



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
INSTITUTO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA

KAMILA CABRAL KOSA

ANÁLISE DOS CASOS NOTIFICADOS E INVESTIGADOS DE SÍFILIS
CONGÊNITA ENTRE RESIDENTES EM NITERÓI, RJ, DIAGNOSTICADOS
NO PERÍODO DE 2018 A 2019

Rio de Janeiro

2021

KAMILA CABRAL KOSA

ANÁLISE DOS CASOS NOTIFICADOS E INVESTIGADOS DE SÍFILIS
CONGÊNITA ENTRE RESIDENTES EM NITERÓI, RJ, DIAGNOSTICADOS
NO PERÍODO DE 2018 A 2019

Monografia apresentada ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial para a obtenção do título Especialista em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Antonio José Leal Costa

Coorientadora: Ma. Ana Lúcia Fontes Eppinghaus

Rio de Janeiro

2021

FOLHA DE APROVAÇÃO

KAMILA CABRAL KOSA

**ANÁLISE DOS CASOS NOTIFICADOS E INVESTIGADOS DE SÍFILIS
CONGÊNITA ENTRE RESIDENTES EM NITERÓI, RJ, DIAGNOSTICADOS
NO PERÍODO DE 2018 A 2019**

Monografia apresentada ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial para a obtenção do título Especialista em Saúde Coletiva.

Aprovada em: 17 de junho de 2021.

Prof. Dr. Antonio José Leal Costa (Orientador)

IESC/UFRJ

Ma. Ana Lúcia Fontes Eppinghaus (Coorientadora)

COVIG - FMS Niterói

Dr^a. Marcella Martins Alves Teófilo

SES/RJ e HUCFF

A gratidão é a memória do coração,
e sem vocês eu não estaria aqui.

AGRADECIMENTOS

Eu tinha um sonho: ser sanitarista. Antes mesmo de cursar o ensino superior, sempre achei que assim eu contribuiria para a sociedade com o meu trabalho. Esta é a última etapa para a realização desse sonho. A todos que contribuíram de alguma maneira para que este trabalho fosse realizado deixo aqui a minha gratidão.

Aos meus queridos professores, a todos os profissionais do IESC, que de alguma maneira me auxiliaram nesta caminhada, e aos meus orientadores, agradeço por compartilharem comigo suas experiências e conhecimentos, que contribuíram para minha formação como sanitarista e como ser humano.

Agradeço à querida Fábria que, desde o meu início na COVIG Niterói, me acolheu, sempre prestativa e generosa, me passou tudo o que sabia e sempre respondeu às minhas indagações. Agradeço por sempre me tratar como parte da equipe, me auxiliar e influenciar minha vida profissional. Agradeço por ter aceitado compartilhar comigo não apenas este tema, mas também toda experiência que você tem. Sua cooperação foi fundamental para o resultado deste trabalho.

Em especial, gostaria de agradecer a minha colega de turma de residência e amiga, que esteve comigo na maior parte dos campos de prática, sempre me incentivou a não desanimar, e mais que isso, me auxiliou em cada etapa deste trabalho, sempre disponível e paciente, tirando minhas dúvidas e simplesmente me ouvindo, obrigada por tudo, Bianca.

Jamais poderia deixar de agradecer à minha família que sempre me apoia e está presente na minha caminhada, vocês foram essenciais para que eu chegasse até aqui. Obrigada, Silas, por ser meu parceiro de vida e de profissão, sempre cuidar de mim e não ter me deixado desistir de entrar para a residência, mesmo no último momento, quando eu achava que não seria capaz. Obrigada, mãe e pai por acreditarem em mim e terem me concedido como herança aquilo que não se pode comprar: a educação. Obrigada, minha irmã Karolina, por sempre me incentivar e me ouvir. Obrigada, Douglas, meu cunhado, por ter vindo de longe, mesmo com tanto trânsito, trazer o documento, de última hora, que salvou minha inscrição para a residência.

Por fim, agradeço ao meu Senhor Jesus, por ter me escolhido e adotado como filha, por ter me dado capacidade de chegar até aqui e por sempre me guardar e proteger. Que tudo que eu fizer seja para sua honra e glória.

Salvar uma vida é mágico, salvar uma população é divino.

Autoria própria

RESUMO

KOSA, Kamila Cabral. **Análise dos casos notificados e investigados de sífilis congênita entre residentes em Niterói, RJ, diagnosticados no período de 2018 a 2019.** Monografia (Residência em Saúde Coletiva) – Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021.

Este estudo realizou uma análise descritiva das notificações e investigações dos casos de sífilis congênita diagnosticados em 2018 e 2019 entre os residentes em Niterói no Rio de Janeiro, a partir dos dados dos questionários de investigação de transmissão vertical buscando as questões que possam elucidar o desfecho de sífilis congênita. A análise foi realizada considerando: as variáveis sociodemográficas maternas; características do pré-natal; antecedentes epidemiológicos da mãe e vulnerabilidades; dados laboratoriais e clínicos da criança; situação de definição do caso; tratamento, evolução e conclusão do caso. Em 2018, 19 (41,3%) e em 2019, 70 (65,4%) das notificações ocorreram entre mães de 20 a 29 anos. A maioria das mães se autodeclararam pardas, 21 (45,6%) em 2018 e 52 (48,6%) em 2019. Em 2018, 16 (34,8%) e em 2019 35 (32,7%) das mães possuíam da 5ª a 8ª série incompleta. As mães que realizaram pré-natal foram mais frequentes, 38 (82,6%) em 2018 e 103 (96,3%) em 2019. A maioria teve diagnóstico de sífilis materna durante o pré-natal 33 (86,8%) em 2018 e 87 (84,5%) em 2019, receberam tratamento adequado 19 (57,6%) em 2018 e 55 (51,4%) em 2019, foram a 7 consultas ou mais 21 (45,6%) em 2018 e 64 (59,8%) em 2019. A maior parte das parcerias sexuais das gestantes não foi testada, 25 (54,3%) em 2018 e 63 (58,9%) em 2019 e não foi tratada, 32 (69,6%) em 2018 e 77 (72%) em 2019. O critério para definição epidemiológica de caso a “situação 1” foi mais frequente, 37 (80,4%) em 2018 e 71 (66,4%) em 2019. A maior parte dos recém-nascidos não apresentaram alterações no líquido, 31 (67,4%) em 2018 e 65 (60,7%) em 2019, não apresentou alterações radiográficas 28 (60,9%) e 67 (62,6%), não apresentavam sintomas 34 (73,9%) em 2018 e 75 (70,09%) em 2019 e nasceram vivos 44 (95,6%) e 103 (96,3%). As vulnerabilidades mais prevalentes entre os casos notificados e investigados, foram a de “família de baixa renda”, que representou 52,2% dos casos em 2018 e 47,7% em 2019 e a de “usuária de álcool e drogas”, em 2018 41,3% e 2019 31,6%. Em 2018 11 (23,9%) realizaram pré-natal, tiveram um teste de triagem reagente no pré-natal, porém não fizeram o tratamento adequado. Em 2019 32 (29,9%) realizaram pré-natal, tiveram um teste de triagem para sífilis reagente durante o pré-natal, tiveram um tratamento adequado, porém confirmou SC por outros critérios. Nos dois anos analisados, a segunda conclusão mais frequente foi de que as mães fizeram pré-natal, tiveram teste de triagem para sífilis reagente no pré-natal, tiveram um tratamento adequado, porém reinfectaram, sendo 10 (21,7%) em 2018 e 23 (21,5%) em 2019. O processo de investigação dos casos torna-se crucial para a tomada de decisão a nível municipal sobre este agravo. Após a investigação verificou-se que a vulnerabilidade social é um ponto importante a ser trabalhado, e demanda articulação com outros setores.

Palavras-chave: Sífilis congênita. Vigilância epidemiológica. Transmissão vertical de doenças infecciosas.

ABSTRACT

KOSA, Kamila Cabral. **Analysis of notified and investigated cases of congenital syphilis among residents of Niteroi, RJ, diagnosed in the period 2018 to 2019.** Monography (Residency in Public Health) – Institute of Studies in Public Health, Federal University of Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021.

This study performed a descriptive analysis of notifications and investigations of cases of congenital syphilis diagnosed in 2018 and 2019 among residents in Niteroi, Rio de Janeiro, based on data from the vertical transmission investigation questionnaires, seeking questions that can elucidate the outcome of congenital syphilis. An analysis performed considering: maternal sociodemographic variables; prenatal characteristics; epidemiological background of the mother and vulnerabilities; laboratory and clinical data on the child; case definition situation; treatment, evolution, and conclusion of the case. In 2018, 19 (41.3%) and in 2019, 70 (65.4%) of the notifications occurred among mothers aged 20 to 29 years. Most mothers declared themselves brown colored, 21 (45.6%) in 2018 and 52 (48.6%) in 2019. In 2018, 16 (34.8%) and in 2019 35 (32.7%) of the mothers had from 5th to 8th education grade incomplete. Mothers who had prenatal care were more frequent, 38.0 (82.6%) in 2018 and 103.0 (96.3%) in 2019. Most were diagnosed with maternal syphilis during prenatal care, 33.0 (86.8%) in 2018 and 87.0 (84.5%) in 2019, received adequate treatment 19.0 (57.6%) in 2018 and 55.0 (51.4%) in 2019, attended 7 consultations or more, 21.0 (45.6%) in 2018 and 64.0 (59.8%) in 2019. Twenty-five (54.3%) pregnant women were not tested in 2018 and 63 (58.9%) in 2019, and 32 (69.6%) in 2018 and 77 (72%) in 2019 were not treated. Case definition category "situation 1" was more frequent, 37.0 (80.4%) in 2018 and 71.0 (66.4%) in 2019. Most newborns had no changes in CSF, 31.0 (67.4%) in 2018 and 65.0 (60.7%) in 2019, had no radiographic changes 28.0 (60.9%) and 67.0 (62.6%), had no symptoms 34, 0 (73.9%) in 2018 and 75.0 (70.09%) in 2019, and 44 (95.6%) in 2018 and 103 (96.3%) in 2019 were born alive. The most prevalent vulnerabilities among the notified and investigated cases were that of "low-income family" which represented 52.2% of cases in 2018 and 47.7% in 2019 and that of "alcohol and drug user" - in 2018 41.3% and in 2019 31.6%. In 2018, 11.0 (23.9%) underwent prenatal care, had a reactive screening test in prenatal care, but did not receive adequate treatment. In 2019, 32.0 (29.9%) underwent prenatal care, had a reactive syphilis screening test during prenatal care, had adequate treatment, but confirmed SC by other criteria. In the two years analyzed, the second most frequent conclusion was that the mothers had prenatal care, had a reactive syphilis screening test in the prenatal period, had adequate treatment, but reinfected, with 10.0 (21.7%) in 2018 and 23.0 (21.5%) in 2019. The case investigation process becomes crucial for decision-making at the municipal level on this grievance. After the investigation, it was verified that social vulnerability is an important point to be worked on, and it demands articulation with other sectors.

Keywords: Congenital syphilis. Epidemiologic surveillance. Vertical transmission of infectious disease.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Diagrama de Piot	24
Figura 2 - Taxas de incidência de sífilis congênita (por 1.000 nascidos vivos) do Brasil, Estado do Rio de Janeiro e Niterói.....	29
Figura 3 - Mapa com as unidades do Programa Médico de Família (PMF) por regional, Niterói, RJ, 2021.....	31
Figura 4 - Frequência anual (no. de casos) de sífilis congênita entre residentes do município de Niterói de 2005 a 2019.....	32
Figura 5 - Fluxograma da vigilância epidemiológica da sífilis congênita no município de Niterói em 2018	34
Figura 6 - Fluxograma da vigilância epidemiológica da sífilis congênita no município de Niterói em 2019	35
Figura 7- Prevalência de vulnerabilidades das mães durante o pré-natal entre os casos notificados e investigados em 2018, em residentes de Niterói, RJ.....	42
Figura 8 - Prevalência de vulnerabilidades das mães durante o pré-natal entre os casos notificados e investigados em 2019, em residentes de Niterói, RJ, segundo as vulnerabilidades das mães durante o pré-natal	43

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos casos notificados e investigados de Sífilis Congênita em 2018 e 2019, em residentes de Niterói, RJ, segundo as características maternas	38
Tabela 2 - Distribuição dos casos notificados e investigados de sífilis congênita em 2018 e 2019, em residentes de Niterói, RJ, segundo as características do pré-natal	39
Tabela 3 - Distribuição dos casos notificados e investigados de Sífilis Congênita em 2018 e 2019, em residentes de Niterói, RJ, segundo características do recém-nascido.....	41

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Manifestações clínicas de sífilis adquirida, de acordo com os estágios da doença	19
Quadro 2 - Critérios de classificação das conclusões dos casos de sífilis congênita, COVIG*, Niterói, RJ	37

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
COVIG	Coordenação de Vigilância em Saúde de Niterói
ELISA	<i>Enzyme-Linked Immunosorbent Assay</i>
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FTA-ABS	<i>Fluorescent Treponemal Antibody Absorption Test</i>
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PMF	Programa Médico de Família
PPA	Plano Plurianual
PR	Policlínica Regional
RN	Recém-nascido
RPR	<i>Rapid Plasma Regain</i>
SC	Sífilis Congênita
SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINASC	Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
TV	Transmissão Vertical
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
USR	<i>Unheated Serum Reagin</i>
VDRL	<i>Veneral Disease Research Laboratory</i>
VE	Vigilância Epidemiológica

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 OBJETIVOS	15
2.1 OBJETIVO GERAL	15
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	15
3 REFERENCIAL TEÓRICO	16
3.1 DEFINIÇÃO E AGENTE ETIOLÓGICO DA SÍFILIS	17
3.2 TRANSMISSÃO DA SÍFILIS	17
3.3 CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA DA SÍFILIS	18
3.4 DIAGNÓSTICO DA SÍFILIS	20
3.5 TRATAMENTO DA SÍFILIS	20
3.6 SÍFILIS CONGÊNITA.....	21
3.7 PREVENÇÃO DA SÍFILIS CONGÊNITA	23
3.8 SÍFILIS CONGÊNITA E VULNERABILIDADE.....	25
3.9 VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DA SÍFILIS CONGÊNITA NO BRASIL	26
3.9.1 Definição de caso de sífilis congênita	27
3.10 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DA SÍFILIS NO BRASIL E NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO E EM NITERÓI.....	28
4 ANÁLISE DE SÍFILIS CONGÊNITA NO MUNICÍPIO DE NITERÓI	30
5 METODOLOGIA	36
6 RESULTADOS	38
7 DISCUSSÃO	45
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	52
REFERÊNCIAS	54
ANEXOS	61
ANEXO A – FICHA DE NOTIFICAÇÃO/INVESTIGAÇÃO DE SÍFILIS CONGÊNITA ..	62
ANEXO B – QUESTIONÁRIO ENVIADO ÀS UNIDADES DE REFERÊNCIA	64
ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	76

1 INTRODUÇÃO

As infecções sexualmente transmissíveis (IST) são consideradas um problema de saúde pública em função do grande impacto na saúde das pessoas e das populações em todo o mundo. Entre as IST está a sífilis, que mesmo sendo uma doença prevenível e curável desde a descoberta da penicilina, e com ações de prevenção e controle disponíveis e de baixo custo, continua sendo um desafio para os sistemas de saúde, principalmente pelo seu potencial de transmissão vertical, causando a sífilis congênita (SC) (BRASIL, 2019).

O Brasil é signatário de compromissos internacionais para a eliminação da sífilis congênita desde 1992, mas em 2016, a sífilis é reconhecida como um grave problema de saúde pública no país. A prevenção da Transmissão Vertical (TV) da sífilis passou a ser vista como uma prioridade no Plano Plurianual (PPA), aumentando sua visibilidade e importância no cenário da saúde pública em território nacional (BRASIL, 2018).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) (2015) estabeleceu que até 2021 as ações de prevenção e controle das IST seriam focadas na sífilis e em uma redução de 90% dos casos desse agravo até 2030, com propostas de fortalecimento das atividades de vigilância, suscitando o tema e sua relevância nas devidas instâncias.

A sífilis congênita é considerada um marcador de qualidade da assistência pré-natal (CAMPOS *et al.*, 2010; MORORÓ *et al.* 2015; SOUSA *et al.*, 2014). Segundo Donalísio *et al.*, (2007), a sífilis congênita pode revelar falhas na atenção à saúde da gestante relacionadas ao diagnóstico, tratamento, investigação e/ou notificação, além de ser um marcador da transmissão entre adultos na comunidade.

O interesse pela temática de sífilis congênita ocorre no contexto da vivência do campo de prática durante o segundo ano do curso de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva, na Coordenação de Vigilância em Saúde de Niterói (COVIG). Com o advento da Nota Informativa nº2 de 19 de setembro de 2017, cuja principal mudança foi a exclusão do tratamento da parceria sexual na descrição de tratamento materno adequado, contribuindo para que a definição de caso brasileira se tornasse mais específica e alinhada aos conceitos internacionais (BRASIL, 2017c), viu-se a necessidade de realizar um trabalho de revisão dos casos notificados e de seus questionários de investigação, dos anos seguintes a esta alteração, pois acreditava-se que poderia haver um impacto no número de casos, justificando a escolha dos anos de 2018 e 2019 (BRASIL, 2017c).

Através da sistematização dos dados, buscou-se realizar uma análise do banco de dados formado pelos questionários de investigação da transmissão vertical e, assim, traçar o perfil

epidemiológico dos casos notificados entre residentes de Niterói, no estado do Rio de Janeiro, com o intuito de obter informações mais específicas e qualificadas para melhorar a compreensão dos casos e do cenário da sífilis congênita no município. E, baseado nos resultados observados, propor medidas para prevenção e controle desse agravo, de acordo com as demandas identificadas, bem como promover educação permanente dos profissionais de saúde.

Este trabalho não se propõe a responder todas as questões que podem e devem ser levantadas para aperfeiçoar a capacidade de formulação, gestão e avaliação de políticas e ações públicas, mas busca realizar revisão e análise dos casos a partir dos questionários de investigação respondidos pelas unidades, objetivando instrumentalizar e subsidiar a vigilância em saúde da sífilis congênita, permitindo levantar hipóteses e traçar ações e medidas para o enfrentamento desse agravo, tendo em vista controlar a transmissão vertical da sífilis, a prevenção de novos casos e a eliminação da doença no município.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o perfil epidemiológico dos casos notificados de sífilis congênita entre residentes do município de Niterói diagnosticados nos anos de 2018 e 2019, a partir de dados dos questionários de investigação de transmissão vertical.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever o processo de investigação realizado pela assessoria técnica de sífilis no município de Niterói;
- Discutir a importância do uso de um instrumento de investigação de casos de sífilis congênita;
- Elucidar e descrever os casos de sífilis congênita diagnosticados no período;
- Propor medidas que auxiliem na prevenção e controle do agravo de acordo com as demandas identificadas.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

A sífilis, desde o século XV, já era considerada uma das principais pragas mundiais, e os seus sinais e sintomas relacionados, muitas vezes, à pele e mucosas associavam-se à dermatologia. O agente etiológico foi descoberto há aproximadamente 100 anos pelo pesquisador Fritz Richard Schaudinn na Prússia Oriental, que cursou zoologia e faleceu em 1906 na cidade de Hamburgo (AVELLEIRA, 2006).

Junto a seu assistente, em 1905, o pesquisador colheu um material de uma pápula erodida na vulva de uma mulher com sífilis secundária. Com a ajuda de um microscópio moderno para a época, observou vários microrganismos espiralados e muito claros pelo método a fresco de Giemsa. Este achado foi nomeado de *Spirochaeta Pallida* (AVELLEIRA, 2006).

Com a descoberta da penicilina em 1928 por Alexander Fleming, pensou-se que a doença estava controlada, porém, as mudanças que ocorreram na sociedade durante a década de 1960, como o comportamento sexual e a criação das pílulas anticoncepcionais, fizeram com que ressurgisse a doença (AVELLEIRA, 2006).

Contemporaneamente, houve um agravamento neste cenário com o surgimento de uma nova doença, a síndrome da imunodeficiência adquirida (Aids), tendo a sífilis um papel facilitador na transmissão do vírus da imunodeficiência humana (HIV), tornando-a novamente um foco de interesse da saúde pública, alertando para a necessidade de novas estratégias para o seu controle e prevenção (AVELLEIRA, 2006).

O diagnóstico de sífilis traz consigo questões não só biológicas, mas também psicológicas, problemas no convívio social, no relacionamento familiar e com a parceria sexual, afetando principalmente as mulheres. A sífilis é cercada de estigmas sociais e estereótipos gerados, outrora e na atualidade, por concepções de deformidade e de monstruosidade, e ideais eugênicos, relacionados à moralidade e à crenças por parte da sociedade, inclusive de instituições e profissionais de saúde (BATISTA, 2021; CAVALCANTE, 2012). Essa representação social, pode acarretar dificuldades na realização do tratamento da mulher e de sua parceria sexual visto que revelar seu diagnóstico pode ser visto como prova de infidelidade (CAVALCANTE, 2012).

3.1 DEFINIÇÃO E AGENTE ETIOLÓGICO DA SÍFILIS

A sífilis é uma doença infectocontagiosa sistêmica e crônica. Seu agente etiológico é uma bactéria espiroqueta chamada *Treponema pallidum*. Apesar de ser uma doença curável, quando não tratada, evolui para estágios de gravidade variada, podendo acometer diversos órgãos e sistemas do corpo, especialmente os sistemas nervoso e cardiovascular (PEELING *et al.*, 2017; BRASIL, 2019c). A maioria das pessoas com sífilis são assintomáticas; quando apresentam sinais e sintomas, muitas vezes não os percebem ou valorizam e podem, sem saber, transmitir a infecção às suas parcerias sexuais (BRASIL, 2020b, 2019c; ROUQUAYROL, 2013; SILVA, 2004).

3.2 TRANSMISSÃO DA SÍFILIS

A sífilis é uma doença que pode ser transmitida pela via sexual, pela via sanguínea ou vertical (TERTULIANO, 2017). Apesar de a maior parte das transmissões da sífilis ocorrerem através do contato sexual, existem outros mecanismos de transmissão menos comuns, como o contato não sexual, transfusão sanguínea, transplantes de órgão e a infecção intrauterina. Esta última, também chamada de transmissão vertical, acarreta a sífilis congênita (AVELLEIRA, 2006).

A sua transmissibilidade é maior nos estágios iniciais (sífilis primária e secundária), diminuindo gradualmente com o passar do tempo (sífilis latente recente/ tardia). Cumpre ressaltar que, no primeiro ano de latência, 25% dos pacientes apresentam recrudescimento do secundarismo e, portanto, pode haver a transmissão. Essa maior transmissibilidade explica-se pela riqueza de treponemas nas lesões, comuns na sífilis primária (cancro duro) e secundária (lesões mucocutâneas). As espiroquetas penetram diretamente nas membranas mucosas ou entram por abrasões na pele. Essas lesões se tornam raras ou inexistentes a partir do segundo ano da doença (PEELING *et al.*, 2017).

Em gestantes, a taxa de transmissão vertical de sífilis para o feto é de até 80% intraútero. Essa forma de transmissão ainda pode ocorrer durante o parto vaginal, se a mãe apresentar alguma lesão sífilítica. A infecção fetal é influenciada pelo estágio da doença na mãe (maior nos estágios primário e secundário) e pelo tempo em que o feto foi exposto. Tal acometimento fetal provoca entre 30% e 50% de morte *in utero*, parto pré-termo ou morte neonatal (BRASIL, 2020d). Em relação ao gênero feminino, a idade reprodutiva é uma variável determinante no maior risco de contrair a infecção e sua transmissão ao feto. Paz

(2004) assinala que a transmissão da sífilis durante a gravidez tem alta taxa e permanece como um grande problema na saúde pública.

3.3 CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA DA SÍFILIS

A sífilis pode ser classificada como sífilis adquirida recente ou sífilis adquirida tardia, de acordo com o tempo de infecção; ou como sífilis primária, secundária, latente recente e tardia, terciária e neurosífilis, de acordo com a presença de manifestações clínicas (BRASIL, 2019c; SARACENI *et al.*, 2017).

A sífilis recente é aquela que tem até um ano de evolução (sífilis primária, secundária, latente recente) e a sífilis tardia é caracterizada quando a doença tem mais de um ano de evolução (latente tardia e terciária). Esta classificação norteia como será o tratamento e o monitoramento da doença (BRASIL, 2019c, 2020b).

A sífilis primária é caracterizada por uma lesão denominada “cancro duro”, que é uma úlcera rica em treponemas, geralmente única e indolor, com borda bem definida e regular, base endurecida e fundo limpo, que ocorre no local de entrada da bactéria (pênis, vulva, vagina, colo uterino, ânus, boca, ou outros locais do tegumento). A lesão primária é acompanhada de linfadenopatia regional (acometendo linfonodos localizados próximos ao cancro duro). Possui o tempo de incubação de 10 a 90 dias (média de três semanas) e sua duração pode variar muito, em geral de três a oito semanas, e seu desaparecimento independe de tratamento. Embora menos frequente, em alguns casos a lesão primária pode ser múltipla e ainda assim, não ser notada ou não ser valorizada pelo paciente (BRASIL, 2019c, 2020d). A evolução da doença alterna com períodos de atividade, com características clínicas, e latência (BRASIL, 2019c; AVELLEIRA, 2006).

A sífilis secundária ocorre em média entre seis semanas a seis meses após a cicatrização do cancro, ainda que manifestações iniciais, recorrentes ou subentrantes do secundarismo possam ocorrer em um período de até um ano. Excepcionalmente, as lesões podem ocorrer em concomitância com a manifestação primária. As manifestações são muito variáveis, mas tendem a seguir uma cronologia própria (BRASIL, 2019c, 2020d).

As lesões de pele (sifíides) que ocorrem em surto e de forma simétrica acometem mais as regiões palmar e plantar sendo um sinal altamente sugestivo de infecção pela sífilis secundária; tais achados têm características intermitentes ao longo do primeiro e segundo ano da infecção, sempre intercalados por períodos de latências, que vão se tornando

paulatinamente maiores; podendo ter durante esse período sua cura espontânea ou evoluir para sua fase terciária (BRASIL, 2019c; AVELLEIRA, 2006).

O período de latência, ou seja, o período assintomático da doença, pode ser recente se tiver até um ano de evolução, ou tardio caso tenha mais de um ano de evolução (BRASIL, 2019c, 2020b).

Por sua vez, a sífilis terciária vai afetar os sistemas cardiovascular e nervoso, principalmente, com o aparecimento de granulomas destrutivos (gomas), e acometimento de ossos, músculos e fígado, mesmo na ausência quase total de treponemas (BRASIL, 2019c; AVELLEIRA, 2006).

O quadro 1 faz uma correlação entre as manifestações clínicas da sífilis adquirida com os estágios da doença.

Quadro 1 - Manifestações clínicas de sífilis adquirida, de acordo com os estágios da doença

Estágios de sífilis adquirida	Manifestações Clínicas
Primária	Cancro duro (úlceras genitais) Linfonodos regionais
Secundária	Lesões cutâneo-mucosas (roséola, placas mucosas, sífilides papulosas, sífilides palmoplantares, condiloma plano, alopecia em clareira, madarose, rouquidão); Micropoliadenopatia; Linfadenopatia generalizada; Sinus constitucionais; Quadros neurológicos, oculares, hepáticos.
Continuação quadro 1	
Latente recente (até um ano de duração)	Assintomático
Latente tardia (mais de um ano de duração)	Assintomático
Terciária	Cutâneas: lesões gomosas e nodulares, de caráter destrutivo; Ósseas: periostite, osteíte gomosa ou esclerosante, artrites, sinovites e nódulos justa-articulares; Cardiovasculares: estenose de coronárias, aortite e aneurisma da aorta, especialmente da porção torácica; Neurológicas: meningite, gomas do cérebro ou da medula, atrofia do nervo óptico, lesão do sétimo par craniano, manifestações psiquiátricas, tabes dorsalis e quadros demenciais como o da paralisia geral.

Fonte: Adaptado de DCCI/SVS/MS (BRASIL, 2020b).

3.4 DIAGNÓSTICO DA SÍFILIS

O diagnóstico da sífilis exige uma correlação entre dados clínicos, resultados de testes laboratoriais, histórico de infecções passadas e investigação de exposição recente. Apenas o conjunto dessas informações permitirá a correta avaliação diagnóstica de cada caso e, conseqüentemente, o tratamento adequado. Os testes utilizados para o diagnóstico da sífilis são divididos em duas categorias: exames diretos e testes imunológicos. No momento da escolha, é importante considerar não somente os testes disponíveis, mas também o provável estágio da sífilis a ser diagnosticado. O diagnóstico da sífilis é preconizado pela Portaria nº 2.012, de 19 de outubro de 2016, que aprovou o “Manual Técnico para Diagnóstico da Sífilis” (BRASIL, 2016b).

Para o diagnóstico laboratorial da sífilis, deve ser realizado um teste treponêmico (teste rápido, FTA-Abs, ELISA etc.) mais um teste não treponêmico (VDRL, RPR e UR). Considerando a sensibilidade dos fluxos diagnósticos, recomenda-se, sempre que possível, iniciar a investigação por um teste treponêmico (BRASIL, 2019b; CONITEC, 2020).

As gestantes devem ser testadas para sífilis, no mínimo, na primeira consulta de pré-natal, no início do terceiro trimestre e na internação para o parto, e em caso de aborto/natimorto ou história de exposição de risco/ violência sexual (BRASIL, 2017d).

As gestantes deverão ser consideradas como portadoras de sífilis quando houver testes rápidos reagentes para sífilis de antemão, devendo-se ser solicitado, ou preferencialmente colhido, teste não treponêmico, para seguimento sorológico (BRASIL, 2020b).

O monitoramento sorológico da gestante deve ser mensal até o nascimento. Após o parto, o seguimento é trimestral (3, 6, 9, 12 meses) até o 12º mês de acompanhamento (BRASIL, 2020b).

3.5 TRATAMENTO DA SÍFILIS

A única droga com eficácia documentada durante a gestação e que é o medicamento de escolha para o tratamento tanto da sífilis adquirida, como da sífilis congênita é a Benzilpenicilina benzatina, que se tem demonstrado superior nessas cinco décadas de experiência (BRASIL, 2020b; GUINSBURG, 2010). Não há evidências de resistência de *T. pallidum* à penicilina no Brasil e no mundo (BRASIL, 2020b). O esquema terapêutico varia de acordo com o estadiamento da doença (BRASIL, 2020b).

A penicilina quando utilizada em doses e intervalos corretos age como bactericida, pois impede que haja restauração da parede celular da bactéria, que é submetida continuamente à ação hidrolítica da lisozima produzida pelo organismo (GUINSBURG, 2010).

Como medida de garantia de acesso, a Benzilpenicilina benzatina passou a ser componente estratégico na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) em 2017, com aquisição centralizada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2017a). A compra e distribuição tem como base de cálculo os casos notificados de sífilis adquirida e de sífilis em gestantes. A Benzilpenicilina benzatina deve ser administrada exclusivamente por via intramuscular (IM). A região ventro-glútea é a via preferencial, por ser livre de vasos e nervos importantes, sendo o tecido subcutâneo de menor espessura, com poucos efeitos adversos e dor local (SILVA, 2014). Outros locais alternativos para aplicação são a região do vasto lateral da coxa e o dorso glúteo (BRASIL, 2020d).

A Benzilpenicilina benzatina é a única opção segura e eficaz para o tratamento adequado das gestantes. Qualquer outro tratamento realizado durante a gestação, para fins de definição de caso e abordagem terapêutica de sífilis congênita, é considerado tratamento não adequado da mãe; por conseguinte, o recém-nascido será notificado como caso de sífilis congênita e submetido a avaliação clínica e laboratorial (BRASIL, 2020d).

Quando de um resultado positivo de teste rápido em consulta de pré-natal, o retardo do tratamento no aguardo de resultados de teste complementar faz com que o profissional perca tempo e a oportunidade de evitar a transmissão vertical da sífilis. Por isso a gestante, na ausência de tratamento adequado, recente e documentado, deverá ser tratada no momento da consulta, pois existe evidência de que os benefícios suplantam o custo e o risco do tratamento com Benzilpenicilina benzatina (BRASIL, 2020b).

3.6 SÍFILIS CONGÊNITA

A sífilis congênita (SC) ocorre quando há transmissão vertical (TV) do *Treponema pallidum*, da gestante infectada para o concepto por via transplacentária ou, menos frequentemente, por contato direto com a lesão no momento do parto (BRASIL, 2019c, 2020b).

Na gestação, a sífilis pode apresentar consequências graves como abortamento, prematuridade, natimortalidade, manifestações congênitas precoces ou tardias e/ou morte do recém-nascido (RN). Diante disso, os profissionais de saúde devem estar aptos a reconhecer as manifestações clínicas, conhecer os testes diagnósticos disponíveis e, principalmente, saber

interpretar o resultado do exame para diagnóstico e controle de tratamento (BRASIL, 2019c, 2020b).

A infecção do conceito pode ocorrer durante toda a gestação e em qualquer fase da doença na mãe (BRASIL, 2020b), mas principalmente nas fases primária e secundária, aumentando o risco de mortes perinatais (SARACENI *et al.*, 2017).

A sífilis congênita pode ser classificada a partir do tempo em que se manifesta o quadro clínico no conceito. Caso ocorra antes de um ano, classifica-se em precoce e após esse tempo em tardia. O diagnóstico da infecção da criança pelo treponema deve ser feito somando-se critérios epidemiológicos, clínicos e laboratoriais (BRASIL, 2019c, 2020d).

Na maternidade, todo recém-nascido (RN) deve ser avaliado quanto ao histórico materno de sífilis, de seu tratamento e seguimento na gestação, quanto aos sinais e sintomas clínicos do RN, que quase sempre estão ausentes, e o teste não treponêmico de sangue periférico da criança, comparado ao da mãe (BRASIL, 2019c, 2020b).

Toda criança nascida de mãe que durante o pré-natal teve diagnóstico de sífilis, ainda que tratada adequadamente, ou seja, criança exposta à sífilis deve ser avaliada ao nascimento e ter seu seguimento na rede de atenção primária à saúde (APS) garantido, pois pode haver o desenvolvimento de sintomas tardios. Essas crianças expostas não devem ser notificadas, mas avaliadas e terem um correto manejo clínico. A correta identificação das crianças expostas garante que não sejam submetidas a condutas desnecessariamente (BRASIL, 2019; CONITEC, 2020).

Um potente aliado na busca pelo diagnóstico correto da SC é o cartão da gestante, que como instrumento de registro é capaz de proporcionar o fluxo de informações de cada consulta do pré-natal, inclusive informações sobre possíveis tratamentos de sífilis, possibilitando a continuidade da assistência à gestante em qualquer unidade em que a mulher seja atendida (RODRIGUES, 2021). Para avaliação do tratamento e seguimento da gestante deve-se aceitar as informações quando há registro em prontuário ou no cartão da gestante, considerando como tratamento inadequado na ausência de comprovação, sendo insuficiente apenas o relato verbal (BRASIL, 2019; CONITEC, 2020).

A sífilis congênita precoce tem sinais discretos e pouco específicos, o que dificulta o seu diagnóstico. Dentre os achados tem-se prematuridade, baixo peso ao nascimento, hepatomegalia, lesões cutâneas como pênfigo palmo plantar, periostite, osteíte ou osteocondrite, sofrimento respiratório, rinite sero-sanguinolenta, icterícia, anemia e linfadenopatia generalizada (BRASIL, 2019c; AVELLEIRA, 2006).

Além dos mesmos critérios de diagnóstico da sífilis congênita precoce, deve-se investigar possível contaminação por relação sexual na sífilis congênita tardia. As características clínicas incluem: tibia em “Lâmina de Sabre”, articulações de Clutton, fronte “olímpica”, nariz “em sela”, dentes incisivos medianos superiores deformados (dentes de Hutchinson), molares em “amora”, rágades periorais, mandíbula curta, arco palatino elevado, ceratite intersticial, surdez neurológica e dificuldade no aprendizado (AVELLEIRA, 2006).

O ideal é que seja feita testagem simultânea da mãe e da criança, no pós-parto imediato, com o mesmo tipo de teste não treponêmico, para a determinação do significado dos achados sorológicos da criança. Um título maior que o materno em, pelo menos, duas diluições no teste não treponêmico é indicativo de infecção congênita (BRASIL, 2019c, 2020b).

Não se recomenda a realização do teste treponêmico no bebê até os 18 meses, pois não há correlação entre a titulação dos testes treponêmicos do RN e da mãe que possa sugerir a sífilis congênita (BRASIL, 2019c, 2020b).

A OMS estima que a ocorrência de sífilis complique um milhão de gestações por ano em todo o mundo (OMS, 2014), levando a mais de 300 mil mortes fetais e neonatais e colocando em risco de morte prematura mais de 200 mil crianças. No Brasil, nos últimos cinco anos, foi observado um aumento constante no número de casos de sífilis em gestantes, sífilis congênita e sífilis adquirida. Esse aumento pode ser atribuído, em parte, à elevação nos números de testagens, decorrente da disseminação dos testes rápidos, mas também à diminuição do uso de preservativos, à redução na administração da penicilina na Atenção Básica e ao desabastecimento mundial de penicilina ocorrido nos anos de 2014 a 2016, entre outros (BRASIL, 2019b; CONITEC, 2020; RODRIGUES, 2018).

3.7 PREVENÇÃO DA SÍFILIS CONGÊNITA

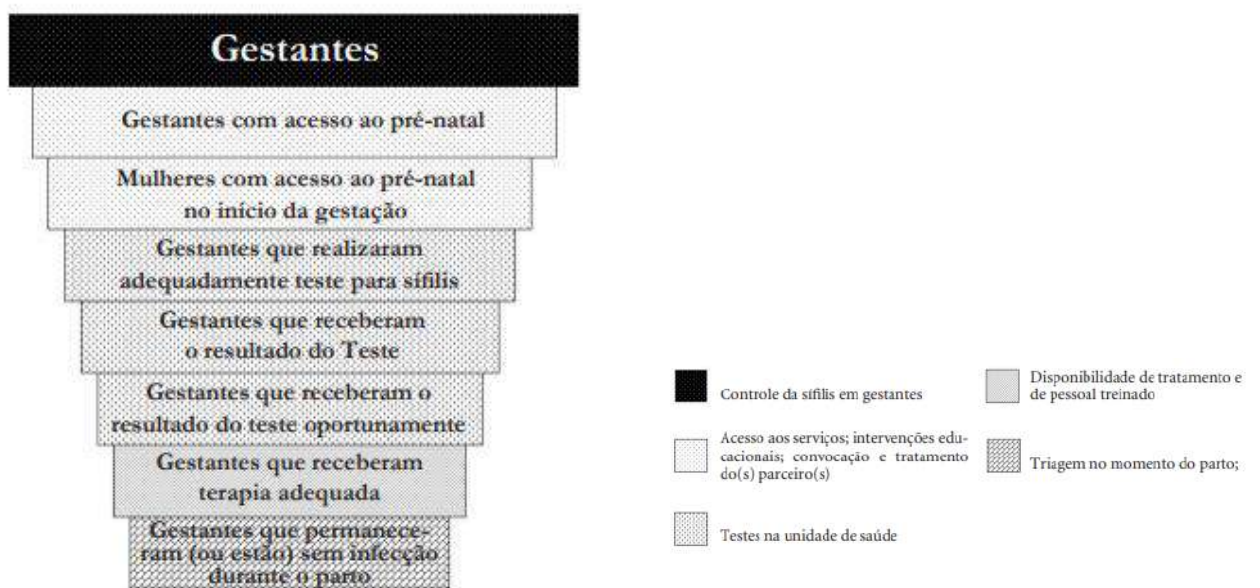
O diagnóstico precoce da infecção materna ainda é a melhor maneira de prevenir a SC, e os testes sorológicos são as principais formas para seu diagnóstico (RODRIGUES, 2004).

A prevenção da sífilis congênita é realizada unicamente no pré-natal, não podendo ser feita no interparto ou pós-natal, fato que ressalta a relação direta entre a frequência da enfermidade e a qualidade dos serviços de atenção básica e saúde da mulher. O diagnóstico da sífilis gestacional é simples e a doença deve ser rastreada em todas as gestantes (BRASIL, 2019b; CONITEC, 2020). Embora o conceito de rastreio de sífilis em gestantes seja simples, a sua implementação muitas vezes não é.

A sífilis é um agravo que pode ser evitado por meio de medidas simples de prevenção como o uso de preservativos e realização de tratamento. A detecção precoce e tratamento adequado de gestantes e sua(s) parceria(s) sexual(is) durante o pré-natal é fundamental para a prevenção de casos de sífilis congênita. O tratamento é eficaz e relativamente barato, e os testes diagnósticos acessíveis e de fácil utilização na Atenção Primária (OMS, 2008). Estima-se que o custo per capita, em média, não ultrapasse 1,4 dólares para a detecção dos casos de sífilis ativa e 29 dólares para o tratamento das mulheres gestantes (BRASIL, 2018).

As ações para prevenção e controle da sífilis em gestantes e da sífilis congênita, devem ser baseadas no conhecimento de situações que contribuem para a ocorrência dos casos. O diagrama de Piot (Figura 1) pode ser utilizado para sinalizar os obstáculos que devem ser identificados de acordo com a realidade de saúde local, para então serem traçadas ações e intervenções. O diagrama é estruturado como um triângulo invertido, e cada barra representa um subconjunto de mulheres da barra imediatamente acima, possibilitando identificar onde estão os possíveis entraves: no controle da sífilis em gestantes, acesso aos serviços, intervenções educacionais, convocação e tratamento da(s) parceria(s) sexual(ais), testes na unidade de saúde, disponibilidade de tratamento e de pessoal treinado e triagem no momento do parto (BRASIL, 2006).

Figura 1 - Diagrama de Piot



Fonte: Curso básico de vigilância epidemiológica em sífilis congênita, sífilis em gestante, infecção pelo HIV em gestantes e crianças expostas (BRASIL, 2006, p. 59).

Esse quadro coloca a APS como ator estratégico na busca pela prevenção e controle da sífilis no país. A partir de uma gestão atenta aos serviços de pré-natal e de saúde da mulher, pode-se ampliar a capacidade resolutiva na prevenção, detecção e tratamento da sífilis congênita em tempo oportuno, demonstrando a necessidade de fortalecimento da APS para alcançar o objetivo de eliminação da doença no Brasil.

3.8 SÍFILIS CONGÊNITA E VULNERABILIDADE

Estudos têm demonstrado que em grupos considerados mais vulneráveis a ocorrência de sífilis congênita é maior. O conceito de vulnerabilidade considera o indivíduo e o coletivo equivalentes, e com o passar dos anos as epidemias têm sido encaradas buscando compreender o processo saúde-doença sob perspectivas macro e microestruturais (OVIEDO, 2015; MACÊDO, 2017; FONTES, 2017; DIMENSTEIN, 2020).

O conceito de vulnerabilidade, segundo Ayres *et al.*, (2003) é definido como um “[...] conjunto de aspectos individuais e coletivos relacionados ao grau e modo de exposição a uma dada situação e, de modo indissociável, ao maior ou menor acesso a recursos adequados para se proteger das consequências indesejáveis daquela situação”. Também se refere a conhecimentos e informações sobre problemas específicos e a atitudes para se assumirem condutas ou práticas protetoras; às relações econômicas, de gênero, étnico/raciais, crenças religiosas, exclusão social etc.; e aos serviços de saúde e à forma como estes lidam para reduzir contextos de vulnerabilidade.

Posto que as famílias ou a coletividade podem estar vulneráveis por não disporem de condições para enfrentar os riscos às quais estão expostas, podemos concluir que vulnerabilidade não deve ser confundida com risco. A noção de risco, tem sido criticada e apontada por outros autores como uma situação que fica alheia aos problemas do indivíduo, salientando que os contextos sociais e ambientais também produzem o adoecimento (ARAGÃO, 2016; FIGUEIREDO, 2017).

As condições econômicas, psicológicas e culturais podem influenciar a ocorrência de problemas de saúde e fatores de risco à população. O acesso aos serviços de saúde é universal, sendo uma garantia constitucional, porém essas vulnerabilidades podem implicar na dificuldade dos indivíduos em acessar os serviços públicos (GRIEBELER, 2009; SARACENI *et al.*, 2005a; SILVA *et al.*, 2017).

3.9 VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DA SÍFILIS CONGÊNITA NO BRASIL

A chamada Lei Orgânica da Saúde, a Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990, que implanta o Sistema Único de Saúde e regula as ações e serviços de saúde traz o termo vigilância epidemiológica e a define, no artigo 6º, como “[...] um conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos”.

A vigilância da sífilis congênita tem como objetivos monitorar e conhecer o perfil epidemiológico do agravo e suas tendências, desenvolver ações visando a prevenção e controle e acompanhar e avaliar as ações para a eliminação da sífilis congênita (BRASIL, 2019c, 2006).

A sífilis congênita tornou-se um agravo de notificação compulsória em todo o território nacional em 1986, instituída por meio da Portaria nº 542, de 22 de dezembro de 1986. Posteriormente, a sífilis em gestantes, mediante a Portaria nº 33, de 14 de julho de 2005 e, mais recentemente, a sífilis adquirida, por intermédio da Portaria nº 2.472, de 31 de agosto de 2010 passaram a ter a notificação obrigatória. A Portaria nº 1.061, de 18 de maio de 2020, que alterou a Portaria de Consolidação nº 4, de 28 setembro de 2017, 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 (BRASIL, 1986, 2005, 2010, 2017b, 2020c).

A sífilis congênita possui uma ficha específica de notificação e investigação (Anexo a) para preenchimento nos serviços de saúde, cujos dados são posteriormente inseridos no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) (BRASIL, 2020e, 2019c; SARACENI *et al.*, 2005a).

O Guia de Vigilância de 2019 já traz as alterações da Nota Informativa nº 2, de 19 de setembro de 2017, nos critérios de definição de casos para notificação de sífilis adquirida, sífilis em gestante e sífilis congênita, visando adequar a sensibilidade da vigilância e atualizar a definição dos casos de sífilis congênita em consonância com a Organização Pan-Americana da Saúde e a Organização Mundial da Saúde. Recomenda que deve ser avaliada a história clínico-epidemiológica da mãe e/ou os critérios clínicos e laboratoriais da criança exposta, e para fins de notificação desses casos, desconsiderar a informação do tratamento concomitante da parceria sexual das gestantes para considerar tratamento adequado (BRASIL, 2017c, 2019c, RIO DE JANEIRO, 2019), pois do contrário, seria necessário o tratamento do recém-nascido, o que poderia gerar transtornos para a família desnecessariamente (CAMPOS, 2012).

O Ministério da Saúde (MS), em 2004, publicou o Protocolo de Investigação de Transmissão Vertical (Anexo B). Este Protocolo traz diretrizes para constituição de Comitês de Investigação de Transmissão Vertical, estaduais e municipais. Para isso, propôs um instrumento para coleta de dados para viabilizar a atuação dos comitês. Acredita-se que a partir de discussões dos casos possam-se identificar possíveis falhas na assistência e na vigilância, suas causas e possíveis intervenções (BRASIL, 2014).

Segundo o protocolo, todos os casos de aborto, todos os natimortos, todos os óbitos por sífilis e casos de sífilis congênita precoce (menor ou igual a 2 anos de idade) devem ser investigados (BRASIL, 2014).

A vigilância epidemiológica (VE) da sífilis congênita no território deve estar integrada à APS, no intuito de monitorar os casos e realizar o tratamento em tempo adequado, para mitigar os possíveis efeitos gerados no feto. Nesse sentido, a vigilância epidemiológica torna-se potente na avaliação dos serviços de saúde, em especial o pré-natal, para a construção de estratégias e ações mais efetivas para a prevenção e manejo dos casos na assistência à saúde.

3.9.1 Definição de caso de sífilis congênita

A atualização da definição de caso de sífilis congênita enuncia três possíveis situações:

Situação 1: Todo recém-nascido, natimorto ou aborto de mulher com sífilis não tratada ou tratada de forma inadequada. Considera-se tratamento adequado a realização do tratamento completo para estágio clínico da sífilis com penicilina benzatina, iniciado até 30 dias antes do parto. Gestantes que não se enquadrem nesses critérios serão consideradas como tratadas de forma inadequada. Para fins de notificação de caso de sífilis congênita, não se considera o tratamento da parceria sexual da mãe (BRASIL, 2017c, 2019c; RIO DE JANEIRO, 2019).

A Nota Técnica SVS Nº 11/2019 reforça a importância de que todos os parceiros sexuais de gestantes com Sífilis devem ser avaliados e tratados para evitar reinfecção das gestantes já tratadas adequadamente e /ou outras parcerias sexuais, independentemente da alteração ocorrida nos critérios de notificação.

Situação 2: Toda criança com menos de 13 anos de idade com, pelo menos, uma das seguintes situações: Manifestação clínica, líquórica ou radiológica de sífilis congênita e teste não treponêmico reagente; Títulos de testes não treponêmicos do lactente maiores do que os da mãe, em, pelo menos, duas diluições de amostras de sangue periférico, coletadas simultaneamente no momento do parto; Títulos de testes não treponêmicos ascendentes em, pelo menos, duas diluições no seguimento da criança exposta (1, 3, 6, 12 e 18 meses de idade);

Títulos de testes não treponêmicos ainda reagentes após seis meses de idade, em criança adequadamente tratada no período neonatal; Testes treponêmicos reagentes após 18 meses de idade, sem diagnóstico prévio de sífilis congênita, deve ser sempre afastada a possibilidade de sífilis adquirida (BRASIL, 2017c, 2019c; RIO DE JANEIRO, 2019).

Situação 3: Evidência microbiológica de infecção pelo *Treponema pallidum* em amostra de secreção nasal ou lesão cutânea, biópsia ou necrópsia de criança, aborto ou natimorto (BRASIL, 2017c, 2019c; RIO DE JANEIRO, 2019).

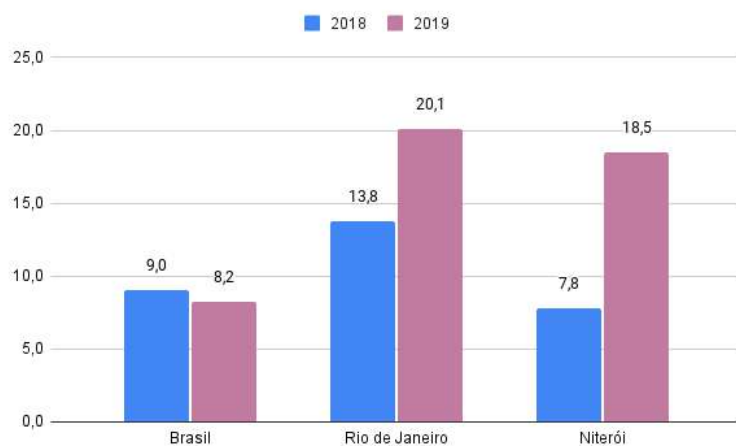
3.10 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DA SÍFILIS NO BRASIL E NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO E EM NITERÓI

No Brasil, a situação é considerada epidêmica. Segundo o boletim epidemiológico especial sobre sífilis, de outubro de 2020, pode-se observar que, no geral, houve um aumento na taxa de incidência nacional de sífilis congênita que em 2009 era de 2,1 casos por mil nascidos vivos, no ano de 2018 alcança 9,0 casos por mil nascidos vivos, diminuindo em 2019, para 8,2 por mil nascidos vivos, uma redução de 8,7% na taxa de incidência de sífilis congênita (BRASIL, 2020a).

O Rio de Janeiro é um dos estados com as maiores taxas de incidência de sífilis congênita, acima da média nacional, com 13,8 casos/1.000 nascidos vivos em 2018 e 20,1 casos/1.000 nascidos vivos em 2019, e do coeficiente de mortalidade com 23,1 por 100.000 nascidos vivos em 2018 e 19,5 por 100.000 nascidos vivos em 2019 (BRASIL, 2020a).

No município de Niterói, a taxa de incidência de sífilis congênita em 2018 foi de 7,8 por mil nascidos vivos, e em 2019 foi de 18,5 por mil nascidos vivos, estando abaixo da incidência de sífilis congênita do Estado do Rio de Janeiro, nos dois anos e acima da incidência nacional no ano de 2019, como mostra a figura 2.

Figura 2 - Taxas de incidência de sífilis congênita (por 1.000 nascidos vivos) do Brasil, Estado do Rio de Janeiro e Niterói



Fonte: Boletim especial sífilis (BRASIL, 2020a), COVIG/FMS Niterói (2020)¹.

¹ Figuras, tabelas ou quadros com a indicação COVIG/FMS Niterói (2020), são com dados coletados presencialmente pela autora.

4 ANÁLISE DE SÍFILIS CONGÊNITA NO MUNICÍPIO DE NITERÓI

Com uma população estimada de 515.317 habitantes (IBGE, 2020), o município de Niterói faz parte da Região Metropolitana II, e seu território está dividido em sete regionais que são ordenadas pelas Policlínicas Regionais (PR), a saber, PR Carlos Antônio da Silva, PR Sérgio Arouca, PR do Fonseca - Guilherme Taylor March, PR da Engenhoca, PR do Barreto - João Vizella, PR Largo da Batalha, PR de Itaipu e PR de Piratininga (NITERÓI, 2017a).

A Rede de Atenção Primária à Saúde de Niterói está organizada de forma regionalizada e hierarquizada, sendo constituída por: 08 policlínicas regionais; 02 policlínicas de especialidades; 04 unidades básicas de saúde; 41 unidades de Saúde da Família; 101 equipes de saúde da família, 17 equipes de saúde bucal e 02 equipes móveis de Consultório na Rua (NITERÓI, 2017a).

Em Niterói, a Atenção Ambulatorial Especializada é ofertada pelas Policlínicas Regionais, Policlínicas de Especialidades, Unidades de Atenção Pré-Hospitalar Móvel e Fixa, e hospitalar incluindo Urgência e Emergência (NITERÓI, 2017a).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o Programa Médico de Família (PMF) promovem a atenção primária e integral à cerca de 198.957 pessoas cadastradas, o que corresponde a uma cobertura de 40% da população que vivia em áreas de risco ambiental e social, em 2017 (NITERÓI, 2017a). A figura 3 mostra as unidades do PMF segundo Regional.

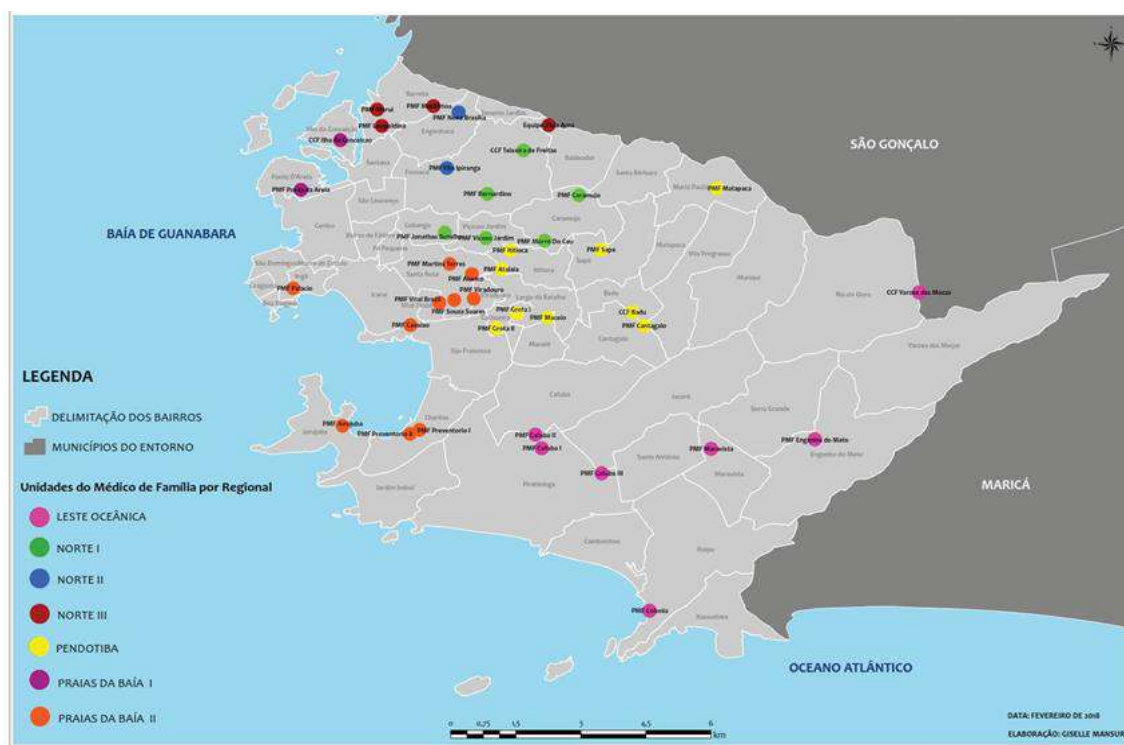
A frequência de sífilis congênita (figura 4) entre residentes do município de Niterói vem aumentando com o passar dos anos. Em uma série histórica de 15 anos, no período de 2005 a 2019, podemos perceber que nos dez primeiros anos (2005 a 2014) esta frequência se mantém abaixo de 100 casos. Em 2015, há um pico no número de casos que sobe para 150, em 2016 este número diminuiu para 130, em 2017 para 111, em 2018 para 48 e 2019 para 111, segundo dados do SINAN Municipal de abril de 2021.

Ainda segundo dados do SINAN, a incidência anual de sífilis congênita em Niterói vem se apresentando elevada, principalmente em 2015 quando a taxa chegou a 23,4 casos/1.000 nascidos vivos, seguido por 22 casos/1.000 nascidos vivos em 2016. Em 2018, a incidência foi de 7,8 casos/1.000 nascidos vivos, ficando abaixo da incidência nacional e estadual, e de 18,5 casos/1.000 nascidos vivos em 2019, estando acima da taxa nacional, porém abaixo da incidência estadual, enquanto a meta de eliminação é de 0,5 casos para cada 1.000 nascidos vivos, de acordo o Ministério da Saúde.

A elevada incidência da sífilis congênita ao longo desses anos pode ser justificada pelos seguintes fatores: aumento da sensibilidade da vigilância epidemiológica, capacitação

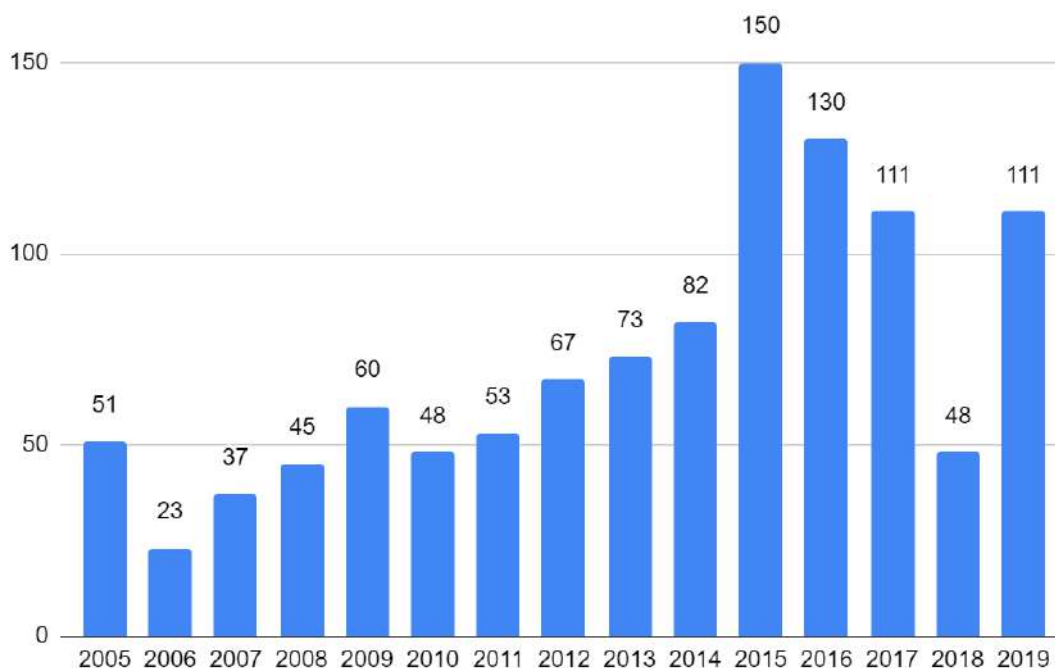
frequente dos profissionais da rede de atenção à saúde, principalmente aqueles envolvidos na atenção ao pré-natal, com incentivo à notificação de todos os casos que preenchem os critérios de definição para entrar no SINAN, aumento da oferta de testes rápidos pela rede de saúde, dificuldades de realização de tratamento das parcerias sexuais, captação tardia (após o primeiro trimestre de gestação) de algumas gestantes no pré-natal, tempo/fluxo demorado de entrega dos resultados de VDRL, proximidade com municípios circunvizinhos havendo um fluxo de atendimento de não residentes, que para serem atendidos, muitas vezes utilizam-se de endereços em que não residem de fato (NITERÓI, 2017a), e diminuição do uso de preservativos (BRASIL, 2016a).

Figura 3 - Mapa com as unidades do Programa Médico de Família (PMF) por regional, Niterói, RJ, 2021



Fonte: Plano Municipal de saúde de Niterói 2018-2021 (NITERÓI, 2017a).

Figura 4 - Frequência anual (no. de casos) de sífilis congênita entre residentes do município de Niterói de 2005 a 2019



Fonte: COVIG/FMS Niterói (2020).

No município de Niterói, em 2004 foi elaborado um instrumento de investigação adicional à ficha de notificação/investigação do SINAN. Este documento, elaborado pela Assessoria Municipal de IST/AIDS e Hepatites Virais e a Coordenação do Programa de Saúde da Mulher do município, era enviado para a unidade de saúde de referência do território de residência da mãe do caso de sífilis congênita, buscando responder a questões referentes ao diagnóstico de sífilis na gestante durante o pré-natal, tratamento da gestante, tratamento do seu parceiro, seguimento após o tratamento, histórico gestacional, histórico de sífilis, e dados da criança após o nascimento. Porém, a partir da publicação do Protocolo de Investigação de Transmissão Vertical, pelo Ministério da Saúde, Niterói passa a adotá-lo em seu processo de trabalho (SOUZA, 2017).

O questionário de investigação (ANEXO B) é composto pelas seguintes seções: 1) identificação da unidade de investigação, da respondente e data da investigação; 2) dados da mãe; 3) dados de identificação da criança; 4) antecedentes epidemiológicos da mãe; 5) pré-natal; 6) parto; e 7) puericultura.

A assessoria citada, em seu processo de trabalho, envia os questionários de investigação para todos os casos notificados que são residentes de Niterói. As fichas de

notificação/investigação e os questionários são qualificados para, em última análise, definir os casos que contemplavam ou não critérios para SC. Mediante a alteração nos critérios de definição de casos para notificação sífilis congênita do Guia de Vigilância em 2017, na qual a informação do tratamento concomitante da parceria sexual das gestantes passou a não ser critério para considerar o tratamento da gestante como adequado, realizou-se a identificação das notificações dos casos de sífilis congênita, entre residentes e não residentes de Niterói, diagnosticados nos anos de 2018 a 2019, anos seguintes a alteração, com a finalidade de verificar se haveria um impacto no número de casos. Todos os casos foram inseridos em uma planilha de entrada do Excel®, que objetivava registrar e controlar todas as notificações recebidas.

Os casos que contemplaram critérios de SC residentes foram inseridos pela assessoria de IST/Aids e Hepatites virais, em uma planilha de análise do Excel®, contendo as variáveis definidas para o estudo. Para os casos de residentes em Niterói, notificados à COVIG, é enviada uma cópia da ficha de notificação de SC junto ao questionário de investigação recomendado pelo Ministério da Saúde para a unidade de referência do território, o qual deve ser respondido a partir da busca de dados pelo prontuário, por meio de entrevista com a usuária e/ou visita em campo, e posteriormente devolvido à assessoria técnica.

A partir dos questionários de investigação, os dados fornecidos foram inseridos e organizados na planilha de análise do Excel®, formando-se um banco de dados próprio com a relação de todos os casos e suas variáveis como: idade, raça/cor e escolaridade das mães, diagnóstico, tratamento e número de consultas no pré-natal, antecedente de transmissão vertical de sífilis congênita, testagem e tratamento da parceria sexual, além de alteração de raio x e líquido, sintomas e evolução dos casos.

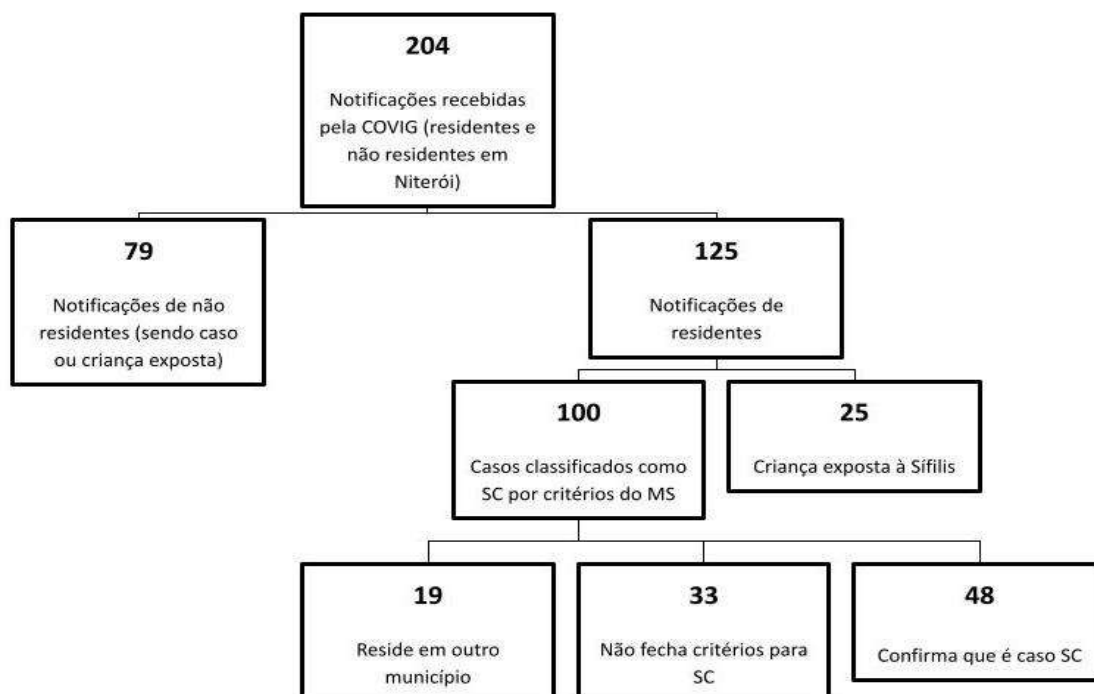
No fluxograma a seguir (figura 5), podemos observar que a Coordenação de Vigilância em Saúde (COVIG) recebeu 204 notificações de sífilis congênita com diagnóstico em 2018. Após análise e qualificação, verificou-se que 79 eram de não residentes, e 125 eram residentes em Niterói, dentre os residentes, 25 eram crianças expostas à sífilis materna. Foram então solicitadas às unidades de saúde de referência que fizessem a investigação dos casos pertencentes ao seu território através dos questionários de investigação. Com os questionários de investigação em mãos e após análise verificou-se que 19 notificações eram de fora de área de abrangência, 33 eram crianças expostas e 48 foram consideradas sífilis congênita. Destes, 2 casos tiveram como evolução o aborto.

A figura 6, mostra que foram notificados 402 casos de sífilis congênita com diagnóstico em 2019, destes, 169 eram de não residentes e 233 de residentes de Niterói, dentre esses 65

eram crianças expostas à sífilis materna. Após o recebimento das investigações dos casos, verificou-se que 29 eram casos de não residentes, 28 não preenchiam critério e 111 atendiam critérios para sífilis congênita, portanto, permaneceram como caso. Destes, 4 casos tiveram como evolução o aborto.

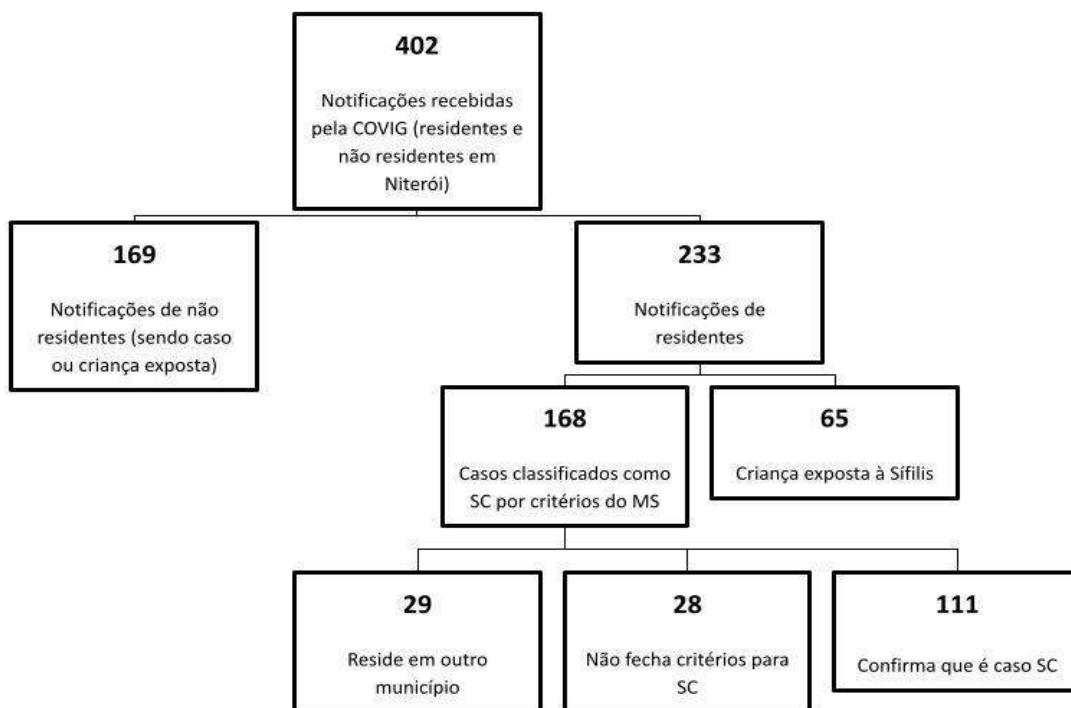
A revisão e análise dos casos a partir dos questionários de investigação respondidos pelas unidades tornam-se indispensáveis para instrumentalizar e subsidiar a vigilância em saúde da sífilis congênita (BRASIL, 2019b; CONITEC, 2020).

Figura 5 - Fluxograma da vigilância epidemiológica da sífilis congênita no município de Niterói em 2018



Fonte: COVIG/FMS Niterói (2020).

Figura 6 - Fluxograma da vigilância epidemiológica da sífilis congênita no município de Niterói em 2019



Fonte: COVIG/FMS Niterói (2020).

5 METODOLOGIA

Este trabalho foi aprovado em comitê de ética em pesquisa sob o parecer número 4.693.795, de 05 de maio de 2021 (ANEXO C).

Realizou-se estudo de vigilância do tipo seccional, através de uma base de dados da Vigilância Epidemiológica do município, formada por dados dos questionários de investigação de transmissão vertical referentes aos casos notificados de sífilis congênita diagnosticados nos anos de 2018 e 2019, de residentes do município de Niterói no estado do Rio de Janeiro.

O foco deste trabalho foi realizar uma análise descritiva por meio de frequências simples dos dados provenientes dos questionários de investigação da transmissão vertical, utilizando o software Microsoft Excel®. A análise foi realizada considerando as variáveis sociodemográficas maternas, como faixa etária, raça/cor autodeclaradas e escolaridade; características do pré-natal; antecedentes epidemiológicos da mãe e vulnerabilidades; dados laboratoriais e clínicos da criança; situação de definição do caso; tratamento e evolução do caso, contidas nos questionários de investigação.

Para fins deste estudo os casos com evolução aborto foram excluídos da análise por serem casos em que o pré-natal não foi iniciado, visto que essas mulheres não conheciam seu diagnóstico de gravidez, resultando em 46 casos para análise em 2018 e 107 em 2019.

Para esta análise, o pré-natal foi considerado realizado quando houve pelo menos uma consulta de pré-natal e o tratamento da gestante foi considerado adequado quando foi realizado tratamento completo para estágio clínico da sífilis com penicilina benzatina, iniciado até 30 dias antes do parto, e não se levou em consideração o tratamento da parceria sexual da mãe.

Cabe ressaltar que, a seção do questionário que abarca as questões sobre as vulnerabilidades da mãe, vivenciadas durante a gestação do caso em investigação, traz uma questão de múltipla escolha que permite mais de uma opção de resposta, sendo assim, um mesmo caso pode ter mais de uma vulnerabilidade assinalada.

Diante do desafio que é tentar demonstrar e compreender cada caso notificado e investigado nos anos de 2018 e 2019, e as possíveis causas que levaram a sua ocorrência, foi proposta pela assessoria técnica IST/Aids e Hepatites Virais da COVIG, uma classificação para a conclusão dos casos inspirada no Diagrama de Piot (Figura 1). Foram descritas 8 categorias de conclusão, para que ao final da análise individual dos casos, fosse possível correlacionar a uma categoria na tentativa de compreender o desfecho. O quadro 2 a seguir demonstra quais os critérios utilizados para a classificação:

Quadro 2 - Critérios de classificação das conclusões dos casos de sífilis congênita, COVIG*, Niterói, RJ

Conclusão	Descrição
“Não fez pré-natal”.	Aqueles casos que na investigação foram confirmados como sífilis e não foi realizada nenhuma consulta de pré-natal.
“Não fez triagem para sífilis congênita no pré-natal”.	Aqueles casos que realizaram pré-natal, e não tiveram nenhum exame diagnóstico para sífilis.
“Triagem reagente, porém, não tratou no pré-natal”.	Aqueles casos que tiveram um exame diagnóstico reagente no pré-natal e por algum motivo não trataram.
“Triagem reagente, tratamento inadequado”.	Aqueles casos que tiveram um exame diagnóstico reagente no pré-natal e por algum motivo tiveram um tratamento inadequado.
“Triagem reagente, tratamento adequado, porém reinfectou”.	Aqueles casos que tiveram um exame diagnóstico reagente e um tratamento adequado no pré-natal, mas houve reinfeção.
“Triagem reagente, tratamento adequado, porém confirma SC por outros critérios”.	Aqueles casos que tiveram um exame diagnóstico reagente e um tratamento adequado no pré-natal, porém o RN teve alguma manifestação clínica e/ou alteração de raio x e/ou alteração de líquido e teste não treponêmico reagente; ou títulos de teste não treponêmicos maiores do que os da mãe, em, pelo menos, duas diluições de amostras de sangue periférico, coletadas simultaneamente no momento do parto.
“Triagem não reagente no pré-natal, porém reagente no parto”.	Aqueles casos que durante o pré-natal não foi diagnosticada sífilis, porém no parto tiveram exame reagente.
“Triagem reagente, considerada cicatriz sorológica, não tratada no pré-natal e confirmou por outros critérios”.	Aqueles casos que apresentaram testes não treponêmicos persistentemente reagentes, em baixas titulações, após o tratamento, quando descartada nova exposição de risco durante o período analisado e por isso não foram tratados, sendo considerados cicatriz sorológica, mas tiveram outros critérios para definição de caso de SC na maternidade.

*COVIG: Coordenação de Vigilância em Saúde de Niterói.

Fonte: Elaborado pelo autor, 2021.

6 RESULTADOS

A distribuição dos casos de sífilis congênita, relacionados às características da mãe, segundo o ano diagnóstico, de residentes em Niterói, pode ser observada na Tabela 1. Em 2018 e em 2019, respectivamente, 19 (41,3%) e 70 (65,4%) das notificações ocorreram entre filhos(as) de mães de 20 a 29 anos. A maioria das mães se autodeclararam pardas ou pretas no biênio analisado, 21 (45,6%) foram pardas e 20 (43,5%) pretas em 2018 e, em 2019, 52 (48,6%) se autodeclararam pardas e 33 (30,8%) pretas. Quanto à escolaridade da mãe, pode-se perceber uma similaridade nos dois anos analisados. Em 2018, 16 (34,8%) e em 2019 35 (32,7%) das mães possuíam da 5ª a 8ª série incompleta.

Tabela 1 - Distribuição dos casos notificados e investigados de Sífilis Congênita em 2018 e 2019, em residentes de Niterói, RJ, segundo as características maternas

Característica	2018		2019	
	N (46)	%	N (107)	%
Faixa Etária				
10 a 14 anos	0	0,0	2	1,9
15 a 19 anos	17	37,0	21	19,6
20 a 29 anos	19	41,3	70	65,4
30 a 39 anos	10	21,7	13	12,1
40 anos ou mais	0,0	0,0	1	0,9
Raça/cor				
Branca	5	10,9	21	19,6
Parda	21	45,6	52	48,6
Preta	20	43,5	33	30,8
Amarela	0	0,0	0	0,0
Indígena	0	0,0	0	0,0
Ignorado	0	0,0	1	0,9
Escolaridade				
Analfabeta	0	0,0	0	0,0
1ª a 4ª série incompleta	4	8,7	4	3,7
4ª série incompleta	3	6,5	9	8,4
5ª a 8ª série incompleta	16	34,8	35	32,7
Ensino fundamental completo	5	10,9	11	10,3
Ensino médio incompleto	5	10,9	18	16,8
Ensino médio completo	9	19,6	15	14,0
Educação superior incompleta	2	4,3	2	1,9
Educação superior completa ou mais	0	0,0	1	0,9
Ignorado	2	4,3	12,	11,2

Fonte: COVIG/FMS Niterói (2020).

Na tabela 2, podemos observar a distribuição das características do pré-natal, segundo o ano do diagnóstico, dos casos notificados entre residentes em Niterói. Nota-se que nos anos de

2018 e 2019 as mães que realizaram pré-natal foram mais frequentes, 38 (82,6%) e 103 (96,3%) respectivamente.

Nos dois anos analisados, entre aquelas mães que realizaram o pré-natal, a maioria delas teve diagnóstico de sífilis materna durante o pré-natal, ou seja, os exames de triagem foram reagentes durante o pré-natal, 33 (71,7%) em 2018 e 87 (81,3%) em 2019. Aquelas mães que não tiveram resultado reagente nos exames de triagem, ou não realizaram nenhum exame de triagem foram 5 (10,9%) em 2018 e 16 (15,0%) em 2019.

No município de Niterói, em 2018 e 2019, dentre as mães que tiveram, durante o pré-natal, algum resultado reagente nos exames de triagem e receberam tratamento adequado foram mais frequentes, 19 (57,6%) e 55 (51,4%) respectivamente.

Quanto ao número de consultas no pré-natal, a maioria das mães 21 (45,6%) e 64 (59,8%) foram a 7 consultas ou mais, em 2018 e 2019 respectivamente.

Com relação à testagem e tratamento da parceria sexual das mães, vemos a seguir que, em 2018 e 2019, a maior parte não foi testada e não foi tratada. Em 2018, tiveram 25 (54,3%) parceiros não testados e 63 (58,9%) em 2019. Em 2018, tiveram 32 (69,6%) não tratados e 77 (72%) em 2019. Testados foram 12 (26,1%) e ignorados 9 (19,6%) em 2018, e em 2019, testados foram 32 (29,9%) e ignorados 12 (11,2%). Os tratados foram 9 (19,6%) e ignorados 5 (10,9%) em 2018, e em 2019, 20 (18,7%) tiveram tratamento e 10 (9,3%) ignorados.

Tabela 2 - Distribuição dos casos notificados e investigados de sífilis congênita em 2018 e 2019, em residentes de Niterói, RJ, segundo as características do pré-natal

Característica	2018		2019	
	N (46)	%	N (107)	%
Realização de pré-natal¹				
Sim	38	82,6	103	96,3
Não	8	17,4	4	4,0
Ignorado	0	0,0	0	0,0
Diagnóstico de sífilis materna no pré-natal				
Sim	33	86,8	87	84,5
Não	5	13,2	16	15,5
Ignorado	0	0,0	0	0,0
Esquema de tratamento adequado no pré-natal				
Sim	19	57,6	55	64,7
Não	14	42,4	30	35,3
Ignorado	0	0,0	0	0,0
Número de consultas no pré-natal				
Nenhuma	7	15,2	2	1,9

1 a 3	5	10,9	11	10,3
4 a 6	12	26,1	25	23,4
7 ou mais	21	45,6	64	59,9
Ignorado	1	2,2	5	4,7
Continuação tabela 2				
	2018		2019	
	N (46)	%	N (107)	%
Parceria testada				
Sim	12	26,1	32	29,9
Não	25	54,3	63	58,9
Ignorado	9	19,6	12	11,2
Parceria tratada				
Sim	9	19,6	20	18,7
Não	32	69,6	77	72,0
Ignorado	5	10,9	10	9,3

Fonte: COVIG/FMS Niterói (2020).

A tabela 3, a seguir, traz a distribuição dos casos notificados de sífilis congênita segundo as características do recém-nascido, por ano diagnóstico. Podemos notar que em 37 (80,4%) em 2018 e 71 (66,4%) em 2019 dos casos notificados de sífilis congênita foi mais frequente o critério para definição epidemiológica de caso a “situação 1”. Cabe ressaltar que as variáveis “situação 1” e “situação 2” dizem respeito a definição de caso de sífilis congênita, para preenchimento da ficha de notificação/investigação do SINAN.

A maior parte dos recém-nascidos não apresentaram alterações no líquido, 31 (67,4%) em 2018 e 65 (60,7%) em 2019.

Quanto à radiografia de ossos longos, a maioria também não apresentou alterações 28 (60,9%) e 67 (62,6%).

Em sua maioria, os recém-nascidos não apresentavam sintomas 34 (73,9%) e 75 (70,09%), em 2019 e 2018 respectivamente.

Podemos notar ainda na tabela 3, que a maioria dos recém-nascidos teve uma evolução favorável e nasceram vivos 44 (95,6%) e 103 (96,3%), e 2 (4,3%) e 4 (3,7%) foram natimortos, respectivamente em 2018 e em 2019.

Tabela 3 - Distribuição dos casos notificados e investigados de Sífilis Congênita em 2018 e 2019, em residentes de Niterói, RJ, segundo características do recém-nascido

Característica	2018		2019	
	N (46)	%	N (107)	%
Definição de Caso				
Situação 1 ²	37	80,4	71	66,4
Situação 2 ³	9	19,6	36	33,6
Alteração no líquido				
Sim	7	15,2	32	29,9
Não	31	67,4	65	60,7
Não realizado	5	10,9	5	4,7
Não se aplica	2	4,3	4	34,0
Ignorado	1	2,2	1	0,3
Alteração Raio X de ossos longos				
Sim	1	2,2	4	3,7
Não	28	60,9	67	62,6
Não realizado	13	28,3	29	27,1
Não se aplica	2	4,3	4	3,7
Ignorado	2	4,3	3	2,8
Sintomático				
Sim	10	21,7	28	26,2
Não	34	73,9	75	70,1
Não se aplica	2	4,3	4	3,7
Evolução do caso				
Vivo	44	95,6	103	96,3
Natimortos	2	4,3	4	3,7

Fonte: COVIG/FMS Niterói (2020).

Para este estudo, foi utilizada uma seção do questionário de investigação sobre os antecedentes epidemiológicos da mãe, que listava e era possível assinalar os comportamentos de risco e situações de vulnerabilidades vivenciadas durante a gestação da criança em

² Todo recém-nascido, natimorto ou aborto de mulher com sífilis não tratada ou tratada de forma inadequada.

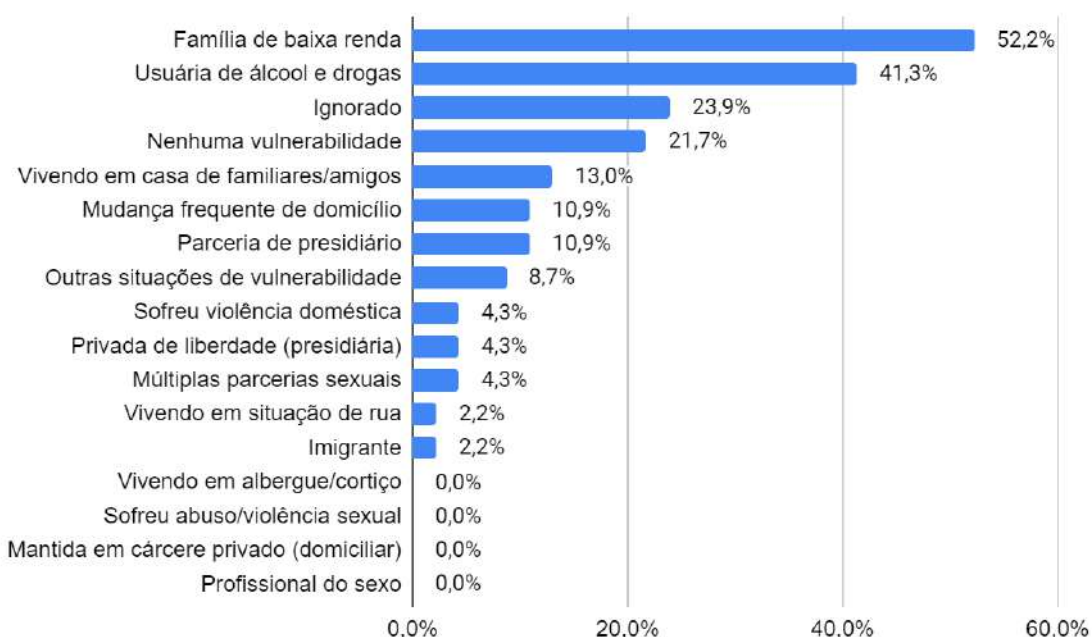
³ Toda criança com menos de 13 anos de idade com pelo menos uma das seguintes situações: Manifestação clínica, líquórica ou radiológica de sífilis congênita e teste não treponêmico reagente; Títulos de teste não treponêmicos do lactente maiores do que os da mãe, em pelo menos duas diluições de amostras de sangue periférico, coletadas simultaneamente no momento do parto; Títulos de testes não treponêmicos ascendentes em pelo menos duas diluições no seguimento da criança exposta (1, 3, 6, 12 e 18 meses de idade); Títulos de testes não treponêmicos ainda reagentes após seis meses de idade, em criança adequadamente tratada no período neonatal; Testes treponêmicos reagentes após 18 meses de idade, sem diagnóstico prévio de sífilis congênita, deve ser sempre afastada a possibilidade de sífilis adquirida.

investigação e, ainda, um campo onde a resposta era aberta, possibilitando abarcar outras situações de vulnerabilidade que não tivessem sido contempladas.

Com isso, podemos notar que o mesmo caso poderia ter mais de uma vulnerabilidade assinalada. A seguir, mostramos a prevalência de vulnerabilidades entre os casos investigados.

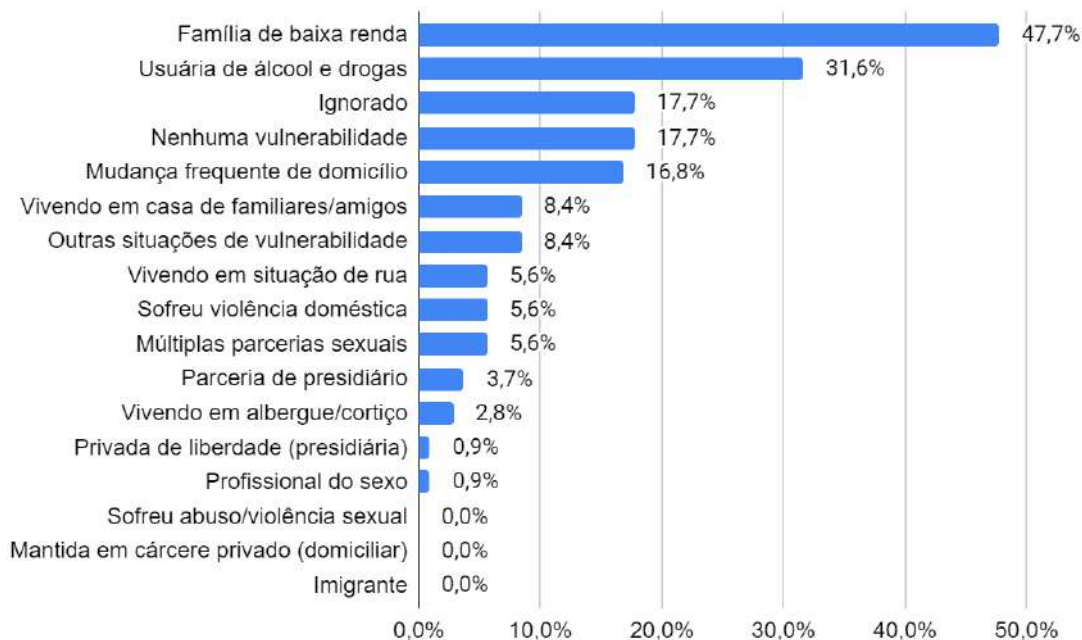
Nas figuras 7 e 8, podemos perceber que as vulnerabilidades mais prevalentes entre os casos notificados e investigados, foram a de “família de baixa renda” que representou 52,2% dos casos em 2018 e 47,7% em 2019 e a de “usuária de álcool e drogas”, em 2018 41,3% e, em 2019, 31,6%. Dentre as outras situações de vulnerabilidades, foram relatadas as que podem ser observadas a seguir.

Figura 7- Prevalência de vulnerabilidades das mães durante o pré-natal entre os casos notificados e investigados em 2018, em residentes de Niterói, RJ



Fonte: COVIG/FMS Niterói (2020).

Figura 8 - Prevalência de vulnerabilidades das mães durante o pré-natal entre os casos notificados e investigados em 2019, em residentes de Niterói, RJ, segundo as vulnerabilidades das mães durante o pré-natal



Fonte: COVIG/FMS Niterói (2020).

Como pode ser observado na tabela 4 a seguir, no ano de 2018 no município de Niterói, em um total de 46 mulheres 11 (23,9%) realizaram pré-natal, tiveram um teste de triagem reagente no pré-natal, porém não fizeram o tratamento adequado. Para o ano de 2019 no município de Niterói, em um total de 107 mulheres 32 (29,9%) realizaram pré-natal, tiveram um teste de triagem para sífilis reagente durante o pré-natal, tiveram um tratamento adequado, porém confirmou SC por outros critérios. Nos dois anos analisados, a segunda conclusão mais frequente foi de que as mães fizeram pré-natal, tiveram teste de triagem para sífilis reagente no pré-natal, tiveram um tratamento adequado, porém reinfectaram, sendo 10,0 (21,7%) em 2018 e 23,0 (21,5%) em 2019.

Tabela 4 - Distribuição das conclusões dos casos de sífilis congênita após investigação no ano de 2018

CONCLUSÃO	2019			
	N (46)	%	N (107)	%
1-Não fez pré-natal	8	17,4	4,0	3,7
2-Não fez triagem para sífilis congênita no pré-natal	2	4,3	4	3,7
3-Triagem reagente, porém, não tratou no pré-natal	3	6,5	13	12,1
4-Triagem reagente, tratamento inadequado	11	23,9	17	15,9
5-Triagem reagente, tratamento adequado, porém reinfectou	10	21,7	23	21,5
6-Triagem reagente, tratamento adequado, porém confirma SC por outros critérios	9	19,6	32	29,9
7-Triagem não reagente no pré-natal, porém reagente no parto	3	6,5	12	11,2
8-Triagem reagente, considerada cicatriz sorológica, não tratada, confirma por outros critérios	0	0,0	2	1,9

Fonte: COVIG/FMS Niterói (2020).

7 DISCUSSÃO

A análise realizada revelou que a maioria das gestantes realizou pré-natal e tiveram um exame de triagem reagente no pré-natal. Quando observamos a tabela de conclusão, vemos que as gestantes com diagnóstico em 2018 que, não tiveram o tratamento para sífilis adequado foram a categoria mais frequente, porém quando analisamos juntamente as conclusões 5 e 6 notamos, então, que os casos que tiveram um tratamento adequado - 19,0 (41,3%) - foram a categoria mais frequente.

No ano diagnóstico de 2019, o estrato das gestantes que teve tratamento adequado para sífilis durante o pré-natal, porém seus recém-nascidos confirmaram caso de sífilis congênita por outros critérios foi o mais frequente. As conclusões 5 e 6 em 2019 somam 55,0 (51,4%), ou seja, pode-se observar a maioria das gestantes tiveram um tratamento adequado. Houve alta frequência também entre as gestantes que, mesmo com tratamento adequado para sífilis durante o pré-natal, se reinfectaram nos dois anos analisados. A vulnerabilidade família de baixa renda foi a mais frequentes nos dois anos.

O presente estudo evidencia a aplicabilidade do uso dos questionários de investigação da transmissão vertical, na rotina da vigilância epidemiológica dos casos de sífilis congênita. Este instrumento, devidamente preenchido pelas unidades de referência do território, traz informações relevantes e complementares que não são contempladas pela ficha de notificação/investigação e assim, ajudam a elucidar os casos. Podemos notar que após a investigação dos casos através dos questionários recebidos, o número de casos de sífilis congênita decresce nos dois anos estudados, como observado nos fluxogramas (figuras 5 e 6). Isso ocorre porque, com o detalhamento dos casos, tornou-se possível identificar aqueles que não eram residentes do município e desconsiderá-los mediante evidências de que não preenchiam critérios para SC, trazendo maior fidedignidade ao número de casos que realmente deveriam estar notificados no SINAN.

Algumas limitações inerentes às pesquisas que utilizam fonte de dados secundários, com prováveis sub-registros, subnotificações, e, possivelmente, baixa qualidade e incompletude das informações registradas, podem acometer este trabalho. Porém, os questionários de investigação da transmissão vertical também foram imprescindíveis para minimizar esta limitação, permitindo às equipes das unidades de referência e às de vigilância do município a qualificação dos dados. A exemplo disso podemos notar que poucos dados foram ignorados nas características analisadas, além de ter possibilitado a qualificação das fichas de notificação/investigação do SINAN.

As características maternas analisadas neste trabalho nos dois anos estudados, quando comparadas ao cenário nacional, mostram semelhanças em suas frequências. No Brasil, observou-se que, em 2018, 53,7% e em 2019, 55,1% das notificações de sífilis congênita encontravam-se na faixa etária materna de 20 a 29 anos. A raça/cor da mãe autodeclarada preta foi observada em 58,0%, em 2018, e em 58,1% das notificações em 2019. Nota-se que quando se trata das notificações no país, a variável escolaridade apresenta um percentual muito alto de ignorados, com 27,2% em 2018 e 27,6% em 2019. Foi possível perceber, contudo, que nos dados do país 22,1% e 20,7% das mães possuíam da 5ª a 8ª série incompleta, em 2018 e 2019 respectivamente (BRASIL, 2020a).

Em síntese, mulheres entre 20 e 29 anos, não brancas e com baixa escolaridade foram mais prevalentes neste trabalho. Estudos apontam que essa faixa etária é mais prevalente por ser o ápice da fase reprodutiva, justificando um maior número de gestações. O que chama a atenção é que as adolescentes (15 a 19 anos) também têm tido frequências altas, o que revela que estão iniciando sua vida sexual precocemente e sem a devida proteção (BENITO; SOUZA, 2016). É necessário que estas adolescentes tenham conhecimento das formas de prevenção combinada e se iniciem sexualmente com mais apropriação (FIGUEIRÓ-FILHO, 2012; CAMPOS *et al.*, 2010; SARACENI *et al.*, 2005b).

Ao tratarmos da raça/cor dessas mães, o que tem justificado a alta incidência de IST nessas mulheres são as desigualdades socioeconômicas, culturais e de racismo estrutural (SANTOS, 2016) presente na sociedade e no campo da saúde.

Estudos apontam o baixo grau de instrução das mães como fator de risco para a ocorrência de casos de sífilis congênita, bem como o desemprego e aumento da pobreza na sociedade. Aliado a isto, espera-se que mulheres com maior grau de instrução tenham mais conhecimento acerca das infecções e doenças sexualmente transmissíveis, suas formas de prevenção e a importância da realização do pré-natal (OZELAME, 2020; BENITO; SOUZA, 2016).

A análise realizada traz consigo restrições quanto a possíveis inferências sobre os resultados observados, pois não foi realizada uma análise comparativa de um grupo controle ou um grupo de comparação. Para tal finalidade, foi cogitada a utilização dos casos notificados à assessoria, mas que foram considerados casos de crianças expostas à sífilis materna, antes ou após a investigação, porém entendeu-se que este grupo não seria apropriado, já que não representaria a população total de casos de crianças consideradas como expostas à sífilis materna, visto que não há orientação para que sejam notificados esses casos. Todavia, é recomendável que seja realizada análise, para fins de comparação, com o grupo notificado de

crianças expostas ao menos em base amostral, pois é um grupo de expostos que não resultaram em casos.

Em busca de um grupo comparativo, realizou-se pesquisa ao Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), e obtivemos que a população de nascidos vivos, de mães residentes de Niterói, população de origem dos casos de SC analisados, no período de 2018 a 2019 foi de 12.150 (6.139 em 2018 e 6.011 em 2019). O número de nascidos vivos por faixa etária da mãe, no período de 2018 e 2019, foi de 63 (0,5%) de 10 a 14 anos, 1.268 (10,4%) de 15 a 19 anos, 4.969 (40,9%) de 20 a 29 anos, 5.220 (42,9%) de 30 a 39 anos e 630 (5,2%) de 40 anos ou mais (DATASUS, 2018, 2019).

Segundo a raça/cor da mãe, o número de RN acumulado foi de 5.651 (46,5%) de mães brancas, de mães pretas foram 1.255 (10,3%), pardas foram 5.098 (41,9%), indígenas 6 (0,1%), amarelas 30 (0,3%) e 110 (0,9%) ignorados (DATASUS, 2018, 2019).

Nascidos vivos segundo grau de instrução da mãe foram de 6 (0,1%) com nenhuma instrução, 104 (0,8%) com 1 a 3 anos de estudo, 4 a 7 anos 1.387 (11,4%), de 8 a 11 anos 5.679 (46,7%), 12 anos ou mais 4.943 (40,7%) e 31 (0,2%) ignorados no período (DATASUS, 2018, 2019).

Cabe salientar as diferenças reveladas na população geral de nascidos vivos e os casos notificados de sífilis congênita no município de Niterói no mesmo período, nas características: “faixa etária”, “raça/cor” e “escolaridade” selecionadas. Em síntese, no acumulado do período de 2018 e 2019, na população de nascidos vivos as mães eram mais frequentemente adultas (30 a 39 anos), brancas e com 8 a 11 anos de estudo, apontando que recém-nascidos de mães jovens, não brancas e com baixa escolaridade podem ter mais chance de ter o desfecho de sífilis congênita.

O pré-natal constitui-se em um momento estratégico para redução da prevalência da sífilis em gestantes e da prevenção da transmissão vertical, visto que é o momento ideal para tratar a mãe e sua parceria sexual, visando à diminuição dos casos de sífilis congênita (OMS, 2008; BRANCO, 2020).

Este estudo revelou que, no período estudado, houve uma frequência maior das mulheres que realizaram pré-natal, tiveram o diagnóstico de sífilis durante o pré-natal e um número de consultas maior que 7, corroborando com a população total de nascidos vivos no período, em relação ao número de consulta de pré-natal da mãe, na qual 104 (0,85%) não tiveram nenhuma consulta de pré-natal, de 1 a 3 consultas 340 (2,80%), de 4 a 6 consultas 1.701 (14%), 7 consultas ou mais 9.977 (82,12%) e 28 (0,23%) de ignorados no período (DATASUS, 2018, 2019).

Quando analisamos os dados no país, observamos que 81,7% das mães em 2018 e 83,1% em 2019 também realizaram pré-natal, 57,5% em 2018 e 58,6% em 2019 tiveram o diagnóstico de sífilis ainda no pré-natal, e 31,8% em 2018 e 31,5% em 2019 tiveram o diagnóstico no momento do parto/curetagem (BRASIL, 2020a).

Quando analisamos os casos no período estudado, vemos que houve uma alta prevalência de mães com tratamento inadequado durante o pré-natal, culminando na transmissão vertical. Logo, podemos identificar que houve falhas na qualidade da atenção à saúde dessas mães. Para chegarmos à conclusão a respeito da adequação ou não do tratamento, utilizamos dados do questionário de investigação no tocante ao caso ter sido considerado como cicatriz sorológica ou não, a data de realização e o resultado de teste rápido, data e título de VDRL, data de início de realização do tratamento e tratamento correto para estágio clínico da sífilis com penicilina benzatina.

Para fins de notificação, o tratamento da gestante não é mais considerado inadequado a partir unicamente de o tratamento não ter sido realizado ou ter sido realizado inadequadamente na sua parceria sexual, mas tendo em vista todo o contexto, o que diminuiu o número de casos considerados como sífilis congênita. No entanto, a falta ou inadequação do tratamento da parceria sexual infectada pode ser considerada o principal fator de falha em seu tratamento, assim como em outros estudos tem sido demonstrado, sendo um entrave para o controle efetivo da sífilis congênita (LORENZI; MADI, 2001; DONALÍSIO, 2007; FIGUEIRÓ-FILHO, 2007; TREVISAN, 2002). O pré-natal do parceiro é uma estratégia importante para a prevenção da sífilis congênita, momento este em que é possível detectar e tratar adequadamente a sífilis e assim evitar complicações para a mãe e o bebê, beneficiando o trinômio gestante-bebê-parceiro (HORTA, 2017).

Um estudo realizado em 2012, por Campos et. al., buscou analisar o perfil sociodemográfico e comportamental dos parceiros sexuais, a proporção daqueles inadequadamente tratados e os motivos da não realização do tratamento. Este trabalho mostrou que 75,0% dos parceiros foram comunicados do diagnóstico e 59,5% ficaram sabendo do resultado do exame de VDRL antes ou durante o pré-natal. Destes, 56,0% foram tratados e 42,8% foram considerados adequadamente tratados. Dentre os que não receberam tratamento, 63,6% se recusaram por não se sentir doentes, não acreditar no tratamento e/ou por medo de injeção. Outro ponto importante demonstrado foi que 25,0% das mulheres não revelaram o seu diagnóstico ao parceiro e os motivos alegados foram: desconhecer a importância do tratamento do parceiro (50,0%), não ter estado com este parceiro após o diagnóstico (42,9%) e estar brigada com o parceiro (7,1%).

No município de Niterói, em 2018, 9 (75,0%) dos 12 parceiros testados foram tratados, e em 2019 foram 20 (62,5%) dos 32 testados. As informações referentes aos parceiros têm se limitado à adequação ou não do tratamento recebido (HOLANDA, 2011), evidenciando a necessidade de estudos que busquem entender os aspectos envolvidos no não tratamento dessas parcerias.

Através do questionário de investigação, identificamos algumas justificativas para a não testagem ou não tratamento das parcerias, tais como óbito, a gestante não ter mais contato com a pessoa, a parceria ser privada de liberdade e a recusa ao tratamento. Todavia, o número de não testados e não tratados foi elevado nos dois anos, possibilitando a reinfeção da gestante. É fundamental para a cura da gestante que sejam traçadas estratégias para que a parceria sexual participe do pré-natal e assim possa contribuir para o fim deste agravo (OLIVEIRA, 2011).

Por efeito das falhas no tratamento da mãe durante o pré-natal, observamos que no período analisado, os recém-nascidos tiveram como critério para a definição de caso a “situação 1”, que consta na ficha de notificação de sífilis congênita, definida quando o recém-nascido, natimorto ou aborto de mulher com sífilis não é tratada ou teve tratamento inadequado.

No Brasil, aproximadamente 88,0% dos casos de sífilis congênita nasceram vivos em 2018 e 2019, e 2,5 e 2,8% foram natimortos (BRASIL, 2020a), dados semelhantes foram observados neste trabalho.

As vulnerabilidades mais prevalentes dos casos estudados, no período de 2018 e 2019, foram “família de baixa renda”, “usuárias de álcool e outras drogas”, “mudança frequente de domicílio” e “durante a gestação ter vivido em casa de familiares e/ou amigos”, e isto revela o quanto as questões de saúde vão além da área biomédica e enfrentam demandas sociais que muitas das vezes são barreiras para o avanço no combate a essa doença.

Deve-se atentar para o fato de que as vulnerabilidades reveladas tenham refletido na impossibilidade de tratamento adequado dessas mulheres, visto que os perfis das mães dos casos, revelados através deste estudo, são de mulheres jovens, pardas e de baixa escolaridade. Esses achados sugerem a existência de circunstâncias que estão fora do alcance decisório do indivíduo, tais como analfabetismo, escolaridade baixa, carência de renda e grande desigualdade social (DIMENSTEIN, 2020).

O correto manejo da sífilis materna, tanto para sua prevenção, diagnóstico e tratamento, perpassam pela responsabilidade do território sanitário de abrangência, pelos profissionais de saúde envolvidos e pela própria usuária do sistema, que deve ser esclarecida quanto a sua

condição, mas não limitado a isto, possuir capacidade física e social de corresponsabilização por sua saúde.

Convêm aqui resgatarmos algumas das respostas acerca das vulnerabilidades dessas mães respondidas no campo de resposta aberta “outras situações de vulnerabilidades”. Encontramos respostas como “parceiro envolvido no tráfico”, “gestante portadora de patologia psiquiátrica”, “desemprego” e “não sabia que estava grávida”. Essas respostas atestam o quão variável é cada caso e como as mais diversas situações colocam as mães dessas crianças em situação de vulnerabilidade.

Na tentativa de sintetizar e agrupar as conclusões de cada caso foi elaborada uma tabela e nomeada “conclusão dos casos”. A análise realizada demonstrou, através desta tabela, que existe uma diferença de conclusão entre os casos de sífilis congênita entre residentes do município de Niterói nos anos estudados. No ano de 2018, prevaleceram os casos que durante o pré-natal, tiveram na triagem testes diagnósticos reagentes e tratamento inadequado em 23,9% dos casos.

No mesmo ano, a Fundação Municipal de Saúde, através da Coordenadoria de Recursos Humanos, de acordo com o estabelecido no Edital nº 001/2017, realizou um Processo Seletivo Público Simplificado, que visava à contratação temporária de servidores para os serviços assistenciais de saúde e administrativos da Estratégia de Saúde da Família/ Programa Médico de Família, e convocou para a contratação os candidatos habilitados. Entre as categorias profissionais convocadas estavam médicos de família, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, dentistas, supervisor de saúde coletiva, entre outras (NITERÓI, 2017b).

Por ocasião da convocação dos candidatos aprovados no concurso, profissionais antigos na rede de assistência à saúde de Niterói saíram tanto por opção, quanto por não terem sido aprovados no concurso. E por outro lado, profissionais novos chegaram vindos de experiências em outros municípios. Quando pensamos na Estratégia Saúde da Família como uma prática que visa promover um estreitamento no relacionamento entre profissionais da saúde com a comunidade, isto através dos princípios da integralidade, vínculo e longitudinalidade do cuidado (GIOVANI, 2013), percebemos que a permanência desses profissionais na estratégia é essencial para o seu sucesso (CAMPOS, 2008).

Já em 2019, prevaleceram os casos de mães com testes diagnósticos reagentes no pré-natal, que obtiveram tratamento adequado, porém confirmaram sífilis congênita por outros critérios em 29,9% dos casos. Os recém-nascidos dessas mulheres, mesmo sem histórico de reinfecção e com tratamento adequado, foram considerados com sífilis congênita, pois

apresentaram alguma alteração após o nascimento como alguma sintomatologia, alteração de líquido ou de raio x de ossos longos.

Cabe ressaltar que, nos dois anos estudados, houve uma frequência elevada de casos que tiveram na triagem um diagnóstico reagente, foram tratadas adequadamente, porém com histórico ou evidências de reinfecção (21,7% em 2018 e 21,0% em 2019). Este achado nos leva a refletir a respeito do elevado número de não tratamento da parceria sexual das gestantes, mais uma vez mostrando a importância da participação da parceria sexual no pré-natal.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A utilização dos questionários de investigação como instrumento no processo de trabalho da vigilância da sífilis congênita, tem-se demonstrado decisivo para uma melhor avaliação e qualificação dos casos, tornando os dados inseridos no sistema de informação mais fidedignos e ainda viabilizando o processo de educação permanente dos profissionais de saúde. Portanto, incentiva-se o emprego desses questionários na rotina dos serviços de vigilância, bem como a capacitação para o preenchimento do mesmo por parte dos profissionais que estão envolvidos com a atenção ao pré-natal.

Para a assessoria de IST/AIDS e Hepatites virais de Niterói, propõe-se a criação de um instrumento que seja utilizado como um formulário de preenchimento informatizado e/ou online, no formato do questionário de investigação, em parcial ou completa substituição do atual questionário físico que é utilizado, tornando o processo de armazenamento dos dados advindos dos questionários mais ágil e informatizado, bem como a sua utilização para a produção de informação a partir de sua análise. Propõe-se ainda, que sejam feitos tratamentos epidemiológicos e estatísticos, para uma análise mais aprofundada dos dados, realizando periodicamente análises comparativas entre grupos com e sem o desfecho de sífilis congênita, como, por exemplo, utilizando a população de nascidos vivos residentes do município.

Uma das principais medidas de controle da sífilis congênita consiste na observação e no cumprimento do Protocolo de Assistência ao Pré-Natal da Atenção Básica, abrangendo os momentos antes da gravidez, durante a gravidez e no momento da internação para o parto ou curetagem por abortamento, ofertando à gestante uma assistência de pré-natal adequada, com diagnóstico precoce, tratamento adequado e oportuno, e seguimento pós-tratamento da sífilis materna, levando educação em saúde às gestantes a fim de aumentar a adesão ao pré-natal (TERTULIANO, 2017; CAMPOS *et al.*, 2010; MORORÓ *et al.* 2015; SOUSA *et al.*, 2014).

A testagem e o tratamento adequado da(s) parceria(s) sexual(is) da gestante, também constituem uma das medidas para o controle da doença, não devendo ser negligenciada pela gestão e pelos profissionais de saúde, buscando estratégias para sensibilizar esse grupo alvo quanto a sua participação ativa ainda no pré-natal visando à saúde e bem-estar do trinômio mãe-bebê-parceria sexual. Tendo em vista a alta frequência de reinfecção demonstrada neste estudo, apontamos a necessidade de que sejam realizados estudos que busquem entender as dificuldades relacionadas ao tratamento adequado, através de aspectos relacionados ao comportamento e perfil sociodemográfico dessas parcerias, pois poucos estudos têm focado neste tema (CAMPOS, 2012).

A eliminação da sífilis congênita depende da qualificação na assistência à saúde e do fortalecimento da atenção básica, através de educação permanente dos profissionais em saúde envolvidos no cuidado do pré-natal (TERTULIANO, 2017). Cabe aos serviços de vigilância contribuir para a capacitação continuada da rede de saúde, através de ações pontuais e mais específicas como treinamentos, reuniões e capacitações, como durante a rotina, através de contato via e-mail, telefone, ou pessoalmente discutindo casos específicos da unidade, por exemplo. Uma rede de saúde capacitada deve estar habilitada para garantir o acesso aos serviços e ações e à informação sobre prevenção, diagnóstico e tratamento, diminuindo as possíveis barreiras que existam.

A ocorrência de sífilis congênita está estreitamente relacionada a mulheres muito pobres ou com estilos de vida vulneráveis, podendo variar alguns fatores de risco específicos entre as diversas regiões do país e ao longo do tempo. Cada país, ou região, deve conhecer sua própria situação, e tornar seu sistema de saúde mais eficiente. Sem o conhecimento exato de onde se encontram as falhas, as ações de saúde podem perder o foco principal (KOMKA, 2007). No município de Niterói, ações como a ampliação da oferta de auxílio social, a interlocução com os serviços da Rede de Saúde Mental, com as equipes de redução de danos, da equipe do consultório na rua, deve ser realizada visando diminuir algumas das barreiras individuais e coletivas que foram demonstradas neste estudo.

Ressalta-se a importância da vigilância epidemiológica da sífilis congênita na atenção básica, o papel da Estratégia Saúde da Família, dos distritos sanitários e do nível central da Secretaria Municipal de Saúde, coletando dados e gerando informações de qualidade para a programação das ações municipais de controle, onde cada caso novo deve ser interpretado como uma falha no processo construído para sua eliminação. A ênfase da sífilis congênita enquanto problema de saúde pública, junto aos gestores e profissionais responsáveis pela assistência à saúde, é de fundamental importância na condução das decisões a serem tomadas (RODRIGUES, 2018, 2004).

Podemos concluir que a ocorrência da sífilis congênita é multifatorial, sendo necessário que as ações para o seu controle abarquem, não apenas questões relacionadas ao pré-natal e à gestante, mas ao contexto em que estes casos estão inseridos. Um olhar atento para as vulnerabilidades que foram relatadas permite visualizar os mais diversos aspectos que produzem o adoecimento, e assim, através da sensibilização dos gestores e profissionais da saúde, buscar por soluções para a eliminação deste agravo no município.

REFERÊNCIAS

ARAGÃO, Jamilly da Silva *et al.* Vulnerability associated with sexually transmitted infections in physically disabled people. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 3143-3152, 2016.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 14724**: informação e documentação: trabalhos acadêmicos: apresentação. 3. ed. Rio de Janeiro: ABNT, 2011.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 6024**: informação e documentação: numeração progressiva das seções de um documento: apresentação. Rio de Janeiro: ABNT, 2012.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 6027**: informação e documentação: sumário: apresentação. Rio de Janeiro: ABNT, 2003.

AVELLEIRA, João Carlos Regazzi; BOTTINO, Giuliana. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, v. 81, n. 2, p. 111-126, 2006.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita *et al.* O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**, v. 2, p. 121-144, 2003.

BATISTA, Ricardo dos Santos. O estigma da sífilis: Bahia, 1920-1930. **História: Debates e Tendências**, v. 21, n. 1, p. 100-119, 2021.

BENITO, Lincoln Agudo Oliveira; SOUZA, Warlei Nunes. Perfil epidemiológico da sífilis congênita no Brasil no período de 2008 a 2014. **Universitas: Ciências da Saúde**, v. 14, n. 2, 2016.

BRANCO, Thaís Jardim Teodoro *et al.* Perfil epidemiológico dos casos notificados de sífilis congênita no estado do Acre nos anos de 2009-2018. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 12, n. 9, p. e4347, 2020.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 18055-59, 20 set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Boletim Epidemiológico Sífilis**, n. esp., out. 2020a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis (IST)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020b.

BRASIL. Portaria nº 1.061, de 18 de maio de 2020c. Revoga a Portaria nº 264, de 17 de fevereiro de 2020, e altera a Portaria de Consolidação nº 4/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir a doença de Chagas crônica, na 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. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 97, 2020c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis (IST)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020d.

BRASIL. Portaria nº 264 de 17 de fevereiro de 2020e. Altera a Portaria de Consolidação n. 4/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 19 fev. 2020. Disponível em: <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-264-de-17-de-fevereiro-de-2020-244043656>. Acesso em: 10 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Boletim Epidemiológico de Sífilis**, n. esp., out. 2019a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical de hiv, sífilis e hepatites virais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. **Guia de Vigilância em Saúde**: volume único. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2019c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Boletim Epidemiológico Sífilis**, v. 49, n. 45, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais**: RENAME 2017. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação MS nº 4, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre os sistemas e os subsistemas do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 190, 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota informativa nº 2-SEI/2017-DIAHV/SVS/MS**. Altera os critérios de definição de caso para notificação de sífilis adquirida, sífilis em gestantes e sífilis congênita. Brasília: Ministério da Saúde, 2017c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/ Aids e

das Hepatites Virais. **protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical de HIV, sífilis e hepatites virais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Pesquisa de conhecimento, atitudes e práticas na população brasileira**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.012, de 19 de outubro de 2016. Aprova o Manual Técnico para o Diagnóstico da Sífilis e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 2016b.

BRASIL. Portaria nº 2.472 de 31 de agosto de 2010. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelecer fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Curso básico de vigilância epidemiológica em sífilis congênita, sífilis em gestante, infecção pelo HIV em gestantes e crianças expostas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 33, de 14 de julho de 2005. Inclui na relação de doenças de notificação compulsória no território nacional os casos suspeitos ou confirmados de Doença de Creutzfeldt - Jacob; Sífilis em Gestante; Síndrome Febril Íctero-hemorrágica Aguda; e Eventos Adversos Pós-Vacinação. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Protocolo de investigação de transmissão vertical**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Portaria nº 542, de 22 de dezembro de 1986. Inclui na relação de doenças de notificação compulsória no território nacional a sífilis congênita e a AIDS. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 19827, dez. 1986.

CAMPOS, Ana Luiza de Araújo *et al.* Epidemiologia da sífilis gestacional em Fortaleza, Ceará, Brasil: um agravamento sem controle. **Caderno de Saúde Pública**, v. 9, n. 26, p. 1747-1755, set. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v26n9/08.pdf>. Acesso em: 07 abr. 2021.

CAMPOS, Ana Luiza de Araújo *et al.* Sífilis em parturientes: aspectos relacionados ao parceiro sexual. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 34, n. 9, p. 397-402, 2012.

CAMPOS, Claudia Valentina de Arruda; MALIK, Ana Maria. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. **Revista de Administração Pública**, v. 42, n. 2, abr. 2008.

CAVALCANTE, Ana Egliny S. *et al.* Diagnóstico e Tratamento da Sífilis: uma Investigação com Mulheres Assistidas na Atenção Básica em Sobral, Ceará. **DST - Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, v. 24, n. 4, p. 239-245, 2012.

COMISSÃO NACIONAL DE INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS NO SUS - CONITEC. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical de HIV, sífilis e hepatites virais**. [S. l.: s. n.], 2020.

DATASUS. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos no Estado do Rio de Janeiro. **Tabnet Datasus**, 2018. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nvRJ.def>. Acesso em: 17 maio 2021.

DATASUS. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos no Estado do Rio de Janeiro. **Tabnet Datasus**, 2019. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nvRJ.def>. Acesso em: 17 maio 2021.

DIMENSTEIN, Magda; CIRILO NETO, Maurício. Conceptual approaches to vulnerability in health and social care. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, v. 15, n. 1, p. 1-17, 2020.

DONALÍSIO MR, FREIRE JB, MENDES ET. Investigação da sífilis congênita na microrregião de Sumaré, Estado de São Paulo, Brasil: desvelando a fragilidade do cuidado à mulher gestante e ao recém-nascido. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 16, n. 3, p.165-173, 2007.

FIGUEIREDO, Gustavo de Oliveira *et al.* Discussão e construção da categoria teórica de vulnerabilidade social. **Cadernos de Pesquisa**, v. 47, n. 165, p. 796-818, 2017.

FIGUEIRÓ-FILHO, Ernesto Antonio *et al.* Sífilis congênita como fator de assistência pré-natal no município de Campo Grande–MS. **DST - Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, v. 19, n. 3-4, p. 139-43, 2007.

FIGUEIRÓ-FILHO, Ernesto Antonio *et al.* Sífilis e gestação: estudo comparativo de dois períodos (2006 e 2011) em população de puérperas. **DST - Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, v. 24, n. 1, p. 32-37, 2012.

FONTES, Miguel Barbosa *et al.* Determinant factors of knowledge, attitudes and practices regarding STD/AIDS and viral hepatitis among youths aged 18 to 29 years in Brazil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 1343-1352, 2017.

GIOVANI, Miriam Suzi Paro; VIEIRA, Camila Mugnai. Longitudinalidade do cuidado diante da rotatividade de profissionais na Estratégia Saúde da Família. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, v. 7, n. 4, 2013.

GRIEBELER, Ana Paula Dhein. **A concepção social da sífilis no Brasil**: uma releitura sobre o surgimento e a atualidade. 2009. 71 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde Pública) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/17934/000725339.pdf>. Acesso em: 07 abr. 2021.

GUINSBURG, Ruth *et al.* Critérios diagnósticos e tratamento da sífilis congênita. Documento Científico–Departamento de Neonatologia. **Sociedade Brasileira de Pediatria**, v. 20, 2010.

HOLANDA, Maria Tereza Costa Gomes de *et al.* Perfil epidemiológico da sífilis congênita no Município do Natal, Rio Grande do Norte-2004 a 2007. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 20, n. 2, p. 203-212, 2011.

HORTA, Heloisa Helena Lemos *et al.* Pré-natal do parceiro na prevenção da sífilis congênita. **Revista de APS**, v. 20, n. 4, 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Estimativas da população residente com data de referência 1º de julho de 2020. **IBGE**, 2020. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/rj/niteroi.html?>. Acesso em: 18 maio 2021.

KOMKA, Maria Regina; LAGO, Eleonor Gastal. Sífilis congênita: notificação e realidade. **Scientia Medica**, v. 17, n. 4, p. 205-211, out./dez. 2007.

LORENZI, Dino Roberto Soares; MADI, José Mauro. Sífilis congênita como indicador de assistência pré-natal. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 23, n. 10, p. 647-652, 2001.

MACÊDO, Vilma Costa de *et al.* Risk factors for syphilis in women: case-control study. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, p. 78, 2017.

MORORÓ, Raquel Martins *et al.* A percepção dos enfermeiros da estratégia de saúde da família acerca do seguimento da sífilis congênita. **Revista Saúde.Com**, v. 2, n. 11, p. 291-302, set. 2015. Disponível em: <https://periodicos2.uesb.br/index.php/rsc/article/view/369>. Acesso em: 06 abr. 2021.

NITERÓI. Prefeitura Municipal de Niterói. **Plano municipal de saúde 2018-2021**. Niterói: Prefeitura Municipal, 2017a. Disponível em: <http://www.saude.niteroi.rj.gov.br/extras/Plano%20Municipal%20de%20Sa%C3%BAde%202018-2021%20vers%C3%A3o%20final%20aprovado%20CMS%2020mar2018%20-%20com%20altera%C3%A7%C3%A3o.pdf>. Acesso em: 05 abr. 2021.

NITERÓI. Fundação Municipal de Saúde. Processo Seletivo Público Simplificado. Edital do Concurso Público N. 001/2017. **Diário Oficial do Município de Niterói**, 03 ago. 2017b.

OLIVEIRA, Dayanne Rakelly de; FIGUEIREDO, Mayanne Santana Nóbrega de. Abordagem conceitual sobre a sífilis na gestação e o tratamento de parceiros sexuais. **Enfermagem em Foco**, v. 2, n. 2, p. 108-111, 2011.

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

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS. **Orientação global sobre critérios e processos de validação: eliminação da transmissão vertical do HIV e da sífilis**. Genebra: OMS, 2014.

OVIEDO, Rafael Antônio Malagón; CZERESNIA, Dina. O conceito de vulnerabilidade e seu caráter biossocial. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 19, n. 53, p. 237-250, 2015.

OZELAME, Joice Élica Espindola Paes *et al.* Vulnerabilidade à sífilis gestacional e congênita: uma análise de 11 anos. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 28, p. 50487, 2020.

PAZ, Leidijany *et al.* Vigilância epidemiológica da sífilis congênita no Brasil: definição de casos. **Boletim Epidemiológico AIDST**, v. 1, n. 1, 2004.

PEELING, R. W. *et al.* Syphilis. **Nature Reviews Disease Primers**, 2017.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria de Estado de Saúde. Subsecretaria de Vigilância em Saúde. **Nota técnica SVS nº 11/2019**. Dispõe sobre os critérios de definição de caso de Sífilis Adquirida, Sífilis em Gestante e Sífilis Congênita apresentados na Nota Informativa nº 2-SEI/2017-DIAHV/SVS/MS. Rio de Janeiro: Secretaria de Estado de Saúde, 2019.

RODRIGUES, Celeste S.; GUIMARÃES, Mark D. C. Positividade para sífilis em puérperas: ainda um desafio para o Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 16, p. 168-175, 2004.

RODRIGUES, Paulo Henrique Almeida; COSTA, Roberta Dorneles Ferreira da; KISS, Catalina. A evolução recente da indústria farmacêutica brasileira nos limites da subordinação econômica. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 28, p. e280104, 2018.

RODRIGUES, Thaíse Almeida *et al.* Cartão da gestante como instrumento para continuidade da assistência à saúde: revisão integrativa da literatura. **Enfermería actual en Costa Rica**, n. 40, 2021.

ROUQUAYROL, Maria Zélia; GURGEL, Marcelo. **Epidemiologia e saúde**. 7. ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2013. 736 p.

SANTOS, Naila Janilde Seabra. Mulher e negra: dupla vulnerabilidade às DST/HIV/aids. **Saúde e Sociedade**, v. 25, n. 3, p. 602-618, 2016.

SARACENI, Valeria *et al.* Vigilância epidemiológica da transmissão vertical da sífilis: dados de seis unidades federativas no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 41, 2017.

SARACENI, Valéria *et al.* Estudo de confiabilidade do SINAN a partir das Campanhas para a Eliminação da Sífilis Congênita no Município do Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 8, N. 4, p. 419-424, 2005a.

SARACENI, Valéria *et al.* Mortalidade perinatal por sífilis congênita: indicador da qualidade da atenção à mulher e à criança. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n. 4, p. 1244-1250, 2005b.

SILVA, Camila Ribeiro *et al.* Dificuldade de acesso a serviços de média complexidade em municípios de pequeno porte: um estudo de caso. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p.1109- 1120, abr. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.27002016>.

SILVA, Leila Rangel da; SANTOS, Rosângela da Silva. O que as mães sabem e sentem sobre a sífilis congênita: um estudo exploratório e suas implicações para a prática de enfermagem. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 8, n. 3, p. 333-401, dez. 2004. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/1277/127718062010.pdf>. Acesso em: 04 abr. 2021.

SILVA, Neuzianne de Oliveira *et al.* **Análise comparativa das reações locais à aplicação intramuscular de Penicilina G Benzatina nas regiões ventroglútea e dorsoglútea**. 2014. 113 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem e Farmácia, Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2014.

SOUSA, Deise Maria do Nascimento *et al.* Sífilis congênita: reflexões sobre um agravo sem controle na saúde mãe e filho. **Revista de Enfermagem UFPE**, v. 1, n. 8, p. 160-165, jan. 2014. Disponível em: http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/10679/1/2014_art_lloliveira.pdf. Acesso em: 06 abr. 2021.

SOUZA, Fábila Lisboa. **A vigilância da sífilis congênita no município de Niterói em 2015: discussão da importância da investigação dos casos**. 2017. Monografia (Especialização em Gestão Política de DST, Aids, Hepatites Virais e Tuberculose) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2017.

TERTULIANO, Gisele Cristina; PORTAL, Michelle Almeida de Souza. O perfil de nascidos vivos com sífilis congênita precoce na adesão à terapêutica de seguimento. **Boletim da Saúde**, v. 26, n. 2, p. 71-81, jul./dez. 2017.

TREVISAN, Maria do Rosário *et al.* Perfil da assistência pré-natal entre usuárias do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 24, n. 5, p. 293-299, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Draft global health sector strategies: sexually transmitted infections, 2016–2021**. [S. l.: s. n.], 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION *et al.* **WHO guidelines for the treatment of *Treponema pallidum* (syphilis)**. Geneva: WHO, 2016.

ANEXOS

ANEXO A – FICHA DE NOTIFICAÇÃO/INVESTIGAÇÃO DE SÍFILIS CONGÊNITA

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO FICHA DE NOTIFICAÇÃO / INVESTIGAÇÃO SÍFILIS CONGÊNITA		Nº					
Definição de caso:									
Situação 1: Todo recém-nascido, natimorto ou aborto de mulher com sífilis ^a não tratada ou tratada de forma não adequada ^{b,c} .									
a Ver definição de sífilis em gestante (situações 1, 2 ou 3).									
b Tratamento adequado: tratamento completo para estágio clínico da sífilis com penicilina benzatina, INICIADO até 30 dias antes do parto. Gestantes que não se enquadrem nesses critérios serão consideradas como tratadas de forma não adequada.									
c Para fins de notificação de caso de sífilis congênita, não se considera o tratamento da parceira sexual da mãe.									
Situação 2^d: Toda criança com menos de 13 anos de idade com pelo menos uma das seguintes situações:									
- Manifestação clínica, líquórica ou radiológica de sífilis congênita E teste não treponêmico reagente;									
- Títulos de teste não treponêmicos do lactente maiores do que os da mãe, em pelo menos duas diluições de amostras de sangue periférico, coletadas simultaneamente no momento do parto;									
- Títulos de testes não treponêmicos ascendentes em pelo menos duas diluições no seguimento da criança exposta ^e ;									
- Títulos de testes não treponêmicos ainda reagentes após seis meses de idade, em criança adequadamente tratada no período neonatal;									
- Testes treponêmicos reagentes após 18 meses de idade, sem diagnóstico prévio de sífilis congênita.									
d Nessa situação, deve ser sempre afastada a possibilidade de sífilis adquirida e seguimento da criança exposta: 1, 3, 6, 12 e 18 meses de idade.									
Situação 3: Evidência microbiológica ^f de infecção pelo <i>Treponema pallidum</i> em amostra de secreção nasal ou lesão cutânea, biópsia ou necropsia de criança, aborto ou natimorto.									
f Detecção do <i>Treponema pallidum</i> por meio de exames diretos por microscopia (de campo escuro ou com material corado).									
Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual					
	2	Agravado/ença		SÍFILIS CONGÊNITA					
	3	Código (CID10)		A 5 0.9					
	3	Data da Notificação							
Dados Gerais	4	UF	5	Município de Notificação					
	6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código					
	7	Data do Diagnóstico							
Notificação Individual	8	Nome do Paciente		9	Data de Nascimento				
	10	(ou) idade	11	Sexo M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminina <input type="checkbox"/> 1 - Ignorado	12	Gestante <input type="checkbox"/>			
	13	Raça/Cor		6	10				
	14	Escolaridade		10 - Não se aplica	10				
	15	Número do Cartão SUS		16	Nome da mãe				
Dados de Residência	17	UF	18	Município de Residência	Código (IBGE)	19	Distrito		
	20	Bairro		21	Logradouro (rua, avenida, ...)	Código			
	22	Número		23	Complemento (apto., casa, ...)	24	Geo campo 1		
	25	Geo campo 2		26	Ponto de Referência	27	CEP		
	28	(DDD) Telefone		29	Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	30	Pais (se residente fora do Brasil)		
	Dados Complementares								
	Antecedentes Epi. da gestante / mãe	31	Idade da mãe		32	Raça/Cor da mãe		33	Ocupação da mãe
		34	Escolaridade						
36		Realizou Pré-Natal nesta gestação		36	UF	37	Município de Realização do Pré-Natal		
38		Unidade de Saúde de realização do pré-natal		Código (IBGE)					
Dados de Lab. da gestante / mãe	39	Diagnóstico de sífilis materna							
	40	Teste não treponêmico no parto/curetagem		41	Título		42	Data	
	43	Teste treponêmico no parto/curetagem							
Trat. da gestante / mãe	44	Esquema de tratamento		45	Data do Início do Tratamento		46	Parceiro(s) tratado(s) concomitantemente a gestante	
	1 - Adequado 2 - Inadequado 3 - Não realizado 9 - Ignorado		1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado						

Sífilis Congênita SINAN NET SVS 04/08/2008

Aut. Epidem. da Criança	47 UF	48 Município de nascimento / aborto / natimorto	Código (IBGE)	49 Local de Nascimento (Maternidade/Hospital)	Código
Dados de Laboratório da Criança	50 Teste não treponêmico - Sangue Periférico 1-Reagente 2-Não reagente 3-Não realizado 9-Ignorado			51 Título 1:	52 Data
	53 Teste treponêmico (após 18 meses) 1-Reagente 2-Não reagente 3-Não realizado 4 - Não se aplica 9-Ignorado				54 Data
	55 Teste não treponêmico - Líquor 1-Reagente 2-Não reagente 3-Não realizado 9-Ignorado			56 Título 1:	57 Data
	58 Titulação ascendente 1 - Sim 2 - Não 3 - Não realizado 9-Ignorado			59 Evidência de <i>Treponema pallidum</i> 1 - Sim 2 - Não 3 - Não realizado 9-Ignorado	
	60 Alteração Líquórica 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		63 Presença de sinais e sintomas		
	1 - Assintomático 3 - Não se aplica 2 - Sintomático 9 - Ignorado		1 - Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9 - Ignorado <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		4 - Outro esquema _____		
Evolução	65 Evolução do Caso				66 Data do Óbito
	1 - Vivo 2 - Óbito por sífilis congênita 3 - Óbito por outras causas 4 - Aborto 5 - Natimorto 9 - Ignorado				
Observações Adicionais:					
Investigador	Município / Unidade de Saúde				Código da Unid. de Saúde
	Nome	Função		Assinatura	
<p>OBSERVAÇÕES PARA O PREENCHIMENTO</p> <p>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.</p> <p>10 - Idade: anotar a idade somente se a data de nascimento for desconhecida. Em caso de Aborto será colocado 00 e 1-Hora.</p> <p>43 e 53 - FTA-Abs (Teste de anticorpos treponêmicos fluorescentes com absorção), MHA-TP (Ensaio de microhemaglutinação), TPHA (Ensaio de hemaglutinação para <i>Treponema pallidum</i>), ELISA (Ensaio imunossorvente ligado à enzima), teste imunológico com revelação quimioluminescente e suas derivações, TPPA (Ensaio de aglutinação passiva de partículas para <i>Treponema pallidum</i>), e testes rápidos treponêmicos: indicados para o diagnóstico da sífilis em gestantes e crianças maiores de 18 meses. O teste rápido, especialmente no momento do parto, é indicado como preferencial, de acordo com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para a Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais.</p> <p>44 - Esquema de Tratamento da mãe: Esquema de Tratamento Adequado: É todo tratamento completo para estágio clínico da sífilis com penicilina benzatina, INICIADO até 30 dias antes do parto. Gestantes que não se enquadrarem nesses critérios serão consideradas como tratadas de forma não adequada.</p> <p>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 ao estágio clínico da sífilis; ou tratamento iniciado com menos de 30 dias antes do parto.</p> <p>53 - Refere-se ao resultado do teste treponêmico realizado após os 18 meses de idade da criança. Informar - Não se aplica - quando a idade da criança for menor que 18 meses. Resultados reagentes em testes realizados em amostras de criança com idade inferior a 18 meses devem ser sempre analisados juntamente com os resultados dos testes executados em amostra da mãe, pois é necessário considerar a possibilidade de transferência de anticorpos IgG maternos ao feto.</p> <p>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 1 mês, 3, 6, 12 e 18 meses).</p> <p>59 - Evidência de <i>T. pallidum</i> - Detecção do <i>Treponema pallidum</i> por meio de exames diretos por microscopia (de campo escuro ou com material corado) em amostra de secreção nasal ou lesão cutânea, biópsia ou necropsia de criança, aborto ou natimorto.</p> <p>60 - Alteração líquórica - Informar detecção de alterações na celularidade e/ou proteínas ou outra alteração específica no líquor da criança;</p> <p>63 - Em relação ao tratamento da criança com sífilis congênita consultar o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais.</p> <p>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 20 semanas de gestação ou com peso menor ou igual a 500 gramas. Considera-se Natimorto - todo feto morto, após 20 semanas de gestação ou com peso maior que 500 gramas.</p>					
Sífilis Congênita		Sinan NET		SVS 04/08/2008	

ANEXO B – QUESTIONÁRIO ENVIADO ÀS UNIDADES DE REFERÊNCIA

INVESTIGAÇÃO DA SÍFILIS CONGÊNITA (informações do prontuário, visita domiciliar, contato com familiares e profissionais)

1. Unidade de Investigação: _____ 3.Data de
Investigação __/__/____

4.QUESTIONÁRIO PREENCHIDO POR:

5.Data de Notificação: __/__/____ 6.SINAN(preenchimento COVIG):

7.Unidade de Notificação:

DADO DA MÃE

9. Nome: _____ 10.Cartão SUS:

11. Data de Nascimento: __/__/____ 12. Idade da mãe no parto: _____ anos

13. Estado civil/conjugal:

- Solteira
- Casada/união estável/morando junto com o parceiro
- Divorciada/separada
- Viúva
- Ignorado

14. Escolaridade:

- Analfabeta
- 1ª a 4ª série incompleta do Ensino Fundamental (antigo primário ou 1º grau)
- 4ª série completa do Ensino Fundamental (antigo primário ou 1º grau)
- 5ª a 8ª série incompleta do Ensino Fundamental (antigo ginásio ou 1º grau)
- Ensino Fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau)
- Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau)
- Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau)

- Educação superior incompleta
 Educação superior completa ou mais
 Ignorado

Ocupação: _____

15. Raça/cor da mãe:

- Branca
 Preta
 Amarela
 Parda
 Indígena
 ignorada

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA

16. Tipo de investigação: Nascido vivo Aborto Natimorto

17. Nome: _____

18. Data de nascimento/aborto/natimorto: __/__/____

19. Sexo: (F - Feminino, M - Masculino, I – Ignorado)

20. Número do Cartão SUS: _____

21. UF: _____ **22.** Município: _____ **23.** Bairro: _____

24. Logradouro: _____ **25.** Número: _____

26. Complemento: _____ **27.** CEP: _____ - _____

ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS DA MÃE

28. Comportamentos de risco e situações de vulnerabilidades vivenciadas pela mãe, durante a gestação da criança em investigação: **(1 - Sim, 2 - Não, 9 - Ignorado)**

- Durante a gestação, vivendo em situação de rua
- Durante a gestação, sem moradia, vivendo em casa de familiares/amigos
- Durante a gestação, vivendo em albergue/cortiço
- Mudança frequente de domicílio/residência
- Sofreu abuso/violência sexual
- Sofreu violência doméstica física ou verbal
- Mantida em cárcere privado (domiciliar) durante a gestação
- Usuária de “crack”
- Usuária de álcool (+ de uma lata de cerveja ou dose/dia)
- Usuária de outro tipo de droga. Especifique: _____
- Privada de liberdade (presidiária)
- Parceira de presidiário
- Profissional do sexo
- Múltiplas parcerias sexuais (mais de um parceiro na gestação da criança em investigação)
- Imigrante. De onde? _____ Há quanto tempo? _____
- Família de baixa renda
- Outras situações de vulnerabilidade. Especifique: _____

29. Número de gestações anteriores: _____ **30.** Número de nascidos vivos: _____

31. Número de natimortos: _____ **32.** Número de abortos: _____

33. Momento do diagnóstico de sífilis materna:

- Durante o pré-natal
- Durante o parto
- Durante curetagem
- Após o parto
- Desconhecido

34. Presença de infecções associadas nesta gestação: (1 - Sim, 2 - Não, 9 - Ignorado)

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> HIV | <input type="checkbox"/> Zika Vírus |
| <input type="checkbox"/> Hepatite B | <input type="checkbox"/> Toxoplasmose |
| <input type="checkbox"/> Hepatite C | <input type="checkbox"/> Dengue |
| <input type="checkbox"/> Infecção Urinária | <input type="checkbox"/> Chikungunya |

35. Antecedente de transmissão vertical. Possui outros filhos com: (1 - Sim, 2 - Não, 9 - Ignorado)

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Infecção pelo HIV | <input type="checkbox"/> Hepatite C |
| <input type="checkbox"/> Sífilis congênita | <input type="checkbox"/> Toxoplasmose |
| <input type="checkbox"/> Hepatite B | <input type="checkbox"/> Microcefalia |

36. No caso de o diagnóstico materno de sífilis ter sido realizado no parto/puerpério, qual foi o motivo?

(1 - Sim, 2 - Não, 9 - Ignorado)

- Não fez pré-natal
- Fez pré-natal e não foi solicitado teste para sífilis
- Fez pré-natal, foi solicitado teste para sífilis, mas houve falha no fluxo do serviço.

Especifique: _____

- Fez pré-natal, foi solicitado teste para sífilis, mas houve falha no fluxo do laboratório.

Especifique: _____

- Erro de diagnóstico (falha no entendimento - profissional de saúde considerou “cicatriz sorológica”).
- Teste rápido para sífilis não disponível na Unidade de Saúde
- Outro. Especifique: _____

PRÉ-NATAL

37. Realização de pré-natal: Sim Não

38. Motivo(s) da não realização do pré-natal: (1 - Sim, 2 - Não, 9 - Ignorado)

- Desconhece a importância do pré-natal
- Muda com frequência de endereço
- Trabalha e não teve tempo

- Trabalha e o empregador não deixou
- Acha que não precisava, porque já tinha experiência em gestação anterior
- Parceiro não deixou
- Privada de liberdade (presidiária) sem acesso ao serviço de pré-natal
- Mantida em cárcere privado
- Local muito distante, não tinha dinheiro para ir ao pré-natal
- Dificuldade no acesso (demora) para agendar consulta no pré-natal ou na unidade de referência
- Unidade de Saúde não realiza teste para gravidez
- Unidade de Saúde exigiu a presença de um responsável, porque a mãe era menor de 18 anos, durante a gestação da criança em investigação
- Outro. Especifique: _____

39. Pré-natal realizado em:

- Unidade Básica de Saúde do SUS
- Serviço de referência
- Serviço de Saúde Suplementar (Convênio/Plano de Saúde). Informar:

Nome do Convênio/Plano: _____

Nome do Médico do convênio: _____

CRM do médico: _____

- Consultório Médico Particular. Informar:

Nome do médico: _____

CRM do médico: _____

Local do pré-natal:

40.UF:_____ **41.**Município:_____

42.Unidade de Saúde: _____

44. Idade gestacional na 1ª consulta de pré-natal (em semanas):_____(Ign - 99)

45. Número total de consultas no pré-natal (médico e enfermagem):_____(Ign - 99)

46. Em caso de usuária faltosa ou de abandono do pré-natal, foi realizado contato/busca ativa da gestante?

Sim

Não. Por quê? _____

47. Motivo(s) do abandono do pré-natal: (1 - Sim, 2 - Não, 9 - Ignorado)

Desconhece a importância do pré-natal

Muda com frequência de endereço

Trabalha e não teve tempo

Trabalha e o empregador não deixou

Acha que não precisava, porque já tinha experiência em gestação anterior

Parceiro não deixou

Privada de liberdade (presidiária) sem acesso ao serviço de pré-natal

Mantida em cárcere privado

Local muito distante, não tinha dinheiro para ir ao pré-natal

Dificuldade no acesso (demora) para agendar consulta no pré-natal ou na unidade de referência

Unidade de Saúde exigiu a presença de um responsável, porque a mãe era menor de 18 anos, durante a gestação da criança em investigação

Outros. Especifique: _____

48. O parceiro¹ foi chamado para o pré-natal (“Pré-natal do parceiro” ou “Pré-natal do homem”)?

Sim

Não. Por quê? _____

¹**Parceiro** – Parceiro sexual da mãe durante a gestação da criança em investigação.

49. Estado sorológico e/ou clínico do parceiro¹ durante a gestação da criança em investigação:

Sorologia não reagente para sífilis

Caso de sífilis não tratada.

Informar o(s) motivo(s): _____

Caso de sífilis tratada

Qual droga? _____

Quantas doses? _____ Data: __/__/____ Data: __/__/____ Data: __/__/____

Parceiro conhecido e não testado. Por quê? _____

Parceiro sem contato com a família/desconhecido

50. Qual a forma clínica da sífilis materna, durante a gestação da criança em investigação?

- Primária
- Secundária
- Latente precoce
- Latente tardia
- Latente duração indeterminada
- Terciária

51. Durante o pré-natal, foi realizado tratamento materno para prevenir a transmissão vertical da sífilis?

- Sim
- Não

52. Qual esquema de tratamento foi REALIZADO pela mãe da criança em investigação?

- Penicilina benzatina 2.400.000UI **53.**Data: __/__/__
- Penicilina benzatina 4.800.000UI **53.**Data: __/__/__ **54.**Data: __/__/__
- Penicilina benzatina 7.200.000UI **53.**Data: __/__/__ **54.**Data: __/__/__ **55.**Data: __/__/__
- Outro medicamento. Por quê? _____

Qual droga? _____

Por quanto tempo: _____(dias) Data: __/__/__

56. Se houve falta/abandono do tratamento, foi realizada busca da gestante?

- Sim
- Não. Por quê? _____

57. Se a mãe não fez tratamento para sífilis, informar o(s) motivo(s): **(1 - Sim, 2 - Não, 9 - Ignorado):**

- Sorologias para sífilis não realizadas
- Atraso nos resultados das sorologias
- Medicamento não disponível no serviço
- Medicamento não prescrito
- Medicamento não administrado, apesar da prescrição e disponibilidade no serviço
- Gestante não aderente ao tratamento/faltosa
- Recusa da gestante ao tratamento
- Profissional de saúde considerou resultado do teste para sífilis como “cicatriz sorológica”

- () Serviço não aplica penicilina benzatina na rotina
- () Paciente encaminhada para outro serviço para receber penicilina benzatina e não compareceu
- () Gestante alérgica a penicilina, não realizou dessensibilização (falta local de referência)
- () Iniciou o pré-natal no final da gestação/realizou apenas uma consulta
- () Outros motivos. Especifique: _____

Estado sorológico da mãe, durante a gestação da criança em investigação: **(1- Reagente, 2 – Não reagente, 3 - Não realizado, 9 - Ignorado)**

59. () 1º Teste Treponêmico (Teste rápido) 60.Data coleta: __/__/____
61. () 2º Teste Treponêmico (Teste rápido) 62.Data coleta: __/__/____
63. () 1º Teste Treponêmico (FTA-ABS, ELISA, TPHA, CMIA) 64.Data coleta: __/__/____ 65.Data entrega: __/__/____
66. () 2º Teste Treponêmico (FTA-ABS, ELISA, TPHA, CMIA) 67.Data coleta: __/__/____ 68.Data entrega: __/__/____
69. () 1º Teste não Treponêmico (VDRL, RPR) 72.Título 1:_____ 70.Data coleta: __/__/____
- 71.Data entrega: __/__/____
73. () 2º Teste não Treponêmico (VDRL, RPR) 76.Título 1:_____ 74.Data coleta: __/__/____
- 75.Data entrega: __/__/____
77. () 3º Teste não Treponêmico (VDRL, RPR) 80.Título 1:_____ 78.Data coleta: __/__/____
- 79.Data entrega: __/__/____
81. () 4º Teste não Treponêmico (VDRL, RPR) 84.Título 1:_____ 81.Data coleta: __/__/____
- 82.Data entrega: __/__/____
85. () Último teste não Treponêmico antes do parto (VDRL, RPR) 88.Título 1:_____ 86.Data coleta: __/__/____
- 87.Data entrega: __/__/____

(Preencher o último exame de VDRL quando a gestante realizou mais de 4 exames de VDRL na gestação em investigação)

PARTO

- 89.Unidade de Saúde:_____
- 91.UF:_____ 92.Município:_____

93. Parto realizado em:

- Serviço Público (SUS)
- Serviço de Saúde Suplementar (Convênio/Plano de Saúde)
- Serviço Privado Particular
- Domicílio
- Trânsito/percurso (no deslocamento para serviço de saúde)

94. Peso da criança ao nascer: _____gramas

95. Idade gestacional da criança ao nascer: _____semanas

Resultado do teste não treponêmico da mãe, no momento do parto: **(1 - Reagente, 2 - Não reagente, 3 - Não realizado, 9 - Ignorado)**

96. VDRL/RPR **97.**Título 1:_____ **98.**Data: __/__/____

Resultado do teste não treponêmico de sangue periférico e líquido do recém-nascido:

(1 - Reagente, 2 - Não reagente, 3 - Não realizado, 9 - Ignorado)

99. VDRL/RPR(sangue periférico) **100.**Título 1:_____ **101.**Data: __/__/____

102. VDRL/RPR (líquor) **103.**Título 1:_____ **104.**Data: __/__/____

105. Há presença de alteração no líquido?

- Sim. Celularidade:_____leucócitos/mm³ Proteínas: _____mg/dL
- Não

106. Foi realizado RX de ossos longos no recém-nascido?

- Sim.
- Não

107. Resultado do RX:

- Sim.
- Não

108. Motivos da não realização de exames complementares (RX de ossos longos, VDRL no sangue periférico e líquido) no recém-nascido: **(1 - Sim, 2 - Não, 9 - Ignorado)**

- Não havia médico para colher líquido
- Laboratório da maternidade não realiza exame VDRL
- Maternidade não faz RX de ossos longos
- Não havia profissional para interpretar o RX de ossos longos
- Aparelho de RX quebrado
- Médico não solicitou o exame
- Mãe não fez diagnóstico de sífilis
- Recém-nascido com VDRL não reagente
- Mãe com história de sífilis tratada adequadamente durante a gestação
- Outro(s). Especifique: _____

109. Foi realizado tratamento para sífilis no recém-nascido?

- Penicilina G cristalina 100.000 a 150.000 UI/Kg/dia, durante 10 dias
- Penicilina G procaína 50.000 UI/Kg/dia, durante 10 dias
- Penicilina G benzatina 50.000 UI/kg, dose única
- Outro esquema com penicilina. Especifique: _____
- Outro medicamento. Por quê? _____

Qual droga? _____

Por quanto tempo? _____ (dias) Data: __/__/____

- Não realizado

110. Motivos da não utilização das medidas terapêuticas para a sífilis no recém-nascido: **(1 - Sim, 2 - Não, 9 - Ignorado)**

- Medicamento (penicilina) não disponível na maternidade
- Mãe não realizou sorologia para sífilis no parto
- Recém-nascido não realizou teste não treponêmico
- Teste não treponêmico no recém-nascido não reagente
- Recusa da mãe em medicar a criança
- Outros motivos. Especifique: _____

PUERICULTURA

(seguimento da criança após o parto)

111. Unidade de Saúde do acompanhamento da criança: _____

113. UF: _____ **114.** Município: _____

115. Acompanhamento realizado em:

() Unidade Básica de Saúde do SUS

() Serviço de referência

() Serviço de Saúde Suplementar (Convênio/Plano de Saúde). Informar:

Nome do Convênio/Plano: _____

Nome do Médico do convênio: _____

CRM do médico: _____

() Consultório Médico Particular. Informar:

Nome do médico: _____

CRM do médico: _____

116. Data da primeira consulta da criança na Unidade de acompanhamento: ____/____/____

117. Em caso de não comparecimento à Unidade de acompanhamento ou abandono do serviço durante o seguimento, foi realizada busca da criança?

() Sim

() Não. Por quê? _____

Avaliações realizadas: **(1 - Sim, 2 - Não, 9 - Ignorado)**

118.() Neurológica **119.**() Alterada **120.**Data: ____/____/____

121.() Auditiva **122.**() Alterada **123.**Data: ____/____/____

124.() Oftalmológica **125.**() Alterada **126.**Data: ____/____/____

127.() Líquórica de seguimento, no caso de líquido alterado e/ou com VDRL reagente na maternidade.

128.Data: ____/____/____ Data: ____/____/____

Se não realizadas as avaliações, informar o(s) motivo(s): _____

Resultados dos testes não treponêmicos da criança durante o seguimento: **(1 - Reagente, 2 - Não reagente, 3 - Não realizado, 9 - Ignorado)**

129.() VDRL/RPR com 1 mês de idade **130.**Título 1: _____ **131.**Data: ____/____/____

132.() VDRL/RPR com 3 meses de idade **133.**Título 1: _____ **134.**Data: ____/____/____

135.() VDRL/RPR com 6 meses de idade **136.**Título 1: _____ **137.**Data: ____/____/____

138.() VDRL/RPR com 12 meses de idade **139.**Título 1: _____ **140.**Data: ____/____/____

141.() VDRL/RPR com 18 meses de idade **142.**Título 1: _____ **143.**Data: ____/____/____

144. Teste treponêmico: (após 18 meses de idade)

- Reagente
- Não reagente
- Não realizado
- Desconhecido

Se não realizado, informar o(s) motivo(s): _____

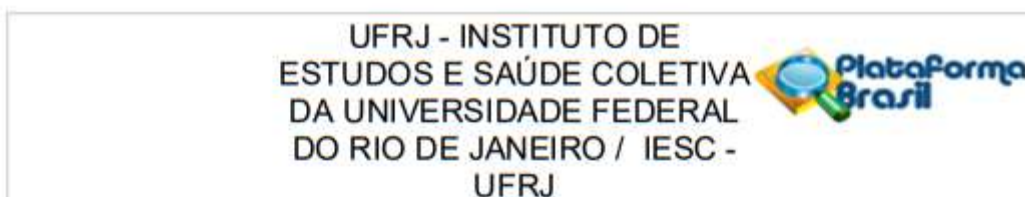
145. Data da coleta: ___/___/_____

146. Situação da criança:

- Viva
- Morta
- Desconhecida

147. Data do óbito: ___/___/_____

ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ANÁLISE DOS CASOS NOTIFICADOS E INVESTIGADOS DE SÍFILIS CONGÊNITA ENTRE RESIDENTES EM NITERÓI NO PERÍODO DE 2018 A 2019.

Pesquisador: KAMILA CABRAL KOSA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 42079021.7.0000.5286

Instituição Proponente: INSTITUTO UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.693.795

Apresentação do Projeto:

O projeto caracteriza-se, de acordo com o "Desenho" indicado nas Informações básicas, como "uma pesquisa descritiva retrospectiva e transversal, que realizará uma análise dos casos notificados e investigados de sífilis congênita entre residentes em Niterói nos anos de 2018 e 2019. Este estudo terá como fonte uma base de dados formada por dados do SINAN referentes aos casos notificados de sífilis congênita, e pelos questionários de investigação de transmissão vertical solicitados para investigação pela assessoria de IST/AIDS e Hepatites Virais da Coordenação de Vigilância em Saúde de Niterói (COVIG) em seu processo de trabalho."

Objetivo da Pesquisa:

A pesquisa apresenta o seguinte objetivo primário: "Analisar os casos de sífilis congênita entre residentes do município de Niterói diagnosticados nos anos de 2018 e 2019, a partir de dados das fichas de notificação/ investigação e questionários de investigação de transmissão vertical e com isso conhecer e descrever o perfil desses casos, buscando elucidar os motivos da ocorrência dos mesmos."

No tocante aos objetivos secundários, lê-se: "Descrever o processo de investigação realizado pela assessoria técnica da sífilis no município de Niterói; Discutir a importância do uso de um instrumento de investigação de casos de sífilis congênita; Analisar o perfil epidemiológico dos

Endereço: Avenida Horácio de Macedo S/N Cidade Universitária

Bairro: Ilha do Fundão **CEP:** 21.941-598

UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)3938-2598

E-mail: cep@iesc.ufrj.br

**UFRJ - INSTITUTO DE
ESTUDOS E SAÚDE COLETIVA
DA UNIVERSIDADE FEDERAL
DO RIO DE JANEIRO / IESC -
UFRJ**



Continuação do Parecer: 4.693.795

casos notificados; Elucidar e descrever os pontos críticos observados mediante a investigação como critério de permanência ou exclusão dos casos.”

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A avaliação dos riscos e benefícios foi realizada de forma adequada. Atendendo ao que foi solicitado no parecer anterior, essa avaliação foi incluída na brochura do projeto de pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um projeto de TCC de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva, relevante para os setores de saúde e social e que conta apenas com os recursos da própria pesquisadora como fonte de financiamento.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Uma vez que a pesquisadora atendeu às solicitações de ajustes presentes no parecer anterior, todos os termos de apresentação obrigatória se encontram adequados.

Recomendações:

Recomenda-se que sejam feitos os devidos ajustes no cronograma, para que este passe a corresponder à realidade.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1664908.pdf	09/04/2021 09:54:51		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Brochura_pesquisa_Kamila.docx	09/04/2021 09:53:48	KAMILA CABRAL KOSA	Aceito
Brochura Pesquisa	Projeto_CEP_Kamila_SC_V2.docx	02/03/2021 18:26:14	KAMILA CABRAL KOSA	Aceito
Outros	CartadeanuenciaKamilaKosa.pdf	11/01/2021 10:45:03	KAMILA CABRAL KOSA	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRostoKamila.pdf	11/01/2021 10:40:13	KAMILA CABRAL KOSA	Aceito

Endereço: Avenida Horácio de Macedo S/N Cidade Universitária
Bairro: Ilha do Fundão **CEP:** 21.941-598
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3938-2598 **E-mail:** cep@esc.ufrj.br

UFRJ - INSTITUTO DE
ESTUDOS E SAÚDE COLETIVA
DA UNIVERSIDADE FEDERAL
DO RIO DE JANEIRO / IESC -
UFRJ



Continuação do Parecer: 4.693.795

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 05 de Maio de 2021

Assinado por:
Jaqueline Teresinha Ferreira
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida Horácio de Macedo S/N Cidade Universitária
Bairro: Ilha do Fundão **CEP:** 21.941-598
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3938-2598 **E-mail:** cep@esc.ufrj.br