SC foram notificados nas Américas (dados de 32 países), sendo a taxa de 1,3 casos para cada 1.000 nascidos vivos. Em 2015, 18 países relataram dados compatíveis com a eliminação da SC (mais três do que no ano anterior), sendo Cuba o primeiro país no mundo a receber a validação da OMS de eliminação da transmissão de mãe para filho do HIV e sífilis. ⁽³⁰⁾

A notificação compulsória da sífilis adquirida (SA), SG e SC passou a constar na lista das doenças e agravos de notificação obrigatória em momentos diferentes, em 2011, 2005 e 1986, respectivamente. Sendo assim, a SC é um dos agravos de notificação obrigatória desde 1986, por meio da Portaria GAB/MS nº 542, de 22 de dezembro de 1986, atualmente em vigor, e pela Portaria nº 204 de 17 de fevereiro de 2016 para todos os casos diagnosticados, incluindo os natimortos e abortos. A notificação deve ser realizada por um profissional de saúde, por meio do preenchimento e envio da ficha de notificação e investigação

epidemiológica (ANEXO A) à vigilância do município que realizou o diagnóstico, para que a mesma seja registrada no SINAN. ^(15,26)

A ampliação da notificação dos casos de SC e SG no SINAN, e em todos os sistemas de informação, e a melhoria do preenchimento das fichas de notificação e investigação são fundamentais para o melhor controle da doença. A investigação obrigatória da SC como evento sentinela trata-se de uma recomendação inadiável para a vigilância epidemiológica. ⁽³¹⁾

Para fins de vigilância epidemiológica, o MS considera quatro critérios para a definição de um caso como SC, sendo eles:

- a) 1º critério: criança cuja mãe apresente, durante o pré-natal ou no momento do parto, testes para sífilis não treponêmico reagente com qualquer titulação e treponêmico reagente, que não tenha sido tratada ou tenha recebido tratamento não adequado; criança cuja mãe não foi diagnosticada com sífilis durante a gestação e, na impossibilidade de a maternidade realizar o TT, apresente TNT reagente com qualquer titulação no momento do parto ou o contrário, na impossibilidade de realizar o TNT, apresente TT reagente no momento do parto; criança cuja mãe apresente TT reagente e TNT não reagente no momento do parto, sem registro de tratamento prévio. ⁽³²⁾
- b) 2º critério: toda criança com menos de 13 anos de idade com pelos menos TNTs em titulações ascendentes ou TNTs reagentes após seis meses de idade (exceto em seguimento laboratorial) ou TTs reagentes após 18 meses de idade ou TNTs com títulos maiores do que os da mãe, em lactentes ou TNT reagente com pelo menos uma das alterações clínicas, líquórica ou radiológica de SC. ⁽³²⁾
- c) 3º critério: caso de aborto ou natimorto cuja mãe apresente teste para sífilis não treponêmico reagente com qualquer titulação ou TT reagente, realizados durante o pré-natal, no momento do parto ou curetagem, que não tenha sido tratada ou tenha recebido tratamento inadequado. ⁽³²⁾
- d) 4º critério: situações com evidência de infecção pelo *Treponema pallidum* em placenta ou cordão umbilical e/ou amostra da lesão, biópsia ou necropsia de criança, aborto ou natimorto. ⁽³²⁾

A vigilância epidemiológica da SC tem como objetivos monitorar o perfil epidemiológico do agravo e suas tendências; identificar os casos para subsidiar as ações de prevenção e controle, intensificando-as no pré-natal; e acompanhar e avaliar as ações para a sua eliminação. Quanto às medidas de prevenção e controle, objetiva-se desenvolver ações para reduzir a morbimortalidade do agravo, definir e indicar as medidas de controle da sua TV

e interromper a cadeia de transmissão para sua eliminação, conhecendo o perfil epidemiológico do agravo no país e suas tendências. ^(15,26)

Sendo assim, não se pode entender como objetivo da vigilância a mera coleta e análise das informações, mas também a responsabilidade de elaborar, por meio de fundamentação científica, as bases técnicas que nortearão os serviços de saúde na elaboração e implementação dos programas de saúde com a preocupação de uma contínua atualização e aprimoramento. Os sistemas de vigilância devem ser úteis também para a identificação dos fatores de risco e das populações vulneráveis, de forma a tornar mais efetivas as medidas de controle. ⁽³³⁾

O MS, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) pactuaram, em 28 de fevereiro de 2013, premissas norteadoras para a definição e pactuação de diretrizes, objetivos, metas e indicadores 2013-2015, visando ao fortalecimento do Planejamento Integrado do SUS e à implementação do Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde (COAP). Este contrato traz uma série de indicadores a serem utilizados pelos gestores no processo de planejamento de cada ente, estando entre eles o número de casos novos de SC em menores de um ano de idade. ⁽³⁴⁾

Este indicador é universal, tendo como diretriz nacional a promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança e a implementação da Rede Cegonha, com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade. O objetivo nacional é o de organizar a rede de atenção à saúde materna e infantil para garantir acesso, acolhimento e resolutividade, sendo a meta reduzir a incidência de SC. Este indicador expressa a qualidade da assistência pré-natal, visto que a sífilis pode ser diagnosticada e tratada em, pelo menos, duas oportunidades, durante a gestação e durante o parto. ⁽³⁴⁾

2.2.2 Sífilis no Rio Grande do Sul e na 10ª Região de Saúde

O RS registrou, entre 2010 e 2015, uma média anual de 1.342 casos de SG, finalizando o ano de 2015 com um total de 2.901 casos. Houve um progressivo aumento na taxa de detecção: em 2010 a taxa era de 3,6 casos para cada 1.000 nascidos vivos e em 2015 se elevou para 20,2. Esse aumento se reflete no número de casos de SC em menores de um ano, sendo a média estadual de 932 casos anualmente, passando de uma taxa de 3,3 casos por 1.000 nascidos vivos em 2010 para 11,5 em 2015. ⁽⁸⁾

Na análise publicada pelo MS em 2016, a incidência da SC no RS em 2015 foi superior à taxa nacional (6,5 casos/mil nascidos vivos) sendo o segundo estado com a taxa

mais elevada do país; já a capital, Porto Alegre, apresentou uma taxa (30,2/ casos/mil nascidos vivos) que está 4,7 vezes mais alta que a do Brasil, refletindo, portanto, na região de saúde do estudo. Analisando os dados de mortalidade por SC em menores de um ano de idade, no período de 2010 a 2015, tem-se um total de 49 óbitos, observando, na série histórica, o maior coeficiente de mortalidade no ano de 2015 (9,1 óbitos/100.000 nascidos vivos).⁽⁸⁾

A partir da análise dos casos mencionados no Boletim Epidemiológico de HIV/Aids e Sífilis, dos casos diagnosticados no RS no período de 2010 a junho de 2015, 74,8% das mães das crianças com SC realizaram o pré-natal, 20,5% não realizaram e 4,7% não tiveram esta informação na notificação. Aproximadamente, 54,6% das mães tiveram o diagnóstico de sífilis durante o pré-natal, 32,7%, no momento do parto ou curetagem e 5,4%, após o parto. Quanto ao tratamento materno, 29,9% das mulheres não receberam tratamento, 2,8% receberam o tratamento adequado e 55,6% receberam o tratamento inadequado.⁽¹²⁾

2.3 PROGRAMAS E POLÍTICAS PÚBLICAS RELACIONADOS À SÍFILIS CONGÊNITA

Em 1984, o MS elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), marcando, sobretudo, uma mudança nos princípios norteadores da política de saúde das mulheres, que até então eram limitados, ou seja, voltados às demandas relativas à gravidez e ao parto. Os programas anteriores eram definidos como verticais e sem integração com os outros programas e ações propostos pelo nível federal, sem qualquer avaliação das reais necessidades de saúde das populações. Como resultado, teve-se a fragmentação da assistência e o baixo impacto dos indicadores de saúde da mulher⁽³⁵⁾.

O PAISM tem como princípios e diretrizes as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade da atenção, num período em que, paralelamente, no âmbito do Movimento Sanitário, se formulava a base conceitual que nortearia a criação do SUS. Então, o novo programa foi criado com propostas de ações educativas, preventivas, diagnósticas, terapêuticas e de recuperação da saúde, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DSTs, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres.⁽³⁵⁾

Apesar dos avanços, continuou-se a trabalhar na perspectiva de resolução de problemas, priorizando-se a saúde reprodutiva, perpetuando a existência de várias lacunas.

Observa-se que, a partir dos anos de 1990, a saúde da mulher e da criança passa a ser prioridade nas políticas públicas de saúde, por conta da ocorrência de um número elevado de mortes materno-infantis, decorrentes das complicações da gravidez e do parto, evidenciando, assim, a necessidade de fortalecimento do PAISM nas práticas de saúde. ^(35,36)

Paralelo a isso, o Programa Nacional de DST/Aids implanta ações visando ao controle da transmissão da sífilis como atividade prioritária. Sendo assim, o MS lançou, em 1993, o projeto de eliminação da SC como um problema de saúde pública, em conformidade com a proposta de controle do agravo nas Américas formulada pela OMS e OPAS, definindo o seu alcance com a meta de uma incidência menor ou igual a 1 caso para cada 1.000 nascidos vivos até o ano 2000. ^(3,37,38)

Entretanto, no ano 2000, a meta não foi alcançada, sendo instituído pelo MS o PHPN, tendo como objetivo promover ações que reduzissem a morbimortalidade materna, melhora dos resultados perinatais e, também, a humanização do atendimento da gestante, tendo como principal estratégia assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade na assistência pré-natal, ao parto e no puerpério, garantindo assim os direitos inalienáveis de cidadania. ⁽⁷⁾ Dois anos após, com o objetivo de diminuir a TV do HIV e a morbimortalidade da SC e melhorar a qualidade da assistência perinatal, o MS criou o Projeto Nascer – Maternidades (Portaria nº 2.104, de 19 de novembro de 2002). Dentre as ações do Projeto, evidenciam-se a capacitação de equipes multiprofissionais em acolhimento, aconselhamento, utilização de testes rápidos, manejo clínico de parturientes com resultados reagentes e crianças expostas, indicação terapêutica para sífilis e vigilância epidemiológica. ⁽³⁸⁾

Em 2005, fica instituída pelo MS a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, por meio da Portaria nº 1.067, de 4 de julho de 2005, na qual os estados e municípios no âmbito do SUS, dentre outras coisas, deverão captar as gestantes precocemente, sendo a primeira consulta de pré-natal realizada em até 120 dias da gestação, com a realização de, no mínimo, seis consultas, sendo preferencialmente uma no primeiro, duas no segundo e três no terceiro trimestre de gestação. ⁽³⁹⁾ Em estudo realizado na cidade de Sobral, no Estado do Ceará, verificou-se que, apesar de a maioria das gestantes ter realizado mais do que a quantidade preconizada de consultas pré-natais, a distribuição destas a cada trimestre é realizada inadequadamente, sendo a maioria captada no segundo trimestre, dificultando o contato da gestante com a equipe de saúde. ⁽⁴⁰⁾

Com o objetivo de fortalecer a gestão entre as três esferas de governo, através de mudanças significativas para a execução do SUS, foi construído o Pacto pela Saúde (Portaria/GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006). Este Pacto é contemplado por três

dimensões – Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão –, o que possibilita promover inovações nos processos e instrumentos de gestão visando alcançar maior efetividade, eficiência e qualidade de suas respostas e, ao mesmo tempo, redefinir responsabilidades coletivas por resultados sanitários em função das necessidades de saúde da população e na busca da equidade social. Dentre as prioridades do Pacto pela Vida está a redução da mortalidade materno-infantil, indicando a redução das taxas de TV do HIV e sífilis como estratégias para sua execução. ^(41,42,43)

Visando ao avanço nesta prevenção, observou-se a necessidade de ampliação do projeto Nascer, para além das maternidades no Brasil, inclusive aumentando o diagnóstico e a atenção a essa mulher, principalmente durante o pré-natal. Sendo assim, o Programa Nacional de DST e Aids, a partir do fortalecimento de parcerias e ajustes de processos para incrementar o diagnóstico precoce e propiciar as intervenções necessárias para a prevenção desses dois agravos, lançou, em 2007, o “Plano Operacional para a Redução da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis”. Este plano propõe, basicamente, a melhoria da qualidade da atenção à saúde da mulher e do seu filho, durante a gestação e o puerpério, resultando em uma redução das taxas. ^(2,42,43)

No ano de 2009, a OPAS e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), lançaram a “Iniciativa Regional para a Eliminação da Transmissão Vertical do HIV e da sífilis na América Latina e Caribe”. No ano seguinte, essa iniciativa regional se articulou ao “Plano Global para eliminação de novas infecções pelo HIV entre crianças até 2015 e manter suas mães vivas”. Neste mesmo ano, os estados-membros da OPAS aprovaram o “Plano de Ação para a Eliminação da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis Congênita”, sendo estabelecidas metas de reduzir a incidência da SC para 0,5 casos para cada 1.000 nascidos vivos ou menos até o ano de 2015. ^(30,43)

Já, em 2011, foi instituída a Rede Cegonha no SUS (Portaria nº 1.459 de 24 de junho de 2011), visando assegurar às mulheres uma rede de cuidados que garanta o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério e à criança, o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis. Entre as ações do componente pré-natal desta rede se encontram a prevenção e tratamento das IST/HIV/Aids e hepatites, com disponibilização de testes rápidos de sífilis e HIV pelo MS. ^(43,44)

No RS, por meio da Coordenação Estadual de DST/Aids, as capacitações em parceria com as coordenações regionais e municipais de DST/Aids e AB, no intuito de ampliar o diagnóstico precoce, foram intensificadas no segundo semestre de 2012, por meio da

implantação dos testes rápidos de diagnósticos para HIV e sífilis em todo o estado. Atualmente, 442 municípios do estado têm o teste rápido implantado em sua rede de AB, sendo a cobertura de 90%.⁽¹¹⁾

Outras ações, como a prevenção da TV nas maternidades, têm sido ampliadas por meio de um monitoramento sistemático dos relatórios enviados à coordenação, com informações sobre testagem rápida e prescrição de insumos de prevenção. Visitas de monitoramento às Organizações Não Governamentais (ONGs), com a finalidade de acompanhar, orientar e discutir projetos de prevenção, também estão sendo intensificadas no estado, com o intuito de fortalecer as parcerias que propõem ações de prevenção em HIV/Aids e outras ISTs.⁽¹¹⁾

Em 2014, a OPAS criou o Comitê Regional para Validação da Eliminação da Transmissão Materno-Infantil de HIV e Sífilis, formado por representantes de países da América Latina, Caribe e Centro-América, que validará os países que atingirem as metas de eliminação dupla da TV (HIV e sífilis). Relacionadas à sífilis, as metas são:

- a) Taxa de incidência de SC de 0,5 casos por 1.000 nascidos vivos;
- b) Cobertura de pré-natal (pelo menos 1 consulta) $\geq 95\%$;
- c) Cobertura de testagem para HIV e SG $\geq 95\%$;
- d) Cobertura de tratamento com penicilina em gestantes com sífilis $\geq 95\%$.^(30,43)

Nesse mesmo ano, a coordenação estadual, após uma análise epidemiológica dos casos de SC nas regiões e municípios do estado, mapeou as áreas com taxas de detecção expressivas, iniciando a implantação dos Comitês Regionais e Municipais de Investigação da TV do HIV e sífilis. Esta implantação ocorreu em parceria com as políticas do DAS, sendo elas: saúde da mulher, saúde da criança, AB e PIM, proporcionando a propagação das informações epidemiológicas dos casos na região no intuito de aplicar medidas reais de investigação.⁽¹¹⁾

2.4 INTERVENÇÃO EDUCACIONAL

A educação tem, como objetivo principal, tornar as pessoas cada vez mais capazes de pensar criticamente, encontrando formas resolutivas para os diversos problemas, inclusive os que envolvem o processo saúde/doença, e não automaticamente seguir determinações e/ou diretrizes estabelecidas. Trata-se de uma prática sujeita à organização da sociedade, criando espaços de intervenção nessa realidade, com o objetivo de mudá-la e transformá-la. A educação como tarefa teórico/prática se caracteriza pela relação de aprendizagem de um grupo que, por meio do trabalho e da reflexão, ou seja, um processo de construção coletiva, procura apontar as possibilidades de intervenção e de transformação da realidade. ⁽⁴⁵⁾

A intervenção educativa pressupõe uma aquisição de significados e/ou uma melhor definição de alguns significados pré-existentes, através da mediação de um adulto/educador, criando uma espécie de “placas” de conhecimento que se vão sobrepondo, complementando-se e/ou acrescentando conhecimentos, em forma de andaimes (scaffolding), de modo a que as aprendizagens se constituam progressiva e continuamente, como dimensão (re)construtiva do ser e do saber. ⁽⁴⁶⁾

A instituição e implementação da PNEPS tem como objetivo organizar os processos de formação e desenvolvimento técnico-científico dos trabalhadores em saúde, uma vez que são responsabilidades do SUS. Por meio de práticas pedagógicas que promovem reflexões, pretende-se influenciar no desenvolvimento profissional, impulsionando, assim, as melhorias na assistência prestada por esses profissionais. ⁽⁴⁷⁾

Sabe-se que os profissionais da saúde são agentes indispensáveis para alcançar as finalidades dos serviços e dos processos de trabalho. Portanto, precisam, constantemente, buscar e acessar espaços de reflexão sobre a prática, atualização técnico-científica e troca de experiências. Desta forma, a formulação e implementação de estratégias de Educação Continuada (EC), além de representar uma aspiração das instituições acadêmicas e de serviços de saúde, significa também uma necessidade impreterível perante as alterações do perfil epidemiológico que evoluem o contexto saúde/doença e os problemas de organização dos serviços de saúde no Brasil. ^(48,49)

A EC pode ser definida como um instrumento de atualização e capacitação dos indivíduos, que complementa a formação básica, em uma sociedade com rápidas mudanças técnico-científicas que ocorrem ao longo da vida profissional. Esta educação oportuniza o aprendizado dos profissionais, desde que os conteúdos considerem a realidade, o cotidiano do

trabalho, as necessidades do profissional, do setor a que está vinculado, da instituição e toda a evolução tecnológica. ^(50,51)

A EC se faz necessária pela própria natureza do saber e do fazer humanos, como práticas que constantemente se transformam. Uma vez que a realidade do processo saúde/doença e seu contexto mudam, o saber que construímos sobre ela precisa ser revisto e ampliado continuamente. Sendo assim, a EC se faz necessária para atualização do conhecimento e análise das mudanças que ocorrem na prática, bem como para atribuir direções esperadas a essas mudanças. ⁽⁵²⁾

Esta educação contínua em serviço, independentemente da denominação que lhe seja concedida, trata-se de um processo de requalificação técnico-científico que permite ao profissional a reflexão sobre seus objetivos, sua própria prática, levando-o ao desenvolvimento pessoal, elevação da autoestima, assegurando a motivação e o prazer no desempenho profissional. Assim, observa-se, que este processo que envolve constantes atualizações traz benefícios não somente às instituições, mas, principalmente, às pessoas assistidas por estes profissionais. A continuidade da educação torna-se um fator essencial para a ocorrência de mudanças na prática profissional, uma vez que essas ações contínuas estimulam o debate e a melhoria do serviço através de novas propostas, além de proporcionar ao profissional a possibilidade de adquirir conhecimentos novos e ser multiplicador dos mesmos. ^(53,54)

É relevante ressaltar que a intervenção educativa, para ser eficiente e eficaz, requer um planejamento, com flexibilidade necessária para se adaptar à realidade. Este planejamento é construído em etapas que consistem em: levantamento das necessidades, estabelecimento de metas e objetivos, estudo da viabilidade de recursos, determinação dos programas e avaliação periódica dos resultados. A última fase do planejamento, avaliação dos resultados, objetiva verificar a eficácia do programa, isto é, se realmente atendeu às necessidades da organização, das pessoas e dos clientes, retroalimentando, assim, o processo da EC, redirecionando ou mantendo suas ações. ⁽⁵¹⁾

Apesar de a sífilis ser uma doença para a qual existem recursos diagnósticos e terapêuticos simples e de baixo custo, diversas políticas e programas visando à sua diminuição e até mesmo à eliminação, inclusive com metas e incentivos, seu controle na gestação mostra-se ainda um desafio para profissionais de saúde e gestores. Isso pode ser explicado por diversos fatores, sendo eles o curto intervalo da gestação para a realização do seu diagnóstico e tratamento; a dificuldade de abordagem das ISTs, principalmente durante a

gestação; e provavelmente o desconhecimento da magnitude desse agravo e dos danos que ele pode causar à saúde da mulher e do bebê pela população e pelos profissionais de saúde. ⁽³¹⁾

Estratégias contínuas de educação direcionadas à captação precoce das gestantes para o início da assistência pré-natal, de preferência, no primeiro trimestre gestacional; a garantia do diagnóstico da doença durante a gestação no menor prazo possível, permitindo o tratamento antes da 24ª à 28ª semana gestacional, sendo assim mais efetivo para o feto; e ao manejo clínico adequado da gestante e seu(s) parceiro(s) são necessárias. Para promover a melhoria dessa realidade, os profissionais de saúde devem participar ativamente da realização de atividades educativas que abordem e incentivem a prática de todo o fluxo de ações preconizado pelo MS, desde o diagnóstico precoce de sífilis em mulheres em idade reprodutiva até a notificação de todos os casos de SC. Torna-se necessária a atualização das equipes de vigilância, as quais, certamente, têm muito a colaborar na promoção de mudanças na prática profissional, possibilitando maior proximidade entre os profissionais e os gestores. ^(31,55)

Potencializar os sistemas de vigilância implica em um acesso a elevada gama de informações (morbidade, mortalidade, estrutura demográfica, situação socioeconômica e outros), sendo que a saúde tem sido a porta de entrada para vários sistemas, tendo íntima relação com a situação social regional. Sendo assim, a vigilância deve trabalhar de forma integrada e harmônica com todas as Unidades de Atendimento à Saúde – também intersetorialmente e intersecretarialmente. ⁽⁵⁶⁾

O conhecimento do perfil dos casos notificados de SC possibilita desencadear ações conjuntas entre as instituições (rede básica, vigilância epidemiológica, os próprios hospitais) para melhor captação e investigação dos casos e, principalmente, enfrentamento do grande desafio de melhorar o atendimento obstétrico na microrregião. ⁽⁵⁷⁾ A ausência de uniformidade nas ações de vigilância, com relação à investigação, notificação e registro, possivelmente contribuem para a baixa qualidade das informações. Em função dos frequentes resultados, identifica-se a urgência da implementação de ações mais significativas para o controle desse agravo, de atualizações sobre a definição de caso de SC, uniformidade da conduta de vigilância, de registro no SINAN, e uma avaliação da situação epidemiológica do agravo no município com consequente direcionamento das ações de controle. ⁽⁵⁸⁾

3 OBJETIVOS

3.1 ESTUDO

Analisar o perfil epidemiológico dos casos de SC dos municípios da 10ª Região de Saúde do RS, através das variáveis disponíveis nas fichas de notificação/investigação compulsória.

3.2 INTERVENÇÃO

Desenvolver um curso de atualização em manejo da prevenção da SC para os profissionais de saúde da vigilância epidemiológica dos municípios da 10ª Região de Saúde da SES/RS.

4 MÉTODO

4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

O estudo apresentado foi realizado em duas etapas. A primeira etapa constou de um estudo quantitativo, transversal, descritivo e analítico, no qual foi analisado o perfil epidemiológico dos casos de SC dos municípios da 10ª Região de Saúde do RS, através das informações disponíveis nas fichas de notificação compulsória. Os dados de notificação das crianças com SC e das respectivas mães foram obtidos nos bancos do SINAN, disponível na Seção de Controle de DST/Aids da SES/RS.

Na segunda etapa foi feita uma intervenção educativa, a partir da estruturação e realização de um curso, na modalidade presencial, de atualização em manejo da prevenção da SC para profissionais da vigilância epidemiológica dos municípios da 10ª Região de Saúde do RS, visando à prevenção da ocorrência do agravo. Os conteúdos abordados no curso foram organizados a partir do resultado da análise dos casos de SC - primeira etapa da proposta - na região de maior taxa de incidência do RS, uma vez que devem refletir a realidade local, apontando situações de vulnerabilidade e/ou falhas no processo da assistência, fornecendo, assim, subsídios para a construção de uma atualização conforme as especificidades analisadas.

O curso de atualização em manejo da prevenção da SC para profissionais da vigilância epidemiológica dos municípios da 10ª Região de Saúde do RS foi considerado um piloto, para que o mesmo seja incorporado pela área técnica de DST/Aids da SES/RS e oferecido aos profissionais da vigilância epidemiológica de todos os municípios das demais regiões administrativas de saúde do RS. Salienta-se que, após a realização do curso com os profissionais da 10ª Região de Saúde do RS, a área técnica de DST/Aids da SES/RS já multiplicou o mesmo curso para mais três regiões, com planejamento de fazê-lo em todas as regiões de saúde do estado.

4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido com as informações disponíveis nas fichas de notificação/investigação da SC (n= 752) e SG (n= 229) disponíveis no SINAN e com os profissionais da vigilância epidemiológica dos municípios da 10ª Região de Saúde do RS.

A Região de Saúde 10 (Figura 1) – Capital e Vale do Gravataí concentrou no ano de 2015 pouco mais de 40,0% dos casos de SC do estado, apresentando a maior incidência entre

as regiões de saúde, tornando-se, por isso, importante ou relevante a seleção dos municípios que a compõem para a realização deste estudo.⁽¹¹⁾ A Região é constituída por seis municípios (Alvorada, Cachoeirinha, Glorinha, Gravataí, Porto Alegre e Viamão), possuindo uma população de 2.241.453 habitantes (IBGE, 2011), fazendo parte da 2ª CRS.^(59,60)

Figura 1 – Mapa das Regiões de Saúde



Fonte: SES/RS/DAS/Seção de Controle de DST/Aids

4.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

Na primeira etapa, foram utilizados os dados da notificação/investigação das crianças com SC e das respectivas mães, sendo estes obtidos dos bancos do SINAN. A seleção dos casos obedeceu aos seguintes critérios de inclusão: casos confirmados de SC, diagnosticados no ano de 2015, residentes nos municípios pertencentes à 10ª Região de Saúde do RS. Como critério de exclusão: casos que foram notificados, mas descartados pelo sistema por não apresentarem critérios que definissem os casos como SC.

A seleção dos profissionais que participaram do curso obedeceu aos seguintes critérios de inclusão: profissional de saúde atuante na equipe da vigilância epidemiológica dos seis municípios da Região de Saúde 10. O convite foi enviado ao coordenador de DST/Aids e de

vigilância do município, que teve a possibilidade de indicar, no máximo, três profissionais a participar, uma vez que as equipes de vigilância epidemiológica nos municípios são pequenas.

Quanto à representatividade dos seis municípios pertencentes à 10ª Região de Saúde, cinco enviaram profissionais participantes (Alvorada, Cachoeirinha, Gravataí, Porto Alegre e Viamão), totalizando dez profissionais. Portanto, o município de Glorinha não teve nenhum participante inscrito no curso.

4.4 COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

4.4.1 Primeira etapa: Estudo quantitativo transversal

Foram estudadas as seguintes informações disponíveis nas fichas de notificação/investigação compulsória de sífilis:

Sífilis Congênita

- a) Dados gerais do caso notificado - data do diagnóstico, nome do paciente, data de nascimento, idade, sexo e raça/cor da pele (branca; preta; amarela; parda; indígena; ignorado/em branco).
- b) Dados de residência - município de residência, logradouro (rua, avenida, etc.), número, bairro e zona (urbana; rural; periurbana; ignorado/em branco).
- c) Sociodemográficas maternas - idade (em anos), raça/cor (branca; preta; amarela; parda; indígena; ignorado), ocupação, escolaridade (analfabeto; 1ª a 4ª série incompleta do Ensino Fundamental; 4ª série completa do Ensino Fundamental; 5ª a 8ª série incompleta do Ensino Fundamental; Ensino Fundamental completo; Ensino Médio incompleto; Ensino Médio completo; Educação Superior incompleta; Educação Superior completa; ignorado; não se aplica).
- d) Antecedentes epidemiológicos da mãe - realização de pré-natal (sim; não; ignorado) e momento do diagnóstico materno (durante o pré-natal; no momento do parto/curetagem; após o parto; não realizado; ignorado).
- e) Dados laboratoriais da mãe - TNT no parto/curetagem (reagente; não reagente; não realizado; ignorado) e TT no parto/curetagem (reagente; não reagente; não realizado; ignorado).

- f) Tratamento - esquema de tratamento da mãe (adequado; inadequado; não realizado; ignorado) e parceiro tratado concomitantemente (sim; não; ignorado).
- g) Dados laboratoriais da criança - TNT em sangue periférico (reagente; não reagente; não realizado; ignorado), TT após 18 meses de idade (reagente; não reagente; não realizado; não se aplica; ignorado), TNT em líquido (reagente; não reagente; não realizado; ignorado), titulação ascendente (sim; não; não realizado; ignorado), evidência de *Treponema pallidum* (sim; não; não realizado; ignorado), alteração líquórica (sim; não; não realizado; ignorado) e alteração do exame dos ossos longos (sim; não; não realizado; ignorado).
- h) Dados clínicos da criança - diagnóstico clínico (assintomático; sintomático; não se aplica; ignorado) e presença de sinais e sintomas (sim; não; não se aplica; ignorado). Ressalta-se que a variável “presença de sinais e sintomas” na criança pode ser preenchida, em um mesmo caso, para quantas manifestações se fizerem necessárias, pois uma mesma criança pode ter mais de um sinal e/ou sintoma.
- i) Esquema de tratamento da criança (penicilina cristalina 100.000 a 150.000 UI/Kg/dia por 10 dias; penicilina procaína 50.000 UI/Kg/dia por 10 dias; penicilina benzatina 50.000 UI/Kg/dia; outro esquema; não realizado; ignorado/em branco).
- j) Evolução do caso (vivo; óbito por SC; óbito por outras causas; aborto; natimorto; ignorado).

Considerou-se necessário, no processo de análise das informações das crianças notificadas, incluir nas avaliações as opções assinaladas como “não realizado” e “ignorado”, contemplando possíveis situações de aborto e natimorto.

Sífilis em gestante

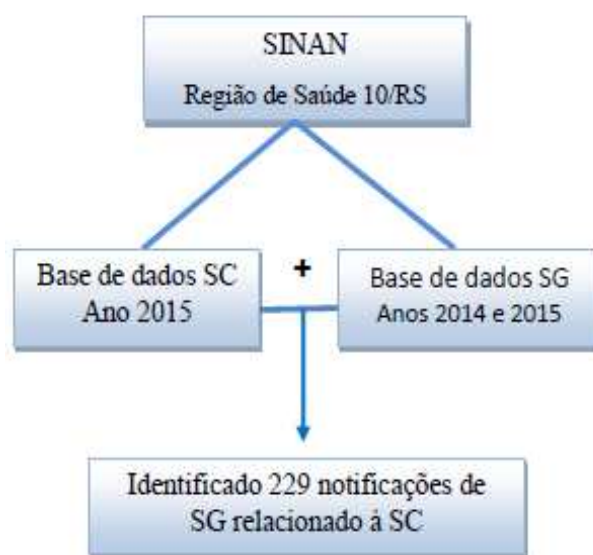
- a) Antecedentes epidemiológicos da gestante - trimestre no momento do diagnóstico (1º trimestre; 2º trimestre; 3º trimestre; idade gestacional ignorada; ignorado) e classificação clínica da doença (primária; secundária; terciária; latente; ignorado).
- b) Dados laboratoriais da gestante - TNT no pré-natal (reagente; não reagente; não realizado; ignorado) e TT no pré-natal (reagente; não reagente; não realizado; ignorado).
- c) Tratamento da gestante (penicilina benzatina 2.400.000 UI; penicilina benzatina 4.800.000 UI; penicilina benzatina 7.200.000 UI; outro esquema; não realizado; ignorado).

Os dados coletados e analisados refletem a situação encontrada na data de exportação das informações dos bancos de dados (atualizados em 9 de setembro de 2016), sendo estes dados preliminares sujeitos a frequentes atualizações. Inicialmente foram extraídas informações das variáveis disponíveis na ficha de notificação/investigação da SC, sendo, no total, 752 casos confirmados e, posteriormente, através do relacionamento das bases de dados (SC e SG), foi possível identificar 229 notificações de SG das mães dos casos confirmados de SC (Figura 2).

Para identificar as gestantes notificadas com sífilis relacionadas com os casos que tiveram desfecho de SC, foi realizado um relacionamento das duas bases de dados do SINAN por meio do *software RecLink*, sendo utilizado como campos-chave: nome completo da mãe, idade, endereço e município de residência. Através dessa busca foi possível obter resultados tanto da ficha de SC, como, também, da ficha de SG para a análise de variáveis complementares no estudo.

A notificação das respectivas mães das crianças (SG) foi utilizada no intuito de qualificar as informações dos casos de SC notificados, principalmente com registros relacionados com o pré-natal. Os dados coletados foram organizados em uma planilha eletrônica, sendo, posteriormente, analisados por um *software* de estatística, o SPSS versão 18, disponível na instituição de ensino.

Figura 2 – Relacionamento das bases de dados do SINAN



Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

A avaliação dos dados consta de análise univariada (frequência e percentual) e bivariada cruzando as variáveis de interesse, dados sociodemográficos e de tratamento através do teste qui-quadrado, sendo adotado o nível de significância igual a 5%.

4.4.2 Segunda Etapa: Intervenção educativa – Curso de Atualização

Construiu-se um curso de atualização em manejo da prevenção da SC e, para o planejamento, foram seguidos os passos da ferramenta 5W2H em sua organização (APÊNDICE A). A ferramenta facilitou o planejamento das ações desenvolvidas, sendo constituído um relatório formado com colunas, cada uma delas acompanhada por palavras da língua inglesa: *Why* (Por quê?), *What* (O quê?), *Who* (Quem?), *When* (Quando?), *Where* (Onde?), *How* (Como?) e *How Much* (Quanto?).⁽⁶¹⁾

Essa ferramenta é utilizada com o intuito de assegurar e informar planos, por meio do diagnóstico de um problema e planejamento de ações. Na planilha é possível visualizar a solução adequada de um problema, com possibilidades de acompanhamento da execução de uma ação, buscando, assim, facilitar a definição dos métodos, prazos, responsabilidades, objetivos e recursos.⁽⁶¹⁾

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

Para a realização deste estudo foi obtida autorização para sua execução por parte da Coordenação Estadual de DST/Aids (ANEXO C). Além disso, o mesmo foi avaliado por banca de qualificação homologada pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado Profissional - da UFCSPA, no dia 11 de julho de 2016. Foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da UFCSPA e aprovado sob o Parecer nº 1.686.510, em 19 de agosto de 2016 (ANEXO C), e da Escola de Saúde Pública (ESP) do RS sob o Parecer nº 1.708.098, em 1º de setembro de 2016 (ANEXO D), processo este regido através da Plataforma Brasil.

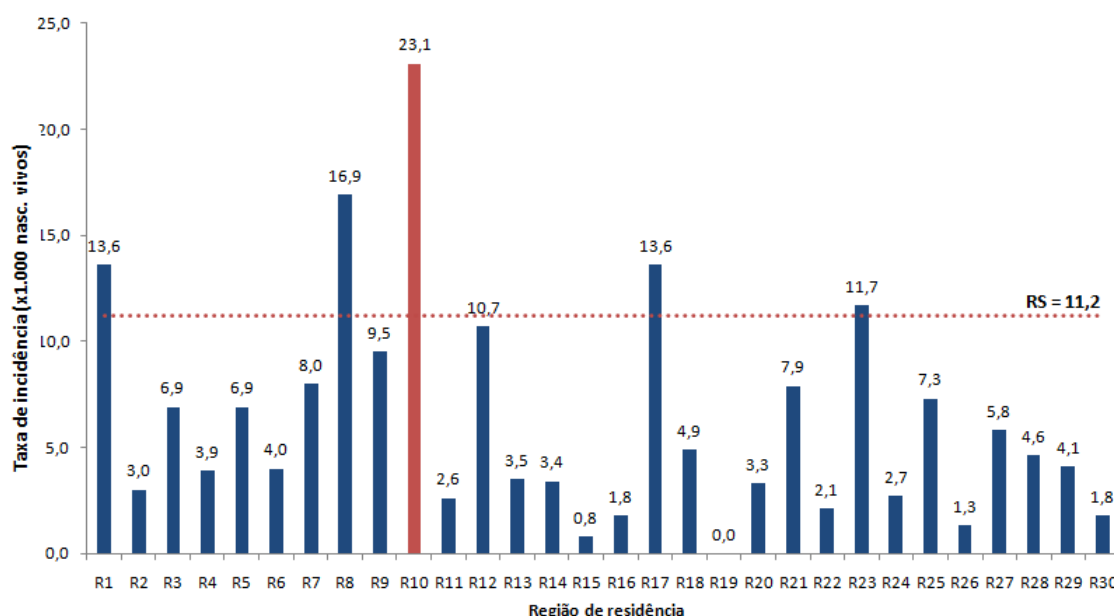
Seguiram-se as diretrizes e normas da Resolução do Conselho Nacional em Saúde nº 466, de 12 de dezembro de 2012, que regulamentam a pesquisa envolvendo seres humanos, assegurando, assim, o anonimato dos casos que foram analisados por meio dos bancos de dados.⁽⁶²⁾

5 RESULTADOS

5.1 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA SÍFILIS CONGÊNITA

Considerando a taxa de incidência de SC em menores de um ano de idade¹, a Região de Saúde 10 apresentou a taxa mais expressiva entre as regiões de saúde do estado no referido ano, sendo de 23,1 casos para cada 1.000 nascidos vivos, ou seja, duas vezes maior que a taxa estadual (11,2/1.000 nascidos vivos), conforme representado no Gráfico 1.

Gráfico 1 - Taxa de incidência de sífilis congênita (por 1.000 nascidos vivos) em menores de um ano de idade, segundo a região de residência. Rio Grande do Sul, 2015 ⁽¹⁾



Fonte: SES/DAS/Seção de Controle de DST/Aids/SINAN

Nota: (1) Dados preliminares, atualizados em 31/03/2017.

A Tabela 1 retrata o número de casos, o percentual e a taxa de incidência de SC por município de residência, estando distribuídos na seguinte ordem decrescente: Porto Alegre com 586 casos (29,7/1.000 nascidos vivos), Viamão com 83 casos (23,8/1.000 nascidos vivos), Alvorada com 36 casos (10,3/1.000 nascidos vivos), Gravataí com 36 casos (9,6/1.000 nascidos vivos) e Cachoeirinha com 11 casos (5,5/1.000 nascidos vivos).

¹ O número de casos de sífilis congênita em menores de um ano de idade é um dos indicadores pactuados em 2013 pelo MS.

Tabela 1 - Casos de sífilis congênita em menores de um ano de idade notificados no SINAN (número, percentual e taxa de incidência por 1.000 nascidos vivos), segundo o município de residência. Região de Saúde 10/RS, 2015 ⁽¹⁾

Município de Residência	2015		
	n	%	tx
Alvorada	36	4,8	10,3
Cachoeirinha	11	1,5	5,5
Glorinha	0	0,0	0,0
Gravataí	36	4,8	9,6
Porto Alegre	586	77,9	29,7
Viamão	83	11,0	23,8
Total	752	100,0	23,1

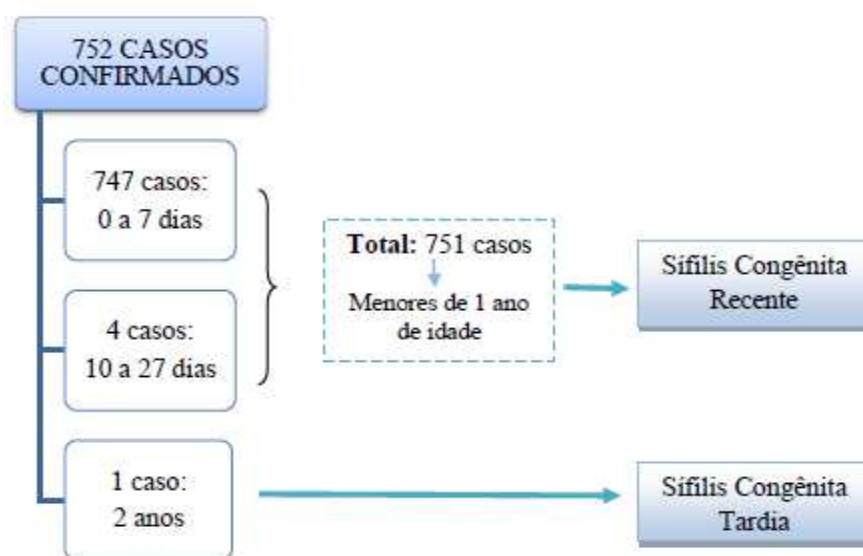
Fonte: SES/DAS/Seção de Controle de DST/Aids/SINAN

Nota: (1) Dados preliminares, atualizados em 31/03/2017.

5.1.1 Ficha de notificação/investigação da SC: informações da criança

No ano de 2015, foram diagnosticados, na 10ª Região de Saúde do estado, 752 casos confirmados de SC, correspondendo a 44,9% no total do estado. Entre os casos, 99,3% (n=747) apresentaram idade entre 0 e 7 dias, ou seja, período neonatal precoce, diagnosticados provavelmente nas maternidades; 0,5% (n=4) com idade entre 10 e 27 dias, sendo classificados como período neonatal tardio, e 0,1% (n=1) com 2 anos, conforme a Figura 3 e Tabela 2.

Figura 3 – Total de casos confirmados e as respectivas faixas etárias



Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Quanto ao sexo, não foram observadas diferenças relevantes, sendo 43,4% (n=326) do sexo masculino, 41,2% (n=310) do sexo feminino e 15,4% (n=116) em situação de ignorado. Destaca-se que, dentre os casos ignorados, 93,1% (n=108) foram situações de aborto (n=90) e natimortos (n=18).

Do total de casos notificados, 40,7% (n= 306) foram classificados da raça/cor branca, seguidos da negra, sendo 11,7% (n=88) da cor preta e 9,6% (n=72) da cor parda; ressalta-se um percentual elevado de informação ignorada ou sem a informação na referida variável, totalizando 37,9% (n=285) dos casos. Destacam-se, dentre os casos ignorados, 38,9% (n=109) de situações de abortos (n=86) e natimortos (n=23) e, entre os casos em branco, 40,0% (n=2) relacionados a aborto.

Observou-se, conforme demonstra a Tabela 1, que, entre os municípios da 10ª Região de Saúde, a capital do estado, Porto Alegre, concentrou o maior número de casos e a zona de residência que apresentou o maior número de casos foi a urbana, com 95,6% (n=719), segundo a Tabela 2.

Tabela 2 - Distribuição dos casos confirmados de sífilis congênita (número e percentual), segundo as características sociodemográficas dos casos. Região de Saúde 10/RS, 2015

Características sociodemográficas	2015	
	Nº	%
Faixa etária		
≤ 7 dias	747	99,3
8 a 27 dias	4	0,5
28 dias a 1 ano	0	0,0
2 a 12 anos	1	0,1
Ignorado	0	0,0
Sexo		
Masculino	326	43,4
Feminino	310	41,2
Ignorado	116	15,4
Raça/Cor		
Branca	306	40,7
Preta	88	11,7
Amarela	1	0,1
Parda	72	9,6
Indígena	0	0,0
Ignorado	280	37,2
Em branco	5	0,7
Zona		
Urbana	719	95,6

Rural	1	0,1
Periurbana	1	0,1
Ignorado	18	2,4
Em branco	13	1,7
Total	752	100,0

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Quanto aos dados laboratoriais dos casos confirmados (Tabela 3), 81,3% (n=612) realizaram o TNT em sangue periférico, sendo 70,3% (n=529) das amostras com resultado reagente e 11,0% (n=83) com resultado não reagente; sendo assim, a taxa de realização de VDRL no sangue periférico do RN foi de 81,4%. Entre os exames não realizados, 70,7% (n=87) são de abortos e 21,1% (n=26) de natimortos; e, do total de casos ignorados, 64,7% (n=11) são situações de aborto e natimorto.

No que se refere ao TNT no líquido, a taxa de realização do exame foi de 65,3% (n=491), sendo o resultado reagente em 1,9% (n=14) das crianças. Salienta-se que, entre os casos que não realizaram o exame, 43,8% (n=88) são de abortos e 13,4% de natimortos; já, entre os assinalados como ignorados, 15,0% (n=9) são situações de abortos e natimortos. Analisando as alterações ao exame do líquido, tem-se 56,5% (n=425) de casos sem anormalidade, 4,5% (n=34) com resultado alterado e 12,2% (n=92) com informação ignorada.

O exame microscópico que evidencia o *Treponema pallidum* no material colhido em placenta, lesões cutaneomucosas, cordão umbilical, ou necropsia, através de técnica de campo escuro, imunofluorescência direta ou outro método específico, não foi realizado em 55,3% (n=416) dos casos. Em 20,9% (n=157) das situações notificadas não houve evidência do *Treponema*, em 1,9% (n=14) o resultado foi reagente e a informação ignorada em 21,9% (n=165) das notificações. Entre os exames não realizados, 21,2% (n=88) eram situações de abortos e 6,3% (n=26) de natimortos; e verificou-se que 6,0% (n=10) dos casos ignorados estavam relacionados a situações de abortos e natimortos.

Analisando as alterações do exame de ossos longos, evidenciadas por meio do diagnóstico radiológico, 54,9% (n=413) dos casos não apresentaram modificações. Entre aqueles que não realizaram o exame tem-se 25,3% (n=190) e em 16,1% (n=121) das notificações o resultado foi ignorado. Ressalta-se que, entre os exames não realizados, 46,3% (n=88) são de abortos e 14,2% (n=27) de natimortos; e, entre o total de ignorados, 7,4% (n=9) estavam relacionados às situações de abortos e natimortos.

Quanto aos testes de seguimento, observou-se que o treponêmico após os 18 meses de idade não foi realizado em 30,7% (n=231) das crianças e a informação ignorada em 33,2%

(n=250) dos casos. Entre os exames não realizados, 27,7% (n=64) são situações de abortos, natimortos e óbitos; e, entre os casos ignorados, 4,8% (n=12) são casos de abortos, natimortos e óbitos. Já a avaliação dos títulos da sorologia não treponêmica não foi realizada em 47,2% (n=355) das crianças e a informação ignorada em 33,9% (n=255) dos registros. Analisando entre os exames não realizados, tem-se 33,8% (n=120) em função do aborto, natimortos e óbitos; já, entre os ignorados, 5,5% (n=14) são situações de abortos, natimortos e óbitos.

Tabela 3 - Distribuição dos casos confirmados de sífilis congênita (número e percentual), segundo as informações laboratoriais das crianças. Região de Saúde 10/RS, 2015

Informações laboratoriais	2015	
	Nº	%
TNT - Sangue periférico		
Reagente	529	70,3
Não reagente	83	11,0
Não realizado	123	16,4
Ignorado	17	2,3
TNT - Líquor		
Reagente	14	1,9
Não reagente	477	63,4
Não realizado	201	26,7
Ignorado	60	8,0
Alteração liquórica		
Sim	34	4,5
Não	425	56,5
Não realizado	201	26,7
Ignorado	92	12,2
Evidência <i>Teponema pallidum</i>		
Sim	14	1,9
Não	157	20,9
Não realizado	416	55,3
Ignorado	165	21,9
Diagnóstico Radiológico		
Sim	28	3,7
Não	413	54,9
Não realizado	190	25,3
Ignorado	121	16,1
TT - Após 18 meses		
Reagente	1	0,1
Não reagente	3	0,4
Não realizado	231	30,7
Não se aplica	267	35,5
Ignorado	250	33,2

Titulação ascendente		
Sim	6	0,8
Não	136	18,1
Não realizado	355	47,2
Ignorado	255	33,9
Total	752	100,0

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Entre as 752 notificações caracterizadas como casos de SC, constatou-se que 73,4% (n=552) das crianças não apresentaram sinais e sintomas sugestivos de infecção treponêmica ao nascer, e 6,3% (n=47) eram sintomáticas, estando as principais manifestações clínicas citadas na Tabela 4. Verificaram-se, entre os casos ignorados, 18,7% (n=6) em situações de abortos e natimortos.

Tabela 4 – Distribuição dos casos confirmados de sífilis congênita (número e percentual), segundo as informações clínicas das crianças. Região de Saúde 10/RS, 2015

Informações clínicas	2015	
	Nº	%
Diagnóstico clínico		
Assintomático	552	73,4
Sintomático	47	6,3
Não se aplica	121	16,1
Ignorado	32	4,3
Total	752	100,0
Sinais e Sintomas		
Icterícia	20	30,3
Lesões cutâneas	8	12,1
Esplenomegalia	6	9,1
Lesões osteoarticulares	6	9,1
Hepatomegalia	5	7,6
Baixo peso	5	7,6
Anemia	3	4,5
Prematuridade	3	4,5
Plaquetopenia	2	3,0
Pseudoparalisia	1	1,5
Outros	7	10,6
Total	66⁽¹⁾	100,0

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Nota: (1) Considera-se a possibilidade da frequência de um ou mais sinais e sintomas para cada caso.

Na Tabela 5 verificou-se que o esquema terapêutico prescrito aos RNs com maior frequência foi a Penicilina G cristalina 100.000 a 150.000 UI/Kg/dia por 10 dias, em 48,0% (n=361) das crianças. O tratamento não foi realizado em 17,4% (n=131) dos casos, sendo 84,7% (n=111) destes relacionados a situações de abortos e natimortos. Entretanto, a informação foi ignorada em 5,3% (n=40) das notificações, sendo 27,5% (n=11) destes casos de abortos e natimortos.

Tabela 5 – Distribuição dos casos confirmados de sífilis congênita (número e percentual), segundo as informações de tratamento das crianças. Região de Saúde 10/RS, 2015

Tratamento Prescrito	2015	
	Nº	%
Penicilina G cristalina 100.000 a 150.000 UI/Kg/dia - 10 dias	361	48,0
Penicilina G procaína 50.000 UI/Kg/dia - 10 dias	32	4,3
Penicilina G benzatina 50.000 UI/Kg/dia	127	16,9
Outro esquema	61	8,1
Não realizado	131	17,4
Ignorado	40	5,3
Total	752	100,0

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Ao analisar a evolução dos casos investigados, observou-se que 81,5% (n=613) foram classificados como vivos, havendo 12,8% (n=96) de abortos e 3,7% (n=28) de natimortos. Sendo assim, a taxa de aborto/natimorto por sífilis foi de 16,5% dos casos; ainda foi possível destacar situações de óbito e informação ignorada, como demonstra a Figura 4.

Figura 4 – Distribuição dos casos confirmados conforme a evolução



Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

5.1.2 Ficha de notificação/investigação da SC: informações da mãe

Analisando as características sociodemográficas das mães segundo a ficha de notificação/investigação da SC, a média da idade foi igual a 25,42, com desvio padrão de mais ou menos 6,6 anos, sendo 18,9% (n=142) de adolescentes, 52,8% (n=397) tinham de 20 a 29 anos e 26,6% (n=200) com 30 anos ou mais; ressalta-se que a idade mínima encontrada foi 14 anos e a máxima, 44 anos. A maioria referiu ter a cor da pele branca, seguida pelas cores preta e parda, sendo o percentual, respectivamente, de 45,3% (n=341), 24,2% (n=182) e 12,2% (n=92). Essa variável foi ignorada em 18,2% (n=137) das notificações, comprometendo, assim, uma análise mais fidedigna.

Mais da metade das mães apresentaram até 8 anos de estudo, sendo 51,3% (n=386); entretanto, o percentual de mães com registro de escolaridade ignorado foi de 25,7% (n=193), conforme demonstra a Tabela 6.

Tabela 6 - Distribuição dos casos confirmados de sífilis congênita (número e percentual), segundo as características sociodemográficas da mãe. Região de Saúde 10/RS, 2015

Características sociodemográficas	2015	
	n	%
Faixa etária		
< 20 anos	142	18,9
20 a 29 anos	397	52,8
> 30 anos	200	26,6
Em branco	13	1,7
Raça/Cor		
Branca	341	45,3
Preta	182	24,2
Amarela	0	0,0
Parda	92	12,2
Indígena	0	0,0
Ignorado	137	18,2
Escolaridade (em anos de estudo)		
Nenhuma	2	0,3
Menor ou Igual a 8 anos	386	51,3
Maior que 8 anos	171	22,7
Não se aplica	0	0,0
Ignorado/Branco	193	25,7
Total	752	100,0

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

O campo com a informação da ocupação da mãe, por ser descritivo e opcional, apresentou uma diversidade de informações, com destaque para a ocupação de dona de casa, sendo 35,1% (n=264), e estava ignorada ou sem a informação em 42,4% (n= 319) da opção, conforme a Tabela 7.

Tabela 7 - Distribuição dos casos confirmados de sífilis congênita (número e percentual), segundo a ocupação da mãe. Região de Saúde 10/RS, 2015

Ocupação da mãe	2015	
	n	%
Ignorada	291	38,7
Dona de casa	264	35,1
Em branco	28	3,7
Empregado doméstico nos serviços gerais	28	3,7
Estudante	26	3,5
Operador de caixa	24	3,2
Vendedor de comércio varejista	12	1,6
Cozinheiro geral	10	1,3
Assistente administrativo	7	0,9
Operador de <i>telemarketing</i> ativo e receptivo	6	0,8
Recepcionista em geral	6	0,8
Atendente comercial - agência postal	5	0,6
Administrador	4	0,5
Manicure	4	0,5
Advogado	3	0,4
Atendente de farmácia balconista	3	0,4
Babá	3	0,4
Copeiro	3	0,4
Desempregado crônico ou cuja ocupação habitual não foi possível obter	3	0,4
Cabeleireiro	2	0,3
Camareiro de hotel	2	0,3
Comerciante varejista	2	0,3
Cuidador de idosos	2	0,3
Outros ⁽¹⁾	14	1,9
Total	752	100,0

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Nota: (1) Ocupações com frequência igual a 1 (um) foram agrupadas como categoria outros.

No que diz respeito à assistência pré-natal, verificou-se que 72,6% (n=546) das mães realizaram pelo menos uma consulta pré-natal e 19,4% (n=146) não tiveram acesso ao pré-natal. Em 58,0% (n=436) dos casos, o diagnóstico de sífilis materna (SM) ocorreu durante o atendimento pré-natal, e em 30,2% (n=227), no momento do parto/curetagem (Tabela 8).

Tabela 8 - Distribuição dos casos confirmados de sífilis congênita (número e percentual), segundo os antecedentes epidemiológicos da mãe. Região de Saúde 10/RS, 2015

Antecedentes epidemiológicos	2015	
	n	%
Realização de PN		
Sim	546	72,6
Não	146	19,4
Ignorado	60	8,0
Diagnóstico de SM		
Durante o PN	436	58,0
No momento do parto/curetagem	227	30,2
Após o parto	16	2,1
Não realizado	1	0,1
Ignorado	72	9,6
Total	752	100,0

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Analisando os dados laboratoriais das mães na ficha de notificação dos casos de SC, observou-se que 98,9% (n=744) tiveram o TNT no parto/curetagem reagente e em apenas 0,5% (n=4) o resultado foi não reagente. Quanto ao teste confirmatório treponêmico no parto/curetagem, 66,6% (n=501) das mães o realizaram, 13,6% (n=102) não realizaram e em 19,8% (n=149) o registro estava ignorado.

Com relação ao esquema de tratamento das mães das crianças com SC diagnosticadas em 2015, observou-se que, em 72,6% (n=546) dos casos, o tratamento foi considerado inadequado, e em 23,5% (n=177), não realizado. Apenas 16,1% (n=121) dos parceiros sexuais foram tratados, enquanto que 47,1% (n=354) estavam entre os que não foram tratados. Ressalta-se um percentual significativo de informação ignorada, sendo 36,8% (n=277), dificultando, assim, a análise dos dados conforme descritos na Tabela 9.

Tabela 9 - Distribuição dos casos confirmados de sífilis congênita (número e percentual), segundo as informações laboratoriais e de tratamento da mãe. Região de Saúde 10/RS, 2015

Características laboratoriais e de tratamento	2015	
	n	%
Teste não treponêmico no parto/curetagem		
Reagente	744	98,9
Não reagente	4	0,5
Ignorado	4	0,5
Teste confirmatório treponêmico no parto/curetagem		

Reagente	491	65,3
Não reagente	10	1,3
Não realizado	102	13,6
Ignorado	149	19,8
Esquema de tratamento		
Adequado	2	0,3
Inadequado	546	72,6
Não realizado	177	23,5
Ignorado	27	3,6
Parceiro tratado		
Sim	121	16,1
Não	354	47,1
Ignorado	277	36,8
Total	752	100,0

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Analisando a relação entre a situação do pré-natal e os grupos etários, verificou-se que a proporção de mulheres com 30 anos ou mais de idade sem a realização do pré-natal foi maior, se comparada ao total dos outros grupos etários ($p=0,048$). Quanto ao diagnóstico de SM, o grupo com 30 anos ou mais de idade apresentou um percentual maior de diagnóstico após o pré-natal, quando comparado com o total dos demais grupos ($p=0,015$). Associando a idade materna com o tratamento do parceiro, observou-se entre as mulheres com 30 anos ou mais um percentual menor de tratamento ($p=0,055$), (Tabela 10).

Tabela 10 – Associação entre a situação do pré-natal (realizou pré-natal, diagnóstico de sífilis materna e parceiro tratado) e os grupos etários das mães dos casos confirmados de sífilis congênita. Região de Saúde 10/RS, 2015

Variáveis	Grupos			
	< 20 anos	20-29 anos	> 30 anos	
Realizou pré-natal	n	n	n	p
Sim	106	301	133	0,048
Não	20	75	49	
Total (*)	126	376	182	
Diagnóstico de SM				
Durante o pré-natal	90	241	99	0,015
Após o pré-natal	34	129	79	
Não realizado	0	0	1	
Total (*)	124	370	179	
Parceiro tratado				
Sim	30	71	19	0,055
Não	71	187	93	

Total (*)	101	258	112
------------------	------------	------------	------------

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Notas: (*) A soma do total em cada categoria varia devido à exclusão dos casos para os quais não havia informação disponível.

Quanto à realização do pré-natal e a raça/cor, não se verificou associação, bem como com o diagnóstico de SM e tratamento do parceiro. Entretanto, observou-se uma distribuição desigual entre o total de casos e a realização do pré-natal, tendendo a ser menor entre as mães não brancas, e a mesma tendência em relação ao diagnóstico durante o pré-natal e o tratamento do parceiro (Tabela 11).

Tabela 11 – Associação entre a situação do pré-natal (realizou pré-natal, diagnóstico de SM e parceiro tratado) e a raça/cor das mães dos casos confirmados de sífilis congênita. Região de Saúde 10/RS, 2015

Variáveis	Branca	Não branca	p
	n	n	
Realizou pré-natal			
Sim	254	207	0,637
Não	69	51	
Total (*)	323	258	
Diagnóstico de SM			
Durante o pré-natal	200	172	0,287
Após o pré-natal	119	84	
Não realizado	0	1	
Total (*)	319	257	
Parceiro tratado			
Sim	67	39	0,090
Não	221	133	
Total (*)	288	172	

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Notas: (*) A soma do total em cada categoria varia devido à exclusão dos casos para os quais não havia informação disponível.

Apesar da não associação estatística significativa entre a realização do pré-natal e a escolaridade, verificou-se uma tendência de as mães com maior escolaridade terem maior acesso ao pré-natal. Os achados demonstram que as mães com baixa escolaridade (< 4 anos) apresentaram uma tendência ao diagnóstico de SM após pré-natal maior que os demais grupos. Entre o tratamento do parceiro e a escolaridade das mães, verificou-se uma tendência de as mães com maior escolaridade terem parceiros tratados, conforme Tabela 12.

Tabela 12 – Associação entre a situação do pré-natal (realizou pré-natal, diagnóstico de SM e parceiro tratado) e a escolaridade das mães dos casos confirmados de sífilis congênita. Região de Saúde 10/RS, 2015

Variáveis	Escolaridade (em anos)			p
	< 4 anos	De 4 a 7 anos	≥ 8 anos	
Realizou pré-natal	n	n	n	
Sim	18	129	274	0,071
Não	7	44	58	
Total (*)	25	173	332	
Diagnóstico de SM				
Durante o pré-natal	15	111	208	0,907
Após o pré-natal	11	62	123	
Não realizado	0	0	1	
Total (*)	26	173	332	
Parceiro tratado				
Sim	5	26	63	0,611
Não	16	87	163	
Total (*)	21	113	226	

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Notas: (*) A soma do total em cada categoria varia devido à exclusão para os quais não havia informação disponível.

Observando as variáveis relacionadas com a assistência pré-natal, um número elevado de mulheres que realizaram o pré-natal ficou sem o diagnóstico neste período ($p < 0,001$). Entre as mulheres que realizaram o pré-natal, mais de 80,0% foram classificadas com esquema de tratamento inadequado ($p < 0,001$). Analisando o tratamento do parceiro com relação à realização do pré-natal, observou-se que mais da metade das mulheres com pelo menos uma consulta de pré-natal não teve seus parceiros tratados ($p < 0,001$), conforme a Tabela 13.

Tabela 13 – Associação entre a realização do pré-natal e o diagnóstico de SM, esquema de tratamento da mãe e tratamento do parceiro. Região de Saúde 10/RS, 2015

Variáveis	Realização do Pré-Natal		p
	Sim	Não	
	n	n	
Diagnóstico de SM			
Durante o pré-natal	429	0	<0,001
Após o pré-natal	87	132	
Não realizado	1	0	
Total (*)	517	132	
Esquema de tratamento			

Adequado	2	0	<0,001
Inadequado	444	62	
Não realizado	87	78	
Total (*)	533	140	
Parceiro tratado			
Sim	114	3	<0,001
Não	256	80	
Total (*)	370	83	

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Notas: (*) A soma do total em cada categoria varia devido à exclusão dos casos para os quais não havia informação disponível.

A Tabela 14 demonstra que mais de 60,0% das mães com tratamento inadequado não tiveram o seu parceiro tratado ($p < 0,001$).

Tabela 14 – Associação entre o esquema de tratamento da mãe e o tratamento do parceiro. Região de Saúde 10/RS, 2015

Variáveis	Parceiro Tratado		
	Sim	Não	p
Esquema de tratamento			
Adequado	2	0	<0,001
Inadequado	114	244	
Não realizado	2	109	
Total	118	353	

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

5.1.3 Informações da ficha de notificação/investigação da SG

Analizando os casos de SG relacionados com as notificações de SC diagnosticadas em 2015, identificaram-se 48,0% (n=110) das gestantes com diagnóstico no segundo e terceiro trimestre e em 24,0% (n=55) dos casos a idade gestacional foi ignorada, comprometendo, assim, a análise da informação (Tabela 15).

Tabela 15 - Distribuição dos casos confirmados de sífilis em gestante (número e percentual), segundo o trimestre da gestação. Região de Saúde 10/RS, 2015 ⁽¹⁾

Trimestre da gestação	2015	
	n	%
1º Trimestre	64	27,9
2º Trimestre	57	24,9
3º Trimestre	53	23,1

IG Ignorada	55	24,0
Ignorado	0	0,0
Total	229	100,0

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Durante o pré-natal, 96,5% (n=221) tiveram o TNT reagente e, quanto ao TT, o resultado foi reagente em 71,2% (n=163) dos casos, não realizado em 12,2% (n=28) e em 16,2% (n=37) dos casos a informação foi ignorada, conforme a Tabela 16.

Tabela 16 - Distribuição dos casos confirmados de sífilis em gestante (número e percentual), segundo as características laboratoriais. Região de Saúde 10/RS, 2015

Características laboratoriais	2015	
	n	%
Teste não Treponêmico PN		
Reagente	221	96,5
Não reagente	0	0,0
Não realizado	6	2,6
Ignorado	2	0,9
Teste Treponêmico PN		
Reagente	163	71,2
Não reagente	1	0,4
Não realizado	28	12,2
Ignorado	37	16,2
Total	229	100,0

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Quanto à classificação clínica estabelecida para as mães dos casos de SC informada na ficha de notificação da SG, 14,8% (n=34) foram classificadas com sífilis primária, 14,4% (n=33), com sífilis latente, e a informação estava ausente ou ignorada em 57,3% (n=131) dos casos. Já o esquema de tratamento prescrito com maior frequência foi o de três doses (dose total 7.200.000 UI) em 57,6% (n=132) dos casos, e a informação foi ignorada em 21,4% (n=49) dos casos. (Tabela 17)

Tabela 17 - Distribuição dos casos confirmados de sífilis em gestante (número e percentual), segundo a classificação clínica e o tratamento prescrito. Região de Saúde 10/RS, 2015

Variáveis	2015	
	n	%
Classificação Clínica		
Primária	34	14,8

Secundária	8	3,5
Terciária	23	10,0
Latente	33	14,4
Ignorado	116	50,7
Em branco	15	6,6
Tratamento Prescrito		
Penicilina G benzatina 2.400.000 UI	19	8,3
Penicilina G benzatina 4.800.000 UI	8	3,5
Penicilina G benzatina 7.200.000 UI	132	57,6
Outro esquema	6	2,6
Não realizado	15	6,6
Ignorado	49	21,4
Total	229	100,0

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Considerando as mães que tiveram o diagnóstico de SM durante o pré-natal e não tiveram a notificação de SG encontrada no SINAN, tem-se uma subnotificação de 47,5% dos casos. Outro fator a se considerar é o percentual de variáveis com campo ignorado nas fichas de notificação tanto da SC como da SG.

Sintetizando os principais resultados encontrados na região de saúde em estudo, observou-se uma taxa de incidência de SC elevada, déficit na avaliação laboratorial e no seguimento das crianças, comprometendo, portanto, a implementação do tratamento adequado conforme os protocolos estabelecidos. As mães dos casos de SC apresentaram baixa escolaridade, a maioria com realização do pré-natal, muitas vezes, sem diagnóstico ou com diagnóstico tardio, esquema de tratamento inadequado e sem tratamento do parceiro.

6 DISCUSSÃO

A SC é uma doença de elevada magnitude que pode ser totalmente evitada, desde que a gestante seja identificada, tenha o diagnóstico em tempo oportuno e medidas de tratamento, prevenção e promoção aplicadas a ela e seu(s) parceiro(s) sexual(is), persistindo, assim, como um problema de saúde pública. ^(1,27) A taxa de incidência é calculada utilizando o número de casos novos, em um determinado ano e local de residência, dividido pelo número de nascidos vivos de mães residentes no mesmo local e ano, multiplicado por 1.000. Essa taxa tem como utilidade medir o risco de ocorrência de casos novos de SC por TV do *Treponema pallidum* no mesmo local de residência e ano. ⁽⁸⁾

Observou-se, na região de saúde em estudo, uma taxa de incidência de SC em menores de 1 ano de idade elevada, sendo a maior entre as regiões de saúde do estado. A taxa encontrada é 46 vezes maior do que a meta assumida pelo Brasil junto à OPAS e OMS para a eliminação do agravo, que é de 0,5 casos para cada 1.000 nascidos vivos. ^(30,43)

Entre os municípios da região de saúde em estudo, as maiores taxas de SC foram observadas nos municípios mais populosos, como a capital do estado, Porto Alegre. Porém, municípios menores que apresentam menor acesso aos recursos (materiais, humanos, entre outros) têm maior probabilidade de apresentar subnotificação em seus registros, dificultando, assim, o conhecimento real da situação de saúde, o que culminará na ausência do planejamento de ações e monitoramento de indicadores. ⁽⁶³⁾

A taxa de incidência da sífilis, em geral, tem estado elevada também em outros estados e municípios brasileiros nos últimos anos, demonstrando que esse agravo merece destaque nas ações de prevenção, promoção, assistência e vigilância oferecidas à população, contribuindo, assim, para a redução da TV do *Treponema pallidum*. ⁽⁸⁾ Estudo em Belo Horizonte, realizado em 2013 ⁽⁶⁴⁾, descreveu a evolução da incidência da SC no município entre 2001 e 2008 com uma tendência crescente, passando de 0,9 para 1,6 casos por 1.000 nascidos vivos, corroborando com o descrito acima.

Países como os Estados Unidos (EUA) e China também vêm vivenciando um aumento na taxa de SC nos últimos anos, inclusive, um estudo demonstrou um aumento em quase todas as regiões dos EUA no período de 2012 a 2014. ^(65,66) Segundo a literatura, esse aumento da incidência pode ser atribuído a uma série de fatores, dentre eles, o trabalho extenso dos sistemas de vigilância para garantir a informação com melhoria na qualidade, a implantação dos testes rápidos, como, por exemplo, os introduzidos no RS a partir de 2012, e sua consequente implementação ao longo dos anos, a realização de exames para sífilis no

momento do parto/curetagem, as deficiências encontradas na assistência oferecida às gestantes, a penicilina e o fato de que quase metade das unidades de atenção primária não trata pacientes, mas sim encaminha a outros níveis de cuidados para o tratamento, com subsequente perdas durante o processo de referência. Sendo assim, o Brasil está priorizando a eliminação da SC, implementando medidas para enfrentar esta epidemia. ^(1,16,67,68,69)

Neste estudo, a maioria dos diagnósticos dos casos de SC ocorreu no primeiro dia de vida, ou seja, logo após o nascimento. Sendo assim, observou-se na região pesquisada um sistema hospitalar vigilante e ágil na investigação dos casos, no intuito de detectar oportunamente os casos. O diagnóstico em tempo oportuno da criança infectada realizado nas maternidades tem sido apontado em pesquisas semelhantes. ^(58,70,71)

Entre os casos confirmados de SC observou-se um equilíbrio entre as crianças do sexo masculino e feminino, apesar de se considerar um número relevante de casos com a informação ignorada na ficha de notificação. Muitos desses casos ignorados estão relacionados a situações de aborto e natimortos, dificultando, e até mesmo impossibilitando, a identificação do sexo. Considerando que a Região de Saúde 10 registrou em 2015 um total de 32.550 nascidos vivos, conforme o Sistema de Informações sobre nascidos vivos (SINASC), sendo 51,3% (n=16.707) do sexo masculino e 48,7% (n=15.840) do sexo feminino ⁽⁷²⁾, verificou-se que esse resultado corrobora com o estudo, uma vez que ligeiramente prevaleceram crianças com SC do sexo masculino.

Analisando a variável raça/cor da criança, verificou-se um percentual elevado de informação ignorada ou em branco, comprometendo, portanto, a avaliação do dado. Torna-se necessário considerar a relação dos casos ignorados com as situações de abortos e natimortos, uma vez que são situações que impossibilitam determinar a raça/cor. Outro fator a se considerar é que a variável não é de preenchimento obrigatório, aumentando, assim, o número de casos ignorados para além das situações especiais, sendo a mesma essencial para a avaliação epidemiológica dos casos. Portanto, registrou-se no ano de 2015 na Região de Saúde 10, entre as crianças nascidas vivas, um percentual de 75,6% da raça/cor branca e 24,1% da negra, conforme dados do MS ⁽⁷³⁾, sendo essa informação compatível com o resultado deste estudo.

Considerando a zona de residência dos casos de SC, evidenciou-se que os resultados confirmam o cenário da região, uma vez que 98,6% dos seus habitantes residem em zona urbana ⁽⁷⁴⁾. Outro estudo também demonstrou que a maioria dos casos de TV por sífilis investigados era de mães residentes em áreas urbanas. ⁽⁶³⁾

A avaliação complementar do RN com suspeita de SC deve incluir o TNT realizado em sangue periférico. Todas as crianças cujas mães tiveram diagnóstico de sífilis na gestação, no parto, ou na suspeita clínica de SC, deverão fazer o teste, independente da realização de tratamento prévio. ^(1,32,75) Ressalta-se que o resultado não reagente não exclui a possibilidade de SC, pois, em situações como infecção materna muito recente, isso poderá acontecer.

Este estudo demonstrou que pouco mais de 60% das crianças realizaram punção líquórica, tendo a maioria o resultado do TNT não reagente. Ressalta-se que esse resultado não exclui a presença de neurosífilis, sendo necessário avaliar outros parâmetros; já o resultado reagente, independente de outras alterações (leucócitos e proteínas), conclui pelo diagnóstico de sífilis. ⁽²⁷⁾ Sendo assim, neste estudo, 14 (1,9%) crianças tiveram o diagnóstico de neurosífilis.

Um percentual de 4,5% das crianças deste estudo apresentou alterações líquóricas, sendo considerado alterado o LCR no período neonatal (até 28 dias de vida) quando o número de células (> 25 células/mm³) e/ou proteínas (> 150 mg/dL) for elevado. Após 28 dias de vida, a pleocitose é definida com número de células acima de 5 leucócitos/mm³ e a hiperproteinorraquia com concentração proteica superior a 40 mg/dL, sendo esses parâmetros adicionais para o diagnóstico de neurosífilis, conforme a literatura. ^(1,27)

A não realização do LCR nos RNs, evidenciada também em outros estudos ^(58,76), dificulta definir o diagnóstico de neurosífilis, comprometendo, assim, a aplicação correta do esquema de tratamento e também o cumprimento dos parâmetros de avaliação propostos no seguimento da criança, conforme o protocolo. É fundamental avaliar a função neurológica de todas as crianças de mães não tratadas ou inadequadamente tratadas, caso não haja nenhuma contraindicação, por meio do exame do LCR, pois cerca de 10 a 40% dos casos assintomáticos poderão apresentar alterações que acometem o sistema nervoso central, investigando assim a neurosífilis. ^(1,26,27,32)

Na prática clínica, a pesquisa específica do *Treponema pallidum* é pouco utilizada, justificando o resultado deste estudo. Apesar de ser considerado o teste mais eficiente para determinar diretamente o diagnóstico e possuir baixo custo, a maioria destas técnicas é trabalhosa ou necessita de equipamento específico. ^(27,77) O resultado positivo evidencia definitivamente a doença, porém o negativo não exclui a mesma. ⁽²⁷⁾

Na região de saúde estudada, observou-se um elevado número de exames radiológico não realizados ou com informação ignorada no registro. Ressalta-se que, para a definição do diagnóstico da SC, a radiografia dos ossos longos é recomendada como um dos exames complementares. ⁽⁷⁷⁾

A alteração do sistema musculoesquelético mais frequente na SC sintomática é a metáfisite, presente em 50 a 90% dos casos, sendo geralmente bilateral e simétrica. Como achado clínico também importante, aparecem a periostite, presente em 70% dos casos, e a osteíte, presente em 20 a 40% das situações. Justifica-se a realização desse exame também nas crianças assintomáticas, uma vez que a radiografia alterada será a única anormalidade encontrada. ⁽²⁷⁾ Estudo realizado em Palmas, no Tocantins, entre os anos de 2007 e 2014, evidenciou um percentual elevado da não realização do exame radiológico e ausência da informação nas notificações. ⁽⁷⁶⁾

Analizando o resultado do TT após os 18 meses, neste estudo, observaram-se, em mais de 60% dos casos, a não realização e a ausência da informação. O uso deste teste é para o seguimento laboratorial de crianças com SC ou crianças expostas à SM sem diagnóstico prévio, pois, a partir dos 18 meses, os anticorpos transmitidos passivamente da mãe para a criança não serão mais detectáveis. ^(1,78) Quando a criança menor de 18 meses é notificada com SC, o campo correto a ser preenchido é o "não se aplica", em função da idade, conforme as instruções de preenchimento da ficha ⁽⁷⁹⁾. Na idade adequada, ou seja, durante o seguimento, a criança fará o exame e o resultado do mesmo deverá ser informado à vigilância, que providenciará a atualização deste campo na ficha.

Após os 18 meses de idade, os TTs deverão apresentar resultados não reagentes nos casos em que o tratamento adequado foi instituído no período neonatal, pois não haverá tempo para a formação de anticorpos específicos pela criança. Sendo assim, um TT reagente aos 18 meses confirma um caso de SC, mas, se negativo, não descarta. ^(1,32)

Outro exame que envolve o seguimento da criança é o da titulação ascendente, não realizado em mais de 40,0% dos casos. Considera-se titulação ascendente a elevação dos títulos da sorologia não treponêmica realizados durante o acompanhamento da criança. ⁽³²⁾ Salienta-se que todo RN cuja mãe é soropositiva para sífilis deve ser acompanhado em seguimento ambulatorial, realizando também o TNT (VDRL) com titulação no 1º, 3º, 6º, 12º, 18º e 24º meses de vida. Torna-se necessária essa avaliação, pois, diante da elevação do título sorológico ou da sua não negatificação até os 18 meses de idade, o paciente deverá ser reavaliado e aplicado o retratamento, se necessário. Se os títulos estiverem caindo nos primeiros três meses e forem negativos entre 6 e 18 meses de vida, define-se que a criança foi tratada de maneira correta. ⁽²⁶⁾

O estudo demonstrou que em mais de 70% os casos foram assintomáticos ao nascer, sendo necessários a triagem sorológica da mãe na maternidade e o seguimento da criança, a fim de evitar consequências. Esse resultado corrobora com outros estudos, assim como

publicações do MS que registraram mais de 50% dos casos sem sinais e sintomas ao nascimento. ^(2,26,65,80,81) Quando presente, o quadro clínico da SC é variável, podendo ser observadas manifestações isoladas ou simultâneas. As manifestações e a evolução dos casos dependerão do tempo de exposição do feto ao *Treponema* (duração da sífilis na gestação sem tratamento); da carga treponêmica materna; da virulência do *Treponema*; do tratamento da infecção materna; da coinfeção materna pelo HIV ou outra causa de imunodeficiência. ^(15,82)

Ressalta-se que o acompanhamento da criança em consultas de puericultura é imprescindível, onde se tem a oportunidade de detectar sinais e sintomas referentes à SC. Os pais deverão ser informados, quando da alta hospitalar, sobre o quadro clínico da sífilis e suas sequelas, principalmente surdez e déficit de aprendizagem, que são de pouca percepção, podendo se apresentar de modo irreversível, no futuro. ⁽¹⁾ Este estudo apresenta resultados que ratificam registros descritos na literatura, onde os sinais e sintomas presentes são os mais comuns.

O tratamento da criança com SC depende de uma série de fatores, dentre eles a idade da criança (neonatal ou pós-neonatal), tratamento materno (adequado ou não adequado), achados clínicos, laboratoriais e radiográficos, variando entre o uso da penicilina G cristalina, penicilina G procaina e penicilina G benzatina. Uma vez estabelecido o tratamento adequado dos casos diagnosticados, tanto da sífilis precoce quanto da tardia, a remissão dos sintomas ocorrerá em poucos dias. ⁽²⁷⁾ Os resultados deste estudo indicaram que o esquema de tratamento prescrito com maior frequência foi a penicilina G cristalina em doses de 100.000 a 150.000 UI/Kg/dia, IV, por 10 dias, corroborando com outros estudos. ⁽⁸¹⁾ Entretanto, em 8,1% dos casos utilizou-se outro esquema que não com a penicilina, apesar da não evidência científica da eficácia de outro medicamento no tratamento da SC. ⁽¹⁾

Neste estudo a maioria dos casos notificados apresentou um curso favorável da doença, com as crianças permanecendo vivas. Este achado assemelha-se a uma pesquisa realizada entre 2007 e 2014, em Palmas, no Tocantins, e também em outras regiões. ^(76,81) Analisando a evolução dos casos notificados, sabe-se que a presença da sífilis na gestação pode causar aborto, prematuridade, morte fetal, doenças congênitas ou até mesmo a morte em aproximadamente 40% dos conceptos infectados de mães não tratadas ou tratadas de forma inadequada. ^(1,2)

A distribuição dos casos de SC segundo as características das mães sugere desigualdades sociais em termos de exposição a esse agravo. As mulheres com sífilis são, principalmente, jovens adultas, com baixa escolaridade e realização do pré-natal, semelhante ao apresentado em outros estudos. ^(76,83,84)

Quanto à raça/cor, a população do RS se distribui da seguinte forma: branca (83,2%), parda (10,6%), preta (5,6%), amarela (0,4%) e indígena (0,3%).⁽⁷⁴⁾ Sendo assim, as mães da raça/cor autodeclarada branca foram as mais encontradas neste estudo. Ressalta-se que essa distribuição no RS reflete padrões históricos de ocupação, estando esse estado entre as UF's da Região Sul com maior proporção de brancos.⁽⁷⁴⁾

Estudos demonstram que um baixo grau de instrução ou menos de 8 anos de estudo dificultam o acesso das pessoas à informação, gerando um entendimento limitado da importância dos cuidados com a saúde e, conseqüentemente, das medidas de prevenção da infecção.⁽⁸⁴⁾ Sabe-se, pela história natural da infecção pelo *Treponema pallidum*, que o desenvolvimento da doença no organismo humano independe da escolaridade, podendo acometer pessoas de todos os níveis socioeconômicos, mas a baixa escolaridade pode favorecer a não adesão às medidas de prevenção, diagnóstico e tratamento.

Analisando a ocupação das mães dos casos de SC, observou-se que o resultado corrobora com outros estudos, que assinalam um percentual relevante entre a informação ignorada e a ocupação de dona de casa.^(58,85)

No presente estudo verificou-se que mais da metade das mães realizou o pré-natal, independente do número de consultas, e mesmo assim a TV ocorreu. Rezende e Barbosa⁽⁸⁶⁾, em um estudo descritivo, com abordagem quantitativa e coleta retrospectiva de fontes secundárias em Goiás, demonstrou que em várias regiões de saúde o percentual de consultas de pré-natal realizadas foi elevado, ou seja, o acesso a esta assistência está sendo promovido, mas isso não evidencia a qualidade da ação.

A Região de Saúde 10 apresenta uma cobertura populacional estimada de AB inferior à média estadual (72,7%), sendo de 61,0%; a cobertura de estratégia de saúde da família também é inferior à estadual (56,0%), tendo sido de 42,9% em 2015. Já a cobertura de pré-natal no estado é de 75% de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas, e na Região de Saúde 10 essa cobertura é de 70,9%, porém, inferior à estadual. Verificaram-se, portanto, grandes desafios para a efetivação do cuidado nesse âmbito, uma vez que a incidência da SC vem se mantendo elevada, com uma série de fatores implicados, dentre eles a assistência pré-natal.^(72,87) A literatura registra que a atenção no pré-natal no Brasil é quase universal, favorecendo uma cobertura de mais de 90,0% em todo o país.⁽⁸⁴⁾

Recomenda-se durante o parto a solicitação do TNT, independente da realização prévia de exames, como um dos critérios para definir o diagnóstico.^(1,26) Destaca-se que a realização dos testes rápidos nas maternidades tem mostrado vantagens no sentido da otimização do uso do leito de internação, evitando que a puérpera fique hospitalizada

aguardando apenas o resultado do teste para sífilis. ⁽¹⁾ Ressalta-se, neste estudo, a realização em mais de 95% das mães do TNT e em um pouco mais de 65% do TT na maternidade, sendo necessário ampliar este teste também neste momento.

Na impossibilidade, por diversas razões, de se realizar o diagnóstico e o tratamento da SG e sua parceria sexual durante o pré-natal, mais uma oportunidade de realizá-lo será na maternidade. Sendo assim, a associação entre a avaliação epidemiológica, clínica e laboratorial é fundamental para a identificação da TV, onde, posteriormente, será implementado o tratamento da criança infectada, evitando consequentemente as manifestações clínicas da doença e suas consequências.

Considerando o esquema de tratamento das mães, verificou-se que em mais de 70,0% o tratamento foi inadequado, reforçando, assim, a elevada taxa de incidência de SC, sendo esse o mesmo cenário observado em outros estudos. ^(64,76,86,88) Ressalta-se que a proporção de tratamentos inadequados e a sua não realização contribuíram significativamente para o aumento da TV da doença e, consequentemente, favoreceram a elevada incidência da SC na região de estudo, considerando que todo caso de SM não tratada, inadequadamente tratada ou com parceiro não tratado concomitantemente constituiu um caso de SC.

Destaca-se a necessidade de adesão do parceiro à assistência pré-natal para, dentre outras necessidades, ofertar o tratamento ao mesmo frente ao diagnóstico de SM. Resultados semelhantes do não tratamento do parceiro foram encontrados por alguns estudos realizados em Palmas/TO (2007-2014), Rio de Janeiro/RJ (2007-2008), Fortaleza/CE (2000-2009), como também no Rio Grande do Norte (2007-2010). ^(31,55,63,76) Considera-se importante o tratamento do parceiro da gestante infectada, pois, além de uma oportunidade de tratamento, também previne-se a ocorrência de novos casos na população geral e a reinfecção da sífilis durante a gestação, consequentemente evitando uma situação de TV. ⁽⁸⁴⁾

Associando a realização do pré-natal com os grupos etários, tem-se estudos que demonstram uma menor adesão ao pré-natal de mulheres mais jovens, entretanto, um estudo realizado na Argentina encontrou como fator de risco para a ocorrência da SM a idade acima de 35 anos. ^(89,90,91) Sendo assim, observou-se nesse estudo uma correlação positiva e significativa entre mães com 30 anos ou mais sem acesso ao pré-natal, e consequentemente, com diagnóstico de SM após o pré-natal e parceiro sem tratamento, quando comparado ao total dos outros grupos etários.

A evidência de alguns fatores sociais de vulnerabilidade, como baixa escolaridade e raça/cor, pode influenciar na não realização do pré-natal. Estudos que analisaram fatores sociodemográficos com relação ao acesso ao serviço pré-natal demonstraram que existem

desvantagens entre as mulheres negras em relação às brancas, em função das desigualdades socioeconômicas existentes, como baixa escolaridade e baixa renda familiar. ^(92,93,94) Um estudo realizado em Pelotas/RS, entre 2009 e 2010, encontrou que a não realização do pré-natal apresentou forte associação com a baixa escolaridade, sendo um dos principais fatores associados à não utilização dos serviços de saúde em geral. ⁽⁹⁵⁾

Uma das dificuldades encontradas está relacionada com o diagnóstico de SM, onde se observa uma lacuna de 16,8% de mães com pré-natal que não tiveram o diagnóstico durante o acompanhamento. Entende-se que, para a redução da TV da sífilis, o diagnóstico oportuno durante a gestação é fundamental. ⁽⁸⁶⁾

Em função de a SC ser um agravo evitável por meio de medidas de prevenção, diagnóstico e tratamento disponível há décadas, é possível definir a doença como um claro marcador da qualidade da assistência à saúde no pré-natal, sendo, portanto, um evento sentinela. Com a assistência pré-natal, pretende-se garantir a evolução da gestação dentro dos limites da normalidade, identificando em tempo oportuno, e de forma ágil, situações de risco e/ou vulnerabilidades que podem envolver o binômio mãe-bebê de modo a prevenir as complicações. Mas, para garantir a efetividade dessa assistência, torna-se necessário não somente o acesso, mas também a qualidade dessas ações. ⁽⁷¹⁾

Analisando as informações do banco de dados da SG, verificou-se uma elevada frequência do diagnóstico de SM após o primeiro trimestre da gestação. Ressalta-se que é fundamental a identificação da gestante em tempo oportuno, ou seja, o mais precoce possível, sendo esse período até a 12ª semana da gestação ⁽⁸⁴⁾, para que a avaliação obstétrica ocorra no início do pré-natal. Essa captação precoce facilitará o vínculo entre os profissionais e a gestante, objetivando a aplicação de medidas preventivas e terapêuticas, o mais rápido possível. ^(76,86)

Durante o pré-natal, a sorologia não treponêmica é indicada como um dos mecanismos para definir o diagnóstico e também realizar o seguimento terapêutico, sendo o teste mais utilizado o VDRL. Em função dos resultados falso-positivos, faz-se necessário, para confirmação de um caso, a realização também de um TT. ^(1,86) Nesse estudo, mais de 90% das mães das crianças com notificação de SG realizaram o TNT e mais de 70%, o TT no pré-natal. A realização dos testes sorológicos não treponêmicos no pré-natal em elevado percentual é apontada em outras publicações. ⁽⁹⁶⁾

A ampliação do diagnóstico de sífilis por meio dos testes rápidos tem facilitado o acesso da população em tempo oportuno. Portanto, fazem-se necessárias a manutenção e ampliação da tecnologia com a efetivação do acompanhamento e seguimento, conforme

estabelecido pelos protocolos do MS. A ordem de realização dos testes fica a critério do serviço de saúde, conforme a sua disponibilidade; mas, quando o teste rápido for utilizado como triagem, nos casos reagentes, deverá ser encaminhada uma amostra do sangue para a realização do TNT. Na gestante, apenas um teste reagente é suficiente para se iniciar o tratamento, sem a necessidade de aguardar o resultado do segundo teste, independente de ser não treponêmico ou treponêmico.⁽¹⁾

O presente estudo demonstrou que mais da metade das gestantes identificadas não teve a classificação clínica da doença definida. Ressalta-se que a definição da fase clínica da doença determinará ao profissional conhecer a evolução do caso, inclusive a possibilidade da ocorrência da TV (70% a 100% na fase primária e secundária, e 30% nas fases latente e terciária) e aplicação do melhor esquema terapêutico. A maior parte das gestantes não apresenta manifestações clínicas da sífilis, sendo muitas vezes difícil inferir a duração da infecção; nessa situação deve-se considerar o caso como sífilis latente tardia.^(1,15,26) Sendo assim, a falta da informação pode estar relacionada com o desconhecimento do profissional sobre a doença ou registro inadequado da informação em prontuário e/ou ficha de notificação.

Apesar dos avanços tecnológicos para o tratamento seguro e eficaz da gestante na prevenção da TV, o tratamento recomendado há mais de 70 anos continua sendo a penicilina benzatina, prescrita conforme o estágio clínico da doença. Esse antibiótico é o único que atravessa a barreira transplacentária, tratando, portanto, o feto.^(26,97) Observou-se neste estudo, que mais da metade das gestantes recebeu como esquema terapêutico três doses da penicilina benzatina, totalizando 7.200.000 UI, sendo esse resultado o mesmo encontrado em outras pesquisas.⁽⁷⁶⁾ Conforme o protocolo do MS, esse esquema deverá ser prescrito para os casos classificados como sífilis latente tardia ou latente com duração ignorada e sífilis terciária.⁽¹⁾ Estudo realizado com profissionais pré-natalistas do SUS mostrou a falta de preparo das equipes de saúde em relação ao esquema terapêutico a ser implementado à gestante com sífilis.⁽⁹⁸⁾

Cabe ressaltar a preocupação global com a escassez da fabricação da penicilina benzatina, em função da ausência de sua matéria-prima já reconhecida pela OMS. Essa redução diminui a equidade em saúde e inviabiliza a aplicação do tratamento recomendado às gestantes como prevenção da SC.⁽⁹⁷⁾ O desabastecimento do antibiótico no Brasil iniciou na metade do ano de 2014 e, desde então, o MS tem buscado solucionar a sua regularização, inclusive com compras emergenciais a serem distribuídas a todos os estados, apesar da responsabilidade da aquisição desse produto ser dos municípios e das instituições hospitalares.⁽⁹⁹⁾ No RS, devido à dificuldade de aquisição do antibiótico pelos municípios, a

SES/RS também efetivou uma compra em 2015, distribuindo aos municípios do estado que estavam em falta do antibiótico. ⁽¹¹⁾

Considera-se também que a subnotificação dos casos caracteriza-se como uma das dificuldades para a prevenção e controle da SC, evidenciando falhas nas ações de vigilância em saúde. Sabe-se que a informação gera a ação, entretanto, quando ocorre falta de dados o conhecimento e o acompanhamento estarão prejudicados, favorecendo, conseqüentemente, a ocorrência da TV e o aumento da incidência da SC. Outros estudos também evidenciaram subnotificações de casos de SM. ^(63,100,101)

7 DESENVOLVIMENTO DO CURSO: IMPLEMENTAÇÃO DA INTERVENÇÃO EDUCATIVA – PRODUTO DO ESTUDO

O curso contou com uma carga horária de 8 horas/aula, tendo a duração de um dia, no qual foram abordados os aspectos epidemiológicos do agravo na localidade, os fatores clínicos, métodos diagnósticos, tratamento e ações de vigilância, prevenção e controle. Trata-se de um curso piloto, desenvolvido na modalidade presencial, no qual se pretendeu, através do profissional participante, multiplicar as ações de prevenção, nos respectivos territórios, aos demais profissionais da rede. O contato com os municípios para o convite aos profissionais para participarem do curso foi realizado pela pesquisadora, na qualidade de exercer o cargo de especialista em saúde do quadro permanente da área técnica de DST/Aids da SES/RS.

A fim de avaliar a participação dos profissionais no curso, a partir do conhecimento dos participantes sobre manejo da prevenção da SC, como parte do processo da intervenção educativa, foram aplicados um pré-teste e um pós-teste. Ao iniciar o curso, foi distribuído aos participantes um formulário (APÊNDICE B), com alternativas de múltipla escolha (pré-teste). Por meio do Power Point[®], foram apresentados casos clínicos que envolveram a temática a ser abordada, com opções a serem escolhidas e marcadas no formulário individualmente. O profissional escolheu a opção conforme o enunciado da questão, definindo as condutas/ações. Após, foram recolhidos todos os formulários, sem a informação das respectivas respostas, pois, ao final do curso, o mesmo teste foi aplicado (pós-teste), com o intuito de definir, minimamente, a efetividade da intervenção, que teve como objetivo a atualização de conhecimentos. Espera-se que esta etapa tenha emitido resultados significativos, a fim de favorecer a ampliação e até mesmo novas técnicas de intervenção.

O curso de atualização em manejo da prevenção da SC destinado aos profissionais da vigilância epidemiológica dos municípios que compõem a Região de Saúde 10, objeto deste estudo, aconteceu no dia 26/04/2017, das 8:30 às 17:30. O local de realização foi uma das salas de reuniões do Centro Administrativo Fernando Ferrari (CAFF), na cidade de Porto Alegre/RS, sede atual da Seção Estadual de Controle das DST/Aids.

A maioria dos municípios pertencentes à 10ª Região de Saúde esteve presente, por meio de seus representantes, exceto o município de Glorinha, sendo a distribuição por localidade esquematizada na Figura 4. Quanto à formação profissional dos participantes, observou-se que 50,0% eram enfermeiros (n=5); 10,0%, biólogos (n=1); e 40,0%, auxiliares/técnicos de enfermagem (n=4). Quanto à estabilidade profissional, verificou-se que

90,0% eram servidores públicos (n=9), sendo essas informações extraídas do preenchimento da ficha de inscrição do participante.

Figura 5 – Distribuição dos participantes conforme a localidade



Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Após o planejamento da intervenção, que teve como ferramenta a planilha 5W2H (APÊNDICE A), construída utilizando como base informações e estudos prévios sobre a temática, seguiu-se a fase do desenvolvimento do curso. Essa fase compreendeu as seguintes etapas: elaboração da programação (APÊNDICE C), considerando o resultado da pesquisa quantitativa do estudo; distribuição dos temas aos respectivos facilitadores (técnicos da SES/RS); preparação do conteúdo a ser ministrado; organização das apresentações realizadas por cada facilitador; preparação dos testes (pré e pós) utilizados para medir o conhecimento dos participantes; validação dos testes entre os técnicos da SES/RS, com experiência em vigilância, no intuito de torná-los confiáveis; organização do material impresso a ser disponibilizado e aplicação do curso.

A equipe técnica da Coordenação Estadual de DST/Aids, formada por enfermeiros, psicólogos e administradores do quadro de servidores da SES/RS juntamente com dois estagiários, recepcionou os participantes, iniciando o curso com uma rodada de apresentações.

Na fase de aplicação do curso as atividades foram distribuídas da seguinte forma:

- a) Disponibilização aos participantes do curso da programação das atividades ao longo do dia, enfatizando o objetivo do mesmo.
- b) Aplicação do pré-teste (formulário – APÊNDICE B) onde cada profissional, individualmente, analisou dez situações (epidemiológica, clínica, diagnóstica e tratamento) apresentadas, sendo utilizados para essa atividade 30 minutos.
- c) Apresentação do “Panorama atual da sífilis”, sendo descrita a situação epidemiológica nacional, estadual e da região em estudo, no intuito de mostrar a relevância epidemiológica do agravo e os resultados deste estudo, assim como as diversas estratégias de enfrentamento. Para essa apresentação, o facilitador utilizou 1h e 30 minutos, tendo a participação ativa de todos os presentes, sendo explorados os dados e as possibilidades diversas de análises a serem utilizadas pelas vigilâncias dos municípios.
- d) Discussão sobre “O monitoramento da sífilis como medida de prevenção”, em aproximadamente 1 hora. Foram explorados os métodos diagnósticos, clínicos e de tratamento da sífilis na população em geral e nas gestantes como medidas de prevenção da SC; discussão sobre o papel do multiplicador de informações no processo de prevenção.
- e) Explicação dos “Critérios de definição de casos de Sífilis: Notificação”. Procurou-se esclarecer as definições de casos de SA, SG e SC, atualmente vigentes, estabelecidas pelo MS, e tirar dúvidas sobre o preenchimento correto da ficha. Muitas indagações surgiram nesse momento, pois os critérios são complexos, tendo passado por mudanças no final de 2014.
- f) Período de 1 hora de troca de experiências entre os municípios, no intuito de compartilhar informações relacionadas à temática. O Município de Porto Alegre iniciou o debate, com a apresentação de uma série de ações desenvolvidas no intuito de investigar os casos, detectar situações de subnotificação, organização da rede e articulação com os diversos setores por meio das atividades do Comitê de Investigação da Transmissão Vertical. Encerrou-se a discussão com a exposição dos desafios a serem encarados visando à redução dos casos de SC, sendo um deles a necessidade de capacitar permanentemente os trabalhadores da rede.
- g) Apresentação de 45 minutos sobre o “Financiamento e ações de IST/Aids” realizada pelo núcleo de planejamento da Coordenação. Esclarecimentos relacionados com os recursos federais para o desenvolvimento de estratégias diversas, juntamente com a

necessidade de planejar ações de vigilância no município, sendo essas exploradas nesse momento.

- h) Resolução de exercícios que enfatizam e exploram os mecanismos disponíveis para a análise dos dados no intuito de retroalimentar o sistema e monitorar os casos. Durante 1h e 30 minutos, a ferramenta do Tabwin foi explorada, esclarecendo o uso da mesma para as análises dos casos notificados.
- i) Aplicação do pós-teste (formulário – APÊNDICE B) com os mesmos casos resolvidos no início do curso, como uma tentativa de verificar a absorção dos assuntos trabalhados durante a programação.

Após a realização dos testes, os resultados foram tabulados e analisados por meio da comparação, ambos (pré e pós) por participante e questão, observando, assim, o nível de conhecimento prévio e o adquirido durante o curso. Procurou-se garantir, na avaliação dos resultados, a comparação dos testes pré e pós entre o mesmo participante, no intuito de avaliar individualmente o aprendizado, mas não o indivíduo.

Os dados foram organizados com a utilização de uma planilha do programa Microsoft Excel, onde se observou um aumento no percentual de acertos das questões 1 (Critérios que definem o tratamento materno como inadequado), 4 (Tipos de diagnóstico laboratorial da sífilis), 5 (Monitoramento do tratamento da sífilis), 6 (Conduta frente a uma gestante com teste rápido para sífilis reagente), 8 (Monitoramento laboratorial da criança com SC), 9 (Critérios e importância da notificação de SA) e 10 (Esquema terapêutico para a gestante com sífilis conforme a classificação clínica); nas outras questões 2ª, 3ª e 7ª, o percentual de acertos foi mantido, conforme demonstra a Tabela 18.

Tabela 18 – Distribuição percentual dos acertos das questões do pré e pós-teste da avaliação de aprendizagem

Conhecimento Avaliado		Pré Curso		Pós Curso	
		Acertos			
		n	%	n	%
1	Critérios que definem o tratamento materno como inadequado	4	40,0	8	80,0
2	Critérios que definem um caso como SC	7	70,0	7	70,0
3	Critérios de diagnóstico da SC	10	100,0	10	100,0
4	Tipos de diagnóstico laboratorial da sífilis	6	60,0	9	90,0
5	Monitoramento do tratamento da sífilis	9	90,0	10	100,0
6	Conduta frente a uma gestante com teste rápido para sífilis reagente	8	80,0	10	100,0
7	Fase da gestação em que pode ocorrer a transmissão vertical	10	100,0	10	100,0

8	Monitoramento laboratorial da criança com SC	3	30,0	7	70,0
9	Critérios e importância da notificação de SA	0	0,0	10	100,0
10	Esquema terapêutico para a gestante com sífilis conforme a classificação clínica	7	70,0	9	90,0

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

No que se refere às questões relacionadas à sífilis, entende-se que o acesso às informações, a educação e o processo de comunicação são necessários, haja vista a especificidade e complexidade da doença, sendo importante a realização das atualizações. Entende-se também que lacunas no conhecimento dos profissionais relacionadas com o manejo da SG comprometem o desfecho favorável da prevenção e controle da SC.⁽¹⁰²⁾ Sendo assim, pretendeu-se com o curso rápido sanar as dúvidas fundamentais que permeiam a promoção e prevenção do agravo e estimular a continuidade do processo educativo por outros meios, como, por exemplo, cursos EaD, treinamento em serviço, grupos de estudo, estudo individual, entre outros.

Sabe-se que os conhecimentos insuficientes dos profissionais relacionados com o manejo da sífilis conforme os protocolos estabelecidos pelo MS resultam em assistência ineficaz, contribuindo assim com a ocorrência da transmissão vertical. Estudos como o de Londrina/PR demonstraram a eficácia da intervenção educacional realizada para profissionais da AB sobre diagnóstico, tratamento e notificação da SC, contribuindo assim com a aquisição de conhecimentos sobre a sífilis, interferindo inclusive com a redução da TV do agravo.^(103,104,105)

O pré e pós-teste são mecanismos utilizados para mensurar o conhecimento absorvido pelos participantes em um processo de educação. Por meio da comparação das notas obtidas nos dois momentos, é possível desvendar o sucesso da atividade.⁽¹⁰⁶⁾

Ao final do curso foi aplicado aos participantes um instrumento de avaliação, onde aspectos relacionados ao curso, como o local de realização, organização da programação, duração e produtividade, foram avaliados, tendo as seguintes opções: ótimo, bom, regular ou ruim, estando o resultado descrito na Tabela 19. No formulário de avaliação (APÊNDICE D) foi disponibilizado um campo descritivo para a exposição de opiniões, sugestões e comentários a critério do participante. Em geral, os participantes apresentaram opinião positiva em relação ao curso nos quesitos.

Tabela 19 – Distribuição percentual da avaliação do curso pelos participantes

Variáveis	Respostas (%)			
	Ótimo	Bom	Regular	Ruim
Local de realização do curso	50,0	30,0	20,0	0,0
Organização da programação	70,0	30,0	0,0	0,0
Duração do curso	60,0	40,0	0,0	0,0
Produtividade do curso	70,0	30,0	0,0	0,0

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

O curso de atualização em manejo da prevenção da SC ofertado aos profissionais da vigilância epidemiológica foi um dos recursos utilizados dentro da educação em saúde pela pesquisadora, no intuito de auxiliar no desenvolvimento de competências e intervir frente a situações de riscos e vulnerabilidades que envolvem a temática. O desenvolvimento de processos de EC melhora a eficiência dos serviços de vigilância, pois tende a integrar e sedimentar o trabalho da equipe aos demais níveis de atenção à saúde (primária, secundária e terciária), para que o fluxo de informação e a qualidade dos serviços prestados sejam implantados, implementados e/ou qualificados. ^(56,107)

Para o presente estudo, tratou-se como fundamental escolher a modalidade presencial neste primeiro momento, no intuito de aproximar os profissionais do nível central, regional e local de vigilância da sífilis e entre os próprios municípios pertencentes à mesma região de saúde. Estudo realizado com alunos da Administração presencial e Administração Pública a distância demonstrou a dificuldade dos alunos da EaD de estabelecer um relacionamento interpessoal aluno-professor e aluno-aluno. ^(108,109)

Quanto ao planejamento das etapas a serem seguidas para o desenvolvimento do curso, entende-se que um programa de educação voltado aos profissionais de saúde demanda um planejamento dinâmico, participativo, com objetivos definidos, que visa atender diretamente as necessidades do tema que se pretende. A atividade educativa, para ser eficiente e eficaz, necessita de um planejamento flexível que se adapte à realidade, sendo construída por meio das seguintes fases: levantamento das necessidades, estabelecimento de metas e objetivos, estudo da viabilidade de recursos, determinação dos programas e avaliação periódica dos resultados. ⁽⁵¹⁾

7.1 DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES DO CURSO (PRODUTO)

- Boas vindas e apresentações

Objetivo: Criar um ambiente de aproximação entre facilitadores e participantes, e entre os participantes.

Execução: Em uma disposição circular, os participantes são recepcionados pelos facilitadores; inicia-se uma apresentação em exposição dialogada do nome, profissão, município de trabalho e expectativa do curso. Esta etapa é finalizada com o facilitador, que, após se apresentar, por meio do recurso audiovisual (Datashow), expõe a programação do curso e o respectivo objetivo.

- Avaliação Pré-Teste

Objetivo: Avaliar minimamente os conhecimentos prévios relacionados aos assuntos que serão abordados.

Execução: Explicar a avaliação e sua finalidade; distribuir o formulário a ser preenchido. Utilizando o recurso audiovisual (Datashow) para a projeção de perguntas objetivas, inicia-se o teste. No Quadro 3, constam exemplos de questões a serem trabalhadas.

Quadro 3 – Enunciado das questões apresentadas nos testes

01 – Para fins de notificação compulsória da SC, está correto considerar “tratamento materno inadequado” as seguintes situações, <i>exceto</i> : A) Tratamento realizado com qualquer medicamento que não seja a penicilina. B) Tratamento inadequado para a fase clínica da SM. C) Tratamento instituído depois dos 30 dias que antecedem o parto. D) Parceiro sexual não tratado ou tratado inadequadamente, ou quando não se tem essa informação disponível.
02 – Uma criança nasceu de mãe com sífilis tratada adequadamente na gestação, parceiro também adequadamente tratado e com titulação igual à da mãe. Essa criança deve ser notificada como um caso de SC? A) Não. B) Sim, sendo realizada o mais rápido possível. C) Sim, mas somente após a investigação do caso. D) Desconheço a resposta.
03 – Para um correto diagnóstico de SC, é necessário associar, na avaliação mãe-bebê, os seguintes fatores: A) Ambiental, Clínico e Social. B) Clínico, Epidemiológico e Laboratorial. C) Social, Clínico e Patológico. D) Familiar, Comportamental e Clínico.
04 – São considerados testes não treponêmico e treponêmico, respectivamente, os seguintes: A) Testes rápidos e FTA-Abs. B) RPR e VDRL. C) FTA-Abs e ELISA. D) VDRL e Testes rápidos.
05 – O teste rápido treponêmico pode ser utilizado para o monitoramento da eficácia do tratamento? A) Sim.

B) Não. C) Somente em algumas situações. D) Desconheço a resposta.
06 – Durante a primeira consulta de pré-natal, T.H.O. realizou um teste rápido para sífilis com resultado reagente. Considerando-se que não há nenhum registro de histórico de sífilis tratada adequadamente, qual é a melhor conduta para este caso? A) Encaminhar a gestante para realização do teste não treponêmico laboratorial, e aguardar a conclusão do diagnóstico para instituição do tratamento. B) Notificar o caso imediatamente e encaminhar a gestante para o pré-natal de alto risco para dar continuidade ao acompanhamento. C) Tratar a gestante e coletar uma amostra para posterior realização do teste não treponêmico e conclusão do diagnóstico. D) Desconheço a resposta.
07 – Em que fase da gestação pode ocorrer a TVda sífilis? A) Em qualquer fase da gestação. B) Antes da 18ª semana de gestação devido às características placentárias. C) A partir da 9ª semana de gestação. D) Desconheço a resposta.
08 – No campo “Titulação ascendente” da ficha de notificação/investigação da SC, o que considerar para o preenchimento correto? A) Refere-se à elevação de título sorológico realizados após os 18 meses da criança. B) Refere-se à comparação dos títulos da sorologia não treponêmica da mãe realizados durante o pré-natal. C) Refere-se à comparação dos títulos da sorologia não treponêmica realizados durante o acompanhamento da criança. D) Desconheço a resposta.
09 – O RN de P.P.S., ao nascer teve o diagnóstico de SC, sendo o caso notificado pela maternidade. Sua mãe não fez o pré-natal, e, após exames, também foi diagnosticada com sífilis. Como esta mãe será notificada? A) SG, já que a gestação ocasionou a sífilis na criança. B) SA, já que não se encontra mais gestante no momento do diagnóstico. C) Não é necessária a notificação da mãe, mas somente a notificação da criança. D) Desconheço a resposta.
10 – Uma gestante durante o pré-natal teve o diagnóstico de sífilis, sendo classificada como <u>Sífilis latente com duração ignorada</u>, pois o médico não conseguiu determinar o tempo de evolução da doença. Neste caso, qual será o esquema terapêutico adequado? A) Penicilina G benzatina 2,4 milhões UI, IM, dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo). B) Penicilina G benzatina 2,4 milhões UI, IM, semanal, por 3 semanas (Dose total: 7,2 milhões). C) Penicilina cristalina 18-24 milhões UI/dia, via endovenosa, administrada em doses de 3-4 milhões UI, a cada 4 horas ou por infusão contínua, por 14 dias. D) Ceftriaxona 1g, IV ou IM, 1x/dia, por 8 a 10 dias.

Fonte: Equipe técnica Coordenação Estadual DST/Aids RS, 2017.

- Panorama atual da sífilis

Objetivos: Apresentar dados epidemiológicos contextualizando o perfil da sífilis no Brasil, estado, região e município, conforme a realidade local; monitorar o perfil epidemiológico e suas tendências.

Execução: Por meio da exposição dialogada, apresenta-se o panorama atual da sífilis utilizando como recurso audiovisual o Datashow. No Quadro 4 constam exemplos de *slides* para apresentação.

Quadro 4 – Apresentação do panorama atual da sífilis

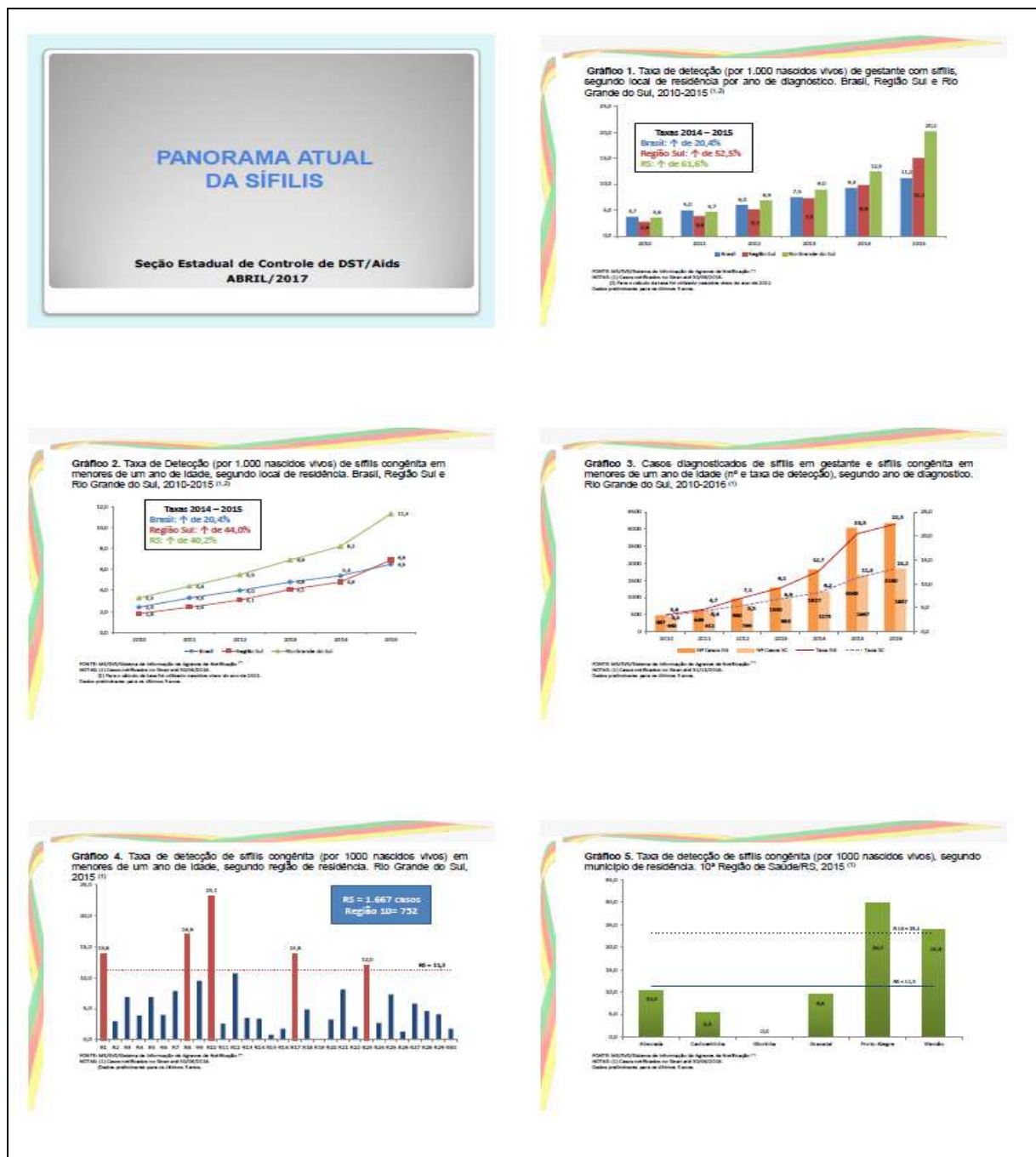


Tabela 1. Distribuição dos casos confirmados de sífilis congênita (número e percentual), segundo características sociodemográficas das crianças. 10ª Região de saúde/RS, 2015 ⁽¹⁾

Características Sociodemográficas	2015	
	nº	%
Idade criança		
< 7 dias	747	99,3
7 a 27 dias	4	0,5
28 dias a 1 ano	0	0,0
2 a 12 anos	1	0,1
Ignorado/Branco	0	0,0
Sexo		
Masculino	326	43,4
Feminino	310	41,2
Ignorado	116	15,4
Raça/Cor		
Branca	306	40,7
Preta	88	11,7
Amarela	1	0,1
Parda	72	9,6
Indígena	0	0,0
Ignorado	280	37,2
Sem informação	5	0,7

Fonte: MS/RS/Diretoria de Informação de Agravos de Notificação ⁽¹⁾
NOTAS: (1) Caso confirmado no Brasil até 10/06/2015.
Dados preliminares para os últimos 7 anos.

Tabela 2. Distribuição dos casos confirmados de sífilis congênita (número e percentual), segundo antecedentes epidemiológicos da mãe das crianças. 10ª Região de saúde/RS, 2015 ⁽¹⁾

Antecedentes epidemiológicos	2015	
	nº	%
Idade criança		
10 a 14 anos	2	0,3
15 a 19 anos	140	18,6
20 a 29 anos	397	52,8
30 a 39 anos	175	23,3
40 anos e mais	25	3,3
Branco	15	1,7
Raça/Cor		
Branca	341	45,3
Preta	182	24,2
Amarela	0	0,0
Parda	92	12,2
Indígena	0	0,0
Ignorado	137	18,2
Educacionalidade (em anos de estudo)		
Nenhuma	2	0,3
Menor ou igual a 8 anos	306	40,7
Maiores que 8 anos	171	22,7
Não se aplica	0	0,0
Ignorado/Branco	129	17,2
Total	752	100,0

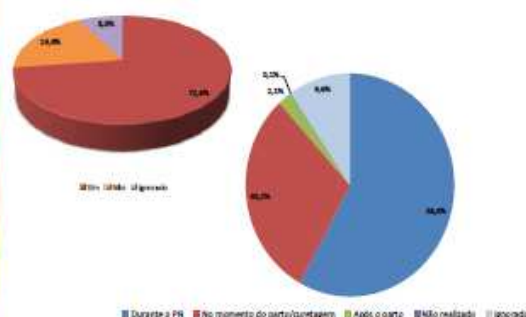
Fonte: MS/RS/Diretoria de Informação de Agravos de Notificação ⁽¹⁾
NOTAS: (1) Caso confirmado no Brasil até 10/06/2015.
Dados preliminares para os últimos 7 anos.

Tabela 3. Distribuição dos casos confirmados de sífilis congênita (número e percentual), segundo antecedentes epidemiológicos da mãe das crianças. 10ª Região de saúde/RS, 2015 ⁽¹⁾

Ocupação mãe	2015	
	nº	%
Dona de casa	253	34,9
Empregado doméstico	26	3,5
Estudante	26	3,5
Operador de caixa	24	3,2
Vendedor de comércio varejista	12	1,6
Cozinheiro	10	1,3
Assistente administrativo	7	0,9
Outros	64	8,5
Ignorada	288	38,3
Sem informação	32	4,3
Total	752	100,0

Fonte: MS/RS/Diretoria de Informação de Agravos de Notificação ⁽¹⁾
NOTAS: (1) Caso confirmado no Brasil até 10/06/2015.
Dados preliminares para os últimos 7 anos.

Gráfico 5. Distribuição percentual dos casos confirmados de sífilis congênita, segundo a realização do pré-natal e diagnóstico de sífilis materna. 10ª Região de saúde/RS, 2015 ^(1,2)



Fonte: MS/RS/Diretoria de Informação de Agravos de Notificação ⁽¹⁾
NOTAS: (1) Caso confirmado no Brasil até 10/06/2015.
Dados preliminares para os últimos 7 anos.

Tabela 4. Distribuição dos casos confirmados de sífilis congênita (número e percentual), segundo dados laboratoriais da mãe das crianças. 10ª Região de saúde/RS, 2015 ⁽¹⁾

Dados laboratoriais	2015	
	nº	%
Teste não treponêmico no parto/curetagem		
Reagente	744	99,0
Não reagente	4	0,5
Não realizado	0	0,0
Ignorado	4	0,5
Teste confirmatório treponêmico no parto/curetagem		
Reagente	491	65,3
Não reagente	10	1,3
Não realizado	102	13,6
Ignorado	149	19,8
Total	752	100,0

Fonte: MS/RS/Diretoria de Informação de Agravos de Notificação ⁽¹⁾
NOTAS: (1) Caso confirmado no Brasil até 10/06/2015.
Dados preliminares para os últimos 7 anos.

Tabela 5. Distribuição dos casos confirmados de sífilis congênita (número e percentual), segundo o tratamento da mãe das crianças. 10ª Região de saúde/RS, 2015 ⁽¹⁾

Tratamento gestante/mãe	2015	
	nº	%
Esquema de tratamento		
Adequado	2	0,3
Inadequado	346	46,0
Não realizado	177	23,5
Ignorado	27	3,6
Parceiro tratado		
Sim	121	16,1
Não	354	47,1
Ignorado	277	36,8
Total	752	100,0

Fonte: MS/RS/Diretoria de Informação de Agravos de Notificação ⁽¹⁾
NOTAS: (1) Caso confirmado no Brasil até 10/06/2015.
Dados preliminares para os últimos 7 anos.

Tabela 6. Distribuição dos casos confirmados de sífilis congênita (número e percentual), segundo dados laboratoriais da criança. 10ª Região de saúde/RS, 2015 ⁽¹⁾

Informações laboratoriais	2015	
	nº	%
TNT - Sanguine periferico		
Reagente	528	70,2
Não reagente	83	11,0
Não realizado	124	16,5
Ignorado	16	2,1
Sem informação	1	0,1
TT - Após 18 meses		
Reagente	1	0,1
Não reagente	3	0,4
Não realizado	233	30,7
Não se aplica	267	35,5
Ignorado	248	33,0
Sem informação	2	0,3
TNT - Liqueur		
Reagente	14	1,9
Não reagente	477	63,4
Não realizado	201	26,7
Ignorado	58	7,7
Sem informação	2	0,3
Total	752	100,0

Tabela 7. Distribuição dos casos confirmados de sífilis congênita (número e percentual), segundo dados laboratoriais da criança. 10ª Região de saúde/RS, 2015 ⁽¹⁾

Informações laboratoriais	2015	
	nº	%
Alteração leucorréica		
Sim	34	4,5
Não	425	56,5
Não realizado	201	26,7
Ignorado/branco	90	12,0
Sem informação	2	0,3
Titulação ascende		
Sim	6	0,8
Não	136	18,1
Não realizado	355	47,2
Ignorado	253	33,6
Sem informação	2	0,3
Síndroma Neovascular		
Sim	14	1,8
Não	157	20,9
Não realizado	416	55,3
Ignorado	163	21,7
Sem informação	2	0,3
Diagnóstico Radiológico		
Sim	28	3,7
Não	413	54,9
Não realizado	190	25,3
Ignorado	119	15,8
Sem informação	2	0,3
Total	752	100,0

Gráfico 7. Distribuição percentual dos casos confirmados de sífilis congênita, segundo dados clínicos da criança. 10ª Região de saúde/RS, 2015 ⁽¹⁾

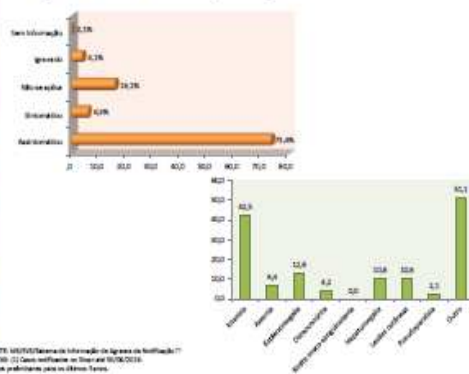


Tabela 8. Distribuição dos casos confirmados de sífilis congênita (número e percentual), segundo o tratamento e evolução do caso. 10ª Região de saúde/RS, 2015 ⁽¹⁾

Informações clínicas	2015	
	nº	%
Tratamento Prescrito		
Penicilina G cristalina 100.000 U/kg/dia - 10 dias	361	48,0
Penicilina G procaina 50.000 U/kg/dia - 10 dias	32	4,3
Penicilina G benzatina 50.000 U/kg/dia	127	16,8
Outro esquema	61	8,1
Não realizado	131	17,4
Ignorado	38	5,1
Sem informação	2	0,3
Evolução do caso		
Vivo	613	81,5
Óbito por SC	8	1,1
Óbito por outras causas	3	0,4
Aborto	96	12,8
Natimorto	28	3,7
Ignorado	4	0,5
Total	752	100,0

NOTAS: MS/RS/RS (Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN).
NOTAS: (1) Caso confirmado no SINAN SINAN/2015.
Dados preliminares para os demais anos.

Gráfico 8. Relação entre os casos confirmados de Sífilis Congênita e as notificações de Sífilis em Gestante e Sífilis Adquirida das mães. 10ª Região de saúde/RS, 2015 ⁽¹⁾

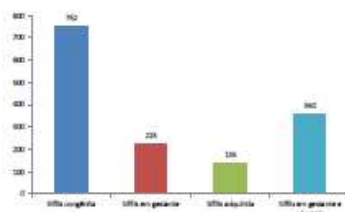


Gráfico 9. Distribuição percentual dos casos de sífilis em gestante (mês das crianças com sífilis congênita), segundo a idade gestacional no momento do diagnóstico de sífilis. 10ª Região de saúde/RS, 2015 ⁽¹⁾

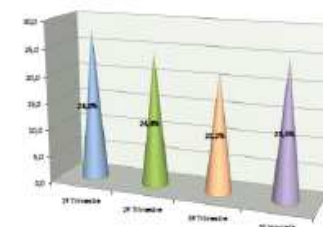
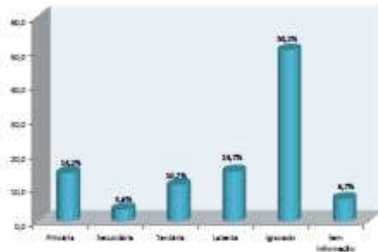


Gráfico 10. Distribuição percentual dos casos de sífilis em gestante (mães das crianças com sífilis congênita), segundo a classificação clínica. 10ª Região de saúde/RS, 2015 ⁽¹⁾



Fonte: MNTUS/Sistema de Informação de Agravos de Notificação (1)
NOTAS: (1) Caso notificado no Datas até 10/06/2016.
Dados anonimizados para os demais Estados.

Tabela 9. Distribuição dos casos notificados de sífilis em gestante (número e percentual), segundo características laboratoriais e terapêuticas da mãe. 10ª Região de saúde/RS, 2015

Características	2015	
	nt	%
Teste não Treponêmico PN		
Reagente	216	96,0
Não reagente	0	0,0
Não realizado	6	2,7
Ignorado	3	1,3
Teste Treponêmico PN		
Reagente	157	69,8
Não reagente	0	0,0
Não realizado	30	13,3
Ignorado	38	16,9
Tratamento Prescrito		
Penicilina G benzatina 2.400.000 UI	19	8,4
Penicilina G benzatina 4.800.000 UI	7	3,1
Penicilina G benzatina 7.200.000 UI	128	56,9
Outro esquema	6	2,7
Não realizado	14	6,2
Ignorado	51	22,7
Total	225	100,0

Tabela 10 - Distribuição dos casos notificados de sífilis em gestante (número e percentual), segundo antecedentes epidemiológicos da parceria sexual da mãe. 10ª Região de saúde/RS, 2015

Características	2015	
	nt	%
Parceiro não teve mais contato com a gestante	16	7,1
Parceiro não foi comunicado/convocado à US para tratamento	0	0,0
Parceiro foi comunicado/convocado à US para tratamento, mas não compareceu	8	3,6
Parceiro foi comunicado/convocado à US mas recusou o tratamento	2	0,9
Parceiro com sorologia não reagente	5	2,2
Outro motivo	28	12,4
Sem informação	166	73,8
Total	225	100,0

Fonte: MNTUS/Sistema de Informação de Agravos de Notificação (1)
NOTAS: (1) Caso notificado no Datas até 10/06/2016.
Dados anonimizados para os demais Estados.

Fonte: Equipe técnica Coordenação Estadual DST/Aids RS, 2017.

- SC: monitoramento como prevenção

Objetivo: Entender os aspectos clínicos, epidemiológico e laboratorial da sífilis; monitorar a sífilis de acordo com o seu estadiamento e desencadear a investigação das fontes de infecção e transmissão comuns a fim de evitar a SC.

Execução: Exposição dialogada com a utilização de recurso audiovisual (Datashow). Ao final do conteúdo, questionamentos relacionados ao conteúdo eram realizados com o intuito de fixação do mesmo. No Quadro 5 constam exemplos de *slides* para apresentação.

Quadro 5 – Apresentação do monitoramento como prevenção

Sífilis Congênita: Monitoramento como Prevenção

Seção Estadual de DST/AIDS



Sífilis adquirida e em gestante

- A sífilis é uma infecção bacteriana de caráter sistêmico, curável e exclusiva do ser humano. É causada pelo *T. Pallidum*, uma bactéria Gram-negativa do grupo espiroquetas.

- A história clínica, exame físico e laboratoriais devem ser levados em conta para fazer o diagnóstico de sífilis. A sífilis está classificada de acordo com o tempo de infecção e manifestações clínicas.



Aspectos gerais

Enfermidade sistêmica: patógeno atinge a corrente sanguínea após infectar o organismo



Importante agravo em saúde pública

- ✓ Pode acometer o organismo de maneira severa quando não tratada;
- ✓ Aumenta significativamente o risco de contração da infecção pelo **vírus da imunodeficiência humana (HIV)**, devido a entrada do vírus ser facilitada pela presença das lesões sifilíticas;
- ✓ A presença do *T.pallidum* no organismo acelera a evolução da infecção pelo HIV para a **síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS)**;
- ✓ Transmissão vertical: sífilis é responsável por altas taxas de morbidade e mortalidade, podendo chegar a 40% a taxa de abortamento, óbito fetal e morte neonatal

Sífilis adquirida e em gestante

Sífilis primária: presença de lesão ulcerada ou cancro duro, com período de duração de 2 a 6 semanas e que desaparece espontaneamente independente de tratamento.

Sífilis secundária: os sintomas surgem entre 6 semanas e 6 meses após a infecção. A sintomatologia também pode desaparecer espontaneamente em poucas semanas independente de tratamento.



Sífilis adquirida e em gestante

Sífilis latente recente: quando a infecção ocorre em um período menor de 1 ano e sem presença de sinais e sintomas, com reatividade nos testes imunológicos que detectam anticorpos. A maioria dos diagnósticos ocorrem nesse estágio.

Sífilis latente tardia: infecção com mais de 1 ano ou com **duração ignorada**, não se observa nenhum sinal ou sintoma clínico de sífilis.

Sífilis terciária: ocorre após um longo período de latência (mais de dois anos). As manifestações clínicas doença cardiovascular, neurológica e óssea (goma sifilítica).



Manifestações Clínicas conforme evolução e estágio da doença



Quando não tratadas, cerca de 35% das pessoas irão progredir para a cura espontânea, cerca de 35% permanecerão em estado de latência por toda vida e as restantes progredirão para sífilis terciária (LARSEN; STEINER; RUODOLPH, 1995).

Diagnóstico da Sífilis

Testes não treponêmicos: Ex: VDRL, RPR, TRUST



Anticorpos não treponêmicos: anticorpos IgM e IgG contra o material lipídico liberado pelas células danificadas em decorrência da sífilis e, possivelmente, contra a cardiolipina liberada pelos treponemas.

Infecção ativa

Podem ser **qualitativos** ou **quantitativos**.

- O teste qualitativo indica a presença ou ausência de anticorpo na amostra.
- O teste quantitativo permite determinar o título de anticorpos. O título é importante para o diagnóstico e monitoramento da resposta ao tratamento. Isso porque a queda do título é indicação de sucesso do tratamento.

Diagnóstico da Sífilis

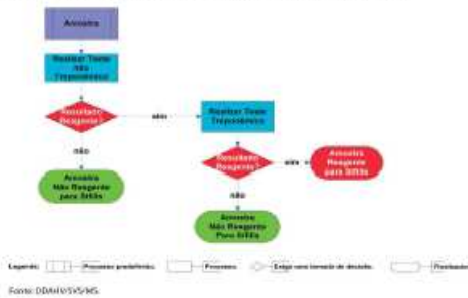
Testes treponêmicos Ex: FTA-Abs, Teste Rápido, ELISA

Utilizam lisados completos de *T. pallidum* ou antígenos treponêmicos recombinantes e detectam anticorpos específicos (geralmente IgM e IgG) contra componentes celulares dos treponemas.

- Os testes treponêmicos são os primeiros a positivar após a infecção, sendo comum na sífilis primária resultado reagente em um teste treponêmico (O FTA-Abs pode tornar-se reativo aproximadamente três semanas após a infecção) e não reagente em um teste não treponêmico.
- Aproximadamente em 85% dos casos, os testes treponêmicos permanecem reagentes durante a vida toda das pessoas, independentemente do tratamento. Desta forma, não são úteis para o monitoramento da resposta à terapia.

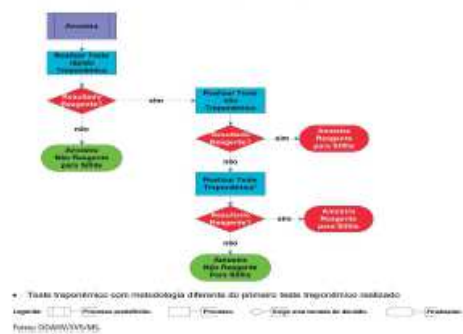
Diagnóstico da Sífilis

Fluxograma 1 – Teste de triagem não treponêmico confirmado por teste treponêmico

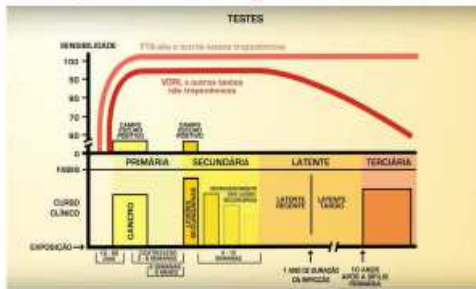


Diagnóstico da Sífilis

Fluxograma 3 – Diagnóstico da sífilis com utilização de testes rápidos treponêmicos



Desempenho dos Testes diagnósticos X Fases da Sífilis



É indicação de sucesso de tratamento a ocorrência de diminuição dos títulos em torno de duas diluições a 3 meses, e 3 diluições em 6 meses após a conclusão do tratamento – por exemplo, quando o título da amostra era de 1:64 e cai para 1:16 no exame de controle pós-tratamento.

A persistência de resultados reagentes com títulos baixos (1:1 – 1:4) durante um ano após o tratamento, quando descartada nova exposição durante o período analisado, indica sucesso do tratamento.

A persistência de títulos baixos denomina-se **cicatriz** ou **memória sorológica** e pode durar anos ou a vida toda. Indivíduos com títulos altos constantes devem permanecer em acompanhamento trimestral e um novo tratamento deve ser realizado se houver ocorrido nova exposição de risco.



Caso haja uma elevação de títulos em duas diluições ou mais (ex: de 1:16 para 1:64), deve-se considerar a possibilidade de reinfecção ou reativação da infecção. Nesses casos, deve ser instituído um novo tratamento, estendendo às parcerias sexuais, quando necessário.

Os testes treponêmicos não devem ser utilizados para o monitoramento da resposta ao tratamento. Esses testes não permitem a realização de titulação e espera-se que permaneçam reagentes por toda a vida do indivíduo, sem, contudo, indicar falha do tratamento.

Pessoas com títulos baixos em testes não treponêmicos (VDRL), sem registro de tratamento e sem data de infecção conhecida devem ser consideradas como portadoras de sífilis latente tardia, devendo ser tratadas (BRASIL, 2016).



Diagnóstico da Sífilis em Gestantes

Toda gestante deve ser testada duas vezes para sífilis durante o pré-natal.

- ✓ primeiro trimestre de gravidez
- ✓ terceiro trimestre de gravidez

A parceria sexual também deve ser testada.

É obrigatório ainda a realização de um teste, treponêmico ou não treponêmico, imediatamente após a internação para o parto na maternidade ou em casos de abortamento.



Esquema Terapêutico para Sífilis e Seguimento

Estadiamento	Esquema terapêutico	Alternativa*	Seguimento (teste não treponêmico: VDRL ou RPR)
Sífilis primária, secundária e latente recente (casos com 1 ano de evolução)	Penicilina G Benzatina 2.4 milhões UI IM, 1 vez por semana (1.2 milhões UI em cada glúteo) ² Dose total: 7.2 milhões UI IM	Desferal 100 mg VO, 1 vez, por 21 dias (primeiro - gestantes) Ceftriaxona 1 g IV ou IM, 1 vez, por 8 a 10 dias para gestantes e não gestantes	População em pré-natal: 00 trimestres (1º ano) - mensal (2º ano) Gestantes: mensal
Sífilis latente tardia (casos com mais de 1 ano de evolução) ou latente com duração ignorada e sífilis terciária	Penicilina G Benzatina 2.4 milhões UI IM, 1 vez por semana, por 3 semanas. Dose total: 7.2 milhões UI IM	Desferal 100 mg VO, 1 vez, por 21 dias (primeiro - gestantes) Ceftriaxona 1 g IV ou IM, 1 vez, por 8 a 10 dias para gestantes e não gestantes	População em pré-natal: 00 trimestres (1º ano) - mensal (2º ano) Gestantes: mensal
Neurosífilis	Penicilina G Cristalina 16-24 milhões UI/dia, IV, doses de 1-4 milhões UI a cada 4 horas ou por infusão contínua, por 14 dias	Ceftriaxona 1 g IV 1 vez, por 10 a 14 dias	Exame de líquor de 66 meses até normalização

*Fonte: Ministério da Saúde e Ministério da Educação. Esquema Terapêutico para Sífilis. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

-Para gestantes com alergia confirmada à penicilina: como não há garantia de que outros medicamentos consigam tratar a gestante e o feto, a dessensibilização e o tratamento com penicilina benzatina está indicada. A possibilidade de reação anafilática à administração de penicilina benzatina é de 0,002%.

- Reação de Jarisch-Herxheimer: Após a primeira dose de penicilina, o paciente pode apresentar exacerbação das lesões cutâneas, com eritema, dor ou prurido, as quais regredem espontaneamente após 12 a 24 horas, sem a necessidade da descontinuação do tratamento e não configura alergia à penicilina.

- Gestante com sorologia reagente é considerada infectada, exceto quando história de tratamento adequado claramente documentada, com redução dos títulos sorológicos.

Frente a um indivíduo com sorologia reagente confirmada em que não é possível inferir a duração da infecção caracteriza-se como sífilis latente tardia cujo esquema de tratamento se dá com 3 séries de 2.400.000 UI totalizando 7.200.000 UI de penicilina benzatina. (BRASIL, 2016).

Tratamento Inadequado

Tratamento com outro regime não penicilínico

Tratamento incompleto

Tratamento concluído por período inferior a um mês antes do parto

Tratamento que não tenha sido documentado

Parceiro (s) sexual(is) com sífilis não tratado ou tratamento inadequado

Tratamento realizado, mas sem documentação do declínio dos títulos dos testes sorológicos

Diagnóstico da sífilis congênita

Avaliar a história clínico-epidemiológica da mãe, realizar exame físico detalhado da criança, avaliar os resultados dos testes laboratoriais e dos exames radiológicos.

Até 18 meses de idade: presença de anticorpos IgG maternos anti *T.pallidum* na criança.

- **Teste não treponêmico:** só tem significado clínico quando o título encontrado for duas vezes maior do que o título encontrado na amostra da mãe, e deve ser confirmado com uma segunda amostra que deverá ser coletada na criança.
- Não coletar sangue do cordão umbilical: mistura do sangue da criança e da mãe e, portanto, anticorpos de ambos.
- **Resultados não reagentes:** deve repetir o teste com 1 mês, 3, 6, 12 e 18 meses de idade, devido à possibilidade de ainda ocorrer a soroconversão, interrompendo o seguimento após dois exames não treponêmicos consecutivos e negativos.

Após 18 meses de idade: Fluxogramas de diagnóstico da sífilis.



Diagnóstico oportuno nos serviços de Atenção Básica

- O diagnóstico oportuno e tratamento da infecção pelo HIV e da sífilis, durante o pré-natal é fundamental para a redução das taxas de transmissão vertical do HIV e a eliminação da sífilis congênita
- **Equipes de Atenção Básica**



Qualificar o cuidado à população



Competência das equipes das maternidades

Realizar exame de sífilis em todas as gestantes e parturientes na maternidade, conforme Nota Técnica nº 02/2015 – DAS/SES

- Testagem para triagem e diagnóstico do HIV e Sífilis independente do número de testagens anteriores;
- Tratamento da sífilis parturiente, RN e parceiro se indicado;
- Seguimento do caso: Atenção Básica e/ou serviço de Referência



Obrigada pela Atenção!

Comece fazendo o que é necessário, depois o que é possível, e de repente você estará fazendo o impossível.

Secretaria Estadual da Saúde
DAS – Departamento de Ações em Saúde
Seção Estadual de DST/AIDS

Aline Soriano
Marina Silvestre

transmissao-vertical@saude.rs.gov.br

Contato:
(51)3288.5910
3288.5911
3288.5912



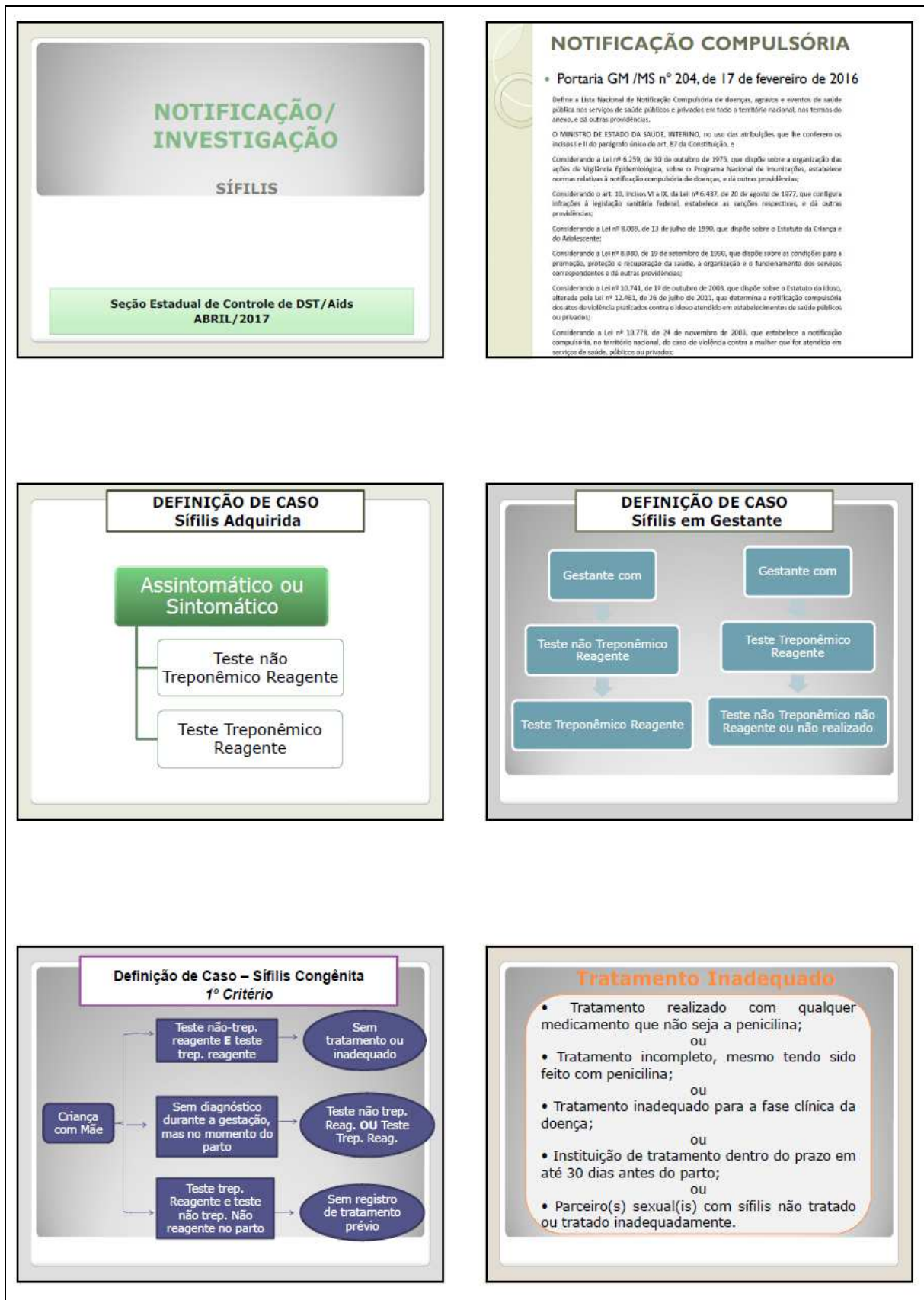
Fonte: Material disponibilizado pelo MS para capacitações, 2017.

- Critérios de definição de casos de sífilis: notificação

Objetivo: Identificar os critérios de definição da SA, SG e SC a fim de subsidiar as ações de prevenção e controle.

Execução: Por meio da exposição dialogada, apresenta-se a importância da notificação compulsória, com as respectivas legislações e os critérios de definição de casos com as respectivas investigações. Utiliza-se como recurso audiovisual o Datashow, conforme demonstra o Quadro 6.

Quadro 6 – Apresentação dos critérios de definição de casos



exposição dialogada. Utiliza-se como recurso audiovisual o Datashow, conforme demonstra o Quadro 8. Deixar um tempo para a exposição das dúvidas por parte dos participantes e os devidos esclarecimentos.

Quadro 8 – Apresentação do financiamento e ações em IST/Aids

 GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE AÇÕES EM SAÚDE SEÇÃO DE CONTROLE DE DST/AIDS Financiamento e ações de IST/Aids Abril, 2017	A Resolução 143/14 CIB/RS, nos termos da Portaria GM/MS nº 3.276/2013, visa: -fomentar a qualificação das ações de vigilância, prevenção e controle das DST/Aids e Hepatites Virais nos 55 Municípios prioritários e Estado, através de repasse financeiro; -município: atendimento de sua população e da população para a qual é referência macrorregional, regional e região de saúde, por meio da implementação de serviços estruturados para atenção às DST, HIV/Aids e Hepatites Virais; - as ações desenvolvidas no município devem contemplar o fortalecimento do compartilhamento do cuidado das Pessoas Vivendo com HIV/Aids (PVHA) e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) entre o Serviço de Atendimento Especializado e a rede de Atenção Básica à Saúde/Estratégia Saúde da Família; -compromisso do gestor municipal em diagnosticar e tratar sífilis na AB;			
55 Municípios: <table border="0"> <tr> <td>11º CRS Campo Bom; Canoas; Esteio; Montenegro; Novo Hamburgo; Parobé; São Leopoldo; Sapiranga; Sapucaia do Sul; Taubaté</td> <td>81º CRS Carazinho; Lagoa Vermelha; Maracá; Passo Fundo; Sobradinho; 72º CRS Bage; 84º CRS Cachoeira do Sul; 91º CRS Cruz Alta</td> <td>141º CRS Santa Rosa; 151º CRS Palmeira das Missões; 161º CRS Esteio; Lajeado; 171º CRS Itaí; 181º CRS Capão da Canoa; Osório; Tapes; Tramandaí; 191º CRS Frederico Westphalen</td> </tr> </table> 21º CRS Alvorada; Cachoeirinha; Camuquã; Chapadão; Gramma; Guaiabá; Porto Alegre; Viamão 31º CRS Pelotas; Rio Grande 41º CRS Santa Maria; Santiago 51º CRS Bento Gonçalves; Caxias; Caxias do Sul; Farroupilha; Vacaria 101º CRS Alegrete; Itaqui; Santana do Livramento; São Gabriel; Uruguaiana 111º CRS Erechim 121º CRS Santo Ângelo; São Borja 131º CRS Santa Cruz do Sul; Venâncio Aires 	11º CRS Campo Bom; Canoas; Esteio; Montenegro; Novo Hamburgo; Parobé; São Leopoldo; Sapiranga; Sapucaia do Sul; Taubaté	81º CRS Carazinho; Lagoa Vermelha; Maracá; Passo Fundo; Sobradinho; 72º CRS Bage; 84º CRS Cachoeira do Sul; 91º CRS Cruz Alta	141º CRS Santa Rosa; 151º CRS Palmeira das Missões; 161º CRS Esteio; Lajeado; 171º CRS Itaí; 181º CRS Capão da Canoa; Osório; Tapes; Tramandaí; 191º CRS Frederico Westphalen	O valor do incentivo financeiro de que trata essa resolução poderá ser utilizado nas seguintes ações: * elaboração e divulgação de material publicitário em jornais, TV local e rádio sobre a situação epidemiológica; *planejamento e execução de campanhas de promoção e prevenção em todas as datas ativas; * confecção e reprodução de material informativo educativo (folders, cartazes, cartilhas, faixas, banners, etc.) e técnico (manuais, guias de vigilância epidemiológica); ↓ Qualificação e retroalimentação da informação vigilância → ações em saúde; * rodas de conversa/debates/palestras nas unidades de atenção básica ou em outros locais da comunidade sobre as temáticas (modos de contágio, prevenção e diagnóstico). 
11º CRS Campo Bom; Canoas; Esteio; Montenegro; Novo Hamburgo; Parobé; São Leopoldo; Sapiranga; Sapucaia do Sul; Taubaté	81º CRS Carazinho; Lagoa Vermelha; Maracá; Passo Fundo; Sobradinho; 72º CRS Bage; 84º CRS Cachoeira do Sul; 91º CRS Cruz Alta	141º CRS Santa Rosa; 151º CRS Palmeira das Missões; 161º CRS Esteio; Lajeado; 171º CRS Itaí; 181º CRS Capão da Canoa; Osório; Tapes; Tramandaí; 191º CRS Frederico Westphalen		
* capacitações para todos os profissionais com foco nas capacitações técnicas e sensibilização dos profissionais para o diagnóstico precoce: qualificação dos profissionais de saúde da rede de atenção básica para diagnóstico da sífilis e início imediato do tratamento; * construção de proposta de educação permanente no município; ↓ Recomenda-se que o município organize capacitações para os profissionais do município e região de saúde, de modo a torná-los aptos para atuarem na lógica do compartilhamento do cuidado da PVHA. 	* diagnóstico da sífilis e início imediato do tratamento da GESTANTE e PARCEIROS; * ampliação da testagem e tratamento do parceiro da gestante com sífilis no pré-natal: BUSCA ATIVA; * monitoramento da testagem rápida de sífilis na atenção básica, maternidades e unidades de pronto atendimento; * realização e monitoramento do exame sífilis nos casos de internação por aborto nas maternidades; * ampliar a realização do exame com vistas à cobertura de 100% das maternidades públicas e privadas; 			

O valor do incentivo financeiro de que trata essa resolução é VEDADO para as seguintes ações: * pagamento de recursos humanos para desenvolver ações/atividades de assistência; * pagamento de aluguel para serviços de assistência; * aquisição de medicamentos, sendo que estes devem ser contrapartida do Município; * aquisição de exames laboratoriais, exames de imagem e biópsias hepáticas; * pagamento de consultas médicas; * aquisição de preservativos. De acordo com a Resolução nº213/12 CIB/RS é de responsabilidade dos gestores municipais, que encontram-se habilitados ao repasse Fundo a Fundo, a aquisição de preservativos masculinos no percentual mínimo de 20% do plano anual de necessidades do município, com recursos de sua contrapartida.	 Obrigada! Márcia R. M. Santana Fitz: marcia-santana@saude.rs.gov.br
--	---

Fonte: Equipe técnica Coordenação Estadual DST/Aids RS, 2017.

- Ferramenta de tabulação de dados: Tabwin/Tabnet

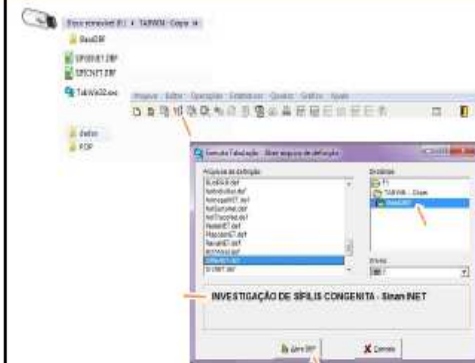
Objetivo: Apresentar a ferramenta com suas respectivas finalidades e funcionalidades.

Execução: O conteúdo é dividido em teoria e prática. Na parte teórica utiliza-se o Datashow para uma breve apresentação da ferramenta (Quadro 9); para a prática, expõe-se um problema para o grupo, quando um participante será convidado a efetuar a tabulação do mesmo no *flipchart* (Exemplo de problema no Quadro 10). Todos deverão participar ativamente desta atividade, convidando aleatoriamente os participantes para a resolução dos problemas.

Quadro 9 – Apresentação da ferramenta de tabulação de dados

	OBJETIVO Apresentar a ferramenta Tabwin/Tabnet - Origem - Finalidade - Funcionalidade - Atividade Prática - No final da Capacitação serão disponibilizados os arquivos necessários para executar a tabulação em nível local. PS: Os dados apresentados na extensão “.dbf” são fictícios, utilizados apenas para fins didáticos.
TABWIN Tabular: Organizar itens, informações, colocar em tabelas,... TABWIN e TABNET são a mesma coisa? As duas ferramentas foram criadas pelo DATASUS, a diferença é que no TABWIN a tabulação de dados ocorre no PC a partir de arquivos em formato dbf. Já o TABNET é um tabulador de domínio público desenvolvido para uso via internet. Uso do TABNET: Vantagem: Acesso pelo site do DATASUS (http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinanet/cnv/sifiliss.def) Desvantagem: Demora na atualização de alguns arquivos (Ex. Sífilis congênita dados até 2013)	TABWIN FINALIDADE - Permitir a realização de tabulações rápidas sobre arquivos no formato DBF. - Pode integrar informações de diferentes tipos em um mesmo ambiente. (exemplo: dados de diferentes agravos, de população, de mortalidade). FUNCIONALIDADE - Importar tabulações geradas pelo aplicativo TABNET - Realizar operações aritméticas e estatísticas - Elaborar gráficos e mapas, a partir dos dados da tabela - Delimitar perfil de morbimortalidade - Subsídios para análise de situação de saúde - Planejamento, implementação e avaliação de programas - Qualificação do banco de dados
TABWIN – ARQUIVOS NECESSÁRIOS - Arquivo .CNV São os arquivos de conversão de códigos constante de tabelas padronizadas (Ex: CID, Código Mun, IBGE). - Arquivo .DEF São os arquivos de definição que associam os campos de dados no arquivo a ser tabulado com as tabelas de conversão de código (cnv) para linhas e colunas da tabela. - Arquivo .DBF São os arquivos de banco de dados (DBASE) - Arquivo .TAB Extensão dos arquivos gerados pelo TABNET	TABWIN – RELAÇÃO COM O SINANET 

EFETUAR A TABULAÇÃO



PREPARAR PARA EFETUAR A TABULAÇÃO

Principais etapas

1. Definir o problema
2. Localizar os arquivos
3. Identificar as variáveis do problema.
4. Identificar uma variável para a Área de linhas da tabela
5. Identificar uma variável para a Área de coluna da tabela (opcional)
6. Identificar uma ou mais variáveis de incremento (frequência)
7. Identificar uma ou mais variáveis de seleção (categoria, local de residência)

PREPARAR PARA EFETUAR A TABULAÇÃO

- | | |
|--|--|
| 1. Definir o Problema | Quanto casos de Sífilis Congênita em crianças < 1 ano foram diagnosticados no ano de 2016? |
| 2. Localizar os arquivos | SIFNET.DBF |
| 3. Identificar as variáveis do Problema | Ano diagnóstico, Faixa_etária |
| 4. Identificar uma variável para a área de linha da tabela | |
| 5. Identificar uma variável para a área de coluna da tabela (opcional) | |
| 6. Identificar uma ou mais variáveis de incremento da tabela (opcional) | |
| 7. Identificar uma ou mais variáveis de seleção (categoria, local de residência) | |



EFETUAR A TABULAÇÃO



Com as variáveis definidas, selecionar e marcar, respectivamente, aquela que será utilizada na linha e na coluna.

Marque também cada uma das variáveis que foram relacionadas para seleção disponível, e clique em Incluir para ativar-as (a ativação transfere a variável da seleção disponível para a janela da seleção ativa)

Após incluir, marque a categoria a ser considerada.

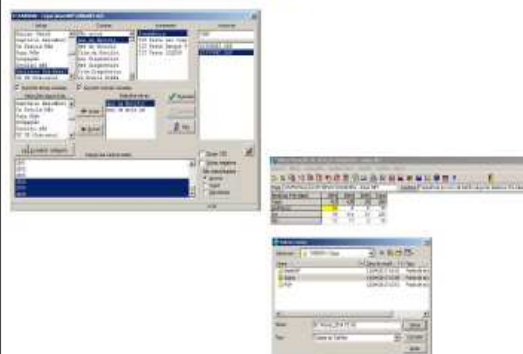
Clique em Executar para efetuar a Tabulação

Salvar na pasta "dados"



EFETUAR A TABULAÇÃO

P2: Das crianças notificadas com sífilis congênita no município de Canoas, quantas mães realizaram o pré-natal no anos de 2014, 2015 e 2016?



EFETUAR A TABULAÇÃO

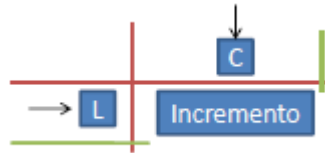
P3: Dos casos notificados de sífilis congênita no município de Canoas nos anos de 2015 a 2016, em quantos o diagnóstico de sífilis materna ocorreu após o pré-natal?



Quadro 10 – Modelo do *flipchart* utilizado

Problema 1: Quantos casos de SC em crianças menores de 1 ano foram diagnosticados no município x no ano de 2016?

Resolução:



Fonte: Equipe técnica Coordenação Estadual DST/Aids RS, 2017.

8 CONCLUSÕES

O estudo evidenciou a magnitude, relevância e desafios que a SC apresenta em nosso meio, se constituindo como um grave problema de saúde pública. As taxas de incidência da Região de Saúde 10 estiveram acima dos parâmetros nacional e estadual demonstrados, que já são considerados elevados, tornando-se, portanto, um desafio a ser enfrentado.

Através dos dados possíveis de análise observou-se que é factível conhecer minimamente o perfil dos casos, relacionando às situações de vulnerabilidade, e também traçar e orientar ações de controle e eliminação da SC. As desigualdades verificadas na análise sociodemográfica do estudo reforçam a necessidade de estratégias de promoção da equidade para o acesso aos serviços de saúde nos municípios representados. Sendo assim, além de melhorar a qualidade da assistência pré-natal, uma atividade que pode apoiar a estratégia global para a saúde da mulher e da criança é a ampliação dos testes rápidos de sífilis no pré-natal e no parto, juntamente com a garantia do tratamento de todas as gestantes com sífilis.

Ressalta-se que a falta de informações em muitas variáveis disponíveis e a própria subnotificação dos casos comprometem o conhecimento real do perfil dos casos de SC, constituindo um agravante, principalmente no que se refere ao desenvolvimento de políticas de saúde e de vigilância epidemiológica para o monitoramento da SA, em gestante e congênita na região de saúde estudada. Faz-se necessário traçar medidas importantes para a região, como ampliação da cobertura da AB, e, conseqüentemente, ESF e também da cobertura da assistência pré-natal. Portanto, desigualdades regionais e sociais no acesso aos serviços de saúde, aliadas a outras falhas na assistência, como a qualidade das ações e a baixa cobertura no tratamento dos parceiros, também corroboram para a persistência de altas taxas de incidência da SC na região.

Um percentual elevado de sífilis encontrado em mulheres com menor escolaridade, com assistência pré-natal e muitas vezes iniciado tardiamente, diagnóstico de SM tardio, e esquema de tratamento inadequado, e, conseqüentemente, parceiro não tratado, sugerem que esse é o grupo mais exposto à infecção. Cabe destacar a necessidade urgente de garantir ao RN, na maternidade, os exames laboratoriais necessários para sua avaliação e após a alta referenciá-lo para o devido acompanhamento/seguimento com a realização da avaliação clínica e laboratorial até o encerramento do caso, garantindo, assim, a ausência de sequelas futuras advindas da infecção.

Em função dos resultados apresentados, verificou-se a necessidade de implantar e implementar ações imediatas e significativas para o controle desse agravo. É preciso avançar na organização dos serviços de saúde, e na implantação e manutenção constante da educação permanente, garantindo, portanto, a qualidade do atendimento prestado à população. A interface com outras políticas de saúde (saúde da mulher, saúde da criança e adolescente, saúde do homem, PIM, AB e outras) deve ser explorada e investimentos devem ser realizados para promover a melhoria da qualidade da assistência prestada pelas equipes.

O aperfeiçoamento da vigilância epidemiológica e a aplicação exata das condutas preconizadas pelos protocolos oficiais para gestantes e RNs são necessários para o cumprimento da meta de eliminação da SC. Um sistema de vigilância epidemiológica fortalecido, com vigilância ativa da gestante, zela pela realização do diagnóstico precoce, busca ativa, tratamento oportuno das gestantes e seus parceiros, monitoramento, implementando ações de prevenção e promoção da saúde.

Citando as limitações deste estudo, temos a utilização de dados secundários de notificação, considerados somente uma abordagem aproximada do problema, pois isto fica condicionado à cobertura do sistema e à qualidade dos registros. Entretanto, ao se levar em consideração que a SC é um agravo de notificação compulsória há mais de 30 anos, acredita-se que os dados coletados tracem um perfil dos casos, ainda que não representem a sua totalidade. Outra limitação foi o grande número de informações ignoradas ou em branco, dificultando também o conhecimento do perfil epidemiológico completo da SC da Região de Saúde 10 do RS, prejudicando, assim, o planejamento de ações eficazes de eliminação. Portanto, torna-se relevante melhorar a capacidade dos municípios de coletarem dados de alta qualidade na cobertura de intervenções e desigualdades e utilizarem esses dados como base de decisões para a melhoria da atenção às gestantes e crianças.

Ao se refletir sobre a possibilidade de ampliação das intervenções educativas, estimula-se a verificação de diferentes modalidades na sua aplicação, no intuito de alcançar um público cada vez maior, procurando-se manter e até mesmo aprimorar a qualidade, validando os resultados aqui apresentados. As atividades educativas, são ferramentas à disposição dos serviços para auxiliar nos processos de implantação e implementação de condutas já estabelecidas de assistência à saúde.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis. Brasília: MS; 2016.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis: manual de bolso. Brasília: MS; 2007.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Bases técnicas para eliminação da sífilis congênita. Brasília: MS; 1993.
4. São Paulo. Coordenação do Programa Estadual DST/Aids de São Paulo; Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Sífilis congênita e sífilis na gestação. Rev saúde pública. 2008; 42 (4): 768-72.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº. 569, de 01 de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União 8 jun 2000; Seção 1.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico. Brasília: MS; 2005.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Programa de humanização no pré-natal e nascimento. Brasília: MS; 2002.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Boletim epidemiológico da Sífilis. Brasília: MS; 2016.
9. Nogueira MGS, Carmo RA, Nonato SM; Secretaria Municipal de Saúde. Guia técnico sífilis – sífilis adquirida, sífilis na gestante e sífilis congênita. Belo Horizonte: SMS; 2014.
10. Rio Grande do Sul. Secretaria de Estado da Saúde. Resolução nº. 555, de 19 de setembro de 2012. Altera a configuração e a quantidade de Regiões. Diário Oficial do Estado 21 set 2012.
11. Rio Grande do Sul. Secretaria de Estado da Saúde. Relatório Anual de Gestão – RAG. Porto Alegre: SES; 2015.
12. Rio Grande do Sul. Secretaria de Estado da Saúde. Boletim epidemiológico HIV/Aids e Sífilis. Porto Alegre: SES; 2015.
13. Tayra A, Matida LH, Saraceni V, Paz LC, Junior ANR. Duas décadas de vigilância epidemiológica da sífilis congênita no Brasil: a propósito das definições de caso. DST j bras doenças sex transm. 2007; 19 (3-4): 111-19.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.378, de 9 de julho de 2013. Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Diário Oficial da União 12 jul 2000; Seção 1.

15. Brasil. Ministério da Saúde. Guia de Vigilância em Saúde. Brasília: MS; 2014.
16. Organização Pan-Americana da Saúde. Elimination of mother-to-child transmission of HIV and syphilis in the Americas. Update 2016. Washington, D.C.: PAHO; 2017.
17. Brito ESV, Jesus SB, Silva MRF. Sífilis congênita como indicador de avaliação da assistência ao pré-natal no município de Olinda (PE), Brasil. Rev APS. 2009; 12 (1): 62-71.
18. Brasil. Senado Federal. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília: 1988.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 198/GM em 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. 2004.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.996/GM/MS, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. 2007.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: 2009.
22. Veronesi R, Focaccia R. Tratado de infectologia. 2ª ed. São Paulo: Editora Atheneu; 2002.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Sífilis: estratégias para diagnóstico no Brasil (Série TELELAB). Brasília: MS; 2010.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso. Brasília: MS; 2005.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para a prevenção da transmissão vertical de HIV, sífilis e hepatites virais. Brasília: MS; 2015.
26. São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde. Guia de bolso para o manejo da sífilis em gestantes e sífilis congênita. São Paulo: SES; 2016.
27. São Paulo. Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids. Guia de referências técnicas e programáticas para as ações do plano de eliminação da sífilis congênita. São Paulo: CRT; 2010.
28. São Paulo. Centro de Referência e Treinamento DST/Aids. Guia de bolso – definições de casos de agravos de notificação em DST/HIV/Aids. São Paulo: SES; 2012.
29. Organização Mundial de Saúde. Eliminação mundial da sífilis congênita: fundamento lógico e estratégia para ação. Genebra: WHO; 2008.
30. Organização Pan-Americana da Saúde. Eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y la sífilis en las Américas. Washington, DC: OPS; 2015.

31. Domingues RMSM, Saraceni V, Hartz ZMA, Leal MC. Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal. *Rev saúde pública*. 2013; 47 (1): 147-57.
32. Brasil. Ministério da Saúde. Curso rápido de vigilância epidemiológica de HIV, Aids e sífilis. Brasília: MS; 2015.
33. Waldman, EA. Vigilância em Saúde Pública (Série Saúde & Cidadania). São Paulo: Fundação Petrópolis; 1998.
34. Brasil. Ministério da Saúde. Caderno de diretrizes, objetivos, metas e indicadores: 2013-2015. 2ª ed. Brasília: MS; 2014.
35. Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília: MS; 2004.
36. Schmeing LMB. Sífilis e pré-natal na rede pública de saúde e na área indígena de Amambai/MS: conhecimento e prática de profissionais [dissertação]. Dourados: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2012.
37. Brasil. Ministério da Saúde. Projeto de eliminação da sífilis congênita. Brasília: MS; 1997.
38. Brasil. Ministério da Saúde. Projeto Nascer. Brasília: MS; 2003.
39. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.067, de 4 de julho de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 6 jul 2005.
40. Mesquita KO, Lima GK, Filgueira AA, Flor SMC, Freita CASL, Linhares MSC, et al. Análise dos casos de sífilis congênita em Sobral, Ceará: contribuições para assistência pré-natal. *DST j bras doenças sex transm*. 2012; 24 (1): 20-7.
41. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes operacionais dos pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão. Brasília: MS; 2006.
42. Brasil. Ministério da Saúde. Plano operacional – Redução da transmissão vertical do HIV e da sífilis. Brasília: MS; 2007.
43. Brasil. Ministério da Saúde. Folder – Transmissão vertical do HIV e sífilis: estratégias para redução e eliminação. Brasília: MS; 2014.
44. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – A rede cegonha. *Diário Oficial da União* 27 jun 2011; Seção 1.
45. São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Educação em saúde: planejando as ações educativas – teoria e prática. São Paulo: SP, 2001.

46. Almeida MI. Intervenção educativa [homepage na Internet]. Universidade Aberta; 2010 [acesso em 05 mai 2017]. Disponível em: <https://sites.google.com/site/isiducacaoeinternet/-intervencao-educativa>.
47. Stroschein KA, Zocche DAA. Educação permanente nos serviços de saúde: um estudo sobre as experiências realizadas no Brasil. *Trab educ saúde*. 2012; 9(3): 505-19.
48. Peduzzi M, Guerra DAD, Braga CP, Lucena FS, Silva JAM. Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de Unidades Básicas de Saúde em São Paulo. *Interface comum saúde educ*. 2009; 13 (30): 121-34.
49. Paim JS, Nunes TCM. Contribuições para um programa de educação continuada em saúde coletiva. *Cad saúde pública*. 1992; 8 (3): 262-69.
50. Zayas ELB. O paradigma da educação continuada. Porto Alegre: Penso; 2012.
51. Silva GM, Seiffert OMLB. Educação continuada em enfermagem: uma proposta metodológica. *Rev bras enferm*. 2009; 62 (3): 362-6.
52. Christov LHS. Educação continuada: função essencial do coordenador pedagógico. In: Guimarães AA, Mate CH, Bruno EBG, Villela FCB, Almeida LR, Christov LHS, et al. O coordenador pedagógico e a educação continuada. 10ª ed. São Paulo: Edições Loyola; 2007; 9-12.
53. Girade MG, Cruz EMNT, Stefanelli MC. Educação continuada em enfermagem psiquiátrica: reflexão sobre conceitos. *Rev Esc Enferm USP*. 2006; 40 (1): 105-10.
54. Santos MV, Cerqueira PV, Moura ECC, Silva GRF, Falcão LM. Satisfação de enfermeiros com curso de formação para operacionalização de protocolo sobre úlcera por pressão. *Rev RENE*. 2015; 16 (4): 496-503.
55. Costa CC, Freitas LV, Sousa DMN, Oliveira LL, Chagas ACMA, Lopes MVO, Damasceno AKC. Sífilis congênita no Ceará: análise epidemiológica de uma década. *Rev Esc Enferm USP*. 2013; 47 (1): 152-9.
56. Boccatto M. Vigilância em saúde. UNA-SUS [periódico na internet]. Acesso em 10 jun 2016. Disponível em: http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/3/unidades_conteudos/unidade21/unidade21.pdf
57. Donalísio MR, Freire JB, Mendes ET. Investigação da sífilis congênita na microrregião de Sumaré, Estado de São Paulo, Brasil – desvelando a fragilidade do cuidado à mulher gestante e ao recém-nascido. *Epidemiol serv saúde*. 2007; 16 (3): 165-73.
58. Almeida MFG, Pereira SM. Caracterização epidemiológica da sífilis congênita no município de Salvador, Bahia. *DST j bras doenças sex transm*. 2007; 19 (3-4): 144-56.
59. Rio Grande do Sul. Secretaria de Estado da Saúde. Plano Estadual de Saúde: 2012/2015. Porto Alegre: SES; 2013.

60. Ministério da Saúde. Datasus [homepage na Internet]. Informações de Saúde. Demográficas e socioeconômicas. População residente: censos. Acesso em 20 mai 2016. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>.
61. Maiczuk J, Júnior PPA. Aplicação de ferramentas de melhoria de qualidade e produtividade nos processos produtivos: um estudo de caso. *Rev eletrônica qualitas*. 2013; 14 (1).
62. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Institui as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União* 13 jun 2012; Seção 1.
63. Carvalho IS, Brito RS. Sífilis congênita no Rio Grande do Norte: estudo descritivo do período 2007-2010. *Epidemiol serv saúde*. 2014; 23(2): 287-94.
64. Lima MG, Santos RFR, Barbosa GJA, Ribeiro GS. Incidência e fatores de risco para sífilis congênita em Belo Horizonte, Minas Gerais, 2001-2008. *Ciênc saúde coletiva*. 2013; 18 (2): 499-506.
65. Bowen V, Su J, Torrone E, Kidd S, Weinstock H. Increase in incidence of congenital syphilis - United States, 2012-2014. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2015; 64(44): 1241-5.
66. Wang AL, Qiao YP, Wang LH, Fang LW, Wang F, Jin X, et al. Integrated prevention of mother-to-child transmission for human immunodeficiency virus, syphilis and hepatitis B virus in China. *Bull World Health Organ*. 2015; 93: 52-6.
67. Rio Grande do Sul. Secretaria de Estado da Saúde. Relatório Anual de Gestão – RAG. Porto Alegre: SES; 2012.
68. Rio Grande do Sul. Secretaria de Estado da Saúde. Presença da transmissão vertical do HIV, sífilis congênita e hepatites B e C: guia para maternidades. Porto Alegre: SES; 2016.
69. Rio Grande do Sul. Secretaria de Estado da Saúde. Nota técnica nº 02/2015. Porto Alegre: SES; 2015.
70. Donalísio MR, Freire JB, Mendes ET. Investigação da sífilis congênita na microrregião de Sumaré, Estado de São Paulo, Brasil – desvelando a fragilidade do cuidado à mulher gestante e ao recém-nascido. *Epidemiol serv saúde*. 2007; 16 (3): 165-73.
71. Araújo CL. Análise da situação da sífilis congênita e da sua relação com a cobertura da estratégia de saúde da família no Brasil (2001 a 2008) [dissertação]. Brasília; 2010.
72. Portal BI [homepage na internet]. Porto Alegre: Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul; 2015 [atualizada em 2017 Abr 07; acesso em 2017 Abr 10]. Disponível em: <http://bi.saude.rs.gov.br/index.htm>.
73. Ministério da Saúde. Datasus [homepage na Internet]. Acesso a informação: tabnet – Estatísticas vitais/Nascidos vivos; [acesso em 20 Fev 2017]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>.

74. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Censo demográfico 2010: características da população e dos domicílios. Rio de Janeiro: IBGE, 2011.
75. BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. Brasília: MS, 2011.
76. Cavalcante PAM, Pereira RBL, Castro JGD. Sífilis gestacional e congênita em Palmas, Tocantins, 2007-2014. *Epidemiol serv saúde*. 2017; 26 (2): 255-64.
77. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais. Manual Técnico para Diagnóstico da Sífilis. Brasília: MS, 2016.
78. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. Diretrizes para controle da sífilis congênita: manual de bolso. 2. Ed. Brasília: MS, 2006.
79. Ministério da Saúde. Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sífilis congênita [homepage na Internet]. [acesso em 15 Mai 2017]. Disponível em: <http://portalsinan.saude.gov.br/sifilis-congenita>.
80. Hebmuller MG, Fiori HH, Lago EG. Gestações subsequentes em mulheres que tiveram sífilis na gestação. *Ciênc saúde coletiva*. 2015; 20(9): 2867-78.
81. Souza LFM, Monteiro PM, Mota AS, Júnior ENP, Passos MRL. Analysis of congenital syphilis cases notification in a reference hospital of Niterói, Rio de Janeiro State, from 2008 to 2015. *DST j bras doenças sex transm*. 2017; 29(1): 17-21.
82. Brasil. Ministério da Saúde. Curso de vigilância epidemiológica das doenças sexualmente transmissíveis de notificação compulsória: sífilis e síndrome do corrimento uretral masculino. Brasília: MS, 2010.
83. Nonato SM, Melo APS, Guimarães MDC. Sífilis na gestação e fatores associados à sífilis congênita em Belo Horizonte-MG, 2010-2013. *Epidemiol serv saúde*. 2015; 24(4): 681-694.
84. Domingues MSM, Szwarcwald CL, Junior PRBS, Leal MC. Prevalência de sífilis na gestação e testagem pré-natal: estudo nascer no Brasil. *Rev saúde pública*. 2014; 48(5): 766-774.
85. IBGE. Brasil em síntese [homepage na Internet]. Educação – anos de estudo; [acesso em 25 Mar 2017]. Disponível em: <http://brasilemsintese.ibge.gov.br/educacao/anos-de-estudo.html>.
86. Rezende EMA, Barbosa NB. A sífilis congênita como indicador da assistência de pré-natal no estado de Goiás. *Rev APS*. 2015; 18(2): 220-232.
87. Rio Grande do Sul. Secretaria de Estado da Saúde. Plano Estadual de Saúde: 2016/2019. Porto Alegre: SES.

88. França ISX, Batista JDL, Coura AS, Oliveira CF, Araújo AKF, Sousa FS. Fatores associados à notificação da sífilis congênita: um indicador de qualidade da assistência pré-natal. *Rev RENE*. 2015; 16(3): 374-81.
89. Domingues RMSM, Viellas EF, Dias MAB, Torres JA, Theme-Filha MM, Gama SGN, et al. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. *Rev panam salud pública*. 2015; 37(3): 140-7.
90. Flores RL. Sífilis congênita no município de Belém (Pará): análise dos dados reistrados nos sistemas de informação em saúde (SINAN, SIM e SINASC) [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – ENSP; 2011.
91. Centro Latinoamericano de Perinatologia, Salud de la Mujer y Reproductiva. Organizacion Panamericana de la Salud/Organizacion Mundial de la Salud. Utilidad del Sistema Informatico Perinatal (SIP): gestion para la ransm. epidemiológica de la Sifilis materna y ransm. ransm. en una red de hospitales ransm. del ran metropolitana de Buenos Aires, Argentina: informe final. Montevideo: CLAP/SMR; 2012.
92. Rodrigues QP. Desigualdades raciais no acesso de mulheres ao cuidado pré-natal e no parto [dissertação]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2009.
93. Berquó E, Lago TDG. Atenção em saúde reprodutiva no Brasil: eventuais diferenciais étnico-raciais. *Saúde soc*. 2016; 25(3): 550-60.
94. Fonseca SC, Kale PL, Silva KS. Pré-natal em mulheres usuárias do Sistema Único de Saúde em duas maternidades no Estado do Rio de Janeiro, Brasil: a cor importa? *Rev bras saúde matern infant*. 2015; 15(2): 209-17.
95. Rosa CQ, Silveira DS, Costa JSD. Fatores associados à não realização de pré-natal em município de grande porte. *Rev saúde pública*. 2014; 48(6): 977-84.
96. Júnior MBF, Freire GKA, Fernandes HR. Rastreamento da sífilis no pré-natal: oportunidades perdidas em uma maternidade pública na cidade do Recife, Brasil. *DST j bras doenças sex transm*. 2016; 28 (4): 120-5.
97. World Health Organization. WHO guideline for the treatment of *Treponema pallidum* (syphilis). Geneva: WHO; 2016.
98. Domingues RMSM, Lauria LM, Saraceni V, Leal MC. Manejo da sífilis na gestação: conhecimentos, práticas e atitudes dos profissionais pré-natalistas da rede SUS do município do Rio de Janeiro. *Ciênc saúde coletiva*. 2013; 18(5): 1341–51.
99. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais (DIAHV). Agenda de ações estratégicas para redução da sífilis congênita no Brasil: uma iniciativa compartilhada com muitas parcerias. *DST j bras doenças sex transm*. 2016; 28(4): 107-9.
100. Galatoire PSA, Rosso JA, Sakae TM. Incidência de sífilis congênita nos estados do Brasil no período de 2007 a 2009. *ACM arq catarin med*. 2012; 41(2): 26-32.

101. Magalhães DMS, Kawaguchi IAL, Dias A, Calderon IMP. Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. *Cad saúde pública*. 2013; 29(6):1109-20.
102. Silva DMA, Araújo MAL, Silva RM, Andrade RFVA, Moura HJ, Esteves ABB. Conhecimento dos profissionais de saúde acerca da transmissão vertical da sífilis em Fortaleza. *Texto & contexto enferm*. 2014; 23(2): 278-85.
103. Lazarim FM, Barbosa DA. Intervenção educacional na Atenção Básica para prevenção da sífilis congênita. *Rev latinoam enferm*. 2017; 25: e2845.
104. Ribeiro MAS, Lopes MHBML. Desenvolvimento, aplicação e avaliação de um curso à distância sobre tratamento de feridas. *Rev latinoam enferm*. 2006; 14(1): 77-84.
105. Costa CC. Conhecimento, atitude e prática dos enfermeiros acerca do controle da sífilis na gestação [dissertação]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará – UFC; 2012.
106. I-TECH (International Training & Education Center on HIV). Orientações para pré e pós-teste. Guião de implementação técnica. Washington: Department of Health and Human Services Health Resources and Services Agency (HRSA). 2008.
107. Marega AG, Saito RXS. A prática da vigilância e a vigilância na prática. UNIFESP/UNASUS.
108. Costa VMF, Schaurich A, Stefanan A, Sales E, Richter A. Educação a distância x educação presencial: como os alunos percebem as diferentes características. XI Congresso Brasileiro de Ensino Superior a Distância; 5-8 Ago 2014; Florianópolis: UNIREDE; 2014.
109. Casagrande L. Educação nas modalidades presencial e a distância: um estudo comparativo das percepções de estudantes de cursos do nível de especialização na EA/UFRGS [dissertação]. Porto Alegre; 2008.

ARTIGO CIENTÍFICO

Para apresentação do presente trabalho de conclusão do curso de Mestrado Profissional em Enfermagem foram construídos, até o momento, dois artigos científicos, que estão apresentados nos APÊNDICE D e APÊNDICE E.

O artigo intitulado: **O perfil epidemiológico dos casos confirmados de sífilis congênita em uma Região de Saúde do Rio Grande do Sul, 2015** (APÊNDICE D) será submetido para a Epidemiologia e serviços de Saúde – Revista do Sistema Único de Saúde do Brasil, qualis B2, cujas normas para submissão estão no ANEXO D.

O artigo intitulado: **O panorama da sífilis congênita em uma Região de Saúde do Rio Grande do Sul e sua relação com a assistência pré-natal** (APÊNDICE E) será submetido para a Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil, qualis B1, cujas normas para submissão estão no ANEXO E.

APÊNDICE A – PLANILHA 5W2H

Plano de Ação – Curso de atualização em manejo da prevenção da sífilis congênita	
Responsável: Tatiana Heidi Oliveira	
TÍTULOS	DESCRIÇÃO
O QUE - WHAT	Oferecer um curso de atualização em manejo da prevenção da SC
POR QUE - WHY	Para contribuir com o conhecimento e atualização acerca do tema, evitando novas ocorrências por falhas dos serviços/profissionais.
QUEM - WHO	Os autores responsáveis pela pesquisa e colaboradores <i>experts</i> no assunto
QUANDO - WHEN	Abril de 2017
ONDE - WHERE	Na cidade de Porto Alegre, local a definir.
COMO - HOW	Modalidade presencial, com carga horária de 8 horas, conforme o cronograma: 1) Avaliação pré-curso (1 hora) 2) Aspectos epidemiológicos do agravo na localidade (1 hora); 3) Aspectos clínicos, métodos diagnósticos e tratamento (2 horas); 4) Ações de vigilância para controle e prevenção (3 horas); 5) Avaliação pós-curso (1 hora). Os recursos metodológicos a serem utilizados serão: Power Point, discussão de casos clínicos, dinâmicas, trocas de experiências, entre outras.
QUANTO – HOW MUCH	Sem custo.

APÊNDICE B – FORMULÁRIO TESTE

1	(A) (B) (C) (D)
2	(A) (B) (C) (D)
3	(A) (B) (C) (D)
4	(A) (B) (C) (D)
5	(A) (B) (C) (D)
6	(A) (B) (C) (D)
7	(A) (B) (C) (D)
8	(A) (B) (C) (D)
9	(A) (B) (C) (D)
10	(A) (B) (C) (D)

APÊNDICE C – PROGRAMAÇÃO DO CURSO

HORÁRIOS	ATIVIDADE	FACILITADOR
08h30 – 09h00	Boas vindas e apresentações	Equipe técnica da Coordenação do RS
09h00 – 09h30	Avaliação Pré Teste (Gabarito)	Marina Silvestre
09h30 – 11h00	Panorama atual da sífilis: resultado do estudo	Tatiana Heidi
11h00 – 12h00	SC: monitoramento como prevenção.	Marina Silvestre Aline Sortica
12h00 – 13h00	Almoço	
14h00 – 15h00	Critérios de definição de casos de Sífilis: Notificação	Tatiana Heidi
13h00 – 14h00	Vigilância epidemiológica da Sífilis: relato de experiência	Lisiane Morelia
15h00 – 15h15	Intervalo	
15h15 - 16h00	Financiamento e Ações de IST/Aids	Marcia Rosane
16h00 – 17h00	Exportação dos dados: Tabwin	Clarice Batista
17h00 – 17h30	Avaliação Pós Teste (Gabarito) Encerramento	Equipe técnica da Coordenação do RS

APÊNDICE D – ARTIGO CIENTÍFICO 1

O perfil epidemiológico dos casos confirmados de sífilis congênita em uma Região de Saúde do Rio Grande do Sul, 2015

The epidemiological profile of confirmed cases of congenital syphilis in a Health Region of Rio Grande do Sul, 2015

Tatiana Heidi Oliveira¹
Daniela Cardoso Tietzmann²
Débora Fernandes Coelho³

¹Universidade Federal Ciências da Saúde, Mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Porto Alegre/RS, Brasil

²Universidade Federal Ciências da Saúde, Docente do Departamento de Nutrição, Porto Alegre/RS, Brasil

³Universidade Federal Ciências da Saúde, Docente do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Porto Alegre/RS, Brasil

Resumo

A sífilis congênita vem apresentando altas taxas de detecção em todo o país, sendo considerada, portanto, um grave problema de saúde pública. **Objetivo:** descrever o perfil epidemiológico dos casos de sífilis congênita da 10ª região de saúde do Rio Grande do Sul (RS) do ano de 2015. **Métodos:** estudo quantitativo, transversal e descritivo através das variáveis disponíveis nas fichas de notificação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Os dados coletados foram organizados em uma planilha eletrônica, sendo, posteriormente, descritos. **Resultados:** foram identificados 752 casos confirmados e 229 notificações de sífilis em gestante relacionadas com os casos de sífilis congênita. A incidência de sífilis congênita no ano de 2015 na região 10 do RS (23,1/1000 nascidos vivos) foi superior a todas as outras Regiões, inclusive à taxa estadual (11,2/1000 nascidos vivos). Os casos confirmados em sua maioria foram provenientes dos municípios mais populosos e zona urbana, sendo a quase totalidade crianças assintomáticas, nascidas vivas, apresentando falhas de informação no seguimento. A média de idade das mães foi de 25,42 anos (DP±6,6), raça/cor branca, baixa escolaridade (<8 anos de estudo), com acesso ao pré-natal e ausência de tratamento do parceiro. **Conclusão:** a incidência da sífilis congênita na região sugere falhas na implementação de Políticas Públicas voltadas para a prevenção do agravo, dentre elas, a assistência pré-natal e fatores de vulnerabilidade que necessitam de uma rede de assistência articulada. A falta de informações em algumas variáveis mostrou a necessidade constante de qualificação das mesmas no intuito de conhecer a real situação do agravo na localidade.

Abstract

Congenital syphilis has been showing high rates of detection throughout the country, and is therefore considered a serious public health problem. Objective: to describe the epidemiological profile of congenital syphilis cases in the 10th health region of Rio Grande do Sul (RS) in the year 2015. Methods: a quantitative, cross-sectional and descriptive study using the variables available in the notification sheets of the Information System of Notification Offenses (SINAN). The data collected were organized in a spreadsheet and later described. Results: 752 confirmed cases and 229 reports of syphilis in pregnant women related to congenital syphilis cases were identified. The incidence of congenital syphilis in the year 2015 in region 10 of RS (23.1 / 1000 NV) was higher than all other regions, including the state rate (11.2 / 1000 NV). Most of the confirmed cases came from the most populous municipalities and urban areas, and almost all children were asymptomatic, born alive, presenting information failures at follow-up. The mean age of the mothers was 25.42 years (SD $\pm$ 6.6), white race / color, low schooling (<8 years of schooling), with prenatal access and no partner treatment. Conclusion: the incidence of congenital syphilis in the region suggests failures in the implementation of Public Policies aimed at the prevention of aggravation, among them prenatal care and vulnerability factors that require an articulated care network. The lack of information on some variables showed the constant need to qualify them in order to know the real situation of the problem in the locality.

Introdução

A sífilis é uma doença cosmopolita, ou seja, com ocorrência em todas as regiões do mundo e vem acompanhando a trajetória das outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) desde o início dos anos 60, com níveis de prevalência significativos.^(1,2)

O Brasil é signatário junto a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e Organização Mundial de Saúde (OMS) da Iniciativa Regional para a Eliminação da Transmissão Materno-Infantil do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e Sífilis na América Latina e Caribe, assumindo o compromisso para a eliminação da sífilis congênita (SC) até o ano 2015, com meta de redução da incidência para menos de 0,5 casos por 1.000 nascidos vivos⁽¹⁾, sendo que a presença de um caso indica uma assistência pré-natal e controle das IST inadequados. No entanto, observou-se que o Brasil e outros países não conseguiram atingir a meta de eliminação proposta em 2015

e, segue na busca dos objetivos pactuados, sendo o compromisso de eliminação renovado pelos países membros da OPAS em 2016. ⁽³⁾

A SC é um agravo 100% evitável, quando as medidas de prevenção são aplicadas na população em geral, e a gestante infectada juntamente com suas parcerias sexuais são identificadas e tratadas. Sendo assim, a atenção pré-natal e puerperal precisa ser organizada de forma a atender às reais necessidades das mulheres durante a gestação e o puerpério, por meio da utilização dos conhecimentos técnico-científicos existentes, dos meios e recursos disponíveis adequados para cada caso, num contexto de humanização da assistência. ^(4,5)

Estima-se, um milhão de casos de sífilis por ano entre as gestantes em todo o mundo, orientando assim a detecção e o tratamento em tempo oportuno, considerando que a infecção transmitida ao feto gera graves implicações e que apesar das facilidades de diagnóstico e tratamento de baixo custo, disponíveis nos serviços de saúde, o número de casos tem aumentado nos últimos anos. ^(6,7)

No Rio Grande do Sul (RS), foi registrado no período de 2005 e 2015, 9.549 casos de sífilis em gestante (SG), passando a taxa de incidência de 1,1 por 1.000 nascidos vivos em 2005 para 20,2 em 2015. Observou-se um progressivo aumento nessa taxa, sendo que esse se reflete no número de casos de SC em menores de um ano, que no mesmo período apresentou um total de 6.943 casos, passando de 1,2 em 2005 para 11,5 casos para cada 1.000 nascidos vivos em 2015, variando de acordo com a região de residência. Tanto a taxa de incidência de SG como a taxa da SC do ano de 2015 no RS, representaram a segunda maior taxa entre os estados brasileiros. ⁽⁶⁾

Em conformidade com a organização da saúde no território do RS, que se divide em trinta Regiões de Saúde, distribuídas nas dezenove Regiões Administrativas da

Secretaria Estadual de Saúde (SES), ⁽⁷⁾ no ano de 2015, a região10 (Capital e Vale do Gravataí) apresentou, entre as regiões, a maior taxa de incidência de SC. ⁽⁸⁾

Entende-se que conhecer o perfil epidemiológico dos casos e suas tendências, por meio dos sistemas de vigilância, contribui para uma melhor compreensão do agravo pelos profissionais e população em geral, dos aspectos importantes relacionados à magnitude da doença, sua história natural, como a forma e a gravidade das manifestações clínicas. Já as informações maternas possibilitam, ainda, conhecer os fatores operacionais que levaram à ocorrência dos casos, especialmente sobre a prevenção do agravo durante o pré-natal e o parto. ⁽⁹⁾

O controle da infecção permanece como grande desafio para os serviços assistenciais e de vigilância epidemiológica, e destacam a importância da avaliação e do acompanhamento sistemático da assistência pré-natal como uma estratégia para o alcance da erradicação da SC. ⁽¹⁰⁾ Na busca pela redução da incidência da SC no estado, é importante que os profissionais envolvidos no planejamento e nos cuidados à saúde das pessoas tenham acesso a informações demonstrativas da dimensão do problema em cada região/localidade, com base na situação epidemiológica, entendendo a sua inserção no processo de controle e eliminação do agravo, dispondo assim de subsídios para o planejamento e monitoramento das intervenções a serem empreendidas.

Sendo assim, tornou-se necessário entender as características epidemiológicas do agravo, suas especificidades e os desafios necessários para um planejamento estratégico e operacional efetivo. Compreender a condição epidemiológica aumenta as potencialidades dos serviços de saúde, colocando em prática ações condizente com a realidade.

Apesar das diversas políticas e medidas de intervenção para evitar a transmissão vertical (TV) da sífilis estarem disponíveis nos serviços de saúde, entende-se que uma

série de fatores (social, político, econômico e individual) parecem dificultar o acesso a estas medidas, contribuindo assim para a ocorrência de casos em populações, principalmente com maior vulnerabilidade. Diante do exposto, questionou-se: quais as características dos casos de SC na região de saúde do RS com maior taxa de incidência no ano de 2015 (Região 10)? Sendo assim, esse trabalho teve como objetivo descrever o perfil epidemiológico dos casos de sífilis congênita dos municípios da 10ª região de saúde do Rio Grande do Sul (RS) do ano de 2015.

Método

Trata-se de um estudo descritivo, sendo analisado o perfil epidemiológico dos casos de SC da 10ª região de saúde do RS, através das variáveis disponíveis nas fichas de notificação compulsória obtida dos bancos do SINAN da sífilis congênita (criança) e sífilis na gestação (mãe). Para identificar as gestantes notificadas com sífilis relacionadas com os casos que tiveram desfecho de SC, foi realizado um relacionamento das duas bases de dados do SINAN por meio do *software RecLink*, sendo utilizado como campos-chave: nome completo da mãe, idade, endereço e município de residência. Através dessa busca foi possível obter resultados tanto da ficha de SC, como, também, da ficha de SG para a análise de variáveis complementares no estudo (Figura 1).

O local do estudo foi a Região de Saúde 10 – Capital e Vale do Gravataí do estado do RS que concentrou no ano de 2015, 44,7% do total de casos de SC do estado, tendo apresentado a maior incidência entre as Regiões de Saúde, tornando-se assim, relevante a sua seleção para a realização da pesquisa.⁽⁸⁾ A Região é constituída por seis municípios (Alvorada, Cachoeirinha, Glorinha, Gravataí, Porto Alegre e Viamão),

possuindo uma população de 2.241.453 habitantes (IBGE, 2011), fazendo parte da 2ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS).^(11,12)

A seleção dos casos obedeceu aos seguintes critérios de inclusão: casos confirmados de SC, diagnosticados no ano de 2015, residentes nos municípios pertencentes à 10ª Região de Saúde. Como critério de exclusão: casos que foram notificados, mas descartados pelo sistema por não apresentarem critérios que definissem como caso de SC. Foram estudadas as informações disponíveis nas fichas de notificação/investigação compulsória de sífilis:

Sífilis Congênita

- a) Dados gerais do caso - data do diagnóstico, nascimento, idade, sexo e raça/cor da pele (branca; preta; amarela; parda; indígena; ignorado/em branco).
- b) Dados de residência - município, logradouro (rua, avenida, etc.), número, bairro e zona (urbana; rural; periurbana; ignorado/em branco).
- c) Sociodemográficas materna - idade (em anos), raça/cor (branca; preta; amarela; parda; indígena; ignorado), ocupação, escolaridade (analfabeto; 1ª a 4ª série incompleta do Ensino Fundamental; 4ª série completa do Ensino Fundamental; 5ª a 8ª série incompleta do Ensino Fundamental; Ensino Fundamental completo; Ensino Médio incompleto; Ensino Médio completo; Educação Superior incompleta; Educação Superior completa; ignorado; não se aplica).
- d) Antecedentes epidemiológicos da mãe - realização de pré-natal (sim; não; ignorado) e momento do diagnóstico materno (durante o pré-natal; no momento do parto/curetagem; após o parto; não realizado; ignorado).

- e) Dados laboratoriais da mãe - teste não treponêmico (TNT) (reagente; não reagente; não realizado; ignorado) e teste treponêmico (TT) no parto/curetagem (reagente; não reagente; não realizado; ignorado).
- f) Tratamento - esquema de tratamento da mãe (adequado; inadequado; não realizado; ignorado) e parceiro tratado concomitantemente (sim; não; ignorado).
- g) Dados laboratoriais da criança - TNT em sangue periférico (reagente; não reagente; não realizado; ignorado), TT após 18 meses de idade (reagente; não reagente; não realizado; não se aplica; ignorado), TNT em líquido (reagente; não reagente; não realizado; ignorado), titulação ascendente (sim; não; não realizado; ignorado), evidência de *Treponema pallidum* (sim; não; não realizado; ignorado), alteração liquórica (sim; não; não realizado; ignorado) e alteração do exame dos ossos longos (sim; não; não realizado; ignorado).
- h) Dados clínicos da criança - diagnóstico clínico (assintomático; sintomático; não se aplica; ignorado) e presença de sinais e sintomas (sim; não; não se aplica; ignorado). Ressalta-se que a variável “presença de sinais e sintomas” na criança pode ser preenchida em um mesmo caso, quantas manifestações se fizerem necessárias, pois uma mesma criança pode ter mais de um sinal e/ou sintoma.
- i) Esquema de tratamento da criança (Penicilina G cristalina 100.000 a 150.000 UI/Kg/dia por 10 dias; Penicilina G procaína 50.000 UI/Kg/dia por 10 dias; Penicilina G benzatina 50.000 UI/Kg/dia; outro esquema; não realizado; ignorado/em branco).
- j) Evolução do caso (vivo; óbito por sífilis congênita; óbito por outras causas; aborto; natimorto; ignorado).

Considerou-se necessário no processo de análise das informações das crianças notificadas, avaliar as opções assinaladas como “não realizado” e “ignorado” com

prudência, pois situações como aborto e natimorto, inviabilizam a escolha de outro campo que não esses.

Sífilis em gestante

- a) Antecedentes epidemiológicos da gestante - trimestre no momento do diagnóstico (1º trimestre; 2º trimestre; 3º trimestre; idade gestacional ignorada; ignorado) e classificação clínica da doença (primária; secundária; terciária; latente; ignorado).
- b) Dados laboratoriais da gestante - TNT (reagente; não reagente; não realizado; ignorado) e TT no pré-natal (reagente; não reagente; não realizado; ignorado).
- c) Tratamento da gestante (Penicilina G benzatina 2.400.000 UI; Penicilina G benzatina 4.800.000 UI; Penicilina G benzatina 7.200.000 UI; outro esquema; não realizado; ignorado).

Os dados coletados foram organizados em uma planilha eletrônica, sendo, posteriormente, analisado por um software de estatística, o Statistical Package for Social Science for Windows (SPSS) versão 18 disponível na instituição de ensino. Para a realização do estudo foi obtida a autorização por parte da Coordenação Estadual das DST/Aids e aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa com seres humanos da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA) e da Escola de Saúde Pública (ESP) do RS sob o Parecer nº 1.686.510 em 19 de agosto de 2016 e Parecer nº 1.708.098 em 1º de setembro de 2016, respectivamente, sendo seguidas as diretrizes e normas da Resolução do Conselho Nacional em Saúde nº 466, de 12 de dezembro de 2012,⁽¹⁴⁾ que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos, assegurando, assim, o anonimato dos casos que foram analisados por meio dos bancos de dados.

Resultados

No ano de 2015, entre os municípios da 10ª região, a capital do estado, Porto Alegre, concentrou o maior número de casos, sendo as taxas mais elevadas nos municípios maiores e a zona de residência com 95,6% (n=719) de casos foi a urbana. Entre os registros, 99,3% (n=747) apresentaram idade entre 0 e 7 dias, 43,4% (n=326) eram do sexo masculino, 40,7% (n= 306) da raça/cor branca, seguidos da negra. Destaca-se dentre os casos ignorados, 38,9% (n=109) situações de aborto (n=86) e natimorto (n=23) e entre os casos em branco 40,0% (n=2) relacionados a aborto. (Tabela 1).

Quanto aos dados laboratoriais dos casos (Tabela 1), 81,3% (n=612) realizaram o TNT em sangue periférico, no líquido, 65,3% (n=491) das crianças realizaram, sendo o resultado alterado em 4,5% (n=34) dos casos. A evidência do *Treponema pallidum* no material colhido não foi realizada em 55,3% (n=416) dos casos e analisando o exame radiológico, observou-se que 58,6% (n=441) realizaram o exame. Nos testes de seguimento, observou-se que o treponêmico após os 18 meses de idade não foi realizado em 30,7% (n=231) e a informação ignorada em 33,2% (n=250) dos casos. Já a avaliação dos títulos da sorologia não treponêmica não foi realizada em 47,2% (n=355) e a informação ignorada em 33,9% (n=255) dos registros.

Pelo resultado 73,4% (n=552) das crianças eram assintomáticas, e entre os sintomáticos as principais manifestações encontradas foram: icterícia (30,3%), lesões cutâneas (12,1%), esplenomegalia (9,1%), lesões osteoarticulares (9,1%) e outros (39,4%). O esquema terapêutico prescrito aos recém-nascidos com maior frequência foi a Penicilina G cristalina 100.000-150.000 UI/Kg/dia por 10 dias (48,0%; n=361) e outro esquema utilizado em 8,1% (n=61). Ao analisar a evolução dos casos investigados,

observou-se que 81,5% (n=613) eram vivos, 12,8% (n=96) abortos e 3,7% (n=28) natimortos, conforme Tabela 2.

Pelo resultado 73,4% das crianças eram assintomáticas (n=552), e entre os sintomáticos (6,3%; n=47) as principais manifestações foram: icterícia (30,3%), lesões cutâneas (12,1%), esplenomegalia (9,1%), lesões osteoarticulares (9,1%) e outros (39,4%). O esquema terapêutico prescrito aos recém-nascidos com maior frequência foi a Penicilina G cristalina 100.000-150.000 UI/Kg/dia por 10 dias (48,0%; n=361), outro esquema foi utilizado em 8,1% (n=61) e não realizado em 17,4% dos casos (n=131), sendo 14,8% destes relacionados aos abortos e natimortos. Ao analisar a evolução dos casos investigados, observou-se que 81,5% eram vivos (n=613), 12,8% abortos (n=96) e 3,7% natimortos (n=28), conforme Tabela 2. Sendo assim, em todas as variáveis torna-se relevante considerar nas informações ignoradas ou na ausência das mesmas as situações relacionadas aos abortos e natimortos.

Verificando as características sociodemográficas das mães segundo a ficha de notificação da SC, a média da idade foi igual a 25,42 (DP±6,6), ressaltando que a idade mínima foi 14 e a máxima, 44 anos. A maioria referia ter a cor da pele branca, seguidos pelas cores preta e parda, sendo o percentual, respectivamente, de 45,3% (n=341), 24,2% (n=182) e 12,2% (n=92) e mais da metade apresentaram até 8 anos de estudo. O campo com a ocupação da mãe, por ser descritivo e opcional, apresentou uma diversidade de informações com destaque para 34,9% como dona de casa (n=263), e em 42,6%, a opção estava ignorada/em branco (n= 320).

Analisando o pré-natal, 72,6% (n=546) das mães realizaram pelo menos uma consulta e 58,0% (n=436) foram diagnosticadas durante o pré-natal. Os dados laboratoriais das mães demonstraram que 99,4% (n=748) realizaram o TNT e o TT 66,6% (n=501) realizaram no parto/curetagem. Quanto ao esquema de tratamento,

observou-se que em 72,6% (n=546) foi inadequado e em 23,5% (n=177) não realizado. Apenas 16,1% (n=121) dos parceiros sexuais foram tratados e um percentual significativo dessa informação ignorada (Tabela 3).

Avaliando as variáveis das notificações de SG, observou-se que 48,0% (n=110), tiveram o diagnóstico nos 2º e 3º trimestres. Durante o pré-natal, 96,5% (n=221) realizaram o TNT e o TT 71,6% (n=164) realizaram. Quanto à classificação clínica, 14,8% (n=34) foram sífilis primária e a informação ausente e ignorada em 57,3% (n=131) dos casos. Já o esquema de tratamento prescrito com maior frequência foi o de três doses em 57,6% (n=132) e ignorada em 21,4% (n=49) dos casos, conforme Tabela 4.

Discussão

Entre os municípios da região em estudo, as maiores concentrações foram observadas nos municípios mais populosos, porém, municípios menores que apresentam menor acesso aos recursos (materiais, humanos, entre outros), tem maior probabilidade de subnotificação em seus registros, dificultando assim, o conhecimento real da situação de saúde que culminará na ausência do planejamento de ações e monitoramento de indicadores. ⁽¹⁴⁾ Considerando a zona de residência dos casos, percebeu-se que os resultados confirmam o cenário da região, uma vez que 98,6% dos seus habitantes residem em zona urbana ⁽¹⁵⁾. Outro estudo também demonstrou que a maioria dos casos de TV por sífilis investigados, eram de residentes em áreas urbanas. ⁽¹⁴⁾

A maioria dos diagnósticos dos casos confirmados de SC ocorreu logo após o nascimento, ou seja, ainda na maternidade, demonstrando um sistema hospitalar vigilante e ágil na investigação, no intuito de detectar oportunamente os casos. Esse

diagnóstico em tempo oportuno realizado nas maternidades tem sido apontado em pesquisas semelhantes. ^(16,17,18)

A Região de Saúde 10 registrou em 2015 um total de 32.550 nascidos vivos, conforme o Sistema de Informações sobre nascidos vivos (SINASC), sendo 51,3% do sexo masculino e 48,7% feminino ⁽¹⁹⁾, corroborando com o resultado da pesquisa, uma vez que ligeiramente prevaleceram as crianças nascidas do sexo masculino, como as mais afetadas.

Analisando a variável raça/cor da criança, verificou-se um percentual elevado de informação ignorada, comprometendo a avaliação do dado. Portanto, tornou-se prudente considerar a relação desses casos com as situações de aborto e natimorto, uma vez que impossibilitam determinar a raça/cor. Outro fator a se considerar é que a variável não é de preenchimento obrigatório, sendo a mesma essencial para a avaliação epidemiológica dos casos. Entretanto, registrou-se no ano de 2015 na região, um percentual de 75,6% crianças nascidas vivas da raça/cor brancas e 24,1% negras, conforme dados do MS ⁽²⁰⁾, prevalecendo, portanto, as crianças brancas, sendo essa informação compatível com o resultado do estudo.

A avaliação complementar do recém-nascido com suspeita de SC deve incluir a realização do TNT em sangue periférico, pois todas as crianças cujas mães tiveram diagnóstico de sífilis ou na suspeita clínica de SC deverão realizar independente de tratamento prévio. ^(4,21,22)

Este estudo demonstrou que pouco mais de 60% das crianças realizaram punção líquórica, tendo a maioria o resultado do teste não reagente. Ressalta-se que esse resultado não exclui a presença de neurosífilis, sendo necessário avaliar outros parâmetros; já o resultado reagente, independente de outras alterações (leucócitos e proteínas), conclui o diagnóstico de sífilis. ⁽²³⁾ A não realização do LCR, evidenciado

também em outros estudos, ^(24,25) dificulta definir a neurosífilis, compromete a aplicação correta do tratamento e o cumprimento dos parâmetros de avaliação no seguimento da criança. É fundamental avaliar a função neurológica de todas as crianças de mães não tratadas ou inadequadamente tratadas, caso não haja nenhuma contraindicação, pois cerca de 10% a 40% dos casos assintomáticos poderão apresentar alterações que acometem o sistema nervoso central. ^(4,21,23,26)

Na prática clínica, a pesquisa específica do *Treponema pallidum* é pouco utilizada, justificando assim, o resultado deste estudo. Apesar de ser considerado um teste eficiente para determinar diretamente o diagnóstico e possuir baixo custo, a maioria destas técnicas é trabalhosa e necessita de equipamento específico. ^(23,27) O resultado positivo evidencia definitivamente a doença, porém o negativo não exclui a mesma. ⁽²³⁾

Para o diagnóstico da SC, a radiografia dos ossos longos é recomendada como um dos exames complementares. ⁽²⁷⁾ Justifica-se a realização desse exame também nas crianças assintomáticas, uma vez que a radiografia alterada poderá ser a única anormalidade encontrada. ⁽²³⁾ Estudo realizado em Palmas, no Tocantins, entre os anos de 2007 e 2014, evidenciaram um percentual elevado da não realização desse exame e ausência da informação nas notificações. ⁽²⁵⁾

O TT após os 18 meses é utilizado para o seguimento laboratorial de crianças com SC ou expostas à sífilis materna, quando os anticorpos transmitidos passivamente da mãe para a criança não serão mais detectáveis. ^(4,28) Quando a criança menor de 18 meses é notificada, o campo correto a ser preenchido é o "não se aplica", conforme o instrucional de preenchimento da ficha ⁽²⁹⁾. Porém, na idade adequada, ou seja, durante o seguimento, a criança fará o exame e o resultado do mesmo deverá ser informado à vigilância que providenciará a atualização deste campo no sistema. Após os 18 meses de

idade, os testes deverão apresentar resultados não reagentes nos casos em que o tratamento adequado foi instituído no período neonatal, pois não haverá tempo para a formação de anticorpos específicos. Sendo assim, um resultado reagente aos 18 meses confirma um caso de SC, mas se negativo não descarta. ^(4,21)

Considera-se titulação ascendente a elevação dos títulos do TNT realizados durante o acompanhamento da criança. ⁽²¹⁾ Salienta-se que todo o RN cuja mãe é soropositiva para sífilis deve ser acompanhado em seguimento ambulatorial realizando o teste com titulação no 1º, 3º, 6º, 12º, 18º e 24º mês de vida. Torna-se necessária essa avaliação, pois diante da elevação do título ou da sua não negatificação até os 18 meses de idade, o paciente deverá ser reavaliado e aplicado o retratamento, se necessário. Se os títulos estiverem caindo nos primeiros três meses e forem negativos entre 6 e 18 meses de vida, define-se que a criança foi tratada de maneira correta. ⁽²⁶⁾

Observou-se que mais de 70% foram assintomáticos ao nascer, demonstrando a necessidade da triagem sorológica da mãe na maternidade e o seguimento da criança, a fim de evitar sequelas. Esse resultado corrobora outros estudos, assim como publicações do MS, onde registram que mais de 50% dos casos não apresentam sintomas ao nascer. ^(30,26,31) Quando sintomáticos, sabe-se que o quadro clínico é variável, podendo ser manifestações isoladas ou simultâneas, dependendo da exposição do feto à bactéria (duração da sífilis na gestação sem tratamento) e de sua virulência, da carga treponêmica materna, do tratamento da infecção materna e da coinfeção materna pelo HIV ou imunodeficiência. ^(1,32) Ressalta-se que o acompanhamento da criança em consultas de puericultura é imprescindível, onde se tem a oportunidade de detectar sinais e sintomas referentes à SC. Os pais deverão ser informados, quando da alta hospitalar, sobre o quadro clínico da sífilis e suas sequelas. ⁽⁴⁾

O tratamento depende de uma série de fatores, dentre eles a idade da criança (neonatal ou pós-neonatal), tratamento materno (adequado ou não adequado), achados clínicos, laboratoriais e radiográficos, variando entre o uso da Penicilina G cristalina, G procaína e G benzatina. Uma vez estabelecido o tratamento adequado dos casos diagnosticados, tanto da sífilis precoce quanto da tardia, a remissão dos sintomas ocorrerá em poucos dias. ⁽²³⁾ Os resultados desta investigação indicaram com maior frequência o esquema com a Penicilina G cristalina, sendo essa a droga de escolha. Portanto, em alguns casos utilizou-se outro esquema que não com a Penicilina, apesar da não evidência científica da eficácia de outro medicamento no tratamento da SC. ⁽⁴⁾

A maioria dos casos notificados apresentou um curso favorável da doença, permanecendo vivas. Este achado assemelha-se a uma pesquisa realizada entre 2007 e 2014, em Palmas, no Tocantins. ⁽²⁵⁾ Sabe-se que a presença da sífilis na gestação pode causar aborto, prematuridade, morte fetal, doenças congênitas ou até mesmo a morte em aproximadamente 40% dos conceptos infectados de mães não tratadas ou tratadas de forma inadequada. ^(4,30)

A distribuição dos casos de SC segundo características das mães sugerem desigualdades sociais em termos de exposição a esse agravo. As mulheres com sífilis são, principalmente, jovens adultas, com baixa escolaridade e realização do pré-natal, semelhante ao apresentado em outros estudos. ^(33,34,35)

Quanto à raça/cor, a população do RS se distribui da seguinte forma: branca (83,2%), parda (10,6%), preta (5,6%), amarela (0,4%) e indígena (0,3%). ⁽³⁶⁾ Sendo assim, as mães da raça/cor autodeclarada brancas foram as mais encontradas nesse estudo. Ressalta-se que essa distribuição no RS reflete padrões históricos de ocupação, estando esse estado entre os Estados da Região Sul com maior proporção de brancos. ⁽³⁶⁾

Estudos demonstram que um baixo grau de instrução ou menos de 8 anos de estudo, dificulta o acesso das pessoas à informação, gerando um entendimento limitado da importância dos cuidados com a saúde e consequentemente às medidas de prevenção da infecção. ⁽³⁵⁾ Sabe-se pela história natural da doença que o seu desenvolvimento no organismo humano independe da escolaridade, podendo acometer pessoas de todos os níveis socioeconômicos, mas a baixa escolaridade pode favorecer a não adesão às medidas de prevenção, diagnóstico e tratamento.

Analisando a ocupação das mães dos casos de SC, observou-se que o resultado corrobora com outros estudos, que assinalam um percentual relevante entre a informação ignorada e a ocupação de dona de casa. ^(37,38)

No presente estudo verificou-se, que mais da metade das mães realizaram o pré-natal, independente do número de consultas, e mesmo assim a TV ocorreu. Rezende e Barbosa ⁽³⁹⁾, em um estudo descritivo, com abordagem quantitativa e coleta retrospectiva de fontes secundárias em Goiás, demonstrou que em várias regiões de saúde o percentual de consultas de pré-natal realizadas foi elevado, ou seja, o acesso a esta assistência está sendo promovido, mas isso não evidencia a qualidade da ação.

Recomenda-se durante o parto a solicitação do TNT, independente da realização prévia de exames como um dos critérios para definir o diagnóstico. ^(1,25) Destaca-se que a realização dos testes rápidos nas maternidades tem mostrado vantagens no sentido da otimização da utilização do leito de internação, evitando que a puérpera fique hospitalizada aguardando apenas o resultado do teste para sífilis. ⁽¹⁾ Ressalta-se nesse estudo, a realização por mais de 95% das mães do TNT e um pouco mais de 65% o TT na maternidade, sendo necessário ampliar este teste também neste momento.

Na impossibilidade, por diversas razões, de se realizar o diagnóstico e o tratamento da SG e sua parceria sexual durante o pré-natal, mais uma oportunidade de

realizá-lo será na maternidade. Sendo assim, a associação entre a avaliação epidemiológica, clínica e laboratorial é fundamental para a identificação da TV, onde posteriormente, será implementado o tratamento da criança infectada, evitando consequentemente as manifestações clínicas da doença e suas consequências.

Considerando o esquema de tratamento das mães, verificou-se que em mais de 70,0% o tratamento foi inadequado, reforçando, assim, a elevada taxa de incidência de SC, sendo esse o mesmo cenário observado em outros estudos.^(33,39,40,41) Ressalta-se que a proporção de tratamento inadequado e a sua não realização contribuiu significativamente para o aumento da TV da doença.

Destaca-se a necessidade de adesão do parceiro à assistência pré-natal para, dentre outras necessidades, ofertar o tratamento ao mesmo frente ao diagnóstico de SM. Resultados semelhantes do não tratamento do parceiro foram encontrados por alguns estudos, como o realizado em Palmas/TO (2007-2014), Rio de Janeiro/RJ (2007-2008), Fortaleza/CE (2000-2009), e também no Rio Grande do Norte/RN (2007-2010).^(30,33,42,43) Considera-se importante o tratamento do parceiro da gestante infectada, pois além de uma oportunidade de tratamento a um provável caso de sífilis adquirida, também previne-se a ocorrência de novos casos na população em geral e a reinfecção da sífilis durante a gestação, consequentemente evitando uma situação de TV.⁽³⁵⁾

Um percentual elevado de sífilis encontrado em mulheres com menor escolaridade; com assistência pré-natal e muitas vezes iniciado tardiamente; diagnóstico de SM tardio; e esquema de tratamento inadequado, e, consequentemente, parceiro não tratado, sugere que esse é o grupo mais exposto à infecção. Cabe destacar, a necessidade urgente de garantir ao RN, na maternidade, os exames laboratoriais necessários para sua avaliação e após a alta referenciá-lo para o devido acompanhamento/seguimento com a

realização da avaliação clínica e laboratorial até o encerramento do caso, garantindo assim, a ausência de sequelas futuras advindas da infecção.

Conclusão

O estudo evidenciou a magnitude, relevância e desafios que a SC apresenta em nosso meio, se constituindo como um grave problema de saúde pública. As taxas de incidência da Região de Saúde 10 estiveram acima do parâmetro nacional e estadual estabelecidos, que já são considerados elevados. Considera-se que a falta de informações em muitas variáveis disponíveis e a subnotificação dos casos contribui para o desconhecimento do real perfil dos casos, constituindo um agravante, principalmente no que se refere ao desenvolvimento de políticas de saúde e de vigilância epidemiológica para o monitoramento da sífilis.

Através dos dados possíveis de análise observou-se que é possível conhecer minimamente a magnitude do agravo, seu perfil e orientar as ações de controle e eliminação da SC. As desigualdades verificadas na análise sociodemográfica do estudo reforçam a necessidade de estratégias de promoção da equidade ao acesso aos serviços de saúde nos municípios representados. Sendo assim, propor ações articuladas intra e intersetoriais, auxiliarão no processo de redução dos casos, além de melhorar a qualidade da assistência pré-natal, promover a ampliação dos testes rápidos, juntamente com a garantia do tratamento de todas as gestantes com sífilis.

Entre as limitações desse estudo temos a utilização de dados secundários de notificação, considerados somente uma abordagem aproximada do problema, pois fica condicionado à cobertura do sistema e à qualidade dos registros. Outra limitação foi o grande número de informações ignoradas ou em branco, dificultando também o conhecimento do perfil epidemiológico completo da SC da região de saúde 10 do RS,

prejudicando assim, o planejamento de ações eficazes de eliminação. Sendo assim, torna-se relevante melhorar a capacidade dos municípios de coletarem dados de alta qualidade na cobertura de intervenções e desigualdades e utilizarem esses dados como base de decisões para a melhoria da atenção às gestantes e crianças.

Referências Bibliográficas

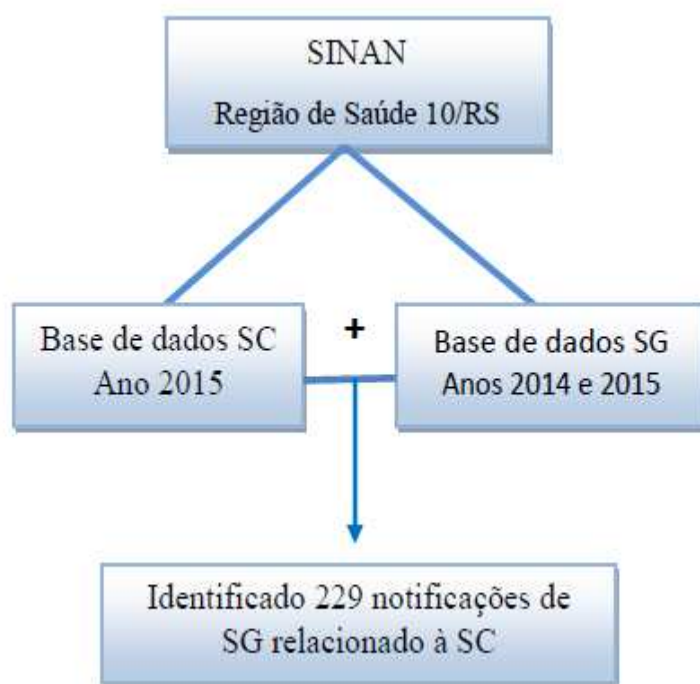
1. Brasil. Ministério da Saúde. Guia de Vigilância em Saúde. Brasília: MS; 2014.
2. Veronesi R, Focaccia R. Tratado de infectologia. 2ª ed. São Paulo: Editora Atheneu; 2002.
3. Organização Pan-Americana da Saúde. Elimination of mother-to-child transmission of HIV and syphilis in the Americas. Update 2016. Washington, D.C.: PAHO; 2017.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis. Brasília: MS; 2016.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº. 569, de 01 de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União 8jun 2000; Seção 1.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Boletim epidemiológico da Sífilis. Brasília: MS; 2016.
7. Rio Grande do Sul. Secretaria de Estado da Saúde. Resolução nº. 555, de 19 de setembro de 2012. Altera a configuração e a quantidade de Regiões. Diário Oficial do Estado 21 set 2012.
8. Rio Grande do Sul. Secretaria de Estado da Saúde. Relatório Anual de Gestão - RAG. Porto Alegre: SES; 2015.
9. Tayra A, Matida LH, Saraceni V, Paz LC, Junior ANR. Duas décadas de vigilância epidemiológica da sífilis congênita no Brasil: a propósito das definições de caso. DST j bras doenças sex transm. 2007; 19 (3-4): 111-19.
10. Brito ESV, Jesus SB, Silva MRF. Sífilis congênita como indicador de avaliação da assistência ao pré-natal no município de Olinda (PE), Brasil. Rev APS. 2009; 12 (1): 62-71.
11. Rio Grande do Sul. Secretaria de Estado da Saúde. Plano Estadual de Saúde: 2012/2015. Porto Alegre: SES; 2013.
12. Ministério da Saúde. Datasus [homepage na Internet]. Informações de Saúde. Demográficas e socioeconômicas. População residente: censos. Acesso em 20 mai 2016. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>

13. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Institui as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União 13 jun 2012; Seção 1.
14. Carvalho IS, Brito RS. Sífilis congênita no Rio Grande do Norte: estudo descritivo do período 2007-2010. Epidemiol serv saúde. 2014; 23(2): 287-94.
15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Censo demográfico 2010: características da população e dos domicílios. Rio de Janeiro: IBGE, 2011.
16. Donalísio MR, Freire JB, Mendes ET. Investigação da sífilis congênita na microrregião de Sumaré, Estado de São Paulo, Brasil – desvelando a fragilidade do cuidado à mulher gestante e ao recém-nascido. Epidemiol serv saúde. 2007; 16 (3): 165-73.
17. Almeida MF, Pereira SM. Caracterização epidemiológica da sífilis congênita no município de Salvador, Bahia. DST j bras doenças sex transm. 2007; 19 (3-4): 144-56.
18. Araújo CL. Análise da situação da sífilis congênita e da sua relação com a cobertura da estratégia de saúde da família no Brasil (2001 a 2008) [dissertação]. Brasília; 2010.
19. Portal BI [homepage na internet]. Porto Alegre: Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul; 2015 [atualizada em 2017 Abr 07; acesso em 2017 Abr 10]. Disponível em: <http://bi.saude.rs.gov.br/index.htm>.
20. Ministério da Saúde. Datasus [homepage na Internet]. Acesso a informação: tabnet - Estatísticas vitais/Nascidos vivos; [acesso em 20 Fev 2017]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Curso rápido de vigilância epidemiológica de HIV, Aids e sífilis. Brasília: MS; 2015.
22. BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. Brasília: MS, 2011.
23. São Paulo. Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids. Guia de referências técnicas e programáticas para as ações do plano de eliminação da sífilis congênita. São Paulo: CRT; 2010.
24. Almeida MFG, Pereira SM. Caracterização epidemiológica da sífilis congênita no município de Salvador, Bahia. DST j bras doenças sex transm. 2007; 19 (3-4): 144-56.
25. Cavalcante PAM, Pereira RBL, Castro JGD. Sífilis gestacional e congênita em Palmas, Tocantins, 2007-2014. Epidemiol serv saúde. 2017; 26 (2): 255-64.
26. São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde. Guia de bolso para o manejo da sífilis em gestantes e sífilis congênita. São Paulo: SES; 2016.

27. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais. Manual Técnico para Diagnóstico da Sífilis. Brasília: MS, 2016.
28. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. Diretrizes para controle da sífilis congênita: manual de bolso. 2. ed. Brasília: MS, 2006.
29. Ministério da Saúde. Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sífilis congênita [homepage na Internet]. [acesso em 15 Mai 2017]. Disponível em: <http://portalsinan.saude.gov.br/sifilis-congenita>.
30. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis: manual de bolso. Brasília: MS; 2007.
31. Hebmuller MG, Fiori HH, Lago EG. Gestações subsequentes em mulheres que tiveram sífilis na gestação. Ciênc saúde coletiva. 2015; 20(9): 2867-78.
32. Brasil. Ministério da Saúde. Curso de vigilância epidemiológica das doenças sexualmente transmissíveis de notificação compulsória: sífilis e síndrome do corrimento uretral masculino. Brasília: MS, 2010.
33. Cavalcante PAM, Pereira RBL, Castro JGD. Sífilis gestacional e congênita em Palmas, Tocantins, 2007-2014. Epidemiol serv saúde. 2017; 26 (2): 255-64.
34. Nonato SM, Melo APS, Guimarães MDC. Sífilis na gestação e fatores associados à sífilis congênita em Belo Horizonte-MG, 2010-2013. Epidemiol servsaúde. 2015; 24(4): 681-694.
35. Domingues MSM, Szwarcwald CL, Junior PRBS, Leal MC. Prevalência de sífilis na gestação e testagem pré-natal: estudo nascer no Brasil. Rev saúde pública. 2014; 48(5): 766-774.
36. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Censo demográfico 2010: características da população e dos domicílios. Rio de Janeiro: IBGE, 2011.
37. Almeida MFG, Pereira SM. Caracterização epidemiológica da sífilis congênita no município de Salvador, Bahia. DST j bras doenças sex transm. 2007; 19 (3-4): 144-56.
38. IBGE. Brasil em síntese [homepage na Internet]. Educação – anos de estudo; [acesso em 25 Mar 2017]. Disponível em: <http://brasilemsintese.ibge.gov.br/educacao/anos-de-estudo.html>.
39. Rezende EMA, Barbosa NB. A sífilis congênita como indicador da assistência de pré-natal no estado de Goiás. Rev APS. 2015; 18(2): 220-232.

40. Lima MG, Santos RFR, Barbosa GJA, Ribeiro GS. Incidência e fatores de risco para sífilis congênita em Belo Horizonte, Minas Gerais, 2001-2008. *Ciêncsaúdecoletiva*. 2013; 18 (2): 499-506.
41. França ISX, Batista JDL, Coura AS, Oliveira CF, Araújo AKF, Sousa FS. Fatores associados à notificação da sífilis congênita: um indicador de qualidade da assistência pré-natal. *Rev RENE*. 2015; 16(3): 374-81.
42. Costa CC, Freitas LV, Sousa DMN, Oliveira LL, Chagas ACMA, Lopes MVO, Damasceno AKC. Sífilis congênita no Ceará: análise epidemiológica de uma década. *RevEscEnferm USP*. 2013; 47 (1): 152-9.
43. Carvalho IS, Brito RS. Sífilis congênita no Rio Grande do Norte: estudo descritivo do período 2007-2010. *Epidemiol serv saúde*. 2014; 23(2): 287-94.

Figura 1 – Relacionamento das bases de dados do SINAN



Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Tabela 1 - Distribuição dos casos confirmados de sífilis congênita (número e percentual), segundo as características sociodemográficas e laboratoriais dos casos. Região de Saúde 10/RS, 2015

Características	2015	
	Nº	Percentual (%)
Municípios de residência		
Alvorada	36	4,8
Cachoeirinha	11	1,5
Glorinha	0	0,0
Gravataí	36	4,8
Porto Alegre	586	77,9
Viamão	83	11,0
Zona de residência		
Urbana	719	95,6
Rural	1	0,1
Periurbana	1	0,1
Ignorado	18	2,4
Em branco	13	1,7
Faixa etária		
≤7 dias	747	99,3

8 a 27 dias	4	0,5
28 dias a 1 ano	0	0,0
2 a 12 anos	1	0,1
Ignorado	0	0,0
Sexo		
Masculino	326	43,4
Feminino	310	41,2
Ignorado	116	15,4
Raça/Cor		
Branca	306	40,7
Preta	88	11,7
Amarela	1	0,1
Parda	72	9,6
Indígena	0	0,0
Ignorado	280	37,2
Em branco	5	0,7
TNT - Sangue periférico		
Reagente	529	70,3
Não reagente	83	11,0
Não realizado	123	16,4
Ignorado	17	2,3
TNT - Líquor		
Reagente	14	1,9
Não reagente	477	63,4
Não realizado	201	26,7
Ignorado	60	8,0
Alteração liquórica		
Sim	34	4,5
Não	425	56,5
Não realizado	201	26,7
Ignorado	92	12,2
Evidência <i>Teponema pallidum</i>		
Sim	14	1,9
Não	157	20,9
Não realizado	416	55,3
Ignorado	165	21,9
Diagnóstico Radiológico		
Sim	28	3,7
Não	413	54,9
Não realizado	190	25,3
Ignorado	121	16,1
TT - Após 18 meses		
Reagente	1	0,1
Não reagente	3	0,4
Não realizado	231	30,7

Não se aplica	267	35,5
Ignorado	250	33,2
Titulação ascendente		
Sim	6	0,8
Não	136	18,1
Não realizado	355	47,2
Ignorado	255	33,9
Total	752	100,0

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Tabela 2 - Distribuição dos casos confirmados de sífilis congênita (número e percentual), segundo as informações clínicas e de tratamento das crianças. Região de saúde 10/RS, 2015⁽¹⁾

Características	2015	
	Nº	Percentual (%)
Diagnóstico clínico		
Assintomático	552	73,4
Sintomático	47	6,3
Não se aplica	121	16,1
Ignorado	32	4,3
Tratamento Prescrito		
Penicilina G cristalina 100.000 a 150.000 UI/Kg/dia - 10 dias	361	48,0
Penicilina G procaína 50.000 UI/Kg/dia - 10 dias	32	4,3
Penicilina G benzatina 50.000 UI/Kg/dia	127	16,8
Outro esquema	61	8,1
Não realizado	131	17,4
Ignorado	40	5,3
Evolução dos casos		
Vivos	613	81,5
Aborto	96	12,8
Natimorto	28	3,7
Óbitos por SC	8	1,1
Óbitos outras causas	3	0,4
Ignorados	4	0,5
Total	752	100,0
Sinais e Sintomas⁽¹⁾		
Icterícia	20	30,3
Lesões cutâneas	8	12,1
Esplenomegalia	6	9,1
Lesões osteoarticulares	6	9,1
Hepatomegalia	5	7,6
Baixo peso	5	7,6
Anemia	3	4,5
Prematuridade	3	4,5

Plaquetopenia	2	3,0
Pseudoparalisia	1	1,5
Outros	7	10,6
Total	66⁽¹⁾	100,0

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Nota: (1) Considera-se a possibilidade da frequência de um ou mais sinais e sintomas para cada caso.

Tabela 3 – Distribuição dos casos confirmados de sífilis congênita (número e percentual), segundo as características sociodemográficas, antecedentes epidemiológicos, laboratoriais e de tratamento da mãe. Região de Saúde 10/RS, 2015

Características	2015	
	n	%
Faixa etária		
< 20 anos	142	18,9
20 a 29 anos	397	52,8
>30 anos	200	26,6
Em branco	13	1,7
Raça/Cor		
Branca	341	45,3
Preta	182	24,2
Amarela	0	0,0
Parda	92	12,2
Indígena	0	0,0
Ignorado	137	18,2
Escolaridade (em anos de estudo)		
Nenhuma	2	0,3
Menor ou Igual a 8 anos	386	51,3
Maior que 8 anos	171	22,7
Não se aplica	0	0,0
Ignorado/Branco	193	25,7
Realização de PN		
Sim	546	72,6
Não	146	19,4
Ignorado	60	8,0
Diagnóstico de SM		
Durante o PN	436	58,0
No momento do parto/curetagem	227	30,2
Após o parto	16	2,1
Não realizado	1	0,1
Ignorado	72	9,6
Teste não treponêmico no parto/curetagem		
Reagente	744	98,9
Não reagente	4	0,5
Ignorado	4	0,5

Teste confirmatório treponêmico no parto/curetagem		
Reagente	491	65,3
Não reagente	10	1,3
Não realizado	102	13,6
Ignorado	149	19,8
Esquema de tratamento		
Adequado	2	0,3
Inadequado	546	72,6
Não realizado	177	23,5
Ignorado	27	3,6
Parceiro tratado		
Sim	121	16,1
Não	354	47,1
Ignorado	277	36,8
Total	752	100,0

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Tabela 4 - Distribuição dos casos confirmados de sífilis em gestante (número e percentual) segundo o trimestre da gestação, dados laboratoriais, classificação e tratamento. Região de saúde 10/RS, 2015

Características	2015	
	n	%
Trimestre da gestação		
1º Trimestre	64	27,9
2º Trimestre	57	24,9
3º Trimestre	53	23,1
IG Ignorada	55	24,0
Ignorado	0	0,0
Teste não Treponêmico PN		
Reagente	221	96,5
Não reagente	0	0,0
Não realizado	6	2,6
Ignorado	2	0,9
Teste Treponêmico PN		
Reagente	163	71,2
Não reagente	1	0,4
Não realizado	28	12,2
Ignorado	37	16,2
Classificação Clínica		
Primária	34	14,8
Secundária	8	3,5
Terciária	23	10,0
Latente	33	14,4

Ignorado	116	50,7
Sem informação	15	6,6
Tratamento Prescrito		
Penicilina G benzatina 2.400.000 UI	19	8,3
Penicilina G benzatina 4.800.000 UI	8	3,5
Penicilina G benzatina 7.200.000 UI	132	57,6
Outro esquema	6	2,6
Não realizado	15	6,6
Ignorado	49	21,4
Total	229	100,0

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

APÊNDICE E – ARTIGO CIENTÍFICO 2

O panorama da sífilis congênita em uma Região de Saúde do Rio Grande do Sul e sua relação com a assistência pré-natal

The panorama of congenital syphilis in a Health Region of Rio Grande do Sul and its relationship with prenatal care

Tatiana Heidi Oliveira¹
Daniela Cardoso Tietzmann²
Débora Fernandes Coelho³

¹Universidade Federal Ciências da Saúde, Mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Porto Alegre/RS, Brasil

²Universidade Federal Ciências da Saúde, Docente do Departamento de Nutrição, Porto Alegre/RS, Brasil

³Universidade Federal Ciências da Saúde, Docente do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Porto Alegre/RS, Brasil

Resumo

Objetivos: analisar o perfil epidemiológico dos casos de sífilis congênita (SC) dos municípios da 10ª região de saúde do Rio Grande do Sul (RS) e sua relação com a assistência pré-natal. **Métodos:** estudo analítico através das informações presentes nas fichas de notificação compulsória do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Os dados foram organizados em uma planilha eletrônica, sendo, posteriormente, analisados por um software de estatística, o Statistical Package for Social Science for Windows (SPSS) versão 18. **Resultados:** identificados na base de dados 752 casos de SC, sendo a incidência de SC no ano de 2015 na região de saúde 10 do estado (23,1/1000 nascidos vivos) superior às outras regiões, inclusive à taxa estadual. Na análise bivariável, as variáveis que se mostraram associadas ($p < 0,050$) foram: situação do pré-natal (realização, diagnóstico de sífilis materna e tratamento do parceiro) com a idade materna > 30 anos; a realização do pré-natal com o diagnóstico de sífilis materna sendo realizado após o pré-natal, o tratamento sendo inadequado e sem parceiro tratado ($p < 0,001$). A ausência de informações em relação a algumas variáveis mostrou a necessidade constante de qualificação das informações no intuito de conhecer a real situação do agravo na localidade. **Conclusão:** a incidência da SC na região sugere falhas na implementação das Políticas Públicas voltadas para a prevenção do agravo, dentre elas, a assistência pré-natal e fatores de vulnerabilidade que necessitam de uma rede de assistência articulada. Potencializar os profissionais que atuam na vigilância epidemiológica com atividades educativas diretamente relacionadas às especificidades locais do agravo são fundamentais.

Descritores: Sífilis. Transmissão vertical de doença infecciosa. Vigilância. Prevenção e controle. Educação continuada.

Introdução

Estima-se, um milhão de casos de sífilis por ano entre as gestantes em todo o mundo, orientando assim a detecção e o tratamento em tempo oportuno, considerando que a infecção transmitida ao feto gera graves implicações e que apesar das facilidades de diagnóstico e tratamento de baixo custo, disponíveis nos serviços de saúde, o número de casos tem aumentado nos últimos anos. ^(1,2) A sífilis congênita é um agravo 100% evitável, quando as medidas de prevenção são aplicadas na população em geral, e a gestante infectada juntamente com suas parcerias sexuais são identificadas e tratadas. Sendo assim, a atenção pré-natal e puerperal precisa ser organizada de forma a atender às reais necessidades das mulheres durante a gestação e o puerpério, por meio da utilização dos conhecimentos técnico-científicos existentes, dos meios e recursos disponíveis adequados para cada caso, num contexto de humanização da assistência. ^(3,4)

No Rio Grande do Sul (RS), foi registrado no período de 2005 e 2015, 9.549 casos de sífilis em gestante (SG), passando a taxa de incidência de 1,1 por 1.000 nascidos vivos em 2005 para 20,2 em 2015. Observou-se um progressivo aumento nessa taxa, refletindo no número de casos de SC em menores de um ano, que no mesmo período apresentou um total de 6.943 casos, passando de 1,2 em 2005 para 11,5 casos para cada 1.000 nascidos vivos em 2015, variando de acordo com a região de residência. Tanto a taxa de incidência de SG como a taxa da SC do ano de 2015 no RS, representaram a segunda maior taxa entre os estados brasileiros. ⁽¹⁾

O controle da infecção permanece como grande desafio para os serviços assistenciais e de vigilância epidemiológica, e destacam a importância da avaliação e do acompanhamento sistemático da assistência pré-natal como uma estratégia para o alcance da erradicação da SC. ⁽⁵⁾ Na busca pela redução da incidência da SC no Estado, é importante que os profissionais envolvidos no planejamento e nos cuidados à saúde das pessoas tenham acesso a informações demonstrativas da dimensão do problema em cada região/localidade, com base na situação epidemiológica, entendendo a sua inserção no processo de controle e eliminação do agravo, dispondo assim de subsídios para o planejamento e monitoramento das intervenções a serem empreendidas.

Sendo assim, tornou-se necessário no RS, entender as características epidemiológicas do agravo e sua relação com a assistência pré-natal. Compreender a condição epidemiológica aumenta as potencialidades dos serviços de saúde, colocando em prática ações condizente com a realidade. Sendo assim, esse estudo teve por objetivo analisar o perfil epidemiológico dos casos de SC dos municípios da 10ª região de saúde do Rio Grande do Sul (RS) e sua relação com a assistência pré-natal.

Método

Trata-se de um estudo analítico do perfil epidemiológico dos casos de SC da 10ª região de saúde do RS e sua relação com a assistência pré-natal, através das variáveis disponíveis nas fichas de notificação compulsória obtida dos bancos do SINAN da SC, totalizando 752 casos confirmados em 2015.

O local do estudo foi a Região de Saúde 10 – Capital e Vale do Gravataí do estado do RS que concentrou no ano de 2015, 44,7% do total de casos de SC do estado, tendo apresentado a maior incidência entre as regiões de saúde, tornando-se assim, relevante a sua seleção para a realização da pesquisa. ⁽⁶⁾ A Região é constituída por seis

municípios (Alvorada, Cachoeirinha, Glorinha, Gravataí, Porto Alegre e Viamão), possuindo uma população de 2.241.453 habitantes (IBGE, 2011), fazendo parte da 2ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS).^(7,8)

A seleção dos casos obedeceu aos seguintes critérios de inclusão: casos confirmados de SC, diagnosticados no ano de 2015, residentes nos municípios pertencentes à 10ª região de saúde do RS. Como critério de exclusão: casos que foram notificados, mas descartados pelo sistema por não apresentar critérios que o definisse como caso de SC.

Foram estudadas as seguintes informações disponíveis nas fichas de notificação/investigação compulsória de sífilis, a saber: dados sociodemográficos da mãe (idade, raça/cor, ocupação, escolaridade), antecedentes epidemiológicos da mãe (realização de pré-natal e momento do diagnóstico materno) e tratamento (esquema de tratamento da mãe e parceiro tratado concomitantemente). Considerou-se necessário no processo de avaliação das informações dos casos notificados, incluir nas análises as opções assinaladas como “não realizado” e “ignorado”, contemplando possíveis situações de aborto e natimorto.

Os dados coletados foram organizados em uma planilha eletrônica, sendo, posteriormente, analisado por um software de estatística, o Statistical Package for Social Science for Windows (SPSS) versão 18 disponível na instituição de ensino. Consta-se de análise univariada (frequência e percentual) e análise bivariada cruzando as variáveis de interesse e dados sociodemográficos e de tratamento através do teste qui-quadrado. Foi adotado o nível de significância igual a 5%.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA) sob o parecer nº 1.686.510, em 19 de agosto de 2016 e da Escola de Saúde Pública (ESP) do RS sob o

Parecer nº 1.708.098, em 01 de setembro de 2016, sendo seguida as diretrizes e normas da Resolução do Conselho Nacional em Saúde nº 466, de 12 de dezembro de 2012,⁽⁹⁾ que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos, assegurando, assim, o anonimato dos casos que foram analisados por meio dos bancos de dados.

Resultados

Analisando a relação entre a situação do pré-natal com os grupos etários, verificou-se que a proporção de mulheres com 30 anos ou mais de idade sem a realização do pré-natal foi maior se comparado ao total dos outros grupos etários ($p=0,048$). Quanto ao diagnóstico de sífilis materna, o grupo com 30 anos ou mais de idade apresentou um percentual maior de diagnóstico após o pré-natal quando comparado com o total dos demais grupos ($p=0,015$). Associando a idade materna com o tratamento do parceiro, observou-se entre as mulheres com 30 anos ou mais um percentual menor de tratamento ($p=0,055$). (Tabela 1)

Quanto à realização do pré-natal e a raça/cor, não verificou-se associação, bem como com o diagnóstico de sífilis materna e tratamento do parceiro. Entretanto, observou-se uma distribuição desigual entre o total de casos com a realização do pré-natal tendendo a ser menor entre as mães não brancas e a mesma tendência em relação ao diagnóstico de SM durante o pré-natal e o tratamento do parceiro. (Tabela 1)

Apesar da não associação estatística significativa entre a realização do pré-natal com a escolaridade, verificou-se uma tendência das mães com maior escolaridade terem um maior acesso ao pré-natal. Os achados demonstram que as mães com baixa escolaridade (< 4 anos) apresentaram uma tendência a diagnóstico de SM após o maior que os demais grupos. Entre o tratamento do parceiro e a escolaridade das mães,

verificou-se uma tendência das mães com maior escolaridade, terem parceiros tratados, conforme Tabela 1.

Observando as variáveis relacionadas com a assistência pré-natal, um número elevado de mulheres que realizaram o pré-natal ficaram sem o diagnóstico neste período ($p<0,001$). Entre as mulheres que realizaram o pré-natal, mais de 80,0% foram classificadas com esquema de tratamento inadequado ($p<0,001$). Analisando o tratamento do parceiro com a realização do pré-natal observou-se que mais da metade das mulheres com pelo menos uma consulta de pré-natal não tiveram seus parceiros tratados. Portanto, entre as mulheres que realizaram o pré-natal, apenas 30,8% tiveram os parceiros tratados ($p<0,001$), conforme Tabela 2. A Tabela 3 demonstra que mais de 60,0% das mães com tratamento inadequado não tiveram o seu parceiro tratado ($p<0,001$).

Discussão

No presente estudo verificou-se, que mais da metade das mães realizaram o pré-natal, independente do número de consultas, e mesmo assim a transmissão vertical ocorreu. Rezende e Barbosa ⁽¹⁰⁾, em um estudo descritivo, com abordagem quantitativa e coleta retrospectiva de fontes secundárias em Goiás, demonstrou que em várias regiões de saúde o percentual de consultas de pré-natal realizadas foi elevado, ou seja, o acesso a esta assistência está sendo promovido, mas isso não evidencia a qualidade da ação.

Outro problema encontrado está relacionado com o diagnóstico de sífilis materna, onde se percebe uma lacuna de 14,6% de mães com pré-natal que não tiveram o diagnóstico durante o acompanhamento. Entende-se que para a redução da

transmissão vertical da sífilis, o diagnóstico oportuno durante a gestação é fundamental.

(10)

Considerando a realização do pré-natal com o esquema de tratamento das mães, verificou-se que em mais de 80,0% das mães que tiveram assistência durante o pré-natal foram classificadas com tratamento inadequado, favorecendo, assim, a elevada taxa de incidência, sendo esse o mesmo cenário observado em outros estudos. ^(10,11,12,13)

Ressalta-se que a proporção de tratamento inadequado e a sua não realização contribuiu significativamente para o aumento da TV da doença. Foi possível constatar nesse estudo, que mais de 60% das mães classificadas com tratamento inadequado, não tiveram seus parceiros tratados.

Destaca-se a necessidade de adesão do parceiro à assistência pré-natal para, dentre outras necessidades, ofertar o tratamento ao mesmo frente ao diagnóstico de sífilis materna. Resultados semelhantes do não tratamento do parceiro foram encontrados por alguns estudos realizados em Palmas/TO (2007-2014), Rio de Janeiro/RJ (2007-2008), Fortaleza/CE (2000-2009), como também no Rio Grande do Norte/RN (2007-2010). ^(10,14,15,16) Considera-se importante o tratamento do parceiro da gestante infectada, pois além de uma oportunidade de tratamento a um provável caso de sífilis adquirida, também previne-se a ocorrência de novos casos na população geral e a reinfecção da sífilis durante a gestação, consequentemente evitando uma situação de TV. ⁽¹⁷⁾

Em função da SC ser um agravo evitável por meio de medidas de prevenção, diagnóstico e tratamento disponível há décadas, é possível definir a doença como um claro marcador da qualidade da assistência à saúde no pré-natal sendo, portanto, um evento sentinela. Com a assistência pré-natal, pretende-se garantir a evolução da gestação dentro dos limites da normalidade, identificando em tempo oportuno e de

forma ágil, situações de risco e/ou vulnerabilidades que podem envolver o binômio (mãe-bebê) de modo a prevenir as complicações. Mas para garantir a efetividade dessa assistência, torna-se necessário não somente o acesso, mas também a qualidade dessas ações.⁽¹⁶⁾

A região de saúde 10 apresenta uma cobertura populacional estimada de atenção básica inferior à média estadual (72,7%) sendo de 61,0%; a cobertura de estratégia de saúde da família também ficou inferior à estadual (56,0%), sendo de 42,9% em 2015. A cobertura de pré-natal no estado do RS 75% de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal e na região de saúde 10 essa cobertura é de 70,9%, estando inferior a estadual. Verificou-se, portanto, grandes desafios para a efetivação do cuidado nesse âmbito, uma vez que a incidência da SC vem se mantendo elevada com uma série de fatores implicados, dentre eles a assistência pré-natal.^(11,18) A literatura registra que a atenção no pré-natal no Brasil é quase universal, favorecendo uma cobertura de mais de 90,0% em todo o país.⁽¹⁹⁾

Associando a realização do pré-natal com os grupos etários, tem-se estudos que demonstram uma menor adequação ao pré-natal de mulheres mais jovens, entretanto, um estudo realizado na Argentina, encontrou como fator de risco para a ocorrência da SM a idade acima de 35 anos.^(20,21,22) Sendo assim, observou-se nesse estudo uma correlação positiva e significativa entre mães com 30 anos ou mais sem acesso ao pré-natal, e consequentemente, com diagnóstico de SM após o pré-natal e parceiro sem tratamento quando comparado ao total dos outros grupos etários.

A evidência de alguns fatores sociais de vulnerabilidade como baixa escolaridade e raça/cor, pode influenciar a não realização do pré-natal. Estudos que analisaram fatores sócio-demográficos com o acesso ao serviço pré-natal demonstraram que existem desvantagens entre as mulheres negras em relação às brancas, em função

das desigualdades socioeconômicas existentes, como baixa escolaridade, baixa renda familiar. ^(23,24,25)

Considerações finais

A persistência de alta incidência da SC, mesmo após o aumento considerável da cobertura da AB, ESF e, conseqüentemente, da assistência pré-natal, indica que a qualidade da assistência é insatisfatória. Este estudo apresenta informações relevantes no intuito de orientar os gestores e profissionais da saúde a implantar, implementar e/ou aderir à estratégias que visam a melhoria da qualidade e a eliminação da SC.

Em função dos resultados apresentados, verificou-se a necessidade de implantar e implementar ações imediatas e significativas para o controle desse agravo. Faz-se necessário avançar na organização da rede e dos serviços de saúde, educação permanente para colocar em prática o preconizado nos protocolos. A interface com outras políticas de saúde (saúde da mulher, saúde da criança e adolescente, saúde do homem, PIM, atenção básica e outras) deve ser explorada e investimentos devem ser feitos para promover a melhoria da qualidade da assistência prestada pelas equipes.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico. Brasília: MS; 2005.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Programa de humanização no pré-natal e nascimento. Brasília: MS; 2002.
3. Serviço de Vigilância Epidemiológica; Coordenação do Programa Estadual DST/Aids de São Paulo; Coordenadoria de Controle de Doenças; Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Sífilis congênita e sífilis na gestação. Rev saúde pública. 2008; 42 (4): 768-72.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº. 569, de 01 de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União 8 jun 2000; Seção 1.

5. Rio Grande do Sul. Secretaria de Estado da Saúde. Relatório Anual de Gestão - RAG. Porto Alegre: SES; 2015.
6. Nogueira MGS, Carmo RA, Nonato SM; Secretaria Municipal de Saúde. Guia técnico sífilis - sífilis adquirida, sífilis na gestante e sífilis congênita. Belo Horizonte: SMS; 2014.
7. Rio Grande do Sul. Secretaria de Estado da Saúde. Boletim epidemiológico HIV/Aids e Sífilis. Porto Alegre: SES; 2015.
8. Tayra A, Matida LH, Saraceni V, Paz LC, Junior ANR. Duas décadas de vigilância epidemiológica da sífilis congênita no Brasil: a propósito das definições de caso. DST j bras doenças sex transm. 2007; 19 (3-4): 111-19.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Institui as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União 13 jun 2012; Seção 1.
10. Rezende EMA, Barbosa NB. A sífilis congênita como indicador da assistência de pré-natal no estado de Goiás. Rev. APS. 2015; 18(2): 220-232.
11. Portal BI [homepage na internet]. Porto Alegre: Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul; 2015 [atualizada em 2017 Abr 07; acesso em 2017 Abr 10]. Disponível em: <http://bi.saude.rs.gov.br/index.htm>.
12. Ribeiro MAS, Lopes MHBML. Desenvolvimento, aplicação e avaliação de um curso à distância sobre tratamento de feridas. Rev latinoam enferm. 2006; 14(1): 77-84.
13. I-TECH (International Training & Education Center on HIV). Orientações para pré e pós-teste. Guião de implementação técnica. Washington: Department of Health and Human Services Health Resources and Services Agency (HRSA). 2008.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Caderno de diretrizes, objetivos, metas e indicadores: 2013-2015. 2ª ed. Brasília: MS; 2014.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Institui as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União 13 jun 2012; Seção 1.
16. Araújo CL. Análise da situação da sífilis congênita e da sua relação com a cobertura da estratégia de saúde da família no Brasil (2001 a 2008) [dissertação]. Brasília; 2010.
17. Silva DMA, Araújo MAL, Silva RM, Andrade RFVA, Moura HJ, Esteves ABB. Conhecimento dos profissionais de saúde acerca da transmissão vertical da sífilis em Fortaleza. Texto & contexto enferm. 2014; 23(2): 278-85.
18. Rio Grande do Sul. Secretaria de Estado da Saúde. Plano Estadual de Saúde: 2016/2019. Porto Alegre: SES.

19. Domingues MSM, Szwarcwald CL, Junior PRBS, Leal MC. Prevalência de sífilis na gestação e testagem pré-natal: estudo nascer no Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2014; 48(5): 766-774.
20. Marega AG, Saito RXS. A prática da vigilância e a vigilância na prática. UNIFESP/UNASUS.
21. Costa VMF, Schaurich A, Stefanan A, Sales E, Richter A. Educação a distância x educação presencial: como os alunos percebem as diferentes características. XI Congresso Brasileiro de Ensino Superior a Distância; 5-8 Ago 2014; Florianópolis: UNIREDE; 2014.
22. Casagrande L. Educação nas modalidades presencial e a distância: um estudo comparativo das percepções de estudantes de cursos do nível de especialização na EA/UFRGS [dissertação]. Porto Alegre; 2008.
23. Rodrigues QP. Desigualdades raciais no acesso de mulheres ao cuidado pré-natal e no parto [dissertação]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2009.
24. Berquó E, Lago TDG. Atenção em saúde reprodutiva no Brasil: eventuais diferenciais étnico-raciais. *Saúde soc*. 2016; 25(3): 550-60.
25. Fonseca SC, Kale PL, Silva KS. Pré-natal em mulheres usuárias do Sistema Único de Saúde em duas maternidades no Estado do Rio de Janeiro, Brasil: a cor importa? *Rev bras saúde matern infant*. 2015; 15(2): 209-17.

Tabela 1 – Associação entre a situação do pré-natal (realizou pré-natal, diagnóstico de sífilis materna e parceiro tratado) e as variáveis sociodemográficas das mães dos casos confirmados de sífilis congênita. Região de Saúde 10/RS, 2015

Variáveis	Faixa etária				Raça/Cor			Escolaridade (em anos)			
	< 20 anos	20-29 anos	> 30 anos		Branca	Não branca		< 4 anos	4 a 7 anos	≥ 8 anos	
Realizou pré-natal	n	n	n	p	n	n	p	n	n	n	p
Sim	106	301	133	0,048	254	207	0,637	18	129	274	0,071
Não	20	75	49		69	51		7	44	58	
Total (*)	126	376	182		323	258		25	173	332	
Diagnóstico de sífilis materna											
Durante o pré-natal	90	241	99	0,015	200	172	0,287	15	111	208	0,071
Após o pré-natal	34	129	79		119	84		11	62	123	
Não realizado	0	0	1		0	1		0	0	1	
Total (*)	124	370	179		319	257		26	173	332	
Parceiro tratado											
Sim	30	71	19	0,055	67	39	0,090	5	26	63	0,611
Não	71	187	93		221	133		16	87	163	
Total (*)	101	258	112		288	172		21	113	226	

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Notas: (*) A soma do total em cada categoria varia devido à exclusão dos casos para os quais não havia informação disponível.

Tabela 2 – Associação entre a realização do pré-natal e o diagnóstico de sífilis materna, esquema de tratamento da mãe e tratamento do parceiro. Região de Saúde 10/RS, 2015

Variáveis	Realização do Pré-Natal		p
	Sim	Não	
	n	n	
Diagnóstico de sífilis materna			
Durante o pré-natal	429	0	<0,001
Após o pré-natal	87	132	
Não realizado	1	0	
Total (*)	517	132	
Esquema de tratamento			
Adequado	2	0	<0,001
Inadequado	444	62	
Não realizado	87	78	
Total (*)	533	140	
Parceiro tratado			
Sim	114	3	<0,001
Não	256	80	
Total (*)	370	83	

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Notas: (*) A soma do total em cada categoria varia devido à exclusão dos casos para os quais não havia informação disponível.

Tabela 3 – Associação entre o esquema de tratamento da mãe e o tratamento do parceiro. Região de Saúde 10/RS, 2015

Variáveis	Parceiro Tratado		p
	Sim	Não	
Esquema de tratamento			
Adequado	2	0	<0,001
Inadequado	114	244	
Não realizado	2	109	
Total	118	353	

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

ANEXO A - FICHA DE NOTIFICAÇÃO/INVESTIGAÇÃO

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

Nº

FICHA DE NOTIFICAÇÃO / INVESTIGAÇÃO **SÍFILIS CONGÊNITA**

Definição de caso:

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

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

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

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

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação		2 - Individual	
	2 Agravado/doença		SÍFILIS CONGÊNITA	
	4 UF		6 Município de Notificação	
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		7 Data do Diagnóstico	
Notificação Individual	8 Nome do Paciente		9 Data de Nascimento	
	10 (ou) Idade		11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	
	12 Gestante		13 Raça/Cor	
	14 Escolaridade		15 Nome da mãe	
Dados de Residência	17 UF		18 Município de Residência	
	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	
	28 (DDD) Telefone		29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	
	30 País (se residente fora do Brasil)		31 Idade da mãe	
	32 Raça/cor da mãe		33 Ocupação da mãe	
Antecedentes Epid. da gestante / mãe	34 Escolaridade		35 Realizou Pré-Natal nesta gestação	
	36 UF		37 Município de Realização do Pré-Natal	
	38 Unidade de Saúde de realização do pré-natal		39 Diagnóstico de sífilis materna	
	40 Teste não treponêmico no parto/curetagem		41 Título	
Dados do Lab. da gestante / mãe	42 Data		43 Teste confirmatório treponêmico no parto/curetagem	
	44 Esquema de tratamento		45 Data do Início do Tratamento	
Trat. da gestante / mãe	46 Parceiro(s) tratado(s) concomitantemente a gestante		47 Sifilis Congênita	
	48 Sinan NET		49 SVS	

Sifilis Congênita

Sinan NET

SVS

04/08/2008

Ant. Epidem. da Criança	47	UF	48	Município de nascimento / aborto / natimorto	Código (IBGE)	49	Local de Nascimento (Maternidade/Hospital)	Código
Dados do Laboratório da Criança	60	Teste não treponêmico - Sangue Periférico				61	Título	
	1-Reagente 2-Não reagente 3-Não realizado 9-Ignorado				1:		62 Data	
	63	Teste treponêmico (após 18 meses)						64 Data
	1-Reagente 2-Não reagente 3-Não realizado 4 - Não se aplica 9-Ignorado							
	65	Teste não treponêmico - Líquor				66	Título	
	1-Reagente 2-Não reagente 3-Não realizado 9-Ignorado				1:		67 Data	
Dados Clínicos da Criança	68	Titulação ascendente				69	Evidência de <i>Treponema pallidum</i>	
	1 - Sim 2 - Não 3 - Não realizado 9-Ignorado				1 - Sim 2 - Não 3 - Não realizado 9-Ignorado			
Tratamento	60	Alteração Líquórica				61	Diagnóstico Radiológico da Criança: Alteração do Exame dos Ossos Longos	
	1 - Sim 2 - Não 3 - Não realizado 9-Ignorado				1 - Sim 2 - Não 3 - Não realizado 9-Ignorado			
Evolução	62	Diagnóstico Clínico				63	Presença de sinais e sintomas	
	1 - Assintomático 3 - Não se aplica 2 - Sintomático 9 - Ignorado				1 - Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9 - Ignorado			
Evolução	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			
Evolução	66	Evolução do Caso				66	Data do Óbito	
	1 - Vivo 2 - Óbito por sífilis congênita 3 - Óbito por outras causas 4 - Aborto 5 - Natimorto 9 - Ignorado							
Observações Adicionais:								
Investigador	Município / Unidade de Saúde						Código da Unid. de Saúde	
	Nome						Assinatura	
Função								

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 - 60 - 65 - Sorologia não treponêmica: VDRL (Venereal Diseases Research Laboratory) e RPR (Rapid Plasma Reagin): indicados para a triagem e seguimento terapêutico.

43 - 63 - 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, instituído 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.

63 - 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.

68 - 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).

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

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

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

65 - Informar a evolução do caso de sífilis congênita:

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

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

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

ANEXO B – TERMO DE ANUÊNCIA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

UFCSPA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE

Termo de anuência

A Política Estadual de DST/Aids, por meio da coordenadora do setor Aline Coletto Sortica, após consulta e ciência dos objetivos a serem alcançados por meio do projeto de pesquisa intitulado **“O perfil epidemiológico da sífilis congênita no Rio Grande do Sul: proposta de um curso de atualização”** desenvolvido pela pesquisadora Tatiana Heidi Oliveira e orientado pela Profª Drª Débora Fernandes Coelho, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado Profissional, da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), concordando com a sua realização neste local. Declaro que o setor tem conhecimento da metodologia e das ações a serem desenvolvidas no âmbito deste Projeto, autorizando o acesso ao banco de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

Porto Alegre, 29 de junho de 2016

Assinatura da responsável pelo setor/instituição

Enfª Aline Coletto Sortica
CRN-EN-107107
Especialista em Saúde
Coordenação Estadual DST/AIDS SES-RS

Telefone: (51) 3288-5910

E-mail: aline-sortica@saude.rs.gov.br

ANEXO C – PARECER CEP UFCSPA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DE
PORTO ALEGRE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O perfil epidemiológico da sífilis congênita no Rio Grande do Sul: proposta de um curso de atualização

Pesquisador: Débora Fernandes Coelho

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 58009816.0.0000.5345

Instituição Proponente: Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.686.510

Apresentação do Projeto:

A sífilis congênita (SC) vem apresentando altas taxas de detecção em todo o país, sendo considerada, portanto, um grave problema de saúde pública. Para que se cumpra o compromisso de eliminar a SC no país, alcançando a meta da Organização PanAmericana de Saúde (OPAS) para menos de meio caso a cada 1.000 nascidos vivos, é necessário que se amplie as diversas medidas de prevenção e controle, dentre elas, a implementação e ampliação das ações de vigilância da sífilis na gravidez. A presente proposta tem como objetivos analisar o perfil epidemiológico dos casos de sífilis congênita dos municípios da 10ª região de saúde do Rio Grande do Sul e estruturar e realizar um curso de atualização em manejo da prevenção da sífilis congênita para profissionais de saúde da vigilância epidemiológica, estando esses envolvidos nas ações de monitoramento e multiplicação de conhecimentos. A proposta apresentada será realizada em duas etapas.

Objetivo da Pesquisa:

ESTUDO: Analisar o perfil epidemiológico dos casos de sífilis congênita dos municípios da 10ª região de saúde do RS, através das variáveis disponíveis nas fichas de notificação compulsória.

INTERVENÇÃO: Estruturar e realizar um curso de atualização em manejo da prevenção da SC, modalidade presencial, para os profissionais de saúde da vigilância epidemiológica dos municípios da 10ª região de saúde da SES/RS, sendo esta com maior incidência de SC no ano de 2015.

Endereço: Rua Sarmento Leite ,245

Bairro: Sarmento

CEP: 90.050-170

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3303-8804

E-mail: cep@ufcspa.edu.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DE
PORTO ALEGRE**



Continuação do Parecer: 1.686.510

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os benefícios estão descritos no projeto, e estão relacionados ao acesso da informação aos profissionais envolvidos no planejamento e cuidados à saúde das pessoas, para que tenham subsídios para planejamento e monitoramento de intervenções futuras.

Os autores declaram não haver riscos por se tratar de utilização de dados constantes no SINAN.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto de pesquisa está muito bem fundamentado e contempla todos os itens solicitados. A análise de dados informa apenas sobre digitação de dados em planilha eletrônica e uso do SPSS para análise estatística. O tamanho da amostra informado é de 400, entretanto não é informado cálculo amostral.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

(1) Folho de rosto adequada; (2) Termo de compromisso de relatórios é apresentado; (3) termo de anuência adequado; (4) TCLE – não se aplica

Recomendações:

A data do primeiro relatório está defasada (Janeiro 2016). Recomenda-se a entrega de uma versão impressa do TERMO DE COMPROMISSO PARA ENTREGA DE RELATÓRIO com as datas corretas na sala do CEP - Prédio 3 sala 407.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto considerado aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

De acordo com o parecer do Relator.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_754482.pdf	08/07/2016 18:39:07		Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto.pdf	08/07/2016 18:36:33	Débora Fernandes Coelho	Aceito
Outros	termocompromisso.pdf	06/07/2016 10:42:56	Débora Fernandes Coelho	Aceito
Outros	Termoanuencia.pdf	06/07/2016 10:41:46	Débora Fernandes Coelho	Aceito

Endereço: Rua Sarmento Leite, 245

Bairro: Sarmento

CEP: 90.050-170

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3303-8804

E-mail: cep@ufcspa.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DE
PORTO ALEGRE



Continuação do Parecer: 1.686.510

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto final.pdf	06/07/2016 10:40:31	Débora Fernandes Coelho	Aceito
---	-------------------	------------------------	----------------------------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 19 de Agosto de 2016

Assinado por:

Julia Fernanda Semmelmann Pereira Lima
(Coordenador)

Endereço: Rua Sarmiento Leite, 245

Bairro: Sarmiento

CEP: 90.050-170

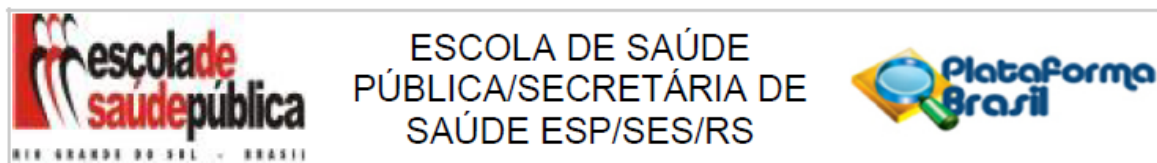
UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3303-8804

E-mail: cep@ufcspa.edu.br

ANEXO D – PARECER CEP ESP/SES/RS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O perfil epidemiológico da sífilis congênita no Rio Grande do Sul: proposta de um curso de atualização

Pesquisador: Débora Fernandes Coelho

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 58009816.0.3001.5312

Instituição Proponente: Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.708.098

Apresentação do Projeto:

Projeto de intervenção apresentado como dissertação de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado Profissional da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. Mestranda: Tatiana Heidi Oliveira. Orientadora: Profª. Drª. Débora Fernandes Coelho.

Projeto apreciado pelo CEP da instituição proponente da pesquisa tendo como coparticipante, a Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul

"A presente proposta tem como objetivos analisar o perfil epidemiológico dos casos de sífilis congênita dos municípios da 10ª região de saúde do Rio Grande do Sul e estruturar e realizar um curso de atualização em manejo da prevenção da sífilis congênita para profissionais de saúde da vigilância epidemiológica, estando esses envolvidos nas

ações de monitoramento e multiplicação de conhecimentos. A proposta apresentada será realizada em duas etapas".

Objetivo da Pesquisa:

Os objetivos estão assim apresentados pelas autoras: "ESTUDO: Analisar o perfil epidemiológico dos casos de sífilis congênita dos municípios da 10ª região de saúde do RS, através das variáveis

Endereço: Av. Ipiranga, 6311

Bairro: Partenon

CEP: 90.610-001

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3901-1532

Fax: (51)3901-1509

E-mail: ceps-esp@saude.rs.gov.br



ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA/SECRETÁRIA DE SAÚDE ESP/SES/RS



Continuação do Parecer: 1.708.098

disponíveis nas fichas de notificação compulsória. INTERVENÇÃO: Estruturar e realizar um curso de atualização em manejo da prevenção da SC, modalidade presencial, para os profissionais de saúde da vigilância epidemiológica dos municípios da 10ª região de saúde da SES/RS, sendo esta com maior incidência de SC no ano de 2015".

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e benefícios da pesquisa estão assim analisados pela instituição proponente: "Os benefícios estão descritos no projeto, e estão relacionados ao acesso da informação aos profissionais envolvidos no planejamento e cuidados à saúde das pessoas, para que tenham subsídios para planejamento e monitoramento de intervenções futuras.

Os autores declaram não haver riscos por se tratar de utilização de dados constantes no SINAN".

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Segundo a instituição proponente da pesquisa, "o projeto de pesquisa está muito bem fundamentado e contempla todos os itens solicitados. A análise de dados informa apenas sobre digitação de dados em planilha eletrônica e uso do SPSS para análise estatística. O tamanho da amostra informado é de 400, entretanto não é informado cálculo amostral".

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Dispensa TCLE por tratar-se de estudo documental. Demais termos exigidos pela instituição proponente da pesquisa. Apresenta TAI assinado pela coordenadora da Política Estadual de DST/AIDS (SES/RS).

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O CEPS-ESP/RS acata o parecer de aprovação emitido pela instituição proponente da pesquisa.

Considerações Finais a critério do CEP:

Após 6 meses da data de aprovação deste projeto, o pesquisador responsável deverá apresentar relatório (parcial ou final) da pesquisa a este CEP, na forma de NOTIFICAÇÃO, via Plataforma Brasil. O Formulário para o Relatório de Pesquisa está disponível no site da ESP/Comitê de Ética.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_754482.pdf	08/07/2016 18:39:07		Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto.pdf	08/07/2016 18:36:33	Débora Fernandes Coelho	Aceito

Endereço: Av. Ipiranga, 6311

Bairro: Partenon

CEP: 90.610-001

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3901-1532

Fax: (51)3901-1509

E-mail: ceps-esp@saude.rs.gov.br



ESCOLA DE SAÚDE
PÚBLICA/SECRETÁRIA DE
SAÚDE ESP/SES/RS



Continuação do Parecer: 1.708.098

Outros	termocompromisso.pdf	06/07/2016 10:42:56	Débora Fernandes Coelho	Aceito
Outros	Termoanuencia.pdf	06/07/2016 10:41:46	Débora Fernandes Coelho	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto final.pdf	06/07/2016 10:40:31	Débora Fernandes Coelho	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 01 de Setembro de 2016

Assinado por:
Maria Elida Machado
(Coordenador)

Endereço: Av. Ipiranga, 6311

Bairro: Partenon

CEP: 90.610-001

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3901-1532

Fax: (51)3901-1509

E-mail: ceps-esp@saude.rs.gov.br

ANEXO E – NORMAS SUBMISSÃO ARTIGO 1



ISSN 1980-5497 versão on-
line

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

- [Escopo e política](#)
- [Apresentação do manuscrito](#)
- [Envio de manuscritos](#)

Escopo e política

A Revista Brasileira de Epidemiologia tem por finalidade publicar **Artigos Originais** e inéditos (máximo de 21.600 caracteres), inclusive os de **revisão** crítica sobre um tema específico, que contribuam para o conhecimento e desenvolvimento da Epidemiologia e ciências afins. Serão aceitas somente Revisões Sistemáticas e Metanálises; não serão aceitas Revisões Integrativas.

Publica, também, artigos para as seguintes seções:

- **Artigos originais com resultados de pesquisas**
- **Metodológicos:** Artigos que se dedicam a analisar as diferentes técnicas utilizadas em estudos epidemiológicos;
- **Debate:** destina-se a discutir diferentes visões sobre um mesmo tema, que poderá ser apresentado sob a forma de consenso/dissenso, artigo original seguido do comentário de outros autores, reprodução de mesas redondas e outras formas semelhantes;
- **Notas e Informações:** notas prévias de trabalhos de investigação, bem como breves relatos de novos aspectos da epidemiologia, além de notícias relativas a eventos da área, lançamentos de livros e outros (máximo de 6.450 caracteres);
- **Cartas ao Editor:** comentários de leitores sobre trabalhos publicados na Revista Brasileira de Epidemiologia (de 3.260 até 4.570 caracteres).

Os manuscritos apresentados devem destinar-se exclusivamente à Revista Brasileira de Epidemiologia, não sendo permitida sua apresentação simultânea a outro periódico. Após o envio do parecer, os autores devem assinar uma declaração, de acordo com modelo fornecido pela RBE (Declaração de Exclusividade, Declaração de Direitos Autorais e Declaração de Conflito de Interesses). Os conceitos emitidos em qualquer das seções da Revista são de inteira responsabilidade do(s) autor(es).

Os manuscritos publicados são de responsabilidade da Revista, sendo vedada a reprodução — mesmo que parcial — em outros periódicos, assim como a tradução para outro idioma sem a autorização do Conselho de Editores. Assim, todos os trabalhos, quando aprovados para publicação, deverão ser acompanhados de documento de transferência de direitos autorais contendo a assinatura dos autores, conforme modelo fornecido posteriormente pela Revista.

Cada manuscrito é apreciado por no mínimo dois relatores, indicados por um dos Editores Associados, a quem caberá elaborar um relatório final conclusivo a ser submetido ao Editor Científico. Na primeira etapa da submissão, a secretaria verifica se todos os critérios estabelecidos foram atendidos, e entra em contato com o autor. O manuscrito é encaminhado para a apreciação dos editores somente se atender a todas as normas estabelecidas pela RBE.

A Revista Brasileira de Epidemiologia não cobra taxas para a submissão de manuscritos, ou para a avaliação ou publicação de artigos.

Aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

Medida exigida desde o início da publicação da RBE e que reafirmamos, exigindo especial menção no texto dos artigos. Tal exigência pode ser dispensada em alguns tipos de estudo que empregam apenas dados agregados, sem identificação de sujeitos, disponíveis em bancos de dados e tão comuns na área da saúde. Nenhuma instância é melhor que um CEP para analisar a natureza das propostas de investigação, seguindo a orientação da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP/CNS/MS). O CEP que aprova a investigação deve ser registrado na CONEP.

Em particular, devem ser contempladas as seguintes Resoluções:

- 196/96, reformulada pela 446/11, sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos;
- 251/97, sobre Normas de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos para a área temática de Pesquisa com Novos Fármacos, Medicamentos, Vacinas e Testes Diagnósticos;
- 292/99 e sua Regulamentação de agosto de 2002, que dizem respeito à área temática especial de Pesquisas Coordenadas do Exterior ou com Participação Estrangeira e Pesquisas que envolvam a Remessa de Material Biológico para o Exterior.

A Revista Brasileira de Epidemiologia apoia as políticas da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do *International Committee of Medical Journal Editors* (ICMJE) para registro de ensaios clínicos, reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e divulgação internacional de informação sobre estudos clínicos, em acesso aberto. Sendo assim, a partir de 2007, serão aceitos para publicação somente os artigos de pesquisa clínicos que tenham recebido um número de identificação em um dos Registros de Ensaios Clínicos validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis no site do ICMJE. O número de identificação/aprovação deverá ser registrado na Folha de rosto.

As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

- Australian New Zealand Clinical Trials Registry (ANZCTR)
- ClinicalTrials.gov
- International Standard Randomised Controlled Trial Number (ISRCTN)
- Netherlands Trial Register (NTR)
- UMIN Clinical Trials Registry (UMIN-CTR)

WHO International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP)

Apresentação do manuscrito

Os manuscritos são aceitos em português, espanhol ou inglês. Os artigos em português e espanhol devem ser acompanhados do resumo no idioma original do artigo, além de *abstract* em inglês. Os artigos em inglês devem ser acompanhados do *abstract* no idioma original do artigo, além de resumo em português.

O manuscrito deve ser acompanhado de documento a parte com carta ao editor, justificando a possível publicação.

Os manuscritos devem ter o máximo de 21.600 caracteres e 5 ilustrações, compreendendo Introdução, Metodologia, Resultados, Discussão, Conclusão (Folha de rosto, Referências Bibliográficas e Ilustrações não estão incluídas nesta contagem). O arquivo deve apresentar a seguinte ordem: Folha de rosto, Introdução, Metodologia, Resultados, Discussão, Conclusão, Referências Bibliográficas e

Ilustrações. O manuscrito deve ser estruturado, apresentando as seções: Folha de rosto, Resumo, Abstract, Introdução, Metodologia, Resultados, Discussão, Conclusão, Referências e Ilustrações. O arquivo final completo (folha de rosto, seções, referências e ilustrações) deve ser submetido somente no formato DOC (Microsoft Word), e as tabelas devem ser enviadas em formato editável (Microsoft Word ou Excel), devendo respeitar a seguinte formatação:

- Margens com configuração "Normal" em todo o texto (superior e inferior = 2,5 cm; esquerda e direita = 3 cm);
- Espaçamento duplo em todo o texto;
- Fonte Times New Roman, tamanho 12, em todo o texto;
- Não utilizar quebras de linha;
- Não utilizar hifenizações manuais forçadas.

Folha de Rosto

Os autores devem fornecer os títulos do manuscrito em português e inglês (máximo de 140 caracteres), título resumido (máximo de 60 caracteres), dados dos autores*, dados do autor de correspondência (nome completo, endereço e e-mail), agradecimentos, existência ou ausência de conflitos de interesses, financiamento e número de identificação/aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa. Deve ser especificada, também, a colaboração individual de cada autor na elaboração do manuscrito.

*A indexação no SciELO exige a identificação precisa da afiliação dos autores, que é essencial para a obtenção de diferentes indicadores bibliométricos. A identificação da afiliação de cada autor deve restringir-se a nomes de entidades institucionais, Cidade, Estado e País (sem titulações dos autores).

O financiamento deve ser informado obrigatoriamente na Folha de rosto. Caso o estudo não tenha contato com recursos institucionais e/ou privados, os autores devem informar que o estudo não contou com financiamento.

Os Agradecimentos devem ter 460 caracteres no máximo.

Resumo e Abstract

Os resumos devem ter 1600 caracteres no máximo, e devem ser apresentados na forma estruturada, contemplando as seções: Introdução, Metodologia, Resultados, Discussão, Conclusão. As mesmas regras aplicam-se ao *abstract*.

Os autores deverão apresentar no mínimo 3 e no máximo 6 palavras-chave, bem como as respectivas *Keywords*, que considerem como descritores do conteúdo de seus trabalhos, no idioma em que o artigo foi apresentado e em inglês. Esses descritores devem estar padronizados conforme os DeCS (<http://decs.bvs.br/>).

Ilustrações

As tabelas e figuras (gráficos e desenhos) deverão ser inseridas no final do manuscrito, não sendo permitido o envio em páginas separadas. Devem ser suficientemente claras para permitir sua reprodução de forma reduzida, quando necessário. Fornecer títulos em português e inglês, inseridos fora das ilustrações (não é necessário o corpo da tabela e gráficos em inglês). Deve haver quebra de página entre cada uma delas, respeitando o número máximo de 5 páginas dedicadas a Tabelas, Gráficos e Figuras. Apresentá-las após as Referências, no final do manuscrito (em arquivo único).

As ilustrações podem no máximo ter 15 cm de largura e devem ser apresentadas dentro da margem solicitada (configuração nomeada pelo Word como "Normal"). Não serão aceitas ilustrações com recuo fora da margem estabelecida.

Imagens

- Fornecer as fotos em alta resolução;
- Fornecer os gráficos em formato editável (preferencialmente PDF).

Tabelas, Equações, Quadros e Fluxogramas

- Sempre enviar em arquivo editável (Word ou Excel), nunca em imagem;
- Não formatar tabelas usando o TAB; utilizar a ferramenta de tabelas do programa;
- Nas tabelas, separar as colunas em outras células (da nova coluna); não usar espaços para as divisões.

Abreviaturas

Quando citadas pela primeira vez, devem acompanhar o termo por extenso. Não devem ser utilizadas abreviaturas no título e no resumo.

Referências

Devem ser numeradas de consecutiva, de acordo com a primeira menção no texto, utilizando algarismos arábicos. A listagem final deve seguir a ordem numérica do texto, ignorando a ordem alfabética de autores. Não devem ser abreviados títulos de livros, editoras ou outros. Os títulos de periódicos seguirão as abreviaturas do Index Medicus/Medline. Devem constar os nomes dos 6 primeiros autores, seguidos da expressão et al. quando ultrapassarem esse número. Comunicações pessoais, trabalhos inéditos ou em andamento poderão ser citados quando absolutamente necessários, mas não devem ser incluídos na lista de referências, sendo apresentados somente no corpo do texto ou em nota de rodapé. Quando um artigo estiver em vias de publicação, deverá ser indicado: título do periódico, ano e outros dados disponíveis, seguidos da expressão, entre parênteses "no prelo". As publicações não convencionais, de difícil acesso, podem ser citadas desde que os autores indiquem ao leitor onde localizá-las. A exatidão das referências é de responsabilidade dos autores.

EXEMPLOS DE REFERÊNCIAS

Artigo de periódico

Szklo M. Estrogen replacement therapy and cognitive functioning in the Atherosclerosis Risk in Communities (ARIC) Study. *Am J Epidemiol* 1996; 144: 1048-57.

Livros e outras monografias

Lilienfeld DE, Stolley PD. *Foundations of epidemiology*. New York: Oxford University Press; 1994.

Capítulo de livro

Laurenti R. Medida das doenças. In: Forattini OP. *Ecologia, epidemiologia e sociedade*. São Paulo: Artes Médicas; 1992. p. 369-98.

Tese e Dissertação

Bertolozzi MR. Pacientes com tuberculose pulmonar no Município de Taboão da Serra: perfil e representações sobre a assistência prestada nas unidades básicas de saúde [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 1991.

Trabalho de congresso ou similar (publicado)

Mendes Gonçalves RB. Contribuição à discussão sobre as relações entre teoria, objeto e método em epidemiologia. In: *Anais do 1º Congresso Brasileiro de Epidemiologia*; 1990 set 2-6; Campinas (Br). Rio de Janeiro: ABRASCO; 1990. p. 347-61.

Relatório da OMS

World Health Organization. Expert Committee on Drug Dependence. 29th Report. Geneva; 1995. (WHO - Technical Report Series, 856).

Documentos eletrônicos

Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics. [computer program]. Version 2.2. Orlando (FL): Computerized Systems; 1993.

OBSERVAÇÃO

A Revista Brasileira de Epidemiologia adota as normas do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (estilo Vancouver), publicadas no New England Journal of Medicine, 1997; 336: 309, e na Revista Panamericana de Salud Publica, 1998; 3: 188-96 (http://www.icmje.org/urm_main.html).

Envio de manuscritos

Os manuscritos são submetidos online, através da plataforma SciELO (<http://submission.scielo.br/index.php/rbepid/editor/submission/11821>).

Não há taxa para submissão e avaliação de artigos.

[\[Home\]](#) [\[Sobre esta revista\]](#) [\[Corpo editorial\]](#) [\[Assinaturas\]](#)



Todo o conteúdo do periódico, exceto onde está identificado, está licenciado sob uma [Licença Creative Commons](#)

Av. Dr. Arnaldo, 715 - BIBLIOTECA - 2º andar - sala 03
01246-904 - Cerqueira César - São Paulo -SP - Brasil
Tel/Fax: (55.11) 3085-5411



rbesubmissao@fsp.usp.br

ANEXO F – NORMAS SUBMISSÃO ARTIGO 2



ISSN 1519-3829 versão impressa
ISSN 1806-9304 versão online

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

- [Escopo e política](#)
- [Forma e preparação de manuscritos](#)
- [Envio de manuscritos](#)

Escopo e política

A Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil (RBSMI) é uma publicação trimestral (março, junho, setembro e dezembro) cuja missão é a divulgação de artigos científicos englobando o campo da saúde materno-infantil. As contribuições devem abordar os diferentes aspectos da saúde materna, saúde da mulher e saúde da criança, contemplando seus múltiplos determinantes epidemiológicos, clínicos e cirúrgicos. Os trabalhos são publicados em português e em inglês. No caso de aceitação do trabalho para publicação, solicitamos que os manuscritos escritos em português sejam remetidos também em inglês. A avaliação e seleção dos manuscritos baseia-se no princípio da avaliação pelos pares. Para a submissão, avaliação e publicação dos artigos não há cobrança de taxas

Direitos autorais

A Revista adota a licença CC-BY do Sistema Creative Commons sendo possível cópia e reprodução em qualquer formato, bem como remixar, transformar e criar a partir do material para qualquer fim, mesmo que comercial, sem necessidade de autorização, desde que citada a fonte. Os manuscritos submetidos deverão ser acompanhados da Declaração de Transferência dos Direitos Autorais, assinada pelos autores (modelo). Os conceitos emitidos nos artigos são de responsabilidade exclusiva dos autores.

Aspectos Éticos

1. Ética

A Declaração de Helsinki de 1975, revisada em 2000 deve ser respeitada. Serão exigidos, para os artigos brasileiros, a Declaração de Aprovação do Comitê de Ética conforme as diretrizes da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) e, para os artigos do exterior, a Declaração de Aprovação do Comitê de Ética do local onde a pesquisa tiver sido realizada. A fim de conduzir a publicação conforme os padrões éticos da comunicação científica, a Revista adota o sistema *Ithenticate* para identificação de plágio

2. Conflitos de interesse

Ao submeter o manuscrito os autores devem informar sobre a existência de conflitos de interesse que potencialmente possam influenciar o trabalho.

Crítérios para aprovação e publicação de artigo

Além da observação das condições éticas da pesquisa, a seleção de um manuscrito levará em consideração a sua originalidade, prioridade e oportunidade. O *rationale* deve ser exposto com clareza exigindo-se conhecimento da literatura relevante e adequada definição do problema estudado. O manuscrito deve ser escrito de modo compreensível mesmo ao leitor não especialista na área coberta pelo escopo da

Revista. A primeira etapa de avaliação é realizada pelos Editores Associados. Dois revisores externos, indicados por estes, serão consultados para avaliação do mérito científico no manuscrito. No caso de discordância entre eles, será solicitada a opinião de um terceiro revisor. A partir de seus pareceres e do julgamento dos Editores Associados e Editor Executivo, o manuscrito receberá uma das seguintes classificações: 1) aceito; 2) recomendado, mas com alterações; 3) não recomendado para publicação. Na classificação 2 os pareceres serão enviados aos(s) autor(es), que terão oportunidade de revisão e reenvio à Revista acompanhados de carta-resposta discriminando os itens que tenham sido sugeridos pelos revisores e a modificação realizada; na condição 3, o manuscrito será devolvido ao(s) autor(es); no caso de aceite, o artigo será publicado de acordo com o fluxo dos manuscritos e o cronograma editorial da Revista. Após aceite o trabalho, caso existam pequenas inadequações, ambiguidades ou falta de clareza, pontuais do texto, os Editores Associados e Executivo se reservam o direito de corrigi-los para uniformidade do estilo da Revista. Revisores de idioma corrigirão erros eventuais de linguagem. Antes da publicação do artigo a prova do manuscrito será submetida ao(s) autor(es) para conferência e aprovação definitiva.

Seções da Revista

Editorial escrito por um ou mais Editores ou a convite do Editor Chefe ou do Editor Executivo.

Revisão avaliação descritiva e analítica de um tema, tendo como suporte a literatura relevante, devendo levar em conta as relações, a interpretação e a crítica dos estudos analisados bem como sugestões para novos estudos relativos ao assunto. Pode ser do tipo: narrativa ou sistemática, podendo esta última, incluir meta-análise. As revisões narrativas só serão aceitas a convite dos Editores. As revisões devem se limitar a 6.000 palavras e até 60 referências. **Artigos Originais** divulgam resultados de pesquisas inéditas e devem procurar oferecer qualidade metodológica suficiente para permitir a sua reprodução. Para os artigos originais recomenda-se seguir a estrutura convencional, conforme as seguintes seções: *Introdução*: onde se apresenta a relevância do tema, as hipóteses iniciais, a questão da pesquisa e sua justificativa quanto ao objetivo, que deve ser claro e breve; *Métodos*: descrevem a população estudada, os critérios de seleção inclusão e exclusão da amostra, definem as variáveis utilizadas e informam a maneira que permite a reprodutibilidade do estudo, em relação a procedimentos técnicos e instrumentos utilizados. Os trabalhos quantitativos devem informar a análise estatística utilizada. *Resultados*: devem ser apresentados de forma concisa, clara e objetiva, em sequência lógica e apoiados nas ilustrações como: tabelas e figuras (gráficos, desenhos, fotografias); *Discussão*: interpreta os resultados obtidos verificando a sua compatibilidade com os citados na literatura, ressaltando aspectos novos e importantes e vinculando as conclusões aos objetivos do estudo. Aceitam-se outros formatos de artigos originais, quando pertinente, de acordo com a natureza do trabalho.

Os manuscritos deverão ter no máximo 5.000 palavras, e as tabelas e figuras devem ser no máximo cinco no total; recomenda-se citar até 30 referências bibliográficas. No caso de ensaio clínico controlado e randomizado os autores devem indicar o número de registro do mesmo conforme o CONSORT.

Notas de Pesquisa relatos concisos sobre resultados preliminares de pesquisa, com 1.500 palavras, no máximo duas tabelas e figuras no total, com até 10 referências. **Relato de Caso/Série de Casos** casos raros e inusitados. A estrutura deve seguir: Introdução, Descrição e Discussão. O limite de palavras é 2.000 e até 10 referências. Podem incluir até duas figuras.

Informes Técnico-Institucionais referem-se a informações relevantes de centros de pesquisa de suas atividades científicas e organizacionais. Deverão ter estrutura similar a uma Revisão. Por outro lado podem ser feitas, a critério do autor, citações no texto e suas respectivas referências ao final. O limite de palavras é de 5.000 e até 30 referências. **Ponto de Vista** opinião qualificada sobre saúde materno-infantil (a convite dos editores).

Resenhas crítica de livro publicado e impresso nos últimos dois anos ou em redes de comunicação *on line* (máximo 1.500 palavras). **Cartas** crítica a trabalhos publicados recentemente na Revista, com o máximo de 600 palavras.

Artigos Especiais textos cuja temática seja considerada de relevância pelos Editores e que não se enquadrem nas categorias acima mencionadas. O limite de palavras é de 7.000 e até 30 referências.

Notas

1. Em todos os tipos de arquivo a contagem do número de palavras exclui resumos, tabelas, figuras e referências;
2. Por ocasião da submissão os autores devem informar o número de palavras do manuscrito.

Forma e preparação de manuscritos

Os manuscritos deverão ser escritos em português ou inglês, digitados no programa Microsoft Word for Windows, em fonte Times New Roman, tamanho 12, espaço duplo.

Estrutura do manuscrito

Identificação título do trabalho: em português e em inglês, nome e endereço completo dos autores e respectivas instituições; indicação do autor responsável pela troca de correspondência; fontes de auxílio: citar o nome da agência financiadora, o tipo de auxílio recebido, e conflito de interesse.

Resumos deverão ter no máximo 210 palavras e serem escritos em português e em inglês. Para os Artigos Originais, Notas de Pesquisa e Artigos de Revisão Sistemática os resumos devem ser estruturados em: *Objetivos, Métodos, Resultados, Conclusões*. No Relato de Caso/Série de Casos devem ser estruturados em: *Introdução, Descrição, Discussão*. Nos artigos de Revisão Sistemática os resumos deverão ser estruturados em: *Objetivos, Métodos* (fonte de dados, período, descritores, seleção dos estudos), *Resultados, Conclusões*. Para o Informe Técnico-Institucionais e Artigos Especiais o resumo não é estruturado.

Palavras-chave para identificar o conteúdo dos trabalhos os resumos deverão ser acompanhados de três a seis palavras-chave em português e em inglês, utilizando-se os Descritores em Ciências da Saúde (DECS) da Metodologia LILACS, e o seu correspondente em inglês o Medical Subject Headings (MESH) do MEDLINE, adequando os termos designados pelos autores a estes vocabulários.

Ilustrações as tabelas e figuras somente em branco e preto ou em escalas de cinza (gráficos, desenhos, mapas, fotografias) deverão ser inseridas após a seção de Referências. Os gráficos deverão ser bidimensionais.

Agradecimentos à colaboração de pessoas, ao auxílio técnico e ao apoio econômico e material, especificando a natureza do apoio.

Referências devem ser organizadas na ordem em que são citadas no texto e numeradas consecutivamente; não devem ultrapassar o

numero estipulado em cada seção conforme a presente Instruções aos Autores. A Revista adota as normas do International Committee of Medical Journals Editors - ICMJE (Grupo de Vancouver), com algumas alterações; siga o formato dos exemplos:

Artigo de revista

Bergmann GG, Bergmann MLA, Hallal PC. Independent and combined associations of cardiorespiratory fitness and fatness with cardiovascular risk factors in Brazilian youth. *J Phys Act Health*. 2014; 11 (2): 375-83.

Livro Sherlock S, Dooley J. Diseases of the liver and biliary system. 9 ed. Oxford: Blackwell Scientific Publications; 1993.

Editor, Organizador, Compilador Norman IJ, Redfern SJ, editors. Mental health care for elderly people. New York: Churchill Livingstone; 1996.

Capítulo de livro Timmermans PBM. Centrally acting hypotensive drugs. In: Van Zwieten PA, editor. Pharmacology of anti hypertensive drugs. Amsterdam: Elsevier; 1984. p. 102-53.

Congresso considerado no todo Proceedings of the 7th World Congress on Medical Informatics; 1992 Sep 6-10; Geneva, Switzerland. Amsterdam: North Holland; 1992.

Trabalho apresentado em eventos Bengtson S, Solheim BG. Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatics. In: Lun KC, Degoulet P, Piemme TE, Rienhoff O, editors. MEDINFO 92. Proceedings of the 7th World Congress on Medical Informatics; 1992 Sep 6-10; Geneva, Switzerland. Amsterdam: North Holland; 1992. p. 1561-5

Dissertação e Tese Pedrosa JIS. Ação dos autores institucionais na organização da saúde pública no Piauí: espaço e movimento [dissertação]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas; 1997.

Diniz AS. Aspectos clínicos, subclínicos e epidemiológicos da hipovitaminose A no Estado da Paraíba [tese]. Recife: Departamento de Nutrição, Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco; 1997. **Documento em formato eletrônico – Artigo de revista**

Neuman NA. Multimistura de farelos não combate a anemia. *J Pastoral Criança* [periódico on line]. 2005 [acesso em 26 jun 2006]. 104: 14p. Disponível em: www.pastoraldacrianca.org.br/105/pag14/pdf

Envio de manuscritos

A submissão *on line* é feita, exclusivamente, através do Sistema de gerenciamento de artigos: <http://mc04.manuscriptcentral.com/rbsmi-scielo>

Deve-se verificar o cumprimento das normas de publicação da RBSMI conforme itens de apresentação e estrutura dos artigos segundo às seções da Revista.

Por ocasião da submissão do manuscrito os autores devem encaminhar a aprovação do Comitê de Ética da Instituição, a Declaração de Transferência dos Direitos Autorais, assinada por todos os autores. Os autores devem também informar que o manuscrito não está sendo submetido a outro periódico.

Disponibilidade da RBSMI

A revista é *open and free access*, não havendo portanto, necessidade de

assinatura para sua leitura e *download*, bem como para copia e disseminação com propósitos educacionais.

Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira - IMIP
Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil - Secretaria Executiva Rua
dos Coelho, 300 Boa Vista
Recife, PE, Brasil CEP: 50.070-550 Tel / Fax: +55 +81 2122.4141
E-mail: revista@imip.org.br Site: www.imip.org.br/rbsmi

[\[Home\]](#) [\[Sobre esta revista\]](#) [\[Corpo editorial\]](#) [\[Assinaturas\]](#)



Todo o conteúdo do periódico, exceto onde está identificado, está licenciado sob uma [Licença Creative Commons](#)

Rua dos Coelho 300
50070-550 Recife PE Brasil
Tel./Fax: +55 81 2122-4141



revista@imip.org.br