



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

Juceli Amália Begossi

Sífilis Gestacional: análise temporal da incidência no município de Porto Alegre/RS no período de 2007 a 2015

Porto Alegre
2017

Juceli Amália Begossi

Sífilis Gestacional: análise temporal da incidência no município de Porto Alegre/RS no período de 2007 a 2015

Trabalho de conclusão apresentado ao curso de Especialização em Saúde Pública – Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde Pública.

Orientador: Prof. Dr. Marcelo Rodrigues Gonçalves

Porto Alegre
2017

AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha família por toda dedicação, em especial meu esposo Carlos e meus filhos Marcelo e Eduardo.

Agradeço o meu orientador Dr. Marcelo Rodrigues Gonçalves pelo suporte, correções e incentivos.

A Coorientadora Ms. Fernanda Peixoto Cordova por gentilmente aceitar este desafio, ter me guiado durante o decorrer deste trabalho, dando todo suporte necessário.

Aos professores, a coordenação do curso e aos colegas por terem compartilhado etapas importantes de aprendizado.

Enfim, agradeço a todos que de alguma forma tenham contribuído para esta conquista.

“O sucesso nasce do querer. Sempre que o homem aplicar a determinação e a persistência para um objetivo, ele vencerá os obstáculos, e se não atingir o alvo, pelo menos fará coisas admiráveis”.

(José de Alencar)

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo descrever o panorama da sífilis gestacional (SG) e da sífilis congênita (SC) através da utilização de dados estatísticos do município de Porto Alegre/RS, no período de 2007 a 2015. Trata-se de uma pesquisa retrospectiva de análise documental, transversal e descritiva, com abordagem quantitativa. Para a realização deste estudo, analisaram-se os dados estatísticos de Porto Alegre/RS apresentados no Boletim Epidemiológico da Secretaria de Vigilância em Saúde publicado no ano de 2016 pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2016a). Esse Boletim apresenta dados dos últimos 16 anos relacionados às notificações compulsórias dos casos de sífilis adquirida, sífilis em gestantes e sífilis congênita, obtidas por meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Para o desenvolvimento desta pesquisa, realizou-se um recorte nos dados de nove anos, compreendendo o período entre 2007 e 2015. Para a análise dos casos de sífilis gestacional, os dados foram segmentados segundo os seguintes critérios: total de casos e taxa de detecção, idade gestacional do diagnóstico, faixa etária, escolaridade, raça/cor, esquema de tratamento e classificação clínica. Na sífilis congênita, identificou-se o total de casos, o total da taxa de detecção, a realização de pré-natal, realização de tratamento materno e as informações sobre o tratamento do parceiro. Diante dos dados obtidos, identificou-se que os casos de sífilis aumentaram gradativamente no decorrer dos anos, tendo, em 2015, sua maior incidência em todo o país. Porto Alegre seguiu essa tendência com um agravante, pois apresentou os piores índices entre todas as capitais brasileiras. No que diz respeito à sífilis congênita, a faixa etária das mães das crianças infectadas encontrou-se predominante entre 20 e 29 anos e, quanto à escolaridade, a maioria tinha entre a 5ª e a 8ª série do ensino fundamental. A raça/cor branca foi autodeclarada em 49,4% dos casos, e a Penicilina Benzatina foi identificada como a droga mais prescrita para o tratamento. Com relação à classificação clínica, predominou o dado ignorado seguido de sífilis primária. Os dados que dizem respeito à sífilis congênita, por sua vez, indicaram que 73,8% das mães infectadas haviam realizado o pré-natal, no entanto, somente 0,87% delas realizaram o tratamento adequado, prevalecendo o tratamento inadequado em 53,25% dos casos de sífilis gestacional. Constatou-se, ainda, que somente 9,12% dos parceiros realizaram o tratamento concomitante, conforme o preconizado. Diante desses dados, conclui-se que estamos enfrentando um grave problema de saúde pública e diante de uma epidemia de sífilis em Porto Alegre, apontando falhas nos serviços da Atenção Primária à Saúde e nos serviços de gestão de saúde pública, uma vez que a diminuição dos casos de sífilis gestacional e congênita está amplamente relacionada à assistência pré-natal adequada e efetiva.

Descritores: Epidemiologia, Notificação Compulsória, Pré-Natal, Saúde Pública, Sífilis.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1. Terapia medicamentosa para Sífilis Gestacional utilizando-se a Penicilina G. Benzatina e opções de tratamento se contra-indicação.....	13
Quadro 2. Terapia medicamentosa para o tratamento SA (Exceto para gestantes) ..	16
Figura 1 - Taxa de detecção (número de casos/1.000 nascidos vivos) de SG em cada ano.....	23
Figura 2. Casos de SG e taxa de detecção (número de casos/1.000 nascidos vivos) em Porto Alegre em cada ano.....	24
Figura 3. Taxa de detecção (número de casos/1.000 nascidos vivos) de gestantes com SG a cada ano. Comparados os dados nacional, do estado e da capital Porto Alegre	25
Figura 4 - Percentual de casos de SG segundo idade gestacional em cada ano	25
Figura 5. Percentual de casos de SG segundo faixa etária em cada ano	26
Figura 6. Percentual de casos de SG segundo escolaridade em cada ano.....	26
Figura 7. Percentual de casos de SG segundo a raça/cor em cada ano	27
Figura 8. Percentual de casos de SG segundo esquema de tratamento em cada ano	27
Figura 9. Percentual de casos de SG segundo classificação clínica em cada ano ..	28
Figura 10. Percentual de casos de SC segundo informação sobre realização de pré-natal da mãe em cada ano.....	29
Figura 11. Percentual de casos de SC segundo esquema de tratamento da mãe em	29
Figura 12. Percentual de casos de SC segundo informações do tratamento do parceiro em cada ano	30
Figura 13. Taxa de detecção (casos/1.000 nascidos vivos) de SG e SC das capitais brasileiras	31

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	7
2	OBJETIVOS	9
2.1	OBJETIVO GERAL.....	9
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	9
3	REFERENCIAL TEÓRICO	10
3.1	ASPECTOS HISTÓRICOS E CONCEITUAIS.....	10
3.2	PREVENÇÃO E TRATAMENTO DA SÍFILIS.....	12
3.3	UMA ABORDAGEM PRÁTICA RELACIONADA À SÍFILIS GESTACIONAL (SG) E À SÍFILIS CONGÊNITA (SC).....	16
4	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	20
4.1	CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA.....	20
4.2	DELIMITAÇÃO DA PESQUISA E COLETA DE DADOS	20
4.3	ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	21
5	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	22
6	RESULTADO	23
6.1	DADOS DA SÍFILIS GESTACIONAL NO BRASIL	23
6.2	DADOS DA SÍFILIS GESTACIONAL EM PORTO ALEGRE/RS.....	24
6.3	DADOS DA SÍFILIS CONGÊNITA EM PORTO ALEGRE/RS.....	28
6.4	SÍFILIS GESTACIONAL E CONGÊNITA: CASOS E TAXA DE DETECÇÃO DENTRE AS CAPITAIS BRASILEIRAS	30
7	DISCUSSÃO	32
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	39
	REFERÊNCIAS	41
	ANEXO A - Ficha de notificação/investigação da sífilis congênita	46

1 INTRODUÇÃO

Conforme projeção da Organização Mundial da Saúde (OMS) de 2013, 1 milhão de pessoas são contaminadas diariamente por Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), dentre elas clamídia, gonorreia, sífilis e tricomoníase. Destaca-se que a presença de uma IST aumenta consideravelmente o risco de se adquirir ou de transmitir infecção por Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV).

Realizando um recorte para o contexto da sífilis, avalia-se, através de estudos, que a incidência da sífilis vem aumentando, principalmente no Brasil, mesmo diante das políticas de prevenção, diagnóstico e tratamento precoce da sífilis (BRASIL, 2015b;2007).

Outro fato a ser destacado é que mesmo que seja preconizada a testagem da sífilis em gestantes, a presença dessa doença durante a gestação tem contribuído para as mortes fetais e neonatais e tem aumentado o risco de morte prematura (BRASIL, 2016b; 2015e).

Segundo a literatura, se a sífilis na gestação estiver nas fases primária e secundária o feto pode ser afetado em 70-100% dos casos; já nas fases latente e terciária, a transmissão diminui para, em média, 30% (BRASIL, 2006).

Gradativamente os dados revelam aumento do número de casos de sífilis gestacional no Brasil. No ano de 2015, observou-se uma taxa de detecção de 11,2 casos de sífilis em gestantes por mil nascidos vivos, sendo as regiões Sul e Sudeste as que apresentaram as taxas mais elevadas (BRASIL, 2016b).

Entretanto, mesmo com todos esses fatos, a sífilis congênita parece ser subestimada (OMS, 2016). Situação facilmente observada no dia a dia de uma Unidade de Cuidados Intensivos Neonatal, onde é notável o constante número de internações de recém-nascidos com diagnóstico de sífilis congênita, alguns, sem complicações graves (internam apenas para tratamento e exames complementares), enquanto que outros, apresentam diagnósticos graves e necessitam de cuidados intensivos devido à prematuridade, ao baixo peso e a outras complicações.

Como forma principal de tratamento, dispõe-se da Penicilina, um composto produzido pelo fungo *Penicillium chrysogenum* e descoberto em 1928 por Alexander Fleming, após estudos demonstrarem a sua ação contra infecções. Seu mecanismo

de ação permite que se combata a doença de forma rápida e eficiente (BELFORT; BRAGA, 2008).

Contudo, desde 2014 tem sido enfrentada uma crise no abastecimento mundial de Penicilina Benzatina. Frente a isso, em 2016, o Ministério da Saúde (MS) divulgou uma nota orientando para o uso dessa medicação de maneira exclusiva para gestantes com sífilis. Da mesma forma, a Penicilina Cristalina passou a ser utilizada exclusivamente em crianças com sífilis congênita (BRASIL, 2015b; 2016d). Buscando solucionar a crise e atender as reivindicações do mercado o governo elaborou uma medida provisória (MP) autorizando o aumento do preço de medicamento. Segundo o MS “A medida permite que sejam ajustados preços de medicamentos de forma excepcional, quando há desabastecimento, em períodos de calamidade pública ou epidemias” (BRASIL, 2016f).

Nesse contexto, novas políticas governamentais vêm sendo desenvolvidas para a ampliação do acesso ao diagnóstico, bem como introduzindo novos métodos para o tratamento precoce da doença. Dentre essas medidas, está a implementação de testes rápidos (TR) nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) para toda a população (BRASIL, 2016b).

Além disso, campanhas de mobilização para gestores e profissionais da saúde foram realizadas conjuntamente com a criação do Manual Técnico para o Diagnóstico da Sífilis, o qual contém informações para amparo dos profissionais que lidam com os pacientes (BRASIL, 2016c). Entretanto, mesmo com tais movimentos, percebe-se, através de estudos epidemiológicos, que esses esforços vêm sendo realizados de maneira dispersa e fragmentada, repercutindo na sua eficiência (BRASIL, 2016b).

Diante desses fatos, o presente trabalho explora o panorama da sífilis gestacional (SG) e da sífilis congênita (SC) com base em dados pré-existentes disponíveis no Boletim Epidemiológico 2016 do Ministério da Saúde para o município de Porto Alegre/ RS, buscando compreender o contexto desses fatos.

Acredita-se que eliminação da transmissão sexual e vertical da sífilis é possível, demandando implementação de políticas públicas efetivas e repercutindo no panorama dos indicadores de saúde materno-infantil.

2 OBJETIVOS

Neste capítulo, serão apresentados o objetivo geral e os específicos do presente estudo.

2.1 OBJETIVO GERAL

Descrever o panorama da sífilis gestacional (SG) e da sífilis congênita (SC) através da utilização de dados estatísticos do município de Porto Alegre/RS, no período de 2007 a 2015.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar o percentual de SG segundo a idade gestacional, a faixa etária da mãe, sua escolaridade e sua raça ou cor.
- Identificar o percentual de SG segundo o esquema de tratamento e sua classificação clínica.
- Analisar as informações da SC quanto à realização do pré-natal, e o esquema de tratamento da mãe e do parceiro sexual.
- Identificar, dentre o período analisado, o ano com maior incidência de SG e SC, e as hipóteses para esse aumento.
- Avaliar o panorama nacional e verificar, dentre as principais capitais brasileiras, as que apresentam os melhores índices.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 ASPECTOS HISTÓRICOS E CONCEITUAIS

A sífilis, apesar de ser uma doença milenar, ainda se encontra presente no Brasil e no mundo. Mesmo sendo bem definida e tendo diagnóstico e tratamento acessíveis, ela continua acometendo de maneira crescente e assustadora.

O termo “sífilis”, relatado primeiramente em 1530 por Girolamo Fracastoro, tornou-se corrente a partir do século XVIII para intitular essa doença cujo quadro clínico nos primeiros anos de epidemia apresentava-se muito grave, surpreendendo a população e os médicos que, como desconheciam o seu modo de transmissão venéreo, não sabiam como tratá-la e a consideravam um castigo divino. Durante cerca de 450 anos, o mercúrio foi o medicamento específico utilizado para o tratamento da sífilis, tendo sido substituído em meados do século XX (BENEDITO et al., 2009).

Trata-se de uma doença infecciosa, produzida pela bactéria *Treponema pallidum*, caracterizada como sistêmica, de evolução crônica, curável e exclusiva do ser humano, apresentando manifestações cutâneas temporárias, provocadas por uma espiroqueta, e possui no homem o seu hospedeiro natural (BRASIL, 2007; 2010a). Sua transmissão é predominantemente sexual e, se não diagnosticada e tratada adequadamente durante a gestação, poderá ser transmitida ao feto, ocorrendo o que se define como transmissão vertical e produzindo, respectivamente, as formas adquirida e congênita da doença (BRASIL, 2007).

A sífilis na gestação ocasiona mais de 300 mil mortes fetais e neonatais por ano no mundo, e proporciona um adicional de 215 mil crianças em aumento de risco de morte prematura (BRASIL, 2016b). Essa doença é um importante agravo em saúde pública, pois, além de ser infectocontagiosa e de acometer o organismo de maneira severa quando não tratada, aumenta significativamente o risco de se contrair a infecção pelo HIV, uma vez que a entrada desse vírus é facilitada pela presença das lesões sífilíticas, além de acelerar a evolução da infecção pelo HIV para a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. Pessoas com HIV/Aids podem desenvolver mais precocemente e em maior frequência a neurosífilis (BRASIL, 2010a; 2015c).

Quanto à forma de transmissão, a doença pode ser classificada como sífilis adquirida (SA), sífilis gestacional (SG) e sífilis congênita (SC). A SA e a SG aprestam sua transmissão predominantemente sexual, sendo que aproximadamente um terço

dos indivíduos expostos a um parceiro sexual com a doença irá adquiri-la. Ela também pode ser contraída através de transfusão sanguínea ou derivados, no entanto, esse tipo de contaminação tornou-se inexpressivo, devido ao controle realizado pelos hemocentros. Quanto a SC, esta ocorre quando a mãe, em qualquer fase da gestação transmite a doença para o feto, acontece mais frequentemente de forma intrauterina, podendo, no entanto, ocorrer também durante a passagem do feto pelo canal do parto. A probabilidade da infecção fetal está relacionada ao estágio da sífilis na mãe e à duração da exposição fetal tornando explícita a falha dos serviços de saúde, em especial da atenção ao pré-natal, uma vez que o diagnóstico precoce e o tratamento são medidas relativamente simples e eficazes. No entanto, ainda assim ocorrem falhas no manejo adequado dessa doença (BRASIL, 2010a). Diante do acima exposto, afirma-se ser de extrema importância o diagnóstico e o tratamento preconizado e adequado.

Essa doença pode apresentar uma taxa de transmissão de até 80% caso não sejam tratadas ou sejam tratadas inadequadamente. Dessa forma, a transmissão é maior quando a mulher apresenta sífilis primária ou secundária durante a gestação, com a probabilidade, inclusive, de consequências graves, como o abortamento, o parto prematuro, as manifestações congênitas precoces ou tardias e, mais gravemente, a própria morte do recém-nascido (BRASIL, 2015a).

Com altos índices de morbidade e mortalidade, as taxas de abortamento, óbito fetal e morte neonatal podem chegar a 40% (BRASIL, 2015 c). No entanto, a ocorrência da SC pode ser evitada sempre que a doença seja identificada e a gestante infectada e suas parcerias sexuais sejam tratadas de forma adequada e preventiva (BRASIL, 2015a).

Com relação aos sinais e sintomas, a sífilis primária se manifesta através de uma ferida, comumente encontrada no local de entrada da bactéria, que pode ser o pênis, a vulva, a vagina, o colo uterino, o ânus, a boca ou outros locais da pele. Tal injúria pode aparecer em um intervalo de 10 a 90 dias após o contágio. Ela tem como característica a ausência de dor, apresentando coceiras, ardência ou pus, podendo, ainda, haver o aparecimento de ínguas na região da virilha. Após essa fase primária, manchas no corpo começam a aparecer, principalmente na palma das mãos e na planta dos pés, caracterizando a fase secundária da doença, que ocorre entre as seis semanas e os seis primeiros meses a partir do aparecimento da ferida inicial e de sua cicatrização espontânea. Em seguida, há uma fase de latência, na qual não se tem a

manifestação de qualquer sintoma. Essa fase, por sua vez, pode ser dividida em sífilis latente recente, dentro do primeiro ano da infecção, e tardia, após um ano da infecção. É caracterizada pela duração variável e pode ser interrompida por manifestações da forma secundária ou terciária, que podem surgir entre dois e 40 anos após o início do processo infeccioso, tendo como característica, principalmente, a aparição de lesões cutâneas, ósseas, cardiovasculares e neurológicas, podendo acarretar, inclusive, no óbito do indivíduo (BRASIL, 2016b).

A SC é considerada uma doença de notificação compulsória em todo território desde o ano de 1986, enquanto que a SG o é desde 2005, e a SA, desde 2010 (BRASIL, 2014a; 2016b).

3.2 PREVENÇÃO E TRATAMENTO DA SÍFILIS

Como principal método de prevenção, o uso de preservativos (masculino ou feminino) durante as relações sexuais é a forma mais efetiva para prevenir essa doença e outras infecções sexualmente transmissíveis. Cabe destacar que para a sífilis não existe vacina, e o acometimento dessa doença não gera imunidade, podendo, dessa forma, haver uma reinfecção. Há, ainda, a probabilidade de que o tratamento recorrente possa causar resistência aos antibióticos (OMS, 2016).

Com a descoberta da Penicilina, ocorrida em 1928 por Alexander Fleming, quando estudos demonstraram a sua ação contra infecções, tornou-se possível o tratamento de diversas doenças, incluindo a sífilis, que passou a ser, de uma doença prevenível, uma doença tratável (BELFORT; BRAGA, 2008). Conforme o relatório de recomendação que avaliou o uso da Penicilina para a prevenção da sífilis congênita, essa droga vem sendo amplamente utilizada na prática clínica pela sua comprovação em segurança e eficácia, destacando que nenhuma outra, até o momento, havia documentado tais evidências (BRASIL, 2015e). Em maio de 2016, a Penicilina passou a ser reconhecida pela 69ª Assembleia Mundial da Saúde como um medicamento essencial para o controle da transmissão vertical de sífilis (BRASIL, 2016b).

A Nota Técnica (NT) apresentada pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e divulgada em 25 de maio de 2017, diante da epidemia de sífilis enfrentada no Brasil e de seu aumento expressivo entre os anos de 2014 e 2015, indica que a enfermagem tem papel fundamental no controle dessa doença, reafirmando que os enfermeiros podem prescrever a Penicilina Benzatina, conforme protocolos do

Ministério da Saúde (MS), da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) ou de rotina aprovada pela instituição de saúde. Esse mesmo documento refere que a “ausência do médico na unidade básica de saúde não configura motivo para a não realização da administração oportuna da Penicilina Benzatina por profissionais de enfermagem” (COFEN, 2017, p. 1).

Com relação às doses necessárias de Penicilina G. Benzatina para o tratamento da sífilis gestacional, pode-se observar que o intervalo e as doses dependem da classificação clínica da doença, conforme apresentado no Quadro 1.

Quadro 1. Terapia medicamentosa para Sífilis Gestacional utilizando-se a Penicilina G. Benzatina e opções de tratamento se contra-indicação

Classificação clínica	Esquema terapêutico preconizado	Intervalo entre as administrações	Opções de tratamento na impossibilidade do uso da penicilina
Sífilis Primária, Sífilis Secundária e Latente (Até um ano de duração)	Penicilina Benzatina - 1.200.000UI (1.200.000 em cada nádega) Dose total: 2.400.000UI Intramuscular (IM)	Dose única	Ceftriaxona 1g, IV ou IM, 1 vez/dia, por 8 a 10 dias
Sífilis Latente tardia (Mais de um ano de duração) ou latente com duração ignorada e Sífilis Terciária	Penicilina Benzatina- 1.200.000 UI (1.200.000 em cada nádega) por 3 semanas Dose total: 7.200.000 UI Intramuscular (IM)	Uma semana	Ceftriaxona 1g, IV ou IM, 1 vez/dia, por 8 a 10 dias

Fonte: *Adaptado (BRASIL, 2015c)

Para o tratamento adequado da SG, indica-se que ele seja feito até 30 dias antes do parto e que o parceiro seja tratado concomitantemente. Especifica-se que tal tratamento seja feito à base de Penicilina, de acordo com as normas de tratamento estipuladas (presentes no Quadro 1) visto que, até então, a literatura científica não

comprovou a eficácia de tratamentos feitos à base de drogas “não-penicílicas” para a sífilis congênita (BRASIL, 2015c).

No Brasil e em outras partes do mundo, durante os anos de 2013 e, principalmente, em 2014, houve um período de desabastecimento da Penicilina Benzatina devido à falta da matéria-prima específica para sua produção no mercado global. Conforme dados divulgados pelo MS em julho de 2015, quase metade dos estados se encontravam em total ausência de Penicilina, com destaque para a região Nordeste, já que o restante do país se encontrava com algum nível de desabastecimento (BRASIL, 2015b).

Devido à essa escassez, em 2016, o MS elaborou uma nota informativa conjunta com a Secretaria de Vigilância em Saúde e com a Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde (n.º109/2015), recomendando o uso exclusivo da Penicilina G. Benzatina para gestantes com sífilis, e da Penicilina Cristalina apenas para crianças com sífilis congênita (BRASIL, 2016d).

Conforme informe divulgado pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) em 30 de junho de 2015, Porto Alegre vinha apresentando dificuldades na aquisição da Penicilina Benzatina desde 2013, não economizando esforços para manter o medicamento disponível. Ele indica, no entanto, que a cidade dispôs de estoque suficiente, não ocorrendo o desabastecimento total. “Os estoques nos permitiram manter os serviços com o medicamento. Assim, a Atenção Primária em Saúde de Porto Alegre não teve falta da Benzilpenicilina Benzatina” (PORTO ALEGRE, 2015, p. 2).

Em nota técnica divulgada no dia 28 de março de 2017 pela Secretaria Municipal de Saúde e pela Coordenação de Assistência Farmacêutica (COORAF), definiu-se que, devido à atual situação epidemiológica da SC, e com o objetivo de quebrar a cadeia de transmissão da doença, a Penicilina Benzatina 1.200.00 passa a ficar disponível para todos os pacientes com sífilis, e não mais somente para gestantes e parceiros como era anteriormente. Para isso, foi realizada uma compra suplementar do medicamento para atender toda a demanda (PORTO ALEGRE, 2017).

Quanto ao local priorizado para a realização do tratamento com Penicilina G. Benzatina, o MS elaborou e publicou a Portaria n.º 3.161, de 27 de dezembro de 2011, que dispõe sobre a administração da Penicilina no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), determinando que esse medicamento seja administrado em todas as Unidades Básicas de Saúde (UBS), conforme indicações de uso, devendo estar em

conformidade com a avaliação clínica, os protocolos vigentes e o Formulário Terapêutico Nacional/Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME). Ela determina, ainda, que a administração pode e deve ser realizada pela equipe de enfermagem (auxiliar, técnico ou enfermeiro), pelo médico ou farmacêutico e, caso ocorram reações anafiláticas, deve-se proceder de acordo com os protocolos que abordam a atenção às urgências no âmbito da Atenção Básica à Saúde (BRASIL, 2011). Porém, conforme relatório do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), já entre 2013 e 2014, 55% das Unidades da Federação (UF) aplicavam a Penicilina Benzatina em suas UBS (BRASIL, 2016c). O objetivo, agora, é qualificar e sensibilizar as equipes de saúde para ampliar esse serviço.

Pacientes podem apresentar reações alérgicas à Penicilina G. Benzatina, popularmente conhecida como Benzetacil®. Estima-se que essas reações ocorram em 2% dos casos durante tratamento. Já as reações anafiláticas ocorrem em apenas 0,01% a 0,05% dos pacientes tratados com esse medicamento, apresentando, aproximadamente, dois óbitos por 100.000 tratamentos. Tais reações podem ser consideradas uma barreira para a administração da Penicilina nas UBS. No entanto, apesar dos riscos apresentados, a droga deve ser administrada com segurança, já que, caso contrário, o impacto negativo será muito maior (BRASIL, 2015e).

O Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) também recomenda que a penicilina seja administrada nas UBS, pois o encaminhamento de pacientes para unidades hospitalares e prontos-socorros, devido ao receio às reações anafiláticas com a administração da penicilina, dificulta a implementação do tratamento imediato e efetivo (UNICEF, 2008). E, diante disso, a fim de priorizar a Penicilina durante o evento do desabastecimento para os casos anteriormente descritos, estabeleceram-se outras opções terapêuticas. Há, portanto, outras drogas conhecidas na literatura médica, conforme informações do Quadro 2.

Quadro 2.Terapia medicamentosa para o tratamento SA (Exceto para gestantes)

Classificação clínica	Esquema terapêutico preconizado	Intervalo entre as administrações	Opções de tratamento na impossibilidade do uso da penicilina.
Sífilis Primária, Sífilis Secundária e Latente (Até um ano de duração)	Penicilina Benzatina - 1.200.000UI (1.200.000 em cada nádega) Dose total: 2.400.000UI Intramuscular (IM)	Dose única	Doxiciclina 100mg 12/12h Via Oral (VO), 15 dias, ou Ceftriaxona 1g, IV ou IM, 1 vez/dia, por 8 a 10 dias
Sífilis Latente tardia (Mais de um ano de duração) ou latente com duração ignorada e Sífilis Terciária	Penicilina Benzatina- 1.200.000UI (1.200.000 em cada nádega) por 3 semanas Dose total: 7.200.000UI Intramuscular (IM)	Uma semana	Doxiciclina 100mg 12/12h Via Oral (VO), 30 dias, ou Ceftriaxona 1g, IV ou IM, 1 vez/dia, por 8 a 10 dias

Fonte: *Adaptado (BRASIL, 2015c).

3.3 UMA ABORDAGEM PRÁTICA RELACIONADA À SÍFILIS GESTACIONAL (SG) E À SÍFILIS CONGÊNITA (SC)

O acompanhamento precoce da gestante é de extrema importância para o controle da sífilis congênita, fazendo que isso seja uma das prioridades do Ministério da Saúde quanto ao combate à essa doença. Para Adele Benzaken (apud BRASIL, 2016c, p. 1), diretora do Departamento de HIV, aids e hepatites virais do Ministério da Saúde “um grande desafio é o início precoce, já que culturalmente as mulheres tendem a procurar o médico apenas quando a barriga aparece, o que diminui as chances de cura da sífilis para a mãe e facilita a transmissão da doença para o bebê”.

O MS entende que para manter o controle da SC é necessária a captação da gestante no início da gravidez, estipulando que sejam realizadas, no mínimo, seis consultas durante o período pré-natal, com a realização de VDRL (*Venereal Disease Research Laboratory*) no primeiro trimestre de gestação, de preferência na primeira consulta, e um segundo teste em torno da 28ª semana da gestação (BRASIL, 2012a).

É importante enfatizar a necessidade de que o tratamento e o monitoramento acordados sejam seguidos não apenas pela gestante, mas também por seu parceiro sexual, abordando os casos de forma clínica e epidemiológica. O profissional de saúde tem, neste caso, o compromisso de anotar adequadamente as informações preconizadas no cartão da gestante e de notificar os casos de sífilis (BRASIL, 2006). Infelizmente, tais normas nem sempre são adotadas e, diante do despreparo ou da negligência dos profissionais, muitos dos pacientes acabam não realizando o tratamento e o acompanhamento preconizado.

No âmbito da Saúde Pública, há locais de referência para o atendimento à gestante, como as UBS e a Estratégia de Saúde da Família (ESF), que têm o desafio de aumentar a cobertura e a qualidade do pré-natal, com ações de prevenção e com a ampliação e a qualificação do diagnóstico, possibilitando, assim, o tratamento adequado preconizado e o acompanhamento integral durante o pré-natal e o pós-parto (BRASIL, 2012a).

Para fortalecer a atenção integral, novas políticas que objetivam a ampliação do diagnóstico têm sido implementadas ao longo do tempo, além de serem introduzidas novas maneiras de diagnosticar precocemente a sífilis, possibilitando, dessa forma, o tratamento precoce da doença, que é eficaz e que está disponível no SUS. Dentre as medidas para o aperfeiçoamento dessa intervenção está o diagnóstico por meio de testes rápidos, visto que o diagnóstico é o primeiro passo para uma intervenção adequada e, fazê-lo dentro do período gestacional, o mais precocemente possível, é de extrema importância para a diminuição da transmissão vertical.

Implementados em 2011, esses testes são capazes de uma investigação de fácil execução, interpretação e com o resultado gerado em até 30 minutos. Com isso, elimina-se o problema de o usuário sair da unidade de saúde sem seu resultado, uma vez que este, muitas vezes, acabava não retornando para buscá-lo (BRASIL, 2016e). Para ampliar o acesso e a realização do TR, o Conselho Federal de Enfermagem aprovou, em 29 de setembro de 2016, a realização desses testes por profissionais de nível médio (técnicos e auxiliares de enfermagem) com supervisão do enfermeiro (COFEN, 2016).

Através da Rede Cegonha, instituída pela Portaria n.º 1.459, de 24 de junho de 2011, também houve um aumento na oferta de TR para sífilis no pré-natal, sendo que, em 2012, foram distribuídos 292.175 testes, e, em 2015, esse número

apresentou um incremento de 770%. De maneira mais ampliada, o MS recomenda às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde que adotem medidas para aumentar a qualidade e a efetividade do serviço de diagnóstico, com a realização dos testes nas UBS ou pelo programa ESF, buscando otimizar a logística para assegurar a qualidade e a confiabilidade destes. O MS promoveu, para isso, a capacitação dos profissionais que atuam no processo, disponibilizando apoio e monitoração dos sistemas de registros que compilam as informações referentes aos exames, entre outros (BRASIL, 2012a).

A Rede Cegonha também está relacionada à atenção à mulher e à reprodução, tendo sido estabelecida como uma rede de cuidados que assegura às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo, a atenção humanizada à gravidez, ao parto, ao abortamento e ao puerpério. Às crianças, ela assegura o direito ao nascimento seguro, a um crescimento e a um desenvolvimento saudáveis, objetivando um novo modelo de atenção ao parto, ao nascimento e à saúde da criança.

Trata-se de uma rede de atenção que visa garantir acesso, acolhimento, resolutividade e redução da mortalidade materna e neonatal, tendo como diretrizes a garantia do acolhimento com classificação de risco; a ampliação do acesso; a melhoria da qualidade do pré-natal; a vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro; as boas práticas e a segurança na atenção ao parto e ao nascimento; a atenção à saúde das crianças de 0 a 24 meses, com qualidade e resolutividade; e a ampliação do acesso ao planejamento familiar (BRASIL, 2011). Para Cassiano et al. (2014), a Rede Cegonha trata-se de um dos programas mais completos elaborados pelo Governo Federal, pois, suas ações são voltadas para todas as etapas da vida da feminina, contemplando abordagens e estratégias que englobam a orientação ao cuidado com o corpo, o uso de métodos contraceptivos, o atendimento da gestante, da puérpera, do recém-nascido, e estendendo o atendimento da criança até seus dois anos de idade. Porém, para o sucesso dessas políticas é necessária a articulação de todos os atores envolvidos, incluindo gestores, profissionais de todas as esferas de atenção e dos usuários, fomentando e instrumentalizando os profissionais para executarem suas funções de forma humanizada e eficiente.

Em 20 de outubro de 2016, o MS lançou a Ação Nacional de Combate à Sífilis, cujo objetivo é qualificar os serviços de atenção durante o pré-natal e mobilizar gestores e profissionais quanto ao combate da SG. Esse órgão também lançou o

Manual Técnico para o Diagnóstico da Sífilis, que contém informações para amparar e qualificar os profissionais que atuam junto aos pacientes (BRASIL, 2016c).

De acordo com o Ministro da Saúde, Ricardo Barros (apud BRASIL, 2016c, p. 1), “nosso objetivo é reunir a sociedade no esforço de combate à sífilis. Assim, poderemos incentivar a testarem principalmente as grávidas para evitar a transmissão vertical da doença”. Conforme o calendário instituído pelo MS, no terceiro sábado do mês de outubro, comemora-se o Dia Nacional de Combate à Sífilis. Os objetivos são passíveis de serem alcançados, basta que todos (profissionais de saúde, poder público e sociedade) assumam o compromisso diante das ações propostas (BRASIL, 2016c).

Em 2015, por exemplo, Cuba foi reconhecida por órgão internacionais, como a OMS e as Organização das Nações Unidas (ONU), como o primeiro país do mundo a eliminar a transmissão vertical do HIV e da Sífilis. Para esse reconhecimento, a OMS considera que um país eliminou a transmissão materno-infantil do HIV quando registra menos de dois bebês infectados para cada 100 nascidos de mães portadoras do vírus. No caso da Sífilis, para obter esse reconhecimento, o país deve apresentar menos de um caso para cada 2.000 nascidos vivos (UNAIDS BRASIL, 2015).

O Brasil tem adotados medidas apoiadas por diversos órgãos internacionais, como a OMS, a ONU, a UNICEF entre outras, com o objetivo de reduzir os altos índices epidemiologicamente descritos. Para que isso aconteça, será necessária a união de forças entre todas as esferas de governo, dos profissionais de saúde e da sociedade.

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Este capítulo apresentará os procedimentos metodológicos adotados na realização desta pesquisa.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

Esta pesquisa se caracteriza como um estudo retrospectivo de análise documental, transversal e descritivo, com abordagem quantitativa. Segundo Marconi e Lakatos (2008, p. 48) “a característica da pesquisa documental é que a fonte de coleta de dados está restrita a documentos, escritos ou não”.

No que diz respeito à pesquisa descritiva, Gil (2008, p. 28) afirma que:

As pesquisas deste tipo têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis. São inúmeros os estudos que podem ser classificados sob este título e uma de suas características mais significativas está na utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados.

Quanto à pesquisa quantitativa, Fonseca (2002, p. 20) indica que:

A pesquisa quantitativa se centra na objetividade. Influenciada pelo positivismo, considera que a realidade só pode ser compreendida com base na análise de dados brutos, recolhidos com o auxílio de instrumentos padronizados e neutros. A pesquisa quantitativa recorre à linguagem matemática para descrever as causas de um fenômeno, as relações entre variáveis, etc.

4.2 DELIMITAÇÃO DA PESQUISA E COLETA DE DADOS

Para a realização deste estudo foram coletados os dados estatísticos de Porto Alegre/RS contidos no Boletim Epidemiológico da Secretaria de Vigilância em Saúde, publicado em 2016 e disponível no site do Ministério da Saúde¹ (BRASIL, 2016a). Esse Boletim apresenta os dados dos últimos 16 anos relacionados às notificações compulsórias dos casos de Sífilis Adquirida, Sífilis Gestacional e Sífilis Congênita, obtidas por meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

¹ <http://indicadoressifilis.aids.gov.br/>

Para esta pesquisa, utilizaram-se os dados de nove anos, compreendendo o período entre 2007 e 2015, e a coleta de dados foi realizada a partir dos indicadores publicados em tabelas no Boletim Epidemiológico de 2016, selecionando-se, apenas, as informações que atingiam aos objetivos deste estudo.

4.3 ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Os dados foram organizados em tabelas no Excel ® (programa Microsoft Office), e, para a análise descritiva dos resultados, calculou-se o total, a média e a frequência de casos de SG e de SC. Já para a apresentação desses dados, utilizaram-se gráficos de barras ou colunas. Segundo Crespo (2002), os gráficos fornecem informações rápidas e seguras com relação às variáveis em estudo, permitindo determinações mais coerentes e científicas. Já para Pinheiro e Torres (2004, p. 238), “os gráficos de barras ou de colunas são úteis para apresentar variáveis categóricas, principalmente se possuírem diversas categorias [...] São úteis também para a apresentação”.

5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Não se fez necessária a submissão do projeto de pesquisa ao Comitê de Ética e Pesquisa, uma vez que foram utilizados dados secundários de domínio público.

6 RESULTADO

Este capítulo apresenta os resultados obtidos com a realização desta pesquisa.

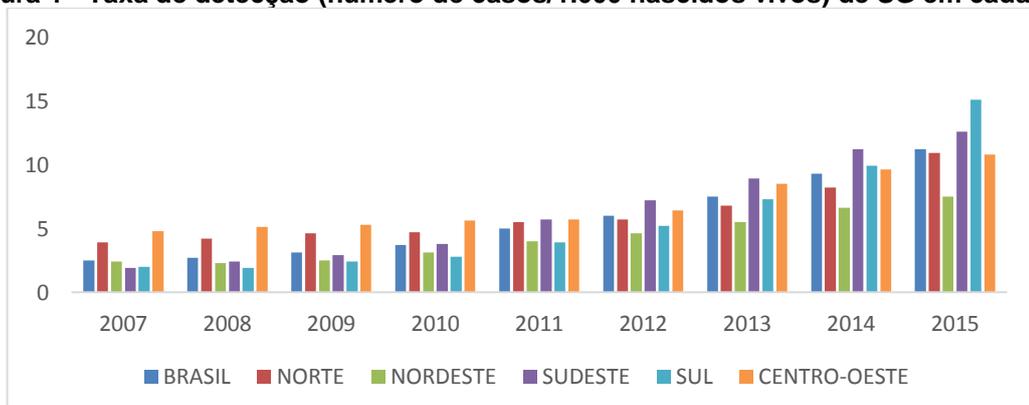
6.1 DADOS DA SÍFILIS GESTACIONAL NO BRASIL

No Brasil, no período de 2007 a 2015, notificaram-se, através do SINAN, um total de 149.301 casos de sífilis gestacional. Ao estratificar esses dados por região do país, obtém-se o seguinte resultado: Norte, 17.239 casos (11,6%); Nordeste, 32.426 casos (21,4%); Sudeste, 65.656 casos (44%); Sul, 19.613 casos (13,6%); e Centro-Oeste, 14.297 casos (9,4%) (BRASIL, 2016a).

No entanto, ao analisar cada ano de forma isolada, constata-se que 2015 foi o período com o maior número de notificações de SG. Nesse ano, o Brasil teve, no total, 33.381 casos, representando um aumento de 20,9% de casos em relação a 2014, que teve 27.610 casos.

Com relação à taxa de detecção de SG (número de casos/1000 nascidos vivos), em 2015, a Região Sul registrou a taxa mais elevada (15,1 casos/1000 nascidos vivos) quando comparada a outras regiões, como Sudeste (12,6 casos/1000 nascidos vivos), Norte (10,9 casos/1000 nascidos vivos), Centro-Oeste (10,8 casos/1000 nascidos vivos) e Nordeste (7,5 casos/1000 nascidos vivos), conforme indicado na Figura 1.

Figura 1 - Taxa de detecção (número de casos/1.000 nascidos vivos) de SG em cada ano



Fonte: Brasil (2016a)

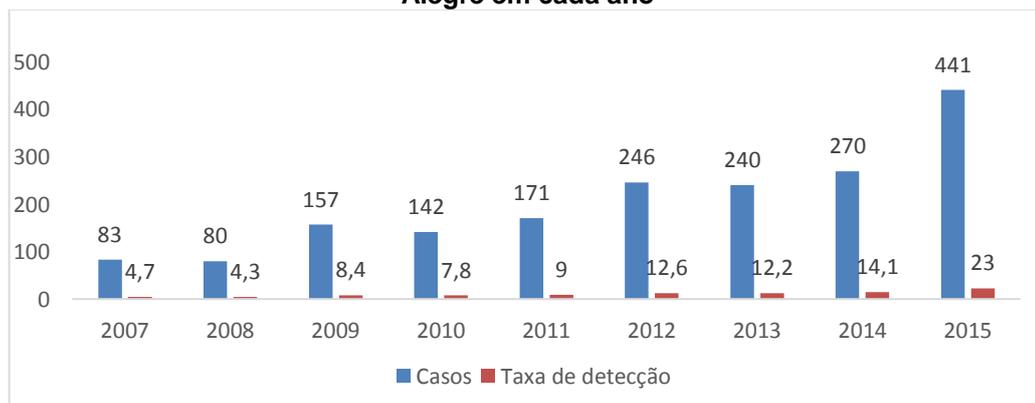
Ao segmentar esses números por estados, a taxa mais elevada, em 2015, foi registrada no Mato Grosso do Sul (21,9%), e a menor, no Rio Grande do Norte (4,5%). Observa-se que a maioria dos estados apresentou um aumento nas taxas ao comparar o ano 2014 com o de 2015. As maiores taxas foram apresentadas no Amazonas (+94,6%), no Rio Grande do Sul (+62,4%), em Santa Catarina (+58,1%), no Distrito Federal (+53,1%), em Roraima (+42,3%) e em Minas Gerais (+39,0%). Reduções ocorreram apenas nos estados do Amapá (-6,7%) e de Mato Grosso (-1,7%).

Ao fazer o recorte apenas para os dados do Rio Grande do Sul, observa-se que, em 2015, registraram-se 2.901 casos, ou seja, 62% a mais que o ano anterior, quando haviam sido registrados 1.786 casos. Porto Alegre, que havia registrado 270 casos em 2014, teve um aumento de 63,3% em 2015, chegando aos 441 casos.

6.2 DADOS DA SÍFILIS GESTACIONAL EM PORTO ALEGRE/RS

Analisando o período de 2007 a 2015, notificaram-se, em Porto Alegre, 1.830 casos de SG, tendo como média uma taxa de detecção de 10,7 casos por 1.000 nascidos vivos. Em sua série histórica, esse município apresentou taxas de detecção mais elevadas em 2015, com 23 (441 casos); em 2014, com 14,1 (270 casos); e em 2012, com 12,6 casos por 1.000 nascidos vivos (246 casos). Já as menores taxas foram encontradas em 2007, com 4,7 (83 casos); e em 2008, com 4,3 casos por 1.000 nascidos vivos (80 casos), como demonstra a Figura 2.

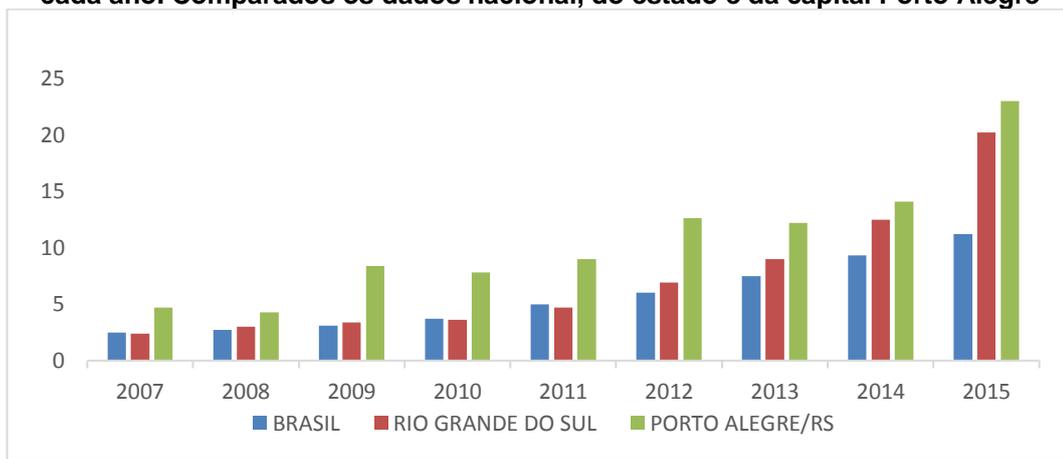
Figura 2. Casos de SG e taxa de detecção (número de casos/1.000 nascidos vivos) em Porto Alegre em cada ano



Fonte: Brasil (2016a)

Ao comparar as taxas de detecção no período em estudo com os dados do país, do estado e da capital, é possível verificar que Porto Alegre apresentou os piores índices. Em 2015, por exemplo, a taxa foi de 11,2 casos por 1.000 nascidos vivos no país; enquanto que no Rio Grande do Sul, foi de 20,2; e em Porto Alegre, foi de 23. Todos esses dados encontram-se apresentados na Figura 3.

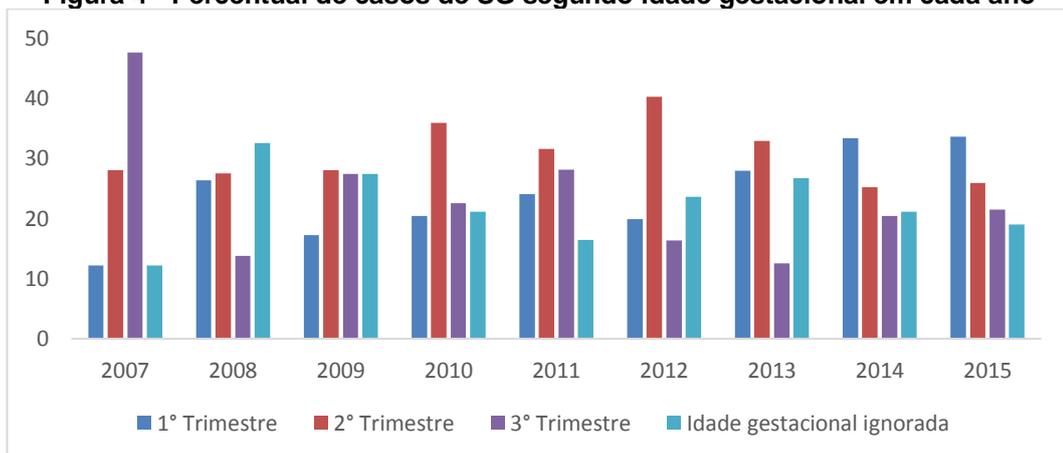
Figura 3. Taxa de detecção (número de casos/1.000 nascidos vivos) de gestantes com SG a cada ano. Comparados os dados nacional, do estado e da capital Porto Alegre



Fonte: Brasil (2016a)

Quanto ao percentual de casos de SG segundo a idade gestacional do diagnóstico, observa-se que, em 2007, o maior percentual foi constatado no 3º trimestre da gestação (47,6%). Em 2010 (35,9%) e em 2012 (40,2%), no entanto, os maiores percentuais aconteceram no 2º trimestre, enquanto que em 2014 (33,3%) e em 2015 (33,6%), foram no 1º trimestre, conforme indicado na Figura 4.

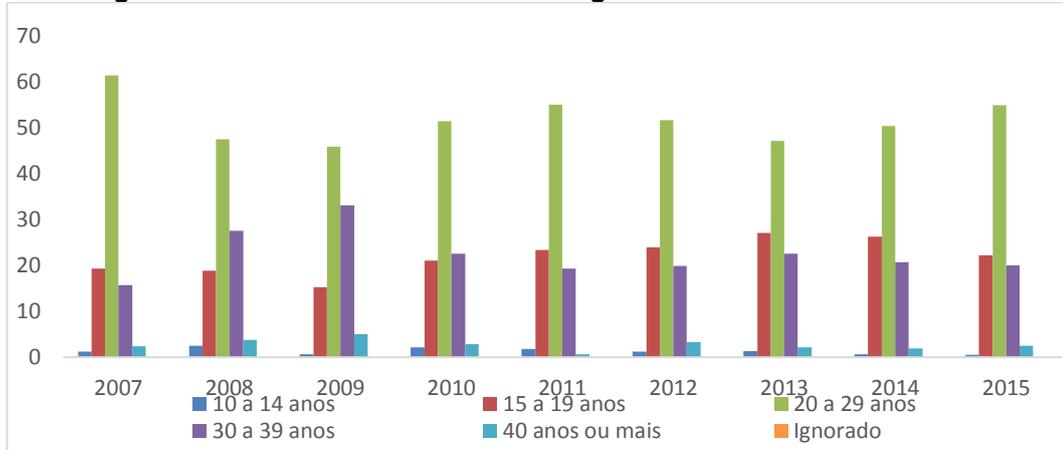
Figura 4 - Percentual de casos de SG segundo idade gestacional em cada ano



Fonte: Brasil (2016a).

Com relação à faixa etária de ocorrência de SG, o percentual predominante foi dos 20 aos 29 anos de idade (51,7%), com discreta variância dos 15 aos 19 (21,9%), e dos 30 aos 39 anos (22,4 %), conforme gráfico presente na Figura 5.

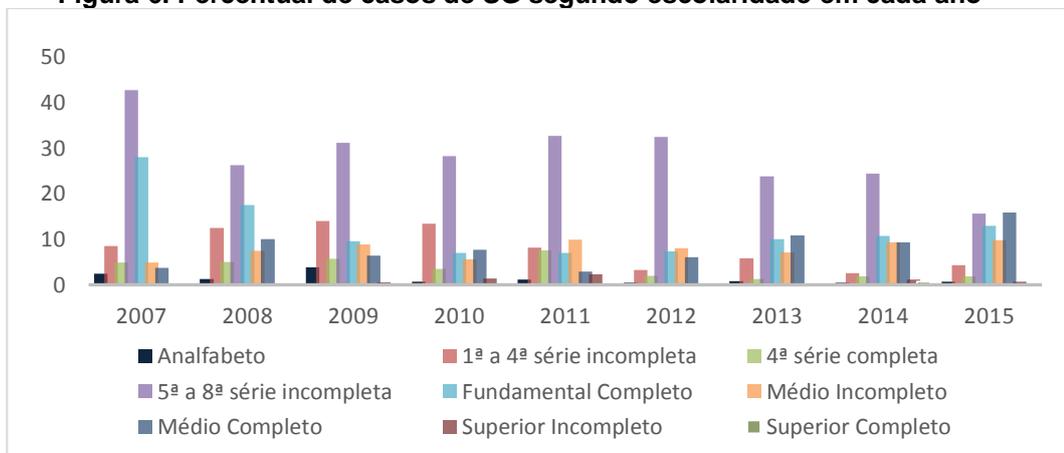
Figura 5. Percentual de casos de SG segundo faixa etária em cada ano



Fonte: Brasil (2016a)

No que diz respeito à escolaridade, prevaleceram as gestantes que informaram ter entre a 5ª e a 8ª série incompletas (28,6%), seguidas daquelas que indicaram ter ensino fundamental completo (12,7%) e ensino médio completo (8,09%), conforme informações da Figura 6.

Figura 6. Percentual de casos de SG segundo escolaridade em cada ano

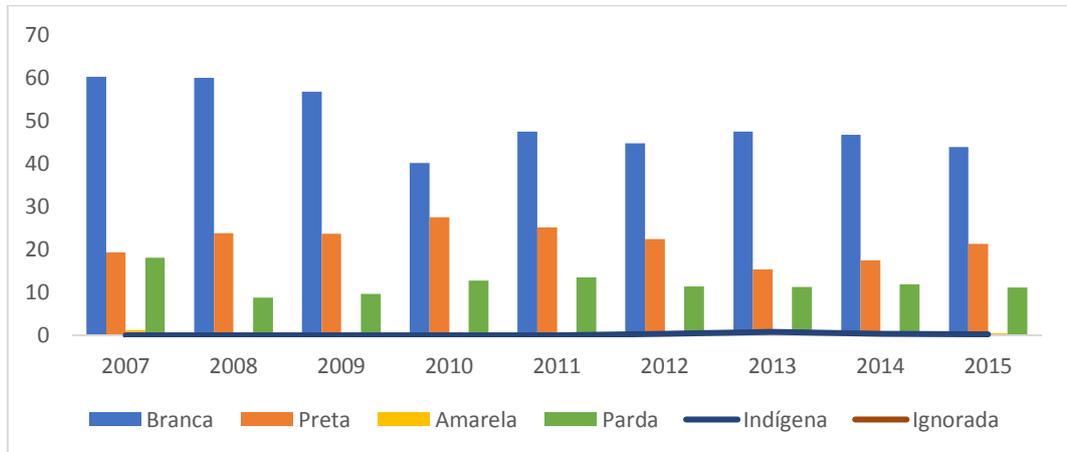


Fonte: Brasil (2016a)

Com relação ao percentual de SG segundo a raça/cor, predominou a autodeclarada branca (48,9%), seguida pela preta (21,6%) e parda (12,7%). Em

16,4% dos casos, esse item constou como ignorado, de acordo com o gráfico da Figura 7.

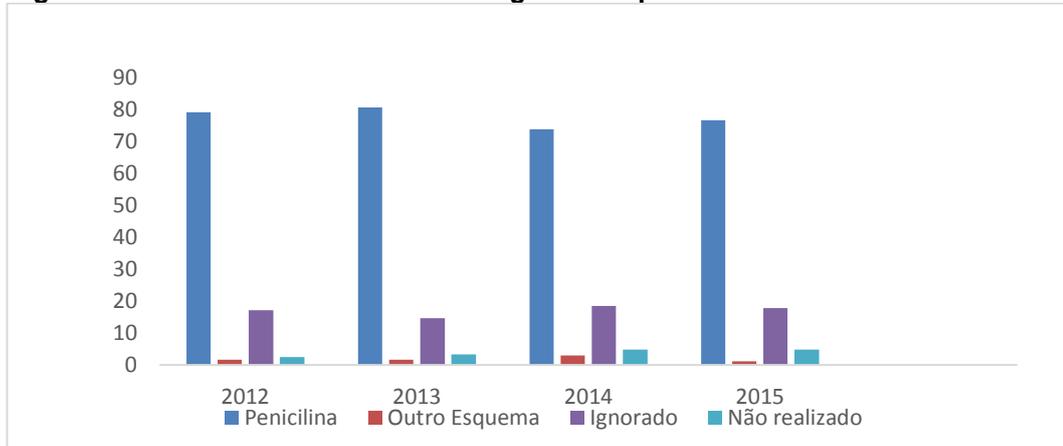
Figura 7. Percentual de casos de SG segundo a raça/cor em cada ano



Fonte: Brasil (2016a)

Quanto ao percentual de casos de SG segundo o esquema de tratamento, apenas encontraram-se dados referente ao período de 2012 a 2015. Nesse período, predominou o uso de Penicilina (77,35%), sendo que outro esquema de tratamento alcançou apenas um índice de 1,85%. Outro fator que merece destaque é o fato de que em uma importante parcela da população consta como tratamento ignorado (16,98%) e não realizado (3,82%). Esses dados são apresentados no gráfico da Figura 8.

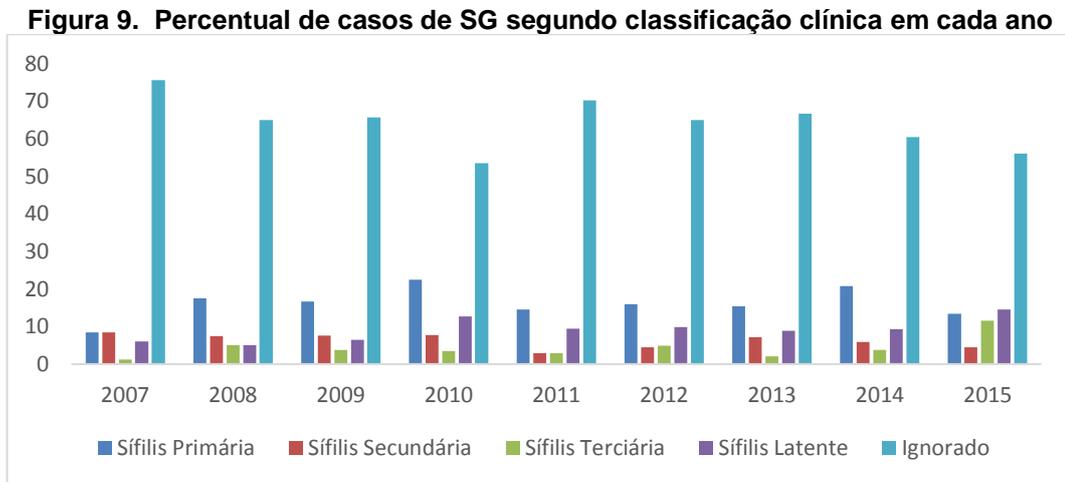
Figura 8. Percentual de casos de SG segundo esquema de tratamento em cada ano



*Dados disponíveis para o período de 2012 a 2015

Fonte: Brasil (2016a)

Ao avaliar a classificação clínica da sífilis, observa-se que o maior índice é o de classificação ignorada (64,2%), seguido de sífilis primária (16,1%), latente (9,11%), secundária (6,24%), e terciária (4,3%), conforme apontado na Figura 9.



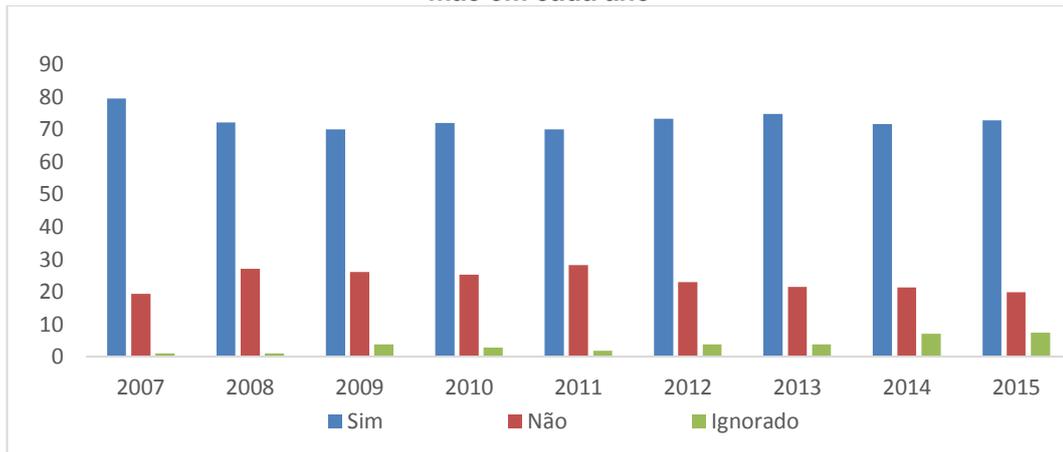
Fonte: Brasil (2016a)

6.3 DADOS DA SÍFILIS CONGÊNITA EM PORTO ALEGRE/RS

Em Porto Alegre, avaliaram-se alguns indicadores referentes às mães com SG que tiveram filhos nascidos com SC. Foram notificados, de 2007 a 2015, 2.579 casos de SC em menores de um ano de vida, sendo que em 97,9% dos casos, a doença foi identificada em crianças com menos de sete dias de vida, enquanto que em 0,89% dos casos, entre crianças com sete e 27 dias de vida. Da mesma forma que o número de casos de SG, o ano de maior incidência de SC foi em 2015, com 580 casos notificados, sendo que em 99,5 % dos casos, o diagnóstico aconteceu nos primeiros sete dias de vida da criança.

No que se refere à realização do acompanhamento pré-natal, identificou-se que 72,9% das mulheres o realizaram, enquanto que 23,4% não o realizaram, e em 3,5% dos casos, esse item consta como ignorado. Ao realizar um recorte no ano de 2015, observa-se que os dados se assemelham também com relação ao acompanhamento pré-natal, no qual 72,8% o realizaram, 19,8% não o realizaram, e 7,4% constam como ignorado. Esses dados encontram-se representados no gráfico da Figura 10.

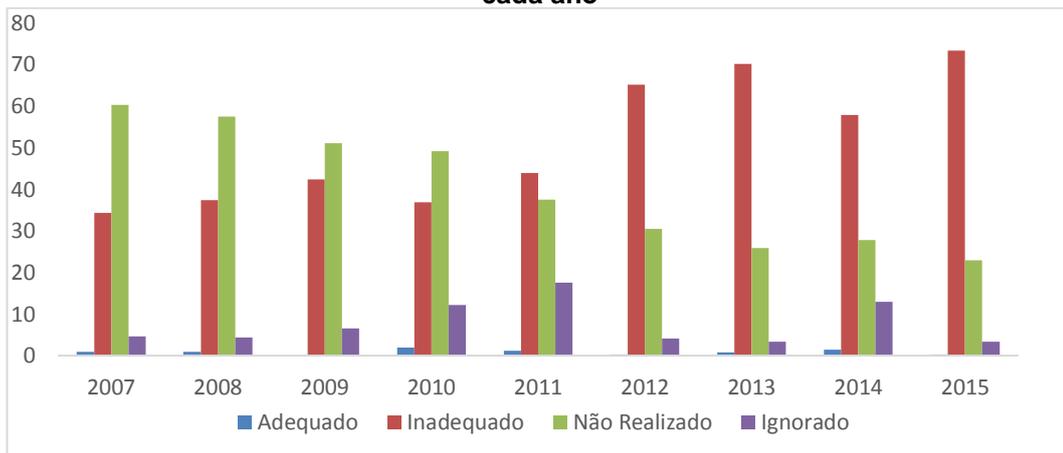
Figura 10. Percentual de casos de SC segundo informação sobre realização de pré-natal da mãe em cada ano



Fonte: Brasil (2016a).

Relacionado ao tratamento da gestante durante o período de estudo, em média, 0,84% dos casos apresentaram tratamentos adequados, enquanto que 51,2% apresentaram tratamentos inadequados, 40,3%, tratamentos não realizados, e 7,63%, simplesmente ignorados. Em 2015, 73,3% dos tratamentos foram inadequados e 22,9% não foram realizados, conforme os dados presentes na Figura 11.

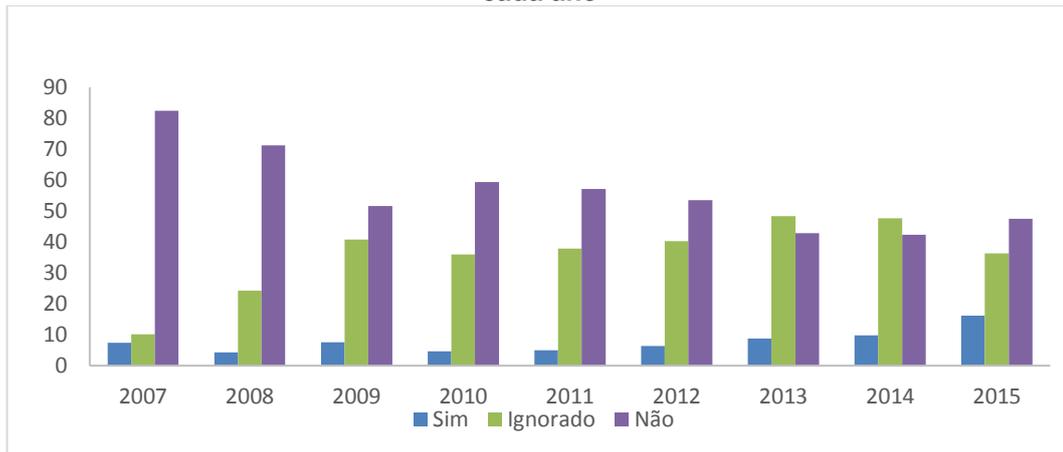
Figura 11. Percentual de casos de SC segundo esquema de tratamento da mãe em cada ano



Fonte: Brasil (2016a)

Com relação ao tratamento do parceiro sexual, identifica-se que, em média, apenas 7,79% realizaram o tratamento, sendo prevalente, no ano de 2015, os casos de tratamentos não realizados (56,4%), seguidos pelos casos em que não constam informações sobre o tratamento (35,8%), conforme dados apontados na Figura 12.

Figura 12. Percentual de casos de SC segundo informações do tratamento do parceiro em cada ano



Fonte: Brasil (2016a).

6.4 SÍFILIS GESTACIONAL E CONGÊNITA: TAXA DE DETECÇÃO DENTRE AS CAPITAIS BRASILEIRAS

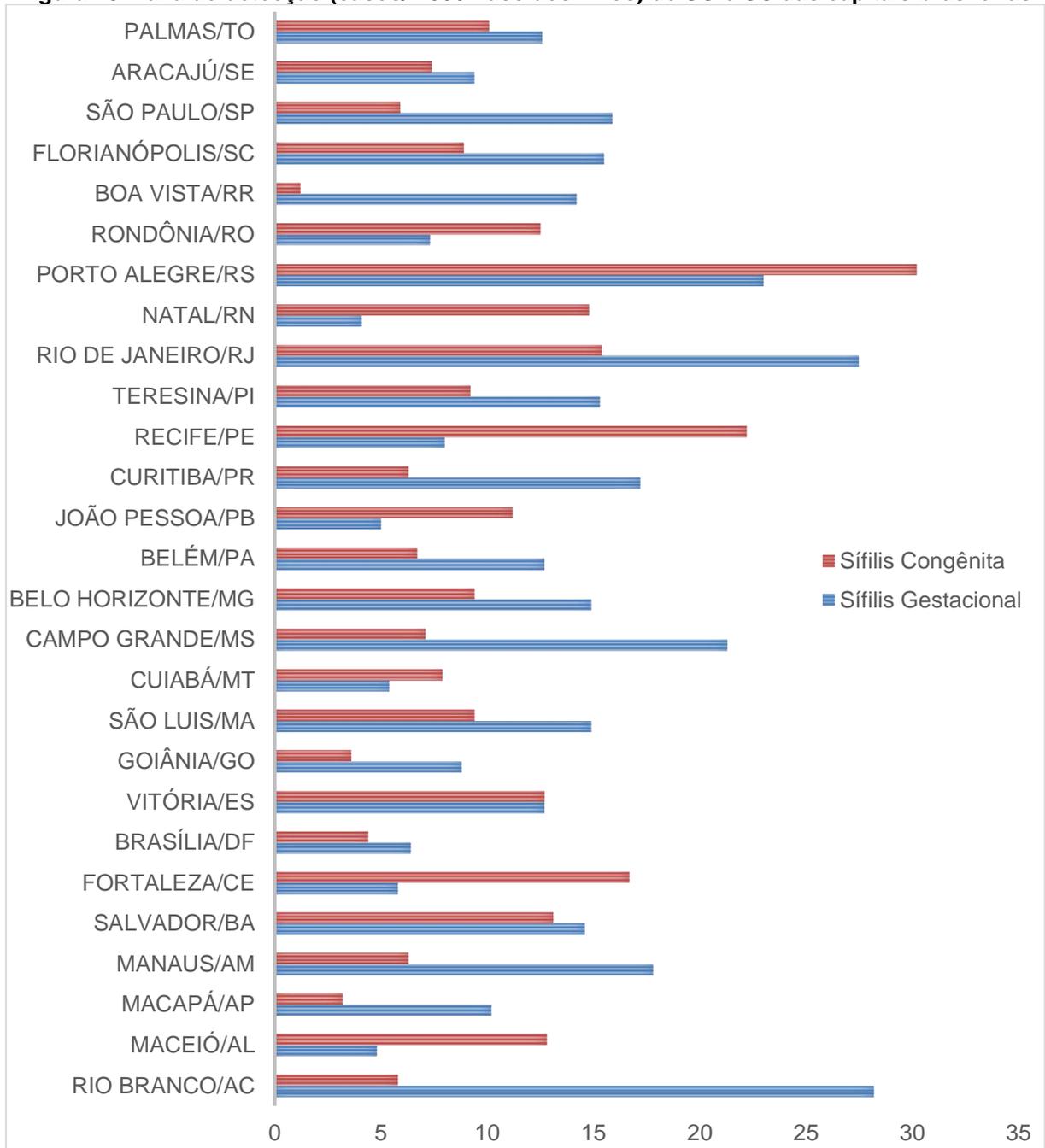
Optou-se, no presente estudo, por apresentar a taxa de detecção da SG e da SC dentre as capitais brasileiras no ano de 2015, com o objetivo de identificar quais delas apresentaram os melhores resultados quando comparados com a média nacional. Em âmbito nacional, a SG apresentou uma taxa de detecção de 11,2 casos/mil nascidos vivos. Quando avaliadas as 27 capitais, somente nove delas apresentaram índices abaixo da média nacional, sendo estas: Macapá/AP (10,2%), Aracajú/SE (9,4%), Goiânia/GO (8,8%) Recife/PE (8,0%), Rondônia/RO (7,3%), Brasília/DF (6,4%), Cuiabá/MT (5,9%), Fortaleza/CE (5,8%) e João Pessoa/PB (5,0%). As capitais que ficaram muito acima da média nacional foram: Rio Branco/AC (28,2%), Rio de Janeiro/RJ (27,5%) e Porto Alegre/RS (23%) (BRASIL, 2016b).

No que se refere à SC, a taxa de detecção nacional foi de 6,5 casos/mil nascidos vivos. Dentre as capitais brasileiras, apenas oito apresentaram dados abaixo da média nacional: Curitiba/PR (6,3%), Manaus/AM (6,3%), São Paulo/SP (5,9%), Rio Branco/AC (5,8%), Brasília/DF (4,4%), Goiânia/GO (3,6%), Macapá/AP (3,2%) e Boa Vista/RR (1,2%). As capitais que apresentaram dados acima da média nacional foram: Fortaleza/CE (16,7%), Recife/PB (22,2%) e Porto Alegre/RS (30,2%) (BRASIL, 2016b).

Esses dados apontam que a capital gaúcha apresentou os piores resultados tanto em relação à SG quanto à SC. Além disso, Porto Alegre apresenta uma taxa de

casos de SC 31% maior quando comparada às taxas de SG, apesar de 53,5% dos casos terem realizado o diagnóstico de SG durante o pré-natal (BRASIL, 2016a), conforme dados da Figura 13.

Figura 13. Taxa de detecção (casos/1.000 nascidos vivos) de SG e SC das capitais brasileiras



Fonte: Brasil (2016a)

7 DISCUSSÃO

Após a análise dos dados epidemiológicos notificados através do SINAN, ficou evidente que a SG e a SC permanecem sendo um grave problema de saúde pública em todo o país. O aumento expressivo em Porto Alegre nos últimos anos aponta para a necessidade de adoção de medidas efetivas voltadas à prevenção, através da educação em saúde com enfoque apropriado para cada grupo e vulnerabilidades sociais.

É importante ressaltar que a SC é uma doença totalmente prevenível, desde que se realize o diagnóstico precoce e se estabeleça um tratamento rápido e de forma adequada para as gestantes e suas parcerias sexuais.

Com relação à SG, fica evidente a ascensão no período de 2007 a 2015, tendo como ápice este último ano. Percebe-se, porém, que entre 2014 e 2015 ocorreu um aumento significativo da doença entre os estados brasileiros. Ao buscar identificar os principais fatores que possam ter contribuído para tal realidade, destaca-se o fato de que, principalmente no ano de 2014, tanto no Brasil como em outras partes do mundo, houve o desabastecimento da Penicilina Benzatina devido à falta da matéria-prima específica para a sua produção. Conforme os dados veiculados pelo Ministério da Saúde, em julho de 2015, quase metade dos estados se encontrava em total ausência do medicamento, sendo que em 11,41% das regiões brasileiras, incluindo o Rio Grande do Sul, o estoque havia sido apontado como zero. Nas demais áreas, no entanto, foi apontado como algum desabastecimento (BRASIL, 2015d).

No Rio Grande do Sul, o aumento de casos foi de 62%, semelhante a Porto Alegre/RS, que teve um incremento de 63,3%. Destaca-se que a cidade apresentou, nesse período, sua maior taxa de detecção de SG: 23 casos por mil nascidos vivos, muito além da média nacional (11,2).

Os dados relacionados à idade gestacional do diagnóstico da SG apontaram que a identificação da doença tem ocorrido mais precocemente. Ressalta-se, como uma medida importante para essa melhoria na atenção primária em saúde, a implantação e a disponibilização do teste rápido (TR) para sífilis e outras ISTs desde 2011. Esses testes são ferramentas importantes para a investigação, uma vez que são de fácil execução e interpretação, além de oferecerem o resultado em até 30 minutos, oportunizando a indicação do tratamento imediatamente quando ele se faz necessário (BRASIL, 2016e).

No advento da Rede Cegonha, houve um aumento da oferta de TR para sífilis no pré-natal. Em 2012, foram distribuídos 292.175 testes, enquanto que em 2015, esse número aumentou em 770%. A captação precoce da gestante, bem como o início do pré-natal em tempo oportuno, com a realização da testagem rápida para sífilis na primeira consulta, contribui para o início imediato do tratamento, tendo como essencial objetivo prevenir os danos à mãe e a possibilidade da transmissão vertical da doença (BRASIL, 2012). Ainda como forma de ampliar o acesso e a realização do TR, o Conselho Federal de Enfermagem aprovou, recentemente, a realização desses testes por profissionais de nível médio (técnicos e auxiliares de enfermagem) sob supervisão do enfermeiro (COFEN, 2016).

Seguindo a mesma tendência dos dados nacionais, a SG predominou na faixa etária dos 20 aos 29 anos (51,7% dos casos) (BRASIL, 2016a), de forma semelhante ao estudo publicado por Aquino e Silva (2015), cujo objetivo foi determinar o perfil das mulheres portadoras de sífilis gestacional em Santa Catarina no ano de 2012. A faixa etária mais frequente nesse estudo foi entre 20 e 24 anos, o que torna esses dados ainda mais preocupantes, pois identifica-se uma população jovem mais exposta às IST.

Conforme dados do Censo Demográfico realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2010, Porto Alegre apresentava uma população de 1.409.351. Desta, 755.917 mil eram mulheres, e 444.756 estavam em idade fértil (10 e 49 anos) (BRASIL, 2010c). Posteriormente, em 2012, dados coletados através de pesquisa do Ministério da Saúde em parceria com o IBGE, destacaram que 71,1% da população havia sido atendida em serviços públicos de saúde. Destas, 47,9% apontaram a UBS como sua principal porta de entrada aos serviços do SUS (BRASIL, 2015d). Nesse contexto, é fundamental que os serviços públicos de saúde intensifiquem ações relacionadas à atenção à saúde das mulheres, incluindo educação, prevenção, tratamento adequado e, também, medidas que contemplem todos os grupos e que objetivem a redução para um patamar aceitável da sífilis e das demais ISTs.

Analisando a escolaridade, prevaleceram aquelas mulheres que possuem entre a 5ª e a 8ª série, ou seja, ensino fundamental incompleto (27,7%). Um estudo realizado por Domingues et al. (2014) entre 2011 e 2012, com 23.894 mulheres brasileiras apontou que a ocorrência da sífilis foi 3,2 vezes maior entre as mulheres que possuíam

até sete anos de estudo em relação àquelas que possuíam um maior grau de instrução.

Mesquita et al. (2012) avaliaram o perfil epidemiológico dos casos de sífilis em gestantes na cidade de Sobral (CE) no período de 2006 a 2010, e também demonstraram que a doença foi prevalente nas mulheres que cursaram da 5ª à 8ª série do ensino fundamental. Tais situações reforçam que os casos de sífilis se apresentam em maior número em mulheres com baixa escolaridade.

Sabe-se que a maioria das pessoas tem acesso a algum meio de comunicação (televisão, jornal, internet, etc.), mas, apesar disso, a baixa escolaridade interfere na compreensão e na interpretação das informações. Por outro lado, as campanhas de prevenção de ISTs não são, muitas vezes, adequadas ao contexto de vida das pessoas, fazendo que o público-alvo não seja sensibilizado. A exemplo das campanhas promovidas por órgãos governamentais, que se concentram principalmente no HIV/Aids e que possuem anúncios em períodos pontuais, como durante o carnaval, e enfocando, principalmente, o gênero feminino.

Nesse contexto, para Santos e Oliveira (2006, p.13) “o individualismo que perpassa a mensagem dos anúncios endereçados às mulheres[...] limita os resultados desta estratégia de prevenção, e não considera o contexto e as desigualdades de poder”. Portanto, entende-se que as campanhas devem ser endereçadas tanto para homens como mulheres, além de tratar das diferentes realidades socioeconômicas e culturais, tendo como objetivo, sobretudo, a conscientização da população diante das ISTs e não somente a busca por mudança de comportamento, como o uso do preservativo.

Quando avaliado o percentual de SG segundo a raça/cor, prevaleceu a autodeclarada branca (48,9%). Na média nacional, no entanto, predominaram as que declararam ser da raça/cor parda (45,6%) e branca (28,5%) (BRASIL, 2016a). Conforme a pesquisa de autodeclaração de raça/cor realizada em 2010 pelo IBGE, Porto Alegre apresentou 79,23% de pessoas brancas e 20,24% de pessoas parda/preta, sendo que a média nacional da população que se autodeclarou preta/parda foi de 43,1% (BRASIL, 2010b). A predominância da população de cor/raça branca é típica de toda a Região Sul, o que, possivelmente, deve-se à prevalência da colonização europeia (italianos, alemães, poloneses).

Entre as mães com diagnóstico de SG durante 2012 e 2015, em 77,35% dos casos foram prescritos esquemas de Penicilina Benzatina para o tratamento da

doença. Conforme o Relatório de Recomendação, que avaliou o uso desse medicamento para prevenção da SC, ele vem sendo amplamente utilizado na prática clínica devido à sua comprovação quanto à segurança e eficácia e diante do fato de que nenhum outro fármaco apresentou resultados semelhantes até o momento (BRASIL, 2015e). Em maio de 2016, a Penicilina também foi reconhecida pela 69ª Assembleia Mundial da Saúde como um medicamento essencial para o controle da transmissão vertical de sífilis (BRASIL, 2016b).

Além disso, a Portaria n.º 3.161, de 27 de dezembro em 2011, que dispõe sobre a administração da Penicilina no âmbito do SUS, determina que esse medicamento seja administrado em todas as UBS, conforme indicações de uso, devendo estar em conformidade com a avaliação clínica, com os protocolos vigentes e com o Formulário Terapêutico Nacional/Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME). Essa mesma portaria garante que a administração pode e deve ser realizada pela equipe de enfermagem (auxiliar, técnico ou enfermeiro), médico ou farmacêutico, destacando que, em casos de reações anafiláticas, deve-se proceder de acordo com os protocolos que abordam a atenção às urgências no âmbito da Atenção Básica à Saúde (BRASIL, 2011).

Com relação à classificação clínica da sífilis, observa-se que, possivelmente, exista uma falha no preenchimento da notificação ou que a avaliação clínica não consiga identificar de forma adequada o estadiamento da doença, uma vez que 64,2% dos casos foram considerados como ignorados, seguidos de 16,1% de casos que foram classificados como sífilis primária. O estudo realizado em 2008 e publicado por Mesquita et al. (2012) apontou que a classificação clínica mais incidente da sífilis foi a primária (71,43%).

Destaca-se que a infecção depende do estágio da doença, pois, quanto mais recente, maior o risco de contaminação e de comprometimento fetal. Sabe-se que em gestantes com sífilis recente e não tratada, a taxa de transmissão vertical é de 70-100%, enquanto que na sífilis tardia, esse número cai para 30-40%. Em aproximadamente 40% das crianças infectadas, ocorrem o abortamento espontâneo, natimorto ou a morte perinatal (BRASIL, 2006; 2012).

O diagnóstico da SC também seguiu a tendência da precocidade, sendo que, em média, 97,9% dos casos foram identificados no período neonatal precoce. Até mesmo em 2015, no ano de maior incidência, 99,5% dos casos tiveram diagnóstico precoce.

No que se refere à realização do pré-natal, identificou-se que, em média, 72,9% das mulheres o realizaram, mantendo esse percentual no ano de 2015. Conforme aponta o estudo realizado por Magalhães et al. (2013), cujo objetivo foi coletar informações sociodemográficas, obstétricas e relacionadas ao diagnóstico e ao tratamento da gestante/puérpera e parceiro, dentre as 67 mulheres avaliadas, 49,3% das mães com SC realizaram mais de seis consultas, e 34 (50,7%) iniciaram o pré-natal ainda no primeiro trimestre.

O Ministério da Saúde preconiza que as mulheres devem realizar um número mínimo de seis consultas durante o período pré-natal, objetivando a detecção precoce e a realização de testagem para sífilis ainda no 1º trimestre de gestação, de preferência, ainda na primeira consulta, indicando, ainda, que um segundo teste deve ser realizado em torno da 28ª semana da gestação (BRASIL, 2012b). Dessa forma, o diagnóstico de SC pode ser considerado um evento marcador da não qualidade da assistência ao pré-natal.

Quando avaliado o tratamento das gestantes entre os anos de 2007 a 2015, 51,2% foram inadequados, enquanto que 40,3% das gestantes simplesmente não o realizaram. No que se refere ao tratamento do parceiro sexual, 56,05% responderam negativamente. No ano de 2008, uma pesquisa realizada por Campos et al. (2010) em Fortaleza (CE), com o objetivo de verificar o percentual das gestantes com exame de VDRL reagente que não foram adequadamente tratadas, constatou que das 58 gestantes, apenas três haviam utilizado o tratamento adequado, sendo que a falta do tratamento dos parceiros foi a principal causa de inadequação. Outros estudos também apontam a mesma falha de tratamento da gestante e/ou do parceiro sexual (TREVISAN et al., 2002; OLIVEIRA; FIGUEIREDO, 2011; CHAVES et al., 2014).

Segundo o Ministério da Saúde, em 2004, a não realização do tratamento do parceiro foi um critério apresentado como tratamento não adequado. Dados afirmam que os parceiros de 53% das gestantes que tiveram diagnóstico de SC não realizaram o tratamento (BRASIL, 2012). Esse tratamento da parceria sexual deve ser realizado paralelamente ao da gestante, constituindo uma ação estratégica para a prevenção da sífilis congênita, podendo ser instituído, mesmo na impossibilidade da realização do diagnóstico laboratorial (BRASIL, 2006a; 2007a), já que a meta principal é impedir a perpetuação da cadeia de transmissão e a reinfeção pela doença (BRASIL, 2012).

Diante do exposto, torna-se imprescindível a inclusão do parceiro no cuidado pré-natal, tanto na realização das testagens e dos tratamentos quanto na preparação

para o exercício da paternidade. Para nortear o atendimento aos parceiros, o Ministério da Saúde lançou, em 2016, o Guia do Pré-natal do Parceiro para Profissionais de Saúde, que aborda as questões de saúde, planejamento reprodutivo, acolhimento, proporcionando um novo olhar para esse momento. Ele busca, também, promover a ampliação e a melhoria no acesso à Atenção Básica, sendo apontado como “Uma ferramenta inovadora que busca contextualizar a importância do envolvimento consciente e ativo [...] ao mesmo tempo, contribuir para a ampliação e a melhoria do acesso” (BRASIL, 2016h).

Em março de 2016, o MS divulgou uma nova versão da Caderneta da Gestante, com destaque para as orientações sobre o Zika vírus, os exames para o companheiro, a analgesia no momento do parto e o papel/direitos do acompanhante, além de mais informações sobre a gestante com HIV, do tratamento contra a sífilis e do pré-natal do parceiro.

A Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre não adotou a nova carteira proposta pelo MS por dispor de modelo próprio já incorporado, uma carteira de gestante intitulada “Porto Alegre cuidando da Mãe e do Bebê”, também inovada, com umas abas destinadas ao pré-natal do parceiro, à saúde do homem e a informações referentes à sífilis, incluindo a realização de TR (sífilis), o diagnóstico da gestante e do parceiro e o tratamento proposto para cada fase da doença (BRASIL, 2016g).

Ao analisar os dados epidemiológicos, identifica-se que 2015 apresentou a maior incidência de SG e de SC, e que, dentre as capitais brasileiras, Porto Alegre pontua com os piores resultados tanto em relação à SG, com taxa de detecção de 23 casos por 1.000 nascidos vivos, quanto em relação à SC, com 30,2 casos por 1.000 nascidos vivos.

Como já mencionado anteriormente, a contaminação por sífilis aumenta significativamente o risco de contrair a infecção pelo HIV, uma vez que a entrada do vírus é facilitada pela presença das lesões sifilíticas, além de acelerar a evolução da infecção pelo HIV para a síndrome da imunodeficiência adquirida. Além disso, pessoas com HIV/Aids podem desenvolver mais precocemente e com maior frequência a neurosífilis (BRASIL, 2010a; 2015c).

Porto Alegre apresenta, ainda, índices elevados de HIV e de tuberculose (TB). Em 2015, foi apontada como a capital com a maior taxa de detecção de HIV em gestantes, com 22,9 casos/mil nascidos vivos, sendo que taxa nacional se situa em 2,7 casos/mil nascidos vivos, e a do Rio Grande do Sul encontra-se em 10,1 casos

(BRASIL, 2015e). Além disso, Porto Alegre tem um alto índice de coinfeção TB-HIV, em torno de 20-30%, enquanto a taxa nacional não supera os 10% (ERUHYPE et al., 2014).

Quanto aos fatores que predispõem esse fenômeno, para Eruhype et al. (2014, p. 1042) “não se pode afirmar, com exatidão, quais fatores têm contribuído para o quadro epidemiológico alarmante de Porto Alegre no que confere à tuberculose e coinfeção TB-HIV, sejam eles, políticos, culturais, socioeconômicos ou estruturais”.

Outro fator poderia estar relacionado à diminuição do uso de preservativo, principalmente entre os jovens: o advento das novas terapias para o HIV/Aids e a melhora na qualidade de vida das pessoas positivas para o vírus HIV. Dourado et al. (2015) apontam a ocorrência da diminuição do uso regular de preservativos nas relações com parceiros fixos e casuais entre os anos 2002 (48,5%) e 2007 (43,1%), principalmente em realidades de menor escolaridade.

Dados do IBGE apontam que, entre alunos do 9º ano de escolas públicas e privadas de todo o país, entre 2012 e 2015, ocorreu uma redução de 9% no uso de preservativo. Dentre os alunos entrevistados em 2012, 28,7% afirmavam já ter tido relação sexual, e 75,3% desses referiam ter usado camisinha. No entanto, em 2015, 27,5% disseram já ter tido relação sexual, e, desses, apenas 66,2% usaram camisinha, o que demonstra que 33,8% dos jovens não usaram o preservativo (BRASIL, 2016f).

De um modo geral, as campanhas delegam às mulheres a função de negociação para o uso do preservativo. Conforme Santos e Oliveira (2006, p. 13) “é preciso partir de uma análise mais ‘realista’ das condições que as mulheres têm de negociar o sexo seguro com seus parceiros e superar os projetos de prevenção baseados na noção monolítica de risco.”

No entanto, para a reversão dessa realidade, faz-se necessário não somente investir em campanhas mais abrangentes e esclarecedoras no que tange à prevenção de IST e ao alerta sobre os perigos do sexo sem camisinha, mas que contemplem todos os grupos sociais, incluindo questões de gênero e as diferentes formas de entender a sexualidade.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

É notável que os gestores têm se preocupado com a epidemia de sífilis buscando ações que sejam efetivas. Todavia, os estudos epidemiológicos demonstraram que tais esforços não têm tido seus objetivos atendidos.

Destaca-se que medidas que ampliam o acesso ao diagnóstico precoce, como a implantação e a ampliação da realização de testes rápidos nas unidades de saúde, a sensibilização dos profissionais de saúde para a administração da Penicilina Benzatina nas unidades de saúde, o tratamento das gestantes e de sua parceria sexual devem ser estimuladas. Além disso, não se pode esquecer que toda abordagem deve ser acolhedora, atendendo o indivíduo na sua integralidade, não somente focando-se na doença, para, com isso, obter adesão e sucesso terapêutico.

As ações de saúde também precisam ser levadas para outros ambientes onde se produz saúde, como escolas, associações, empresas, espaços de convivência coletiva, buscando esclarecer e sensibilizar um maior número de indivíduos para a importância da prática de sexo seguro e uso de preservativos (masculino ou feminino), bem como para a realização de testagem e, nos casos de diagnóstico positivo, a realização do tratamento de forma adequada.

Com relação aos investimentos financeiros, sabe-se que os recursos na área da saúde são, muitas vezes, escassos, exigindo, cada vez mais, ações eficientes com gastos limitados. A tecnologia é uma ferramenta importante, por isso, a implantação de um sistema de informação ágil que, além de identificar agravos, possa, com base nos dados, realizar intervenções precoces, auxiliará na realização de intervenções nas áreas com maiores índices, identificando as fragilidades dos serviços de saúde de referência e dando suporte a fim de suprir as deficiências.

Com o conhecimento desses dados, sugerem-se novos estudos para identificar os casos de SG e de SC em Porto Alegre através de análises demográficas, de perfil socioeconômico e dos motivos para a não realização do tratamento adequado (falta de medicamento, falta de informação sobre a gravidade da doença, não adesão do parceiro sexual com relação à testagem, tratamento e uso de preservativo).

Além de identificar quais ações realizadas pelas capitais resultaram na obtenção de melhores índices, também se propõem outras formas de avaliação dos serviços de atenção primária, para além do número de atendimentos, consultas, procedimento, incluindo e divulgando, sistematicamente, a qualidade e a afetividade

dos serviços. Dessa forma, será possível acompanhar cada gestante, para que o desfecho final seja mães e filhos saudáveis.

REFERÊNCIAS

- AQUINO, Gustavo Thomaz de et al. Perfil das mulheres portadoras de sífilis gestacional em Santa Catarina no ano de 2012. **ACM arq. catarin. med**, v. 44, n. 4, p. 72-81, 2015. Disponível em: <http://www.acm.org.br/acm/seer/index.php/arquivos/article/view/50>. Acesso em 06 jun.2017.
- BELFORT, P.; BRAGA, A. Sífilis. In: MADI, J.M.; BRENO, F.A. ZATI, H. **Doenças infecciosas na prática obstétrica e neonatal**. Rio de Janeiro: Rubio, 2008. Cap. 8, p. 256-252.
- BENEDITO, G.N.et al. A sífilis no século XVI - o impacto de uma nova doença. **Arq. Ciênc. Saúde**. 2009. Disponível em: http://repositorio-racs.famerp.br/racs_ol/vol-16-3/IDJ5.pdf. Acesso em: 22 nov. 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Vigilância em Saúde**. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Indicadores e dados básicos da sífilis nos municípios brasileiros. Brasília-DF, 2016a. Disponível em: <http://indicadorestifilis.aids.gov.br/>. Acesso em 22 nov.2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Vigilância em Saúde**. Ministério da Saúde. Boletim epidemiológico, v. 47.n.35. Brasília, 2016b. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2016/59209/dst_aids_boletim_de_sifil_1_pdf_32008.pdf/. Acesso em 22 nov.2016.
- BRASIL. Portal da Saúde – Ministério da Saúde. **Ministério da Saúde lança ação nacional de combate à sífilis**. 20 nov.2016c. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/26100-ministerio-da-saude-lanca-acao-nacional-de-combate-a-sifilis>. Acesso em: 08 jan. 2017
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Vigilância em Saúde**. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis. Brasília, 2016d. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/58357/miolo_pcdt_inst_15_08_pdf_22990.pdf. Acesso em: 15 dez.2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual Técnico para Diagnóstico da Sífilis** /Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais. Brasília:2016e. Disponível em:http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2016/59213/manual_sifilis_10_2016_pdf_19611.pdf. Acesso em: 15 dez.2016.
- BRASIL. Portal da Saúde – Ministério da Saúde. **Medida Provisória viabilizará compra de penicilina para combater sífilis**. 20 dez. 2016f. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o->

ministerio/principal/secretarias/svs/noticias-svs/27012-medida-provisoria-viabilizara-compra-de-penicilina-para-combater-sifilis. Acesso em: 05 ago.2017.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa nacional de saúde do escolar**: 2015 / IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais. – Rio de Janeiro: IBGE, 2016f. 132 p. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv97870.pdf>. Acesso em: 14 jun.2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta da Gestante**. 3ª edição Brasília – DF 2016g. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/dezembro/23/2016-Caderneta-Gest.Internet.pdf>. Acesso em: 19 jun.2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde** - SAS Departamento de Ações Programáticas Estratégicas - DAPES Coordenação Nacional de Saúde do Homem – CNSH. Guia do Pré-Natal do Parceiro para Profissionais de Saúde. Brasília, 2016f. Disponível em: http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/agosto/11/guia_PreNatal.pdf. Acesso em: 06 jun.2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Vigilância em Saúde**. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis. Brasília, 2015a. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/58357/pcdt_ist_10_2015_final_2_pdf_15143.pdf. Acesso em: 15 dez.2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Vigilância em Saúde**. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Situação Atual da Sífilis no Brasil e de Penicilina Benzatina para prevenção da Sífilis Congênita. Brasília, 2015b. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/apresentacao_sifilis_audiencia_publica_290_92015_2.pdf. Acesso em 05 jan.2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Penicilina benzatina para prevenção da Sífilis Congênita durante a gravidez**. N o 150 janeiro, 2015c. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/57994/p_relatorio_penicilina_sifilis_congenita_secretaria_38035.pdf. Acesso em 15 dez.2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **71% dos brasileiros têm os serviços públicos como referência**. 2015d. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/17961-71-dos-brasileiros-tem-os-servicos-publicos-de-saude-como-referencia>. Acesso em: 06 jun.2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Vigilância em Saúde**. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico - Aids e DST, Ano IV - nº 01. Brasília - DF, 2015e. Disponível em:

http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/58534/boletim_aids_11_2015_web_pdf_19105.pdf. Acesso em: 19 jun.2017

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, Seção 1, n. 108, 9 jun. 2014a. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html

Acesso em: 21 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde**. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco / Ministério da Saúde.

Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 318 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, nº 32). Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf. Acesso em: 15 dez.2016.

BRASIL. **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] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 2011. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html.

Acesso em: 16 jan. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Vigilância em Saúde**. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – 8. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencas_infecciosas_parasitaria_gui_a_bolso.pdf. Acesso em: 15 dez.2016.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Contagem Populacional 2010b**. Disponível em:

<https://sidra.ibge.gov.br/home/pms/brasil>. Acesso em 06 jun.2017.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Contagem Populacional 2010c**. Disponível em

<http://ibge.gov.br/cidadesat/painel/populacao.php?lang=&codmun=431490&search=%7C%7Cinfograficos:-evolucao-populacional-e-piramide-etaria>. Acesso em 06

jun.2017

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Vigilância em Saúde**. Programa Nacional de DST e Aids. Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis: manual de bolso. Brasília: Ministério da Saúde; 2007. Disponível em

<http://www.aids.gov.br/sites/default/files/protocolo-bolso02web.pdf>. Acesso em 15

dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Vigilância em Saúde**. Manual de controle de doenças sexualmente transmissíveis. 4. ed. Brasília, 2006. 43 p. (Série Manuais, n. 68). Disponível em:

http://www.aids.gov.br/sites/default/files/manual_dst_bolso.pdf. Acesso em: 22 dez.2016.

CAMPOS, Ana Luiza de Araujo et al. Epidemiologia da sífilis gestacional em Fortaleza, Ceará, Brasil: um agravamento sem controle. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 9, p. 1747-1755, Set. 2010. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000900008&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 06 jun.2017.

CASSIANO, Angélica Capellari Menezes et al. Saúde materno infantil no Brasil: evolução e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. **Rev. Serv. Público**, v. 65, n. 2, p. 227-244, abr./jun. 2014. Disponível em:

<https://revista.enap.gov.br/index.php/RSP/article/view/581/499>. Acesso em 22 dez.2016.

CHAVES, Jéssica et al. Sífilis congênita: análise de um hospital do interior do estado do RS. **Revista da AMRIGS**, v. 58, n. 3, p. 187-192, 2014. Disponível em:

<http://www.amrigs.org.br/revista/58-03/003.pdf>. Acesso em: 06 jun.2017

CRESPO, Antônio Arnot. **Estatística Fácil**. 17 ed. São Paulo: Saraiva, 2002.

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira et al. Prevalência de sífilis na gestação e testagem pré-natal: estudo nascido no Brasil. **Rev. Saúde Públ.**, v.48, n.5, p.766-774, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n5/pt_0034-8910-rsp-48-5-0766.pdf Acesso em: 06 jun.2017.

DOURADO, Inês et al. Revisitando o uso do preservativo no Brasil. **Rev. bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 18, supl. 1, p. 63-88, set. 2015. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X20150005000063&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 6 jun.2017.

ERUHYPE, Riarianne Carvalho et al. Distribuição da tuberculose em Porto Alegre: análise da magnitude e coinfeção tuberculose-HIV. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 48, n. 6, p. 1035-1043, Dez. 2014. Disponível em:

http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n6/pt_0080-6234-reeusp-48-06-1035.pdf. Acesso em: 19 jun.2017.

FONSECA, João José Saraiva da. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza: UEC, 2002. Apostila.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração, análise e interpretação de dados**. 7 ed. São Paulo: Atlas, 2008.

MESQUITA, Karina oliveira de et al. Perfil epidemiológico dos casos de sífilis em gestante no município de Sobral, Ceará, de 2006 a 2010. **Rev. Polít. Públicas**, Sobral, V.11. n.1., p. 13-17, jan. /jun.2012. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/261/234>. Acesso em: 6 jun.2017.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Eliminação Mundial da Sífilis Congênita: fundamento lógico e estratégia para ação. 2008**. Disponível em: http://forum.aids.gov.br/sites/default/files/arquivos/WHO_ELIMINACAO_MUNDIAL_D_A_SIFILIS.pdf >. Acesso em: 15 de dez. 2016.

OMS. AGÊNCIA DE NOTÍCIAS DA AIDS. **OMS apresenta novas diretrizes para tratamento da clamídia, gonorreia e sífilis**. São Paulo/SP, 2016. Disponível em: http://agenciaaids.com.br/home/noticias/volta_item/25322>. Acesso em: 08 jan. 2017.

PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação da Assistência Farmacêutica. **Nota Técnica**. Porto Alegre, 28 mar.2017.

PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação da Assistência Farmacêutica. **Nota Técnica**. Porto Alegre, 30 jun.2016.

PINHEIRO, R, S; TORRES, T.Z.G de. Análise Exploratória de Dados. In: MEDRONHO et.al. **EPIDEMIOLOGIA**. São Paulo: Atheneu, 2004.cap.16, p.237-244.

REVISAN, Maria do Rosário et al. Perfil da Assistência Pré-Natal entre Usuárias do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, p. 293-299, jun. 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032002000500002. Acesso em 04 jun.2017.

SANTOS, Luís Henrique Sacchi dos; OLIVEIRA, Dora Lúcia Leidens Correa de. **Gênero e risco de HIV/AIDS nas campanhas de educação em saúde através da mídia**. Rio de Janeiro - RJ: ANPED, 2006. p. 1-17. Disponível em: <http://29reuniao.anped.org.br/trabalhos/trabalho/GT23-2294--Int.pdf>. Acesso em: 21 jun.2017.

UNAIDS BRASIL. **OMS valida eliminação da transmissão de mãe para filho do HIV e da sífilis em Cuba**. 2015. Disponível em: <http://unaid.org.br/2015/06/oms-valida-eliminacao-da-transmissao-de-mae-para-filho-do-hiv-e-da-sifilis-em-cuba/>>. Acesso em: 08 jan. 2017.

UNICEF. **Como prevenir a transmissão vertical do HIV e da Sífilis no seu Município**. Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), 2008. Disponível em: http://www.unicef.org/brazil/pt/br_hivsifilis_edu.pdf. Acesso em: 07 jan.2017.

ANEXO A - FICHA DE NOTIFICAÇÃO/INVESTIGAÇÃO DA SÍFILIS CONGÊNITA

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

Nº

FICHA DE NOTIFICAÇÃO / INVESTIGAÇÃO **SÍFILIS CONGÊNITA**

Definição de caso:

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

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

Terceiro Critério: Todo indivíduo com menos de 13 anos de idade, com teste não treponêmico reagente e evidência clínica ou 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 Agravo/doença		Código (CID10)	3 Data da Notificação
	SÍFILIS CONGÊNITA		A 5 0.9	
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)	
Notificação Individual	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7 Data do Diagnóstico
	8 Nome do Paciente		9 Data de Nascimento	
	10 (ou) Idade	11 Sexo M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/>	12 Gestante	13 Raça/Cor
	14 Escolaridade	1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	1 - Ignorado	1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 9 - Ignorado
Dados de Residência	15 Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe	
	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito
	20 Bairro		21 Logradouro (rua, avenida,...)	
	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		30 País (se residente fora do Brasil)	
	1 - Urbana 2 - Rural <input type="checkbox"/>		3 - Periurbana 9 - Ignorado	
Dados Complementares				
Antecedentes Epid. da gestante / mãe	31 Idade da mãe		32 Raça/cor da mãe	
	Anos		1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 9 - Ignorado	
	33 Ocupação da mãe		34 Escolaridade	
	0 - Analfabeto 1 - 1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 3 - 5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4 - Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5 - Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6 - Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7 - Educação superior incompleta 8 - Educação superior completa 9 - Ignorado 10 - Não se aplica		35 Realizou Pré-Natal nesta gestação	
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		36 UF	37 Município de Realização do Pré-Natal	
38 Unidade de Saúde de realização do pré-natal		Código (IBGE)		
39 Diagnóstico de sífilis materna		Código		
1 - Durante o pré-natal 2 - No momento do parto/curetagem 3 - Após o parto 4 - Não realizado 9 - Ignorado				
Dados do Lab. da gestante / mãe	40 Teste não treponêmico no parto/curetagem		41 Título	42 Data
	1 - Reagente 2 - Não reagente 3 - Não realizado 9 - Ignorado		1:	
Trat. da gestante / mãe	43 Teste confirmatório treponêmico no parto/curetagem		45 Data do Início do Tratamento	
	1 - Reagente 2 - Não reagente 3 - Não realizado 9 - Ignorado		46 Parceiro(s) tratado(s) concomitantemente a gestante	
44 Esquema de tratamento		1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		
1 - Adequado 2 - Inadequado 3 - Não realizado 9 - Ignorado				

Sífilis Congênita

Sinan NET

SVS

04/08/2008

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

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO

Nenhum campo deverá ficar em branco.

Na ausência de informação, usar categoria ignorada.

7 - Anotar a data do diagnóstico ou da evidência laboratorial e/ou clínica da doença de acordo com a definição de caso vigente no momento da notificação.

8 - Nome do Paciente: preencher com o nome completo da criança (sem abreviações); se desconhecido, preencher com **Filho de:** (o nome da mãe).

9 - Data do nascimento: deverá ser anotada em números correspondentes ao dia, mês e ano.

10 - Idade: anotar a idade somente se a data de nascimento for desconhecida.

40 - 50 - 55 - Sorologia não treponêmica: VDRL (Venereal Diseases Research Laboratory) e RPR (Rapid Plasma Reagin): indicados para a triagem e seguimento terapêutico.

43 - 53 - FTA-Abs (Fluorescent Treponemal Antibody-absorption), MHA-Tp (Microhemagglutination *Treponema pallidum*), TPHA (*Treponema pallidum* Hemagglutination), ELISA (Enzyme-Linked Immunosorbent Assay): indicados na confirmação diagnóstica e exclusão de resultados de testes não treponêmicos falsos positivos. Em crianças, menores 18 meses de idade, a performance dos testes treponêmicos pode não ser adequada para definição diagnóstica.

44 - Esquema de Tratamento da mãe:

Esquema de Tratamento Adequado:

É todo tratamento completo, com penicilina e adequado para a fase clínica da doença, 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.

53 - Refere-se ao resultado do teste treponêmico, confirmatório, realizado após os 18 meses de idade da criança. Informar - **Não se aplica** - quando a idade da criança for menor que 18 meses.

58 - Titulação ascendente - Refere-se à comparação dos títulos da sorologia não treponêmica da criança após cada teste realizado durante o esquema de seguimento (VDRL com 1mes, 3, 6, 12 e 18 meses).

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

60 - Alteração liquorica - Informar detecção de alterações na celularidade e/ou proteínas ou outra alteração específica no 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.