

UNIVERSIDADE TIRADENTES- UNIT
DIREÇÃO DA ÁREA DA SAÚDE
COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM

ALINE CARDOSO FEITOSA

ULLY MARIANNE FERREIRA LEMOS

OCORRÊNCIA DA SÍFILIS CONGÊNITA EM MATERNIDADE DA ZONA LESTE
DO ESTADO DE SERGIPE

ARACAJU

2016

ALINE CARDOSO FEITOSA

ULLY MARIANNE FERREIRA LEMOS

OCORRÊNCIA DA SÍFILIS CONGÊNITA EM MATERNIDADE DA ZONA LESTE
DO ESTADO DE SERGIPE

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Enfermagem da Universidade Tiradentes como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof. Esp. Naiane Regina Oliveira Goes Reis.

ARACAJU

2016

ALINE CARDOSO FEITOSA
ULLY MARIANNE FERREIRA LEMOS

OCORRÊNCIA DA SÍFILIS CONGÊNITA EM MATERNIDADE DA ZONA LESTE
DO ESTADO DE SERGIPE

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Enfermagem da Universidade Tiradentes como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof. Esp. Naiane Regina Oliveira Goes Reis.

Data de Aprovação: ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

Profª Flavia Rezende Diniz Acioli
1º Examinador

Profª Esp. Lourivania Oliveira Melo Prado
2º Examinador

Profª Esp. Naiane Regina Oliveira Goes Reis
Orientador

ARACAJU
2016

DEDICATÓRIA

Dedicamos esse trabalho a todos os familiares, amigos e mestres, que contribuíram de alguma forma e que sempre acreditaram em nossa capacidade, valorizando a importância que esse projeto nos proporcionou.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos primeiramente a Deus por nortear nossas vidas e pela força espiritual.

A Prof. Naiane Regina Goes, pela orientação desta pesquisa, que contribuíram para a concretização dos resultados alcançados neste trabalho e momentos de aprendizado.

As nossas famílias, pois acreditamos que sem o apoio deles seria muito difícil vencer esse desafio.

A todos, que direta ou indiretamente fizeram parte da nossa formação, muito obrigada.

EPIGRAFE

"Se quiser triunfar na vida, faça da perseverança, a sua melhor amiga; da experiência, o seu sábio conselheiro; da prudência, o seu irmão mais velho; e da esperança, o seu anjo guardião." (Joseph Addison)

Sumário

1 INTRODUÇÃO.....	9
2 METODOLOGIA.....	12
3 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	13
4 CONCLUSÕES.....	19
REFERÊNCIAS.....	21
APÊNDICE (Instrumento de coleta de dados).....	23
ANEXO (Ficha de Notificação Compulsória).....	24

OCORRÊNCIA DA SÍFILIS CONGÊNITA EM MATERNIDADE DA ZONA LESTE DO ESTADO DE SERGIPE

Aline Cardoso Feitosa¹

Naiane Regina Oliveira Goes Reis²

Ully Marianne Ferreira Lemos³

RESUMO: A Sífilis é uma doença sexualmente transmissível e de notificação compulsória, sua infecção é causada pelo *Troponema pallidum* (TP). A Sífilis Congênita (SC) é o resultado da disseminação hematogênica do TP, da gestante infectada não tratada ou inadequadamente tratada para o seu concepto, por via transplacentária. A leitura de diversos trabalhos realizados de 2008 a 2015, abordando a SC possibilitou a observação do aumento do número de casos e as complicações que podem vir a acometer os recém-nascidos e despertou o interesse de realizar uma pesquisa envolvendo essa temática, visando obter dados da prevalência desses casos no município de Estância e cidades circunvizinhas. O presente trabalho teve como objetivos a identificação da ocorrência de SC no período de Janeiro a Dezembro de 2015, e a caracterização das puérperas e recém-nascidos quanto as variáveis socioeconômicas, demográficas, de assistência à saúde e diagnósticas presentes nos registros, até a evolução dos casos. Dos 3.290 partos realizados no ano de 2015, foram utilizados 74 prontuários e fichas de notificação compulsória para coleta de dados. Diante da problemática que a SC representa é cada vez mais notória a importância da prevenção e controle desta doença.

Palavras chaves: doença sexualmente transmissível; sífilis; sífilis congênita.

¹ Graduanda em Enfermagem, Universidade Tiradentes, 2016 – alinekrdo_89@hotmail.com

² Orientadora, Especialista em Enfermagem Obstétrica, Docente do curso de Enfermagem da Universidade Tiradentes – naiane Goes@hotmail.com

³ Graduanda em Enfermagem, Universidade Tiradentes, 2016 – ullynane@hotmail.com

OCCURRENCE OF CONGENITAL SYPHILIS IN MOTHERHOOD AREA EAST SERGIPE STATE

ABSTRACT: Syphilis is a sexually transmitted disease and reportable, their infection is caused by *Troponema pallidum* (TP). The Congenital Syphilis (SC) is the result of hematogenous spread of TP, the infected pregnant untreated or inadequately treated for their fetus, by means of the placenta. The reading several academic papers and speeches addressing the SC allowed the observation of the increase in the number of cases and complications that may affect newborns and encourage the interest of carrying out a survey of this issue, to obtain data on the prevalence of these cases the office of the municipality and surrounding towns. This work has to identify the occurrence of SC in the period January to December 2015, featuring mothers and newborns as socioeconomic, demographic, health assistance and diagnostic present in the records, to the evolution of the cases. Of the 3,290 births in 2015 were used 74 records and compulsory notification forms for data collection. Regarding the problem that the SC is is increasingly evident the importance of prevention and control of illness.

Keywords: sexually transmitted disease; syphilis; congenital syphilis.

1 INTRODUÇÃO

A sífilis é uma infecção sistêmica crônica causada por uma bactéria do tipo espiroqueta, o *Treponema Pallidum (TP)*, no qual sua transmissão se dá primordialmente por contato sexual, manifestando-se de várias formas de acordo com o estágio da doença. Essa transmissão pode ocorrer através da mucosa íntegra ou de pele com solução de continuidade. Seu período de incubação pode variar de 10 a 20 dias. O não tratamento da sífilis materna recente pode resultar em 80 a 100% de contaminação para o feto (ZUGAIB, 2012).

A Sífilis Congênita (SC) é o resultado da disseminação hematogênica do *TP*, da gestante infectada não tratada ou inadequadamente tratada para o seu conceito, por via transplacentária. Apresenta, para efeito de classificação, dois estágios: precoce, diagnosticada até dois anos de vida e tardia, após esse período. A infecção pode ocorrer em qualquer fase da gestação. O estágio da sífilis na mãe e a duração da exposição do feto no útero são os principais fatores para se determinar a probabilidade de transmissão vertical. Nas fases primária e secundária da doença existe uma alta taxa de transmissibilidade, reduzindo nas fases tardia e terciária da infecção (BRASIL, 2009).

Nas puérperas, a sífilis passou a ser de notificação compulsória em 2005, de acordo com a Portaria MS/SVS nº 33, com as fichas de investigação liberada para o SINAN em 2007. Porém, desde 1986 que a SC adquiriu esse status, no qual a ficha de investigação sofre diversas variações e adaptações ao longo dos anos, visando a melhoria da detecção e o acompanhamento do processo de eliminação, assinado em acordos internacionais pelo Ministério da Saúde (SARACENI E MIRANDA, 2012).

Tal patologia representa grande desafio aos serviços de saúde pública em todo o mundo. Estimativas da OMS (Organização Mundial de Saúde) indicam que a ocorrência mundial dessa doença chega a 12 milhões de casos novos anualmente, sendo que a maior frequência está nos países em desenvolvimento e nos países industrializados (BRASIL, 2015).

No Brasil, de 1998 a junho de 2014, foram notificados no SINAN 104.853 casos

de SC em menores de um ano de idade, dos quais 48.015 (45,8%) na Região Sudeste, 32.884 (31,4%) no Nordeste, 8.959 (8,5%) no Sul, 8.856 (8,4%) no Norte e 6.139 (5,9%) no Centro Oeste. Em 2013, foram notificados 13.705 casos de sífilis congênita em menores de um ano de idade, dos quais (43,1%) na Região Sudeste, seguidos pelo Nordeste (32,2%), Sul (11,4%), Norte (7,8%) e Centro-Oeste (5,5%). Com relação à incidência de SC, em 2013 observou-se uma taxa de 4,7 casos por 1.000 nascidos vivos no Brasil, sendo que a Região Nordeste apresentou a maior incidência de casos (5,3), seguida da Sudeste (5,1), Sul (4,1), Norte (3,5) e Centro-Oeste (3,3) (BRASIL, 2015).

Dentre esses estados, destacamos Sergipe, estado referente ao Município em estudo. No ano de 2013 o estado de Sergipe apresentou 186 casos confirmados da SC, um quantitativo menor que o ano anterior, onde obteve-se 336 casos, porém, ainda considerado elevado, uma vez que a sífilis é uma doença passível de prevenção e cura (DATASUS, 2014).

Diante da problemática que a SC representa é cada vez mais notória a importância da prevenção e controle desta doença. O enfermeiro deve exercer um papel importante como educador, uma vez que ele é o profissional de saúde mais apto a fornecer as orientações a esta clientela, pois além de possuir os conhecimentos científicos necessários, é o profissional que presta assistência à saúde da mulher, estabelecendo assim, na maioria das vezes, uma relação de cumplicidade com as mesmas (CAVALCANTE *et al*, 2012).

De acordo com o Protocolo para Prevenção da Transmissão Vertical da Sífilis em Sergipe, o tratamento no referido estado deve ser realizado com penicilina G benzatina 7.200.000 UI, por via intramuscular divididos em 3 (três) doses de 2.400.000 UI administradas com intervalos de uma semana, em qualquer fase da doença. Devendo também tratar o parceiro mesmo que não tenha confirmação sorológica da doença, quando a gestante for positiva para um dos testes, com o mesmo esquema, a fim de evitar as reinfecções durante a gestação atual e nas futuras (BRASIL, [s.d.]).

Diante do panorama nacional e estadual de casos notificados de SC, presume-

se que esta doença é igualmente preocupante em Estância, município importante para o estado de Sergipe. Baseado nisto, surgiu o interesse em investigar a prevalência de SC na maternidade deste município que também atende gestantes de cidades circunvizinhas, com objetivo de identificar a ocorrência de SC no período de janeiro a dezembro de 2015, caracterizando as puérperas e recém-nascidos quanto as variáveis socioeconômicas, demográficas, de assistência à saúde e diagnósticos presentes nos registros, até a evolução dos casos.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo documental retrospectivo, descritivo com abordagem quantitativa. Foram incluídos todos os prontuários e fichas de notificação compulsória da sífilis de recém-nascidos e gestantes que realizaram partos normais ou cesarianos, no período de janeiro a dezembro de 2015, que foram notificados na Maternidade em estudo. Os critérios de exclusão foram os prontuários e fichas preenchidos de forma ilegível ou que se encaixavam em curetagens e abortamentos.

A pesquisa teve como campo para a coleta de dados a Maternidade Amparo de Maria, localizada no Município de Estância/SE, na rua Dr. Jessé Fontes, 197, Centro, CEP: 49.200-000, Estado de Sergipe, atualmente representada por sua Comissão Interventora, especialmente para gerir, através dos Srs. José Joaldo dos Santos e José Magno de Leão Brasil Neto. A maternidade possui tipo de atendimento obstétrico, contendo um Centro Cirúrgico, 45 leitos no total, sendo 14 no pré-parto, 16 no puerpério e 5 nos apartamentos, contém duas salas de parto, no qual uma também é utilizada para realizar curetagem. Em 2015 a maternidade realizou 3.290 partos.

Após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa, foi realizada a análise documental e a coleta dos dados nos arquivos da Maternidade Amparo de Maria, durante o mês de maio de 2016 no turno matutino de segunda a sexta.

Para coleta dos dados foi utilizado um roteiro de observação elaborado pelas pesquisadoras contendo variáveis socioeconômicas, demográficas, de assistência à saúde e diagnósticas presentes nos registros, até a evolução dos casos.

Os benefícios estão ligados à importância da abordagem da SC, que resultarão no desenvolvimento de atividades de educação em saúde, com a criação de folders, cartilhas, palestras educativas, possibilitando o conhecimento desse agravo à sociedade, potencializando as ações desenvolvidas no pré-natal, levando o aumento da prevenção, promoção e proteção de saúde.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A sífilis congênita é uma doença de fácil prevenção, mediante o acesso precoce à testagem durante o pré-natal e o tratamento adequado das gestantes positivas, e seus parceiros sexuais portadores da sífilis, visto que a infecção pode ser transferida para o feto, com graves implicações. Mesmo diante dessas facilidades, foi encontrada uma alta taxa de incidência de SC na Maternidade Amparo de Maria.

No ano de 2015, na Maternidade em estudo foram realizados 3.290 partos incluídos cesarianas e partos normais, deste quantitativo foram excluídos 3.216, dos quais, não atendiam o critério definido para o objetivo proposto. Como resultado final, 74 casos de gestantes com sífilis foram o objeto do estudo.

A taxa anual média de ocorrência de SC para o ano de 2015 no local de estudo foi de 16/1.000 nascidos vivos, um valor relativamente alto considerando a meta do Ministério da Saúde de eliminação da SC até 2015 (<0,5/1.000 nascidos vivos) (BRASIL, 2011).

Nos últimos dez anos, o coeficiente de mortalidade infantil por sífilis no país passou de 2,2 por 100.000 nascidos vivos no ano de 2004 para 5,5 casos no ano de 2013. No local de estudo, não foi possível realizar o coeficiente de mortalidade por sífilis, pois dentre os 37 casos de óbitos de recém-nascidos durante o ano de 2015 na Maternidade, apenas um dos casos a mãe era portadora de sífilis e não foi realizado o teste não treponêmico no recém-nascido (BRASIL, 2015).

Quadro 1 – Idade das mães notificadas com sífilis na Maternidade Amparo de Maria-SE, no ano de 2015.

Idade da Mãe	Unidade	%
< 15 anos	1	1,33%
15 à 20 anos	15	20%
21 à 30 anos	47	62,66%
31 à 40 anos	10	13,33%
41 à 45 anos	2	2,66%

Fonte: Própria.

Quanto à caracterização das parturientes, a faixa etária materna mais frequente

foi de 21 a 30 anos, com média de 21,5 anos. No Brasil, em 2013, a SC foi mais prevalente nas gestantes entre 20 a 29 anos (50,2%), demonstrando que a sífilis é uma doença prevalente nas mulheres com faixa etária semelhante à observada nas pacientes atendidas na maternidade de Estância (BRASIL, 2015).

Quadro 2 – Distribuição das características maternas (estado civil, zona em que reside, idade gestacional e ocupação) dos casos notificados com sífilis na Maternidade Amparo de Maria-SE. Brasil, 2015.

Estado Civil	Unidade	%
Casada	36	48%
Solteira	32	42,66%
Não Informado	7	9,33%
Zona	Unidade	%
Urbana	47	62,66%
Rural	28	37,33%
Idade Gestacional no Momento do Parto	Unidade	%
30 Semanas	1	1,33%
31 Semanas	1	1,33%
37 Semanas	2	2,66%
38 Semanas	6	8%
39 Semanas	36	48%
40 Semanas	21	28%
41 Semanas	8	10,66%
Ocupação	Unidade	%
Do lar	36	48%
Lavradora	10	13,33%
Estudante	9	12%
Pescadora	6	8%
Doméstica	3	4%
Auxiliar de Serviços Gerais	3	4%
Camareira	1	1,33%
Vendedora	1	1,33%
Promotora	1	1,33%
Cabeleireira	1	1,33%
Funcionária Pública	1	1,33%
Não Informado	3	4%

Fonte: Própria.

A maioria eram casadas ou possuíam união estável (48%), residiam em zona urbana (62,66%), a principal ocupação era classificada como do lar (48%) e tinham em média 39,1 semanas de idade gestacional no momento do parto. Araújo *et al*, (2012), em estudo realizado entre os anos 2003 e 2008 através de dados do DATASUS, quanto

ao perfil de SC, identificou 5.541 casos em 897 municípios brasileiros e observou uma predominância de mulheres residentes na zona urbana (87% a 90%), com perfil semelhante a população estudada.

Quadro 3 – Distribuição das gestantes que realizam o pré natal e respectivamente número de consultas, dos casos notificados com sífilis na Maternidade Amparo de Maria-SE. Brasil, 2015.

Realizou o Pré-Natal	Unidade	%
Sim	70	93,33%
Não	4	5,33%
Não Informado	1	1,33%
Número de Consultas do Pré-Natal	Unidade	%
1 à 3 Consultas	13	17,33%
4 à 7 Consultas	43	57,33%
8 à 12 Consultas	14	18,66%
Nenhuma Consulta	5	6,66%

Fonte: Própria.

Em relação à assistência ao pré-natal, observa-se que (93,33%) das mulheres realizaram, mais frequentemente: quatro a sete consultas realizadas. Em estudo realizado por Lima, *et al* (2008), comenta-se que, embora seja essencial garantir a realização de um número mínimo de consultas, é importante que avalie a sua qualidade, bem como as ações a serem executadas entre as consultas e o rastreamento de infecções de transmissão vertical.

Quadro 4 – Distribuição das gestantes referente ao diagnóstico da sífilis, dos casos notificados na Maternidade Amparo de Maria-SE. Brasil, 2015.

Diagnóstico da Sífilis	Unidade	%
No Momento do Parto	64	85,33%
Durante o Pré Natal	9	12%
Após o Parto	1	1,33%
Na Maternidade (Parto Não Realizado)	1	1,33%

Fonte: Própria.

Em grande parte dos prontuários não existiam nenhum registro a respeito do diagnóstico e tratamento da sífilis gestacional durante o pré-natal. Dos registros encontrados, verificou-se que apenas nove gestantes realizaram o pré-natal e submeteram-se ao tratamento, sendo que quatro realizaram o tratamento de maneira

inadequada durante as consultas. Cerca de 12 mil recém-nascidos contraem sífilis no Brasil a cada ano, devido ao fato das mães não se submeterem a um pré-natal adequado. Por volta de (25%) das gestantes infectadas transmitem a doença aos filhos. Com o tratamento necessário, a taxa pode cair para um caso por cada 1.000 nascidos vivos. Essa realidade nacional confirma a relação entre os casos de sífilis congênita e falhas na assistência pré-natal (XIMENES, *et al.* 2008).

Quadro 5 – Distribuição das gestantes referente ao esquema de tratamento da sífilis, dos casos notificados na Maternidade Amparo de Maria-SE. Brasil, 2015.

Esquema de Tratamento na Maternidade	Unidade	%
Adequado	73	97,33%
Inadequado	0	0%
Não realizado	2	2,66%

Fonte: Própria.

Todas as gestantes que tiveram atendimento na maternidade foram tratadas de forma adequada, exceto duas que recusaram. O esquema de tratamento segue o Protocolo para Prevenção da Transmissão Vertical da Sífilis em Sergipe, que é preconizado 2.400.000 UI de penicilina via intramuscular (1.200.000 UI em cada glúteo na mesma aplicação), dividido em três doses com intervalo de 7 dias, totalizando 7.200.000 UI ao término do tratamento. Todas que aderiram o tratamento utilizaram a 1º dose logo após o parto, algumas chegaram a receber a 2º dose, caso seu RN estivesse em tratamento (10 dias de antibioticoterapia) e para as demais doses, são encaminhadas para Unidade de Saúde da Família para concluir o esquema (BRASIL, [s.d.]).

Dos 75 prontuários, apenas três referiam tratamento do parceiro, porém, não oferecia registro que comprovasse nem classificavam como adequado ou inadequado.

Quadro 6 - Distribuição do peso dos neonatos com mães diagnosticadas com sífilis na Maternidade Amparo de Maria-SE, Brasil, 2015.

Peso (gramas)	Unidade	%
<1000	1	1,35%
2.000 à 3.000	21	28,37%
>3.000	52	70,27%

Fonte: Própria.

Quadro 7 - Classificação quanto prematuridade e evolução dos neonatos com mães diagnosticadas com sífilis na Maternidade Amparo de Maria-SE, Brasil, 2015.

Prematuros	Unidade	%
Sim	1	1,35%
Não	73	98,64%
Evolução dos Casos	Unidade	%
Vivos	73	98,64%
Óbitos	1	1,35%

Fonte: Própria.

Quanto aos neonatos, a maioria tinha o peso maior ou igual a 3.000g (70,27%), (96%) eram assintomáticos e (4%) apresentavam má formações. De acordo com o Ministério da Saúde, cerca de (70%) dos casos de SC é assintomática, porém, o recém-nascido pode apresentar prematuridade, baixo peso ou má formação (BRASIL, 2008).

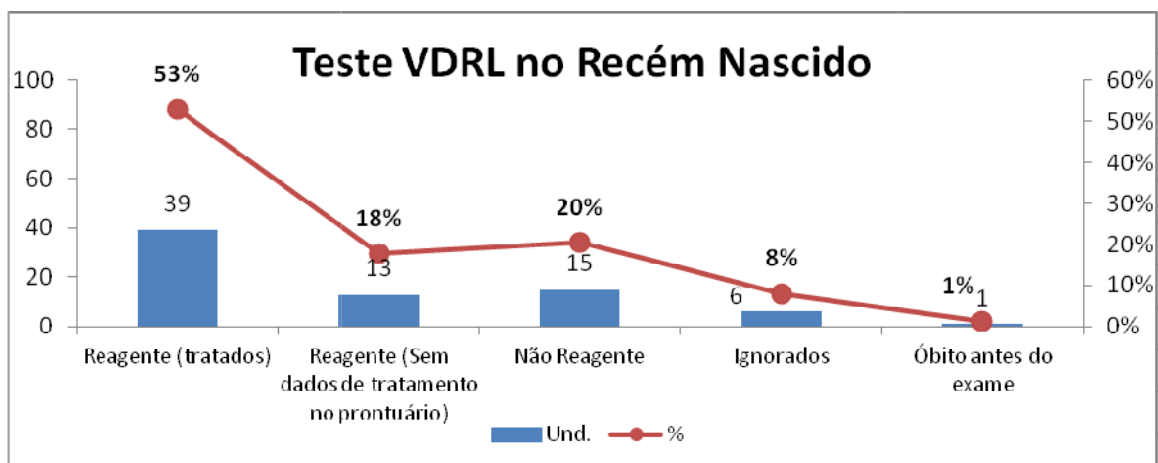
Quadro 8 - Distribuição do ÁPGAR dos neonatos com mães diagnosticadas com sífilis na Maternidade Amparo de Maria-SE, Brasil, 2015.

ÁPGAR (1° minuto - 5° minuto)	Unidade	%
9 e 10	64	86,48%
8 e 10	2	2,70%
9 e 9	1	1,35%
8 e 9	5	6,75%
7 e 8	1	1,35%
2 e 4	1	1,35%

Fonte: Própria.

Não foram encontrados estudos anteriores para comparar com ÁPGAR dos recém-nascidos da Maternidade Amparo de Maria, onde (86,48%) apresentaram ÁPGAR com valor 9 em um minuto após nascer e 10, aos cinco minutos de vida fora do útero.

Gráfico 1 – Classificação do teste não treponêmico realizado nos recém-nascidos com mães notificadas com sífilis na Maternidade Amparo de Maria-SE, Brasil, 2015.



FONTE: Própria.

No que se refere ao diagnóstico da SC, através da realização do exame VDRL nos recém-nascidos, dos casos que obtiveram resultados positivos e que foram tratados na maternidade, três mães realizaram tratamento inadequado durante o pré-natal e dos casos que os resultados foram negativos, duas mães realizaram tratamento adequado durante o pré-natal. Dentro dos 74 casos de recém-nascidos, apenas um evoluiu para óbito, porém, a causa não está classificada como consequência da sífilis, segundo registro do prontuário.

Diante dos dados coletados, foi possível identificar o perfil epidemiológico das pacientes com sífilis gestacional, a baixa efetividade das ações preventivas, de detecção e tratamento para a SC, mesmo com a maioria das mães terem tido acesso ao pré-natal.

4 CONCLUSÕES

Os achados apresentados pelo presente estudo evidenciam que a SC ainda é considerada uma patologia que representa grande desafio aos serviços de saúde pública no Município de Estância e cidades circunvizinhas, chamando atenção para o quantitativo de casos que significa dezesseis vezes a meta preconizada pelo Ministério da Saúde que é de registrar menos de um caso por cada mil nascidos vivos.

Apesar de algumas mães terem relatado acompanhamento de pré-natal, é consideravelmente elevado o percentual de gestantes com sífilis e neonatos infectados, onde apresentaram o teste não treponêmico positivo no período de internamento na maternidade indicando a necessidade de qualificação das ações realizadas durante a assistência do pré-natal, visando a vigilância de agravos da transmissão vertical, onde deve ser realizada no período em que a intervenção ainda é possível, com isso, a assistência adequada e adesão do tratamento constitui medidas preventivas com objetivo de reduzir a ocorrência da SC, permitindo a redução da transmissão vertical da doença, fortalecendo a prevenção do agravo com campanhas que possuem custos e benefícios mais favoráveis do que o tratamento.

É importante salientar que o atendimento tendo como foco somente a saúde da mulher, também proporciona riscos de reinfecção pelos parceiros não tratados, o que mostra a dificuldade na quebra da cadeia de transmissão e indica o acompanhamento inadequado da gestante.

Em relação aos recém-nascidos, nos casos que houve o tratamento adequado durante o pré-natal em suas genitoras, obtiveram sorologias negativas e os possíveis danos foram evitados, dessa forma, só contribui com os resultados efetivos em um diagnóstico precoce e tratamento adequado, minimizando os riscos para o feto.

Sugere-se que os resultados trazidos neste estudo sejam de relevância e o impacto das informações fornecidas, ajudem a formular ações que visem a melhoria do atendimento, diagnóstico e tratamento prestados as gestantes do município, tendo

como consequência favorável a redução do quantitativo de notificação de Sífilis materna e SC, sendo possível atividades de educação em saúde, com a criação de folders, cartilhas, palestras educativas, que possibilite o conhecimento desse agravo a sociedade, realizando busca ativa das gestantes para garantir a assiduidade potencializando as ações desenvolvidas no pré-natal, levando o aumento da prevenção, promoção e proteção de saúde.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, C. L. et al. Sífilis congênita e a Saúde da família. **Revista de Saúde Pública**, Brasília, v. 46, n. 3, p. 479-486. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. **Sífilis Congênita** – casos confirmados, notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação, 2014. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0201>>. Acesso em: 30/05/2015.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e AIDS. **Curso básico de vigilância epidemiológica: Sífilis Congênita, Sífilis em Gestantes, Infecção pelo HIV em Gestantes e Crianças Expostas** – Série de Manuais Número 78. Brasília; 2009. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/cbve2009_sifilis_hiv_tv.pdf

_____. Sífilis congênita e sífilis na gestação. **Rev. Saúde Pública**. 2008 Aug; 42(4): 768772.

_____. Ministério da saúde, **Boletim epidemiológico- Sífilis**, 2015. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/58033/_p_boletim_sifilis_2015_final_pdf_p__15727.pdf

_____. Ministério da Saúde, Portaria no 3242, de 30 de Dezembro de 2011. Dispõe sobre o fluxograma laboratorial da sífilis e a utilização de testes rápidos para triagem da sífilis em situações especiais e apresenta outras recomendações. Diário Oficial da União, Brasília, p. 50, 2 jan. 2012. Seção 1. [Internet]. [citado 2013 fev 5]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3242_30_12_2011.html

_____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da União, 2013.

_____. Secretaria De Estado Da Saúde De Sergipe. **Protocolo para prevenção da transmissão vertical da sífilis em Sergipe**. [s.d.].

CAVALCANTE, A.E.S et al. **Diagnóstico e Tratamento da Sífilis**: uma investigação com as mulheres assistidas na Atenção Básica em Sobral Ceará. J Bras Doenças Sex Trans. V.24, n.4, p: 239-245, 2012.

Lima, B G C et al. Avaliação da qualidade do rastreamento de HIV/AIDS e sífilis na assistência pré-natal. **Revista Epidemiologia e Serviços de saúde**. 2008

SARACENI, V.; MIRANDA, A.E. Relação entre a cobertura da Estratégia Saúde da Família e o diagnóstico de sífilis na gestação e sífilis congênita. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 28, n.3, p. 490-496, 2012.

XIMENES EPI, MOURA FRE, FREITAS LG, OLIVEIRA CN. Incidência e Controle da Sífilis Congênita no Ceará. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Nordeste. 2008.

ZUGAIB, M. **Zugaib Obstetrícia**. 2. ed. São Paulo: Manole, 2012. 1322p.



Apêndice- Instrumento de Coleta de Dados

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

DADOS DA GESTANTE	
NOME: _____	
DATA DO PARTO: ___/___/___	IDADE GESTACIONAL: _____ semanas
IDADE DA GESTANTE: _____ anos	OCUPAÇÃO: _____
ESTADO CIVIL: <input type="checkbox"/> Solteira <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Divorciada <input type="checkbox"/> Viúva <input type="checkbox"/> Outros	
ZONA: <input type="checkbox"/> Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> Periurbana <input type="checkbox"/> Ignorado	
REALIZOU PRÉ-NATAL: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	
ESQUEMA DE TRATAMENTO: <input type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Inadequado <input type="checkbox"/> Não realizado <input type="checkbox"/> Ignorado	
PARCEIRO REALIZOU TRATAMENTO: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	
DIAGNÓSTICO DE SÍFILIS MATERNA: <input type="checkbox"/> Durante o pré-natal <input type="checkbox"/> No momento do parto/curetagem <input type="checkbox"/> Após o parto <input type="checkbox"/> Não realizado <input type="checkbox"/> Ignorado	

DADOS DO RN		
APGAR: _____	PESO: _____	PREMATURO: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
TESTE NÃO TREPONÊMICO: <input type="checkbox"/> Reagente <input type="checkbox"/> Não reagente <input type="checkbox"/> Não realizado <input type="checkbox"/> Ignorado		
PRESENÇA DE SINAIS E SINTOMAS: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Ignorado		
TRATAMENTO DO RECÉM-NASCIDO: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Ignorado		
EVOLUÇÃO DO CASO: <input type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Óbito por sífilis congênita <input type="checkbox"/> Óbito por outras causas <input type="checkbox"/> Aborto <input type="checkbox"/> Natimorto <input type="checkbox"/> Ignorado		

Anexo- Ficha de notificação/ investigação de sífilis congênita

 REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DA SAÚDE ESTADO DE SÃO PAULO SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE		 SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO FICHA DE NOTIFICAÇÃO / INVESTIGAÇÃO SÍFILIS CONGÊNITA		Nº	
Definição de caso: Primeiro critério: toda criança, ou aborto, ou natimorto de mãe com evidência clínica para sífilis e/ou com sorologia não treponêmica reagente para sífilis com qualquer titulação, na ausência de teste confirmatório treponêmico, realizada no pré-natal ou no momento do parto ou curetagem, que não tenha sido tratada ou tenha recebido tratamento inadequado. Segundo critério: todo indivíduo com menos de 13 anos de idade com as seguintes evidências sorológicas: titulações ascendentes (testes não-treponêmicos); e/ou testes não-treponêmicos reagentes após 6 meses de idade (exceto em situações de seguimento terapêutico); e/ou testes terapêuticos 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 a evidência clínica ou líquórica ou radiológica de sífilis congênita. Quarto critério: toda situação de evidência de infecção pelo <i>Treponema Pallidum</i> em placenta ou cordão umbilical e/ou amostra da lesão, biópsia ou necrópsia de criança, aborto ou natimorto.					
Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual	
	2	Agravado/doença		SÍFILIS CONGÊNITA	
	3	Código (CID10)	Data da Notificação		
Notificação Individual	4	UF	5	Município de Notificação	
	6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	
	7	Data do Diagnóstico			
	8	Nome do Paciente		9	Data de Nascimento
Dados de Residência	10	(ou) Idade	11	Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	
	12	Gestante		13	Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9-Ignorado
	14	Escolaridade		15	Número do Cartão SUS
	16	Nome da mãe		17	UF
Dados Complementares	18	Município de Residência	19	Distrito	
	20	Bairro	21	Logradouro (rua, avenida,...)	
	22	Número	23	Complemento (apto., casa, ...)	
	24	Geo campo 1		25	Geo campo 2
	26	Ponto de Referência		27	CEP
	28	(DDD) Telefone	29	Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	
	30	País (se residente fora do Brasil)		31	Idade da mãe
Antecedentes Epil. da gestante / mãe	32	Raça/Cor da mãe		33	Ocupação da 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
Dados Lab. da gestante / mãe	40	Teste não treponêmico no parto/curetagem		41	Título
	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	Parceiro(s) tratado(s) concomitantemente a gestante

Dados de Laboratório da Criança		Diagnóstico Laboratorial 1-Reagente 2-Não Reagente 3-Não Realizado 9-Ignorado					
Dados de Laboratório da Criança	58	Teste não treponêmico - Sangue Periférico	<input type="checkbox"/>	59	Título 1:	60	Data
	61	Teste treponêmico - Sangue Periférico	<input type="checkbox"/>			62	Data
	63	Teste não treponêmico - Líquor	<input type="checkbox"/>	64	Título 1:	65	Data
	66	Evidência de <i>T. pallidum</i> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	<input type="checkbox"/>	67	Alteração Líquórica 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	<input type="checkbox"/>	
Diag. Rad.	68	Diagnóstico Radiológico da Criança: Alteração no Exame dos Ossos Longos 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	<input type="checkbox"/>				
Observações Gerais							
Investigador	69	Município/Unidade de Saúde		70	Código da Unid. de Saúde		
	71	Nome		72	Função		
				73	Assinatura		
Instruções para preenchimento da ficha	<p>Nenhum campo deverá ficar em branco. Na ausência de informação, usar categoria ignorada. As instruções sobre codificação de cada item deverão ser rigorosamente seguidas.</p> <p>7 - Nome do Paciente: preencher com o nome completo do paciente (sem abreviações); se desconhecido, preencher com filho de: o nome da mãe.</p> <p>8 - Data do nascimento: deverá ser anotada em números correspondentes ao dia, mês e ano.</p> <p>9 - Idade: anotar a idade somente se a data de nascimento for desconhecida.</p> <p>33- Parceiro(s) tratado(s) concomitantemente: informe se o tratamento do(s) parceiro(s) foi realizado no mesmo período que o tratamento da gestante;</p> <p>34- Registrar a evidência clínica para sífilis na gestação: sífilis primária - cancro duro; sífilis secundária - lesões cutâneo-mucosas (roséolas, sífilides papulosas, condiloma plano, alopecia); sífilis terciária - lesões cutâneo-mucosas (tubérculos ou gomas); alterações neurológicas (tabes dorsalis, demência); alterações cardiovasculares (aneurisma aórtico); alterações articulares (artrópia de Charcot).</p> <p>35-38-41-58-63- Sorologia não treponêmica: VDRL (Venereal Diseases Research Laboratory) e RPR (Rapid Plasma Reagin); indicados para a triagem e seguimento terapêutico.</p> <p>44-61-FTA-Abs (Fluorescent Treponemal Antibody-absorption), MHA-Tp (Microhemaglutination 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.</p> <p>45- Esquema de Tratamento:</p> <p>ADEQUADO:</p> <p>É todo tratamento completo, com penicilina e instituído pelo menos 30 dias antes do parto e parceiro tratado concomitantemente com a gestante. De acordo com as seguintes especificações:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sífilis primária: Penicilina Benzatina 2,4 milhões UI, IM, em dose única (1,2 milhão U.I. em cada glúteo). - Sífilis recorrente (secundária e latente): Penicilina Benzatina 2,4 milhões UI, IM, repetida após 1 semana. Dose total de 4,8 milhões U.I. - Sífilis tardia (latente e terciária): Penicilina Benzatina 2,4 milhões UI, IM, semanal, por 3 semanas. Dose total de 7,2 milhões U.I. <p>INADEQUADO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. <p>52 - Natimorto é todo feto morto, após 22 semanas de gestação ou com peso maior que 500g.</p> <p>53 - Aborto é toda perda gestacional até 22 semanas de gestação ou com peso menor ou igual a 500g.</p> <p>54 - Considera-se óbito por sífilis o caso de morte do recém-nato, após o nascimento com vida, filho de mãe com sífilis não tratada ou tratada inadequadamente;</p> <p>56 - Não se aplica em caso de aborto e natimorto;</p> <p>66 - Registrar a identificação do <i>Treponema pallidum</i> por microscopia em material colhido em placenta, lesões cutâneo-mucosas da criança, cordão umbilical, ou necropsia, pela técnica de campo escuro, imunofluorescência ou outro método específico.</p> <p>67 - Informar detecção de alterações na celularidade e/ou proteínas ou outra alteração específica no líquido do paciente;</p> <p>68 - Informe se houve alteração de ossos longos no paciente compatível com sífilis congênita.</p>						