

CURSO DE ENFERMAGEM

Luana Angélica Schimuneck

**SÍFILIS CONGÊNITA: AVALIAÇÃO DO SEGUIMENTO DE CASOS NOTIFICADOS
NO MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO SUL**

Santa Cruz do Sul

2017

Luana Angélica Schimuneck

**SÍFILIS CONGÊNITA: AVALIAÇÃO DO SEGUIMENTO DE CASOS NOTIFICADOS
NO MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO SUL**

Monografia apresentada à disciplina de Trabalho de Curso II, do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade de Santa Cruz do Sul.

Orientador: Prof^a.Enf^a. Ms. Maitê da Silva Lima

Santa Cruz do Sul

2017

Luana Angélica Schimuneck

**SÍFILIS CONGÊNITA: AVALIAÇÃO DO SEGUIMENTO DE CASOS NOTIFICADOS
NO MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO SUL**

Esta monografia foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do título de Enfermeiro.

Foi aprovada em sua versão final, em _____

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Ms. Maitê da Silva Lima

Prof^a. Dr^a. Liane TeresinhaSchuhPauli

Prof^aMs. MicilaChielle

Santa Cruz do Sul
2017

RESUMO

A sífilis caracteriza-se por uma infecção causada pelo *Treponema pallidum*, é considerada como um grave problema de saúde pública principalmente quando se diz respeito a Sífilis Congênita, que ocorre quando gestantes são infectadas pela bactéria e não recebem o tratamento de forma adequada, transmitindo a patologia ao bebê, podendo ocasionar complicações a criança como deformidades, lesões neurológicas, entre outras sequelas. O projeto traz como objetivo avaliar a investigação de casos de Sífilis Congênita Precoce no município de Santa Cruz do Sul, configurando-se como um estudo descritivo, qualitativo, do tipo pesquisa documental, utilizando-se 15 protocolos para avaliação. Os resultados da avaliação do preenchimento do Protocolo de seguimento evidenciam falhas, sendo destaque o preenchimento inadequado, variação nos dados maternos, mostrando que a patologia não se limita a um determinado grupo de risco. Além disso, em relação ao pré-natal, identificou-se que o acesso e o número de consultas não se apresentam como um problema, e em relação aos bebês, a maioria apresentou idade gestacional e peso normais. O seguimento após o parto, dos casos que haviam sido notificados, mostrou que exames e avaliações que se fazem necessárias não eram realizados ou não possuíam registros. Identificou-se no decorrer do trabalho a falta de informação por parte dos profissionais, sugerindo então que sejam realizadas investigações para melhor compreensão desses fatores prejudiciais ao processo, uma vez que as informações obtidas durante o seguimento são essenciais para a criação de novas estratégias na busca pelo controle desta patologia que se apresenta como um grave problema de saúde pública a nível mundial.

Palavras-chave: Sífilis Congênita. Gestantes. Notificação. Transmissão. Protocolos.

ABSTRACT

Syphilis is characterized by an infection caused by *Treponema pallidum*, is considered a serious public health problem especially when it comes to congenital syphilis, which occurs when pregnant women are infected by the bacteria and do not receive the properly treatment, transmitting the pathology to the baby, which may cause complications to the child as deformities, neurological lesions, and other sequels. The project aims to evaluate the investigation of cases of Early Congenital Syphilis in the municipality of Santa Cruz do Sul, being configured as a descriptive, qualitative, documental research study, using fifteen protocols for evaluation. The results of the assessment of compliance with the follow-up protocol show flaws, highlighting inadequate filling, variation in maternal data, showing that the pathology is not limited to a particular risk group. In addition, in relation to the prenatal care, it was identified that the access and the number of consultations did not represent a problem, and in relation to the babies, the majority presented normal gestational age and weight. The postpartum follow-up of the cases that had been reported, showed that examinations and assessments that were needed were not performed or had no records. It was identified during the work the lack of information by the professionals, suggesting investigations to better understand these factors detrimental to the process, since the information obtained during the follow-up are essential for the creation of new strategies in the search for control of this pathology that presents itself as a serious public health problem worldwide.

Keywords: Congenital Syphilis. Pregnant women. Notification. Transmission. Protocols.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Ilustração 1 – Taxa de Incidência de Sífilis em Gestantes no município de Santa Cruz do Sul (por ano)	16
Quadro 1 – Tratamento da sífilis conforme a fase	16
Quadro 2 – Exames Complementares para diagnóstico da sífilis congênita	18
Quadro 3 – Acompanhamento ou Seguimento crianças diagnosticadas com Sífilis Congênita	19

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	7
2	OBJETIVOS	10
2.1	Objetivo geral.....	10
2.2	Objetivos específicos.....	10
3	JUSTIFICATIVA.....	11
4	REFERENCIAL TEÓRICO	12
4.1	Sífilis	12
4.2	Diagnóstico da sífilis adquirida e sífilis na gestação	13
4.3	Sífilis Gestacional	17
4.4	Sífilis Congênita.....	14
4.5	Seguimento da sífilis congênita	19
5	METODOLOGIA.....	21
5.1	Tipo de estudo	21
5.2	Local de pesquisa.....	21
5.3	Sujeitos de estudo.....	21
5.4	Coleta de dados	22
5.5	Procedimentos técnicos	22
5.6	Aspectos éticos	23
5.7	Análise de dados	23
6	ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS.....	24
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	30
	REFERÊNCIAS	32
	APÊNDICE A – Roteiro a partir do Protocolo de Seguimento.....	36
	ANEXO A – Protocolo de Investigação de Casos de Sífilis Congênita	
	Precoce.....	41
	ANEXO B – Carta de aceite	54
	ANEXO C – Parecer do CEP.....	55

1INTRODUÇÃO

A sífilis é uma infecção causada pelo *Treponema pallidum*, bactéria gram-negativa e seu período de incubação são de cerca três meses, podendo variar de 3 a 90 dias (CLOHERTY; EICHENWALD; STARK, 2010).

De acordo com Magalhães et al. (2013), sua transmissão pode ocorrer de forma sexual ou vertical; a doença afeta grande parte da população urbana e, de modo geral, todas as camadas sociais.

A história não revela como teve início a transmissão da sífilis, mas segundo uma reportagem retirada do Jornal “A Folha de São Paulo”, o nome sífilis surgiu na metade dos séculos através de um poema de um renascentista:

O herói de um poema, Syphillus, causa a ira do deus Sol e é infectado como punição. Fora do plano poético, a maior parte da culpa foi atribuída à prostituição, ainda que na realidade coubesse à testosterona. Os homens infectam as prostitutas que depois passavam a doença ao próximo cliente, que em seguida infectava outra mulher, em uma espiral mortífera. Os maridos infiéis infectavam suas mulheres, que ocasionalmente infectavam os filhos, ainda que estes pudessem ser contaminados também ao mamar em amas de leite infectadas. (DUNANT, 2013).

Segundo Dunant (2013), em 1905 foi realizada a identificação, sob uso do microscópio, do *Treponema pallidum*, uma bactéria espiroqueta que entra na corrente sanguínea, e se não tratada, pode afetar vários órgãos. Já nos anos 40, a descoberta da penicilina possibilitou a cura efetiva da doença.

A Sífilis Gestacional ocorre quando é identificada a infecção pelo *Treponema pallidum* na gestante, caracterizando-se como uma doença infecto contagiosa de notificação obrigatória imediata (HOLANDA et al., 2011). Cabe ao serviço de saúde realizar busca ativa de não comparecimento à gestante à consulta, priorizar coleta e envio de exames, monitorar resultados de sífilis, garantir tratamento adequado, monitorar o seguimento clínico e laboratorial da gestante pós-tratamento, implantação do pré-natal do homem, viabilizar o tratamento do parceiro sexual, preencher a carteira ou cartão da gestante, orientar a gestante para levar a carteira ou cartão da gestante na admissão ao parto (SÃO PAULO, 2016).

Segundo Nonato, Melo e Guimarães (2015), cerca de 2 milhões de gestantes no mundo são infectadas pela sífilis a cada ano. A maioria das gestantes não realiza o teste para sífilis, e as que o fazem não são tratadas corretamente ou sequer recebem tratamento. Aproximadamente 50% das gestantes não tratadas podem

transmitir a doença ao concepto, levando a morte fetal, morte neonatal, prematuridade, baixo peso ao nascer ou infecção congênita.

A Sífilis Congênita (SC) é uma doença infecto contagiosa causada pelo *Treponema pallidum* e ocorre quando gestantes infectadas, não adequadamente tratadas, transmitem a doença ao bebê. Além do recém-nascido (RN) pode ser prematuro, de baixo peso e com complicações agudas, a SC também podem ser responsáveis por deformidades, lesões neurológicas e outras seqüelas (ARAÚJO et al., 2012).

Essa modalidade da Sífilis tem aumentado em todas as regiões do país e na ausência de tratamento adequado da doença, sua prevalência é mais elevada, pois pode alcançar valores próximos a 100% de transmissão vertical nas formas recente da doença (DOMINGUES; LEAL, 2016).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2014), a SC é um problema de saúde pública e sua ocorrência comprova falhas, principalmente da atenção ao pré-natal, já que o diagnóstico precoce e o tratamento da sífilis em gestantes e suas parcerias, são medidas simples e efetivas na sua prevenção.

Entre 2010 e meados de 2016, segundo Boletim Epidemiológico de Sífilis (BRASIL, 2016), foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) um total de 227.663 casos de sífilis adquirida, nos quais 62,1% foram casos residentes na região Sudeste, ocupando a liderança em número de casos seguido pela região Sul com 20,5% do total de casos. Já em 2015, foi notificado um grande número de casos de Sífilis adquirida no Brasil, chegando a 65.878, dos quais dos 37.056 (56,2%) eram residentes na região Sudeste, 17.042 (25,9%) na região Sul, 6.332 (9,6%) na região Nordeste, 3.350 (5,1%) na região Centro-Oeste e 2.098 (3,2%) na região Norte.

Ainda segundo o Boletim Epidemiológico de Sífilis (BRASIL, 2016), também em 2015 foram diagnosticados 18.938 casos de sífilis congênita (98,1%) em neonatos, sendo 96,4% na primeira semana de vida. Já no diagnóstico final dos casos, constatou que 92,8% foram classificados como sífilis congênita recente, sendo 3,6% como caso de aborto por sífilis, 3,4% como natimorto e 0,2% como sífilis congênita tardia. Em Santa Cruz do Sul, desde 2013 as taxas apresentaram elevação em comparação com anos anteriores tendo o município apresentado 20 casos de Sífilis congênita em 2013, 14 casos em 2014, 13 em 2015 e 10 casos no ano de 2016 (RIO GRANDE DO SUL, 2017).

Frente a isso, o tema desse estudo consiste na investigação dos casos Sífilis Congênita no Município de Santa Cruz do Sul, e como problema de pesquisa, apresenta-se a seguinte questão: Como está a aplicação do protocolo de investigação de casos de Sífilis Congênita precoce no Município de Santa Cruz do Sul?

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Avaliar a investigação de casos de Sífilis Congênita Precoce, dos casos notificados a partir de 2015, no município de Santa Cruz do sul.

2.2 Objetivos Específicos

- Avaliar o preenchimento do Protocolo de Investigação de Casos de Sífilis Congênita Precoce;
- Caracterizar o perfil materno dos casos de Sífilis Congênita;
- Caracterizar o perfil dos recém-nascidos notificados com Sífilis Congênita;
- Avaliar o seguimento após o parto das crianças notificadas com Sífilis Congênita;

3 JUSTIFICATIVA

Como acadêmica, durante determinado período do curso, tive a oportunidade de estudar mais a fundo a temática da sífilis, em especial a Sífilis Congênita, despertando aí o interesse em continuar a busca por mais conhecimento frente à patologia escolhida como norteadora para o presente trabalho.

Através desse estudo realizado por mim, foi possível perceber que a prática assistencial dispensada às gestantes apresenta-se, muitas vezes, ineficaz, uma vez que existem em nossa realidade inúmeros casos diagnosticados tardiamente, evidenciando o quão importante se faz um bom acompanhamento no pré-natal.

De acordo com Tabisz et al. (2012), a sífilis caracteriza-se como um problema de saúde pública materno infantil, que vem apresentando aumento de casos nas últimas décadas a nível mundial. Dentre os 340 milhões de casos de doenças sexualmente transmissíveis (DST) diagnosticados a nível mundial, anualmente, 12 milhões são por sífilis e, em nosso país, cerca de 3% das mulheres grávidas possuem a doença.

Além disso, a sífilis gestacional vem a ser um agravo de notificação compulsória, desde o ano de 2005, apresentando apenas 32% de casos notificados, o que permite a nossa reflexão para com este agravo, uma vez que possibilita a percepção da deficiência que há na assistência prestada às usuárias do serviço público de saúde, durante o pré-natal e parto (TABISZ, 2012).

Ainda segundo os autores, no que se diz respeito à sífilis congênita, esta se destaca pela grande incidência, porém com números inconscientes de informação, sugerindo que possa estar havendo subnotificações.

Para Domingues et al. (2013), mesmo com muitas estratégias sendo efetuadas na busca pelo controle da sífilis congênita, seu quadro epidemiológico demonstra elevada incidência, podendo ser resultado da falha à assistência no pré-natal, caracterizando-se como um evento sentinela, ou seja, pode ser evitada a partir de ações em saúde, investigada e tratada.

Diante disso, justifico o presente estudo no intuito de avaliar a aplicação do protocolo de investigação de casos de Sífilis Congênita precoce no município de Santa Cruz do Sul, e a partir daí instigar a reflexão nos profissionais de saúde, no que tange à notificação e à assistência adequada desta patologia.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 Sífilis

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2015a), a Sífilis é uma infecção bacteriana, causada pelo *Treponema pallidum*, curável e específica do ser humano. A mesma é uma bactéria Gram-negativa do grupo das espiroquetas, descoberta em 1905. É de fundamental importância que todos os profissionais da saúde saibam reconhecer as manifestações clínicas da doença, sabendo avaliar exames laboratoriais que possibilitem a confirmação do diagnóstico e o acompanhamento da resposta ao tratamento, fato que auxilia no controle da infecção.

A sífilis é uma doença sexualmente transmitida (DST), com grande avanço na saúde pública. Há grande preocupação sobre o controle dessa doença, por serem acometidas mulheres na idade reprodutiva, podendo levar a ocorrência de casos de Sífilis Congênita (SC) através da contaminação vertical (SÃO PAULO, 2016).

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2015a), existem duas classificações para as formas clínicas da sífilis adquirida: a Sífilis Adquirida Recente, com menos de um ano de evolução, e a Tardia, com mais de um ano de evolução. Além disso, pode-se também caracterizá-la quanto às suas manifestações clínicas, apresentando as seguintes fases:

- Sífilis primária: Seu período de incubação tem duração entre 10 a 90 dias. Sua primeira manifestação é identificada por uma erosão ou úlcera no local de entrada da bactéria, conhecida como cancro duro. Esse estágio da doença pode levar em média de até duas a seis semanas e desaparecer espontaneamente, independente do tratamento;
- Sífilis secundária: Seus sinais e sintomas duram entre seis semanas e seis meses após a infecção, durando em torno de quatro e 12 semanas; apesar disso, as lesões podem crescer de forma espontânea em poucas semanas. Nessa fase da doença, as lesões são ricas em treponemas, presença significativa de resposta imune, com forte produção de anticorpos contra o *Treponema pallidum*. Essa fase da doença pode acarretar em erupções cutâneas em forma de máculas ou pápulas especialmente no tronco, ferimento eritemato-escamosas palmo-plantares, placas eritematosas branco-acinzentadas nas mucosas, ferimentos pápulo-hipertróficas nas mucosas ou

pregas cutâneas, podendo ocorrer também perda da sobrancelha, febre, mal-estar, cefaléia, adinamia e linfadenopatia generalizada.

- Sífilis latente: Neste período não se observa nenhum sinal ou sintoma clínico da sífilis. A maioria dos diagnósticos ocorre nesse estágio da doença. Existe a fase latente recente (menos de um ano de infecção), e latente tardia (mais de um ano de infecção). Maiorias dos pacientes intercalam lesões de secundarismo com períodos de latência, durante o primeiro ano da infecção;
- Sífilis terciária: Ocorre na maioria das vezes quando as infecções não são tratadas, após um longo período de latência, onde poderá surgir entre dois a quarenta anos depois do início da infecção. É uma fase rara, por que maioria da população recebe indiretamente, antibióticos com ação sobre o *Treponema pallidum*, levando assim a cura da infecção. Nessa fase da doença, a sífilis se manifesta na forma de inflamação, causando destruição tecidual. Ela age acometendo diretamente o sistema nervoso e cardiovascular.

4.2 Diagnóstico da sífilis adquirida e sífilis na gestação

Segundo Ministério da Saúde (BRASIL, 2015a), para a realização do diagnóstico da doença é preciso coletar exames diretos, indiretos ou testes imunológicos.

O exame direto seria a pesquisa direta do *Treponema pallidum* nos casos de sífilis recente primária e secundária, que pode ser realizada através da técnica de microscopia (como exemplo desses exames há a microscopia a fresco em campo escuro e Coloração (Fontana-Tribondeaux ou Imunfluorescência Direta). Tais exames consistem na identificação da presença do microorganismo em lesões bolhosas, placas mucosas e/ou condiloma (BRASIL, 2010). Já os testes imunológicos são mais utilizados no dia-a-dia e são divididos em treponêmicos e não treponêmicos.

Os testes treponêmicos localizam anticorpos específicos IgM e IgG gerados contra os antígenos do *Treponema pallidum*, onde são úteis para a confirmação do diagnóstico (BRASIL,2015a). Normalmente, após o tratamento esses testes continuam positivos pelo resto da vida do paciente, e por isso não são indicados para o monitoramento da resposta ao tratamento.

Junto ao teste treponêmico, são realizados alguns testes que fazem parte da

monitoração dos pacientes, como testes de hemaglutinação e aglutinação passiva (TPHA, do inglês *T. pallidum Haemagglutination Test*), teste de imunofluorescência indireta (FTA-Abs, do inglês *Fluorescent Treponemal Antibody-Absorption*), quimioluminescência (EQL, do inglês *Electrochemiluminescence*), ensaio imunoenzimático indireto (ELISA, do inglês *Enzyme-Linked Immunosorbent Assay*), testes rápidos (imunocromatográficos) (BRASIL, 2015a). Na nossa realidade o teste treponêmico FTA-Abs e o teste rápido são os mais utilizados.

Os testes rápidos são práticos, pois duram em torno de no máximo 30 minutos, podem ser feitos através de amostras de sangue total realizada por punção venosa ou por punção digital (BRASIL, 2015a).

Segundo Lopes et al. (2016), o teste rápido serve para aperfeiçoar o atendimento à gestante, proporcionando resultados em um curto período, podendo aumentar a cobertura de testagem, melhorando o tempo de diagnóstico e tratamento da mãe. Assim agilizando a adoção das medidas fundamentais para a prevenção da transmissão vertical. Os testes rápidos para sífilis e HIV, precisam ser realizados no primeiro e terceiro trimestres de gestação.

Segundo Ministério da Saúde (BRASIL, 2010), os testes rápidos, apresentam as mesmas vantagens que o VDRL, servindo como opção para aumentar o acesso ao diagnóstico, como por exemplo, em populações que moram em locais restritos, com serviço de saúde sem estruturas laboratoriais adequadas e em casos de situações emergenciais, como em casos de parturientes que não realizaram um pré-natal dentro das conformidades.

Já os testes não Treponêmicos localizam anticorpos não específicos podendo ser qualitativos ou quantitativos. Os mesmo se tornam reagentes em torno de uma a três semanas após o aparecimento do cancro duro. O teste qualitativo aponta a presença ou ausência de anticorpo na amostra, e o teste quantitativo concede a titulação de anticorpos (BRASIL, 2015a).

Para Jung, Becker e Renner (2014), são testes não treponêmicos com metodologia de floculação: o VDRL (do inglês *Venereal Disease Research Laboratory*), o RPR (do inglês *Rapid Test Reagin*) e o TRUST (do inglês *Toluidine Red Unheated Serum Test*).

O VDRL é o teste não treponêmico mais utilizado no Brasil e ele é realizado para diagnóstico da sífilis na diluição 1:1, o que corresponde a concentração do complexo antígeno-anticorpo necessário para que aconteça a floculação, onde

possa ser visualizada no microscópio (BRASIL, 2010).

De acordo com Jung, Becker e Renner (2014), o VDRL tem grande utilização em nosso país, devido a algumas vantagens que apresenta, como por exemplo, elevada sensibilidade da patologia no adulto e da particularidade no caso da sífilis congênita. Além disso, este exame apresenta um custo reduzido e fácil aplicação. Porém, existem também as desvantagens que podem direcionar-se a resultados falsos positivos e falsos negativos.

4.3 Sífilis Gestacional

Para Araujo et al. (2009), durante o pré-natal a assistência às gestantes deve buscar suprir necessidades, desenvolvendo-se ações de educação em saúde, bem como clínicas, objetivando a identificação de agravos que possam resultar em riscos para a mulher e seu bebê, devendo ser assídua e aplicada por profissionais capacitados para tal.

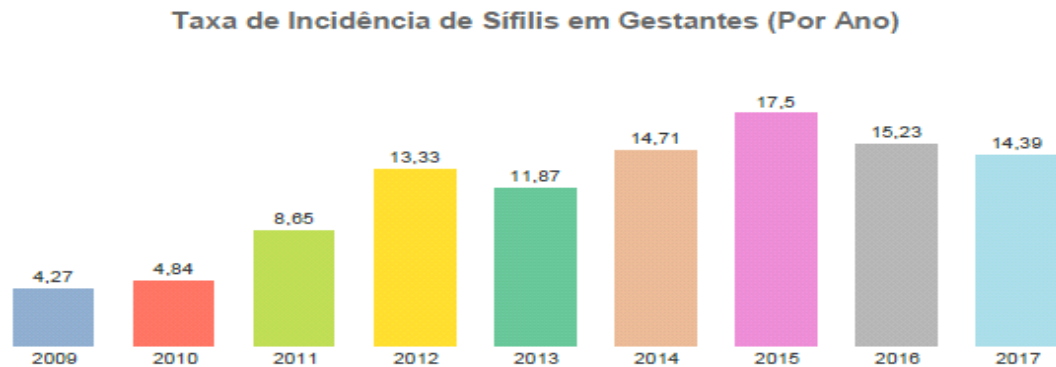
Segundo Magalhães et al. (2011), a Sífilis Gestacional acaba por ser responsável por grandes índices de morbimortalidade intrauterina, sendo que entre os 340 milhões de casos de doenças sexualmente transmissíveis (DST), existentes a nível mundial anualmente, 12 milhões são diagnosticados com Sífilis. Além disso, essa doença, desde o ano de 2005, passou a ser um agravo de notificação compulsória, porém, de lá para cá, apenas 32% dos casos foram notificados, o que permite uma reflexão em relação a este agravo, uma vez que possibilita a percepção da deficiência que há na qualidade da assistência prestada às usuárias do serviço público de saúde durante o pré-natal e parto.

Dentre as inúmeras patologias que a mulher pode contrair durante o período gestacional, a sífilis vem a ser a que tem maiores taxas de transmissão, podendo levar a efeitos nocivos para a mãe e o bebê nos casos de diagnóstico tardio ou ausência de tratamento, destacando a importância da doença no que se refere ao elevado número de gestantes diagnosticadas, exaltando a necessidade da conscientização dos profissionais de saúde em relação à sua prevenção, seu diagnóstico e tratamento adequados (SOUZA; SANTANA, 2013).

Em Santa Cruz do Sul, desde 2013, a Taxa de Incidência de Sífilis em Gestantes por ano apresentou um incremento, conforme mostra o Gráfico 1 abaixo, sendo que, 2015 e 2016 foram os anos com as maiores taxas, 17,5 e 15,23 por mil

nascidos vivos por ano (RIO GRANDE DO SUL, 2017).

Ilustração 1 – Taxa de Incidência de Sífilis em Gestantes no município de Santa Cruz do Sul (por ano)



FONTE: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan)

TOTAL NASCIMENTOS :
13.296

Nº CASOS SÍFILIS EM
GESTANTES :
161

Campos	Valores
Município	Santa Cruz do Sul
Residência	
INDICADOR_	Taxa de Incidência de Sífilis em Gestantes
AS_P	

Fonte: Rio Grande do Sul (2017).

Conforme Ministério da Saúde (BRASIL, 2015b), o tratamento da Sífilis de acordo com cada fase resume-se em:

Quadro 1 – Tratamento da sífilis conforme a fase

Fase	Tratamento
Sífilis primária, sífilis secundária e latente recente	Penicilina G benzatina, 2,4 milhões UI, IM, dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo); Obs.: também pode ser utilizada como alternativa a Doxiciclina 100 mg 2x ao dia (VO); OU Ceftriaxona 1g. IV ou IM 1z ao dia, por 8 a 10 dias para gestantes e não gestantes.
Sífilis latente tardia ou latente com duração ignorada e sífilis terciária	Penicilina G benzatina, 2,4 milhões UI, IM, semanal, por 3 semanas dose total: (7,2 milhões UI, IM). Obs.: também pode ser utilizada como alternativa a Doxiciclina 100 mg 2x ao dia, por 30 dias, OU Ceftriaxona 1g. IV ou IM 1x ao dia, por 8 a 10 dias para gestantes e não gestantes.

Neurossífilis	<p>Penicilina cristalina 18-24 milhões UI ao dia, IV, administrada em doses de 3-4 milhões UI, a cada 4 horas ou por infusão contínua, por 14 dias.</p> <p>Obs.: também pode ser utilizada como alternativa a Ceftriaxona 2 g, IV ou IM, 1x ao dia, por 10 a 14 dias.</p>
---------------	---

Fonte: Quadro elaborado pela autora, a partir de informações obtidas no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (BRASIL, 2015b).

Convém lembrar que, o tratamento sem o uso da penicilina não é recomendado, devendo somente ser evitado em casos onde não se possa fazer o uso desta medicação (BRASIL, 2015b).

Segundo Souza e Santana (2013), a patologia possui alta capacidade de transmissão, sendo que o embrião pode vir a ser infectado em qualquer fase da gestação, com risco de transmissão vertical entre 30% a 100%. Além disso, se faz necessário salientar que a doença em seu modo congênito pode se apresentar através de aborto ou morte perinatal, por exemplo, como também se manter assintomática no recém-nascido que desenvolverá seus sinais e sintomas no decorrer da vida.

4.4 Sífilis Congênita

A Sífilis Congênita é a infecção do feto pelo *Treponema pallidum*, transmitida principalmente por via transplacentária em qualquer fase da gestação ou estágio clínico da doença, em gestantes que não receberam o tratamento ou o receberam de forma inadequada (SÃO PAULO, 2016).

Ainda assim, a transmissão vertical pode ser evitável, desde que a gestante seja precocemente diagnosticada, assim tomando todas as precauções necessárias, e iniciando imediatamente o tratamento adequado (SÃO PAULO, 2016).

Para Araújo et al.(2012), apontou-se que maiores casos de Sífilis Congênita e Sífilis Gestacional são em pessoas jovens, negras e de baixa escolaridade. A maior proporção de SC notificados que foram notificados durante o pré-natal (57%) apontam falha durante o atendimento.

O autor relata que falhas no tratamento acontecem pela devida dificuldade do

uso da penicilina (droga mais custo-efetiva para o tratamento das gestantes com sífilis e dos seus parceiros), avaliada nas redes de Unidades Básicas do Sistema Único de Saúde (SUS)(ARAÚJO et al. 2012).

De acordo com Guinsburg e Santos (2010), a falha do processo terapêutico mantém relação à utilização inadequada do antibiótico responsável pelo tratamento, a penicilina, principalmente na fase secundária ou quando se é tratada em etapas mais avançadas do período gestacional.

O diagnóstico da SC é realizado através do teste VDRL (*VenerealDiseaseResearchLaboratory*) com amostra de sangue do RN cujas mães apresentam resultados reativos na gestação ou no parto ou em caso de suspeita clínica de sífilis congênita, onde é obrigatória a notificação imediata desses casos (HOLANDA et al., 2011).

Segundo Guinsburg e Santos (2010), na atualidade o Ministério da Saúde recomenda, além do VDRL, outros exames para auxílio no diagnosticados recém nascidos de mães soropositivas da patologia, sendo estes citados a seguir:

Quadro 2 – Exames Complementares para diagnóstico da sífilis congênita

Exame	Características
Hemograma completo	Alteração, quando hematócrito <35%, plaquetas <150.000/mm ³ , leucopenia ou leucocitose de acordo com os parâmetros normais para as horas de vida.
Raio-X de ossos longos	Identifica problemas como osteoconrite, periostite e metafisite, que acometem ossos longos sendo complicações identificadas com frequência.
Exame de líquido	Alteração até 28 dias de vida, se número de células >25/mm ³ e/ou proteínas >150 mg/Dl.
Pesquisa de outras infecções congênitas de transmissão sexual	Se faz necessário rastreamento de sorologia da mãe para HIV e hepatite B durante a gestação, bem como investigação da possibilidade de existência de outras doenças sexualmente transmissíveis para qualquer recém-nascido onde a suspeita para a patologia exista.

Fonte: Quadro elaborado pela autora, a partir de informações obtidas na obra de Guinsburg e Santos (2010).

De acordo com Ministério da Saúde (BRASIL, 2016), o tratamento da SC deverá ser iniciado o mais precocemente possível. O uso da penicilina G benzatina é a medicação indicada com doses diferenciadas para a fase da infecção.

Desde 2000 existem diversas portarias e notas técnicas falando sobre a obrigatoriedade da testagem de sífilis e HIV em todas as gestantes, parturientes e mulheres com abortamento, no sentido de monitorar e intervir precocemente, reduzindo os índices de transmissão vertical. Aqui no Rio Grande do Sul desde setembro de 2015 está em vigor a nota técnica nº 02/2015 (RIO GRANDE DO SUL, 2015).

4.5 Seguimento da sífilis congênita

De acordo com Feliz et al. (2016), traz como determinação o acompanhamento ambulatorial de todas as crianças expostas à sífilis na gestação, tendo sido tratada ou não, sendo poucos os estudos acerca do seguimento da SC, principalmente em nosso país.

Para Mororó et al. (2015), quando as crianças têm o diagnóstico de sífilis congênita, devem ser acompanhadas até os 18 meses, sendo que este objetiva a investigação da patologia por meio de rastreamento, sendo realizados exames periódicos, observação de sintomatologia em consultas ambulatoriais.

Segundo Feitosa, Rocha e Costa (2016), todos os recém nascidos de mães diagnosticadas com Sífilis precisam passar por um acompanhamento de no mínimo dois anos, como mostra o quadro a seguir:

Quadro3 - Acompanhamento ou Seguimento de crianças diagnosticadas com Sífilis Congênita

Acompanhamento	Idade	Observação
VDRL	1, 3, 6, 12 e 18 meses de idade.	Encontro de 2 resultados negativos consecutivos, em intervalo mínimo de 30 dias
Consultas Mensais	Primeiros 6 meses	Exame minucioso
Consultas Mensais	Do 6º ao 12º mês	Exame minucioso
Em caso de alteração Liquórica	3 a 6 meses	Após o fim do tratamento
Exames Oftalmológico, Neurológico, Audiológico	Semestrais (mínimo 24º mês de idade)	

FTA – Abs / TPHA	1 ano e 6 meses	Para a confirmação ou não do caso
------------------	-----------------	-----------------------------------

Fonte: Quadro elaborado pela autora, a partir de informações obtidas nas obras de Feitosa, Rocha e Costa (2016) e Mororó et al. (2015).

De acordo com Mororó et al. (2015), constataram-se algumas dificuldades enfrentadas pela vigilância epidemiológica em um município do Estado do Ceará no ano de 2012, na conclusão dos seguimentos de casos de Sífilis Congênita. Apenas 9,37% dos seguimentos estudados, estes realizados por Enfermeiros de uma Estratégia de Saúde da Família (ESF), foram concluídos. A resposta para este acontecimento se deu por dois fatores: condição socioeconômica reduzida, resistência das mães para a realização do seguimento.

Ainda segundo Mororó et al. (2015), os Enfermeiros acreditam que para que o seguimento seja efetivo, se faz importante o apoio de uma equipe multiprofissional, desenvolvendo um trabalho coletivo, resultando em maior adesão por parte dos pais, impulsionando as ações realizadas, consolidando o trabalho a ser desenvolvido.

5 METODOLOGIA

5.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo, qualitativo, do tipo pesquisa documental que de acordo com Gerhardt e Silveira (2009), é aquele que busca caracterizar fatos e fenômenos de uma realidade, onde o pesquisador necessita de um conjunto de dados sobre aquilo que busca investigar.

Para Oliveira (2011), as pesquisas descritivas também objetivam descrever características de alguma população ou fenômeno, sendo que muitos estudos podem ser classificados assim. A técnica padronizada de coleta de dados apresenta-se como uma das características mais significativas deste tipo de pesquisa.

Segundo Gerhardt e Silveira (2009), a pesquisa qualitativa busca explicar o porquê das coisas, expressando o que convém ser feito, mas não qualificam os valores e as trocas simbólicas nem se submetem à prova de fatos, pois os dados analisados não-métricos e se valem de diferentes abordagens.

Ainda citado pelo autor, a pesquisa qualitativa, preocupa-se com aspectos da realidade que não podem ser quantificados. O objetivo da amostra é de produzir informações aprofundadas e ilustradas: sendo ela grande ou pequena, tendo a importância de produzir novas informações (GEHRADT; SILVEIRA, 2009).

Para Fonseca (2002) citado por Gerhardt e Silveira (2009), a pesquisa documental é semelhante à pesquisa bibliográfica, sendo muitas vezes difícil de diferenciá-las, sendo que na documental, são utilizadas fontes heterogêneas, como por exemplo, documentos oficiais, tabelas estatísticas, relatórios, etc.

5.2 Local de Pesquisa

A pesquisa foi realizada junto à Vigilância Epidemiológica do Município de Santa Cruz do Sul, localizada na Rua Ernesto Alves número 858, 2º andar, bairro Centro.

A Vigilância Epidemiológica constitui-se um importante papel do processo de prevenção e controle de doenças e agravos e fornece importantes subsídios para o planejamento, organização e operacionalização dos serviços de saúde como também a normatização de atividades técnicas (GASSEN, 2013).

5.3 Sujeitos de estudo

Os sujeitos foram os recém nascidos notificados com Sífilis Congênita, desde 2015, residentes no Município de Santa Cruz do Sul.

Como critério de inclusão foi necessário ter sido notificado com sífilis congênita desde 2015 e ser residente de Santa Cruz do Sul e o fato de não ser residente em Santa Cruz do Sul foi adotado como critério de exclusão.

O ano de 2015 foi escolhido como marco inicial pela alta incidência de casos novos de Sífilis Congênita e, principalmente, por ter sido o primeiro ano de aplicação do “Protocolo de Investigação de Casos de Sífilis Congênita Precoce” na Rede de Atenção Básica de Santa Cruz do Sul, sendo que no ano de 2015 teve 27 casos notificados, destes 15 casos confirmados e 8 protocolos finalizados e em 2016 teve 13 casos confirmados, com 10 casos confirmados e 6 protocolos finalizados.

5.4 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada pela pesquisadora a partir da análise dos “Protocolos de Investigação de Casos de Sífilis Congênita Precoce” (ANEXO A) (BRASIL, 2014), preenchidos pelas Enfermeiras das Unidades de Saúde, dos casos notificados a partir de 2015 em Santa Cruz do Sul. Foi elaborado um roteiro (APÊNDICE A) para a coleta dos dados, a partir do referido protocolo, e uma planilha no *software* SPSS Versão 20.0, com as diversas variáveis a serem estudadas, para sistematização dos dados.

5.5 Procedimentos técnicos

A seguir estão descritas as etapas que foram seguidas para a produção dos dados:

1º etapa: Contato com a Vigilância Epidemiológica do município para apresentação da proposta de pesquisa.

2º etapa: Encaminhamento do projeto de pesquisa à Diretoria de Ações e Programas em Saúde para análise e elaboração da “Carta de Aceite” (ANEXO B)

3º etapa: Cadastramento na Plataforma Brasil para submissão ao Comitê de

Ética em Pesquisa da Universidade de Santa Cruz do Sul (CEP-UNISC).

4º etapa: Aplicação dos instrumentos para a coleta de dados.

5º etapa: Análise e discussão dos resultados.

6º etapa: Redação da monografia ou artigo científico.

7º etapa: Apresentação pública dos resultados de estudo.

5.6 Aspectos éticos

O seguinte projeto foi enviado via Plataforma Brasil ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), que objetiva preservar os interesses dos indivíduos participantes de pesquisa, também contribuindo para o desenvolvimento destas dentro de padrões éticos (UNISC, 2017), tendo sido aprovado sob parecer nº 2.324.533 (ANEXO C).

Os dados obtidos foram preservados, de acordo com o que é preconizado pela Resolução n.º 466 de 12 de dezembro de 2012 que defende a dignidade humana protegendo os participantes de pesquisa científica com seres humanos sustentando seus direitos e deveres (BRASIL, 2012). É importante ressaltar que não foram divulgados nomes e nem dados pessoais dos sujeitos envolvidos na pesquisa.

Não foi utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido uma vez que a coleta de dados foi realizada a partir da análise de protocolos disponíveis na Vigilância Epidemiológica, não sendo estabelecido contato direto com os indivíduos, sujeitos da pesquisa.

Os resultados deste estudo serão divulgados sob a forma de monografia para aprovação na disciplina de Trabalho de Conclusão do Curso de Enfermagem da UNISC. Tais resultados também poderão ser apresentados em eventos científicos ou publicados sob a forma de artigo.

5.7 Análise de dados

Após a fase da coleta de dados, os dados foram compilados no *software* SPSS V 20.0, posteriormente, processadas no mesmo programa. Nessa fase foram realizadas análises descritivas das variáveis estudadas.

6 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Ao iniciar a coleta de dados, identificou-se que alguns protocolos que deveriam ter sido preenchidos, principalmente dos bebês notificados com sífilis congênita no ano de 2015, se perderam, talvez nas unidades de saúde ou com a troca de alguns profissionais do Comitê Municipal de Investigação da Mortalidade por AIDS e Transmissão Vertical por HIV e Sífilis; sendo assim optou-se por estender a coleta de dados para os bebês nascidos nos anos de 2016 e 2017, notificados com sífilis congênita.

Em relação ao preenchimento do protocolo da sífilis observou-se que a maioria das fichas apresentava falhas no preenchimento de diversas questões como: local de pré-natal, idade gestacional na 1^o consulta de pré-natal, estado sorológico do parceiro, VDRL e título no líquido do recém nascido, avaliação neurológica e do líquido e, dados em relação à realização do VDRL de controle (com 1 mês, 3 meses, 6 meses, 12 meses e 18 meses); na grande maioria desses casos não havia qualquer informação registrada a respeito. Havia falhas no preenchimento também quanto ao teste treponêmico de 18 meses, o tipo de notificações realizadas no SINAN e informações a respeito do encerramento do caso, evidenciando, dessa forma, uma importante lacuna na produção de dados que forneceriam informações importantes a respeito do problema da sífilis congênita.

Ao analisar os dados maternos, conforme verificado na Tabela 1, encontrou-se que no total de 15 mães, seis eram solteiras, seis casadas ou com união estável e duas divorciadas. Dentre elas o nível de escolaridade variou muito, sendo três mães que possuíam apenas o ensino fundamental incompleto, duas mães com ensino fundamental completo, cinco mães com ensino médio incompleto, três mães com ensino médio completo e duas mães com ensino superior completo. Estudos apontam para um risco maior de Sífilis Congênita para filhos de mães com baixa escolaridade (DOMINGUES; LEAL, 2016; NONATO; MELO; GUIMARÃES, 2015; DOMINGUES et al., 2013, LIMA et al., 2013), mas aqui, nessa realidade, provavelmente pela amostra pequena, essa questão não ficou evidente.

Além disso, a ocupação das mesmas também variou bastante, merecendo destaque apenas que uma exerce advocacia, quatro são do lar e as outras sete têm ocupações diversas. De acordo com estudo realizado por Mororó e colaboradores (2015), destacam-se entre as profissões mais acometidas pela Sífilis aquelas

relacionadas com atividades direcionadas à agricultura e serviços domésticos, sendo que entre as 92 entrevistadas 51 eram agricultoras e 25 domésticas, diferente do que foi encontrado no presente estudo no qual a maioria das mães exercia algum tipo de atividade remunerada.

Tabela 1 - Dados maternos gerais

ESTADO CIVIL	
Solteira	6
Casada - União estável	6
Divorciada – Separada	2
Sem informação	1
ESCOLARIDADE	
4ª série completa do Ensino Fundamental	1
5ª a 8ª série completa do Ensino Fundamental	1
Ensino Fundamental Completo	2
Ensino Médio Incompleto	5
Ensino Médio Completo	3
Educação Superior Completa ou mais	1
Sem informação	2
ETNIA	
Branca	8
Preta	2
Parda	3
Sem informação	2
TOTAL	15

Seguindo a análise, identificou-se que oito mães eram de raça branca, fato que difere da realidade observada nos artigos usados no referencial teórico do trabalho, os quais trouxeram que a sífilis era mais predominante em raça negra (DOMINGUES; LEAL, 2016; DOMINGUES et al., 2013; LIMA et al., 2013). Porém sabe-se que na região do estudo, por ser de origem germânica o resultado encontrado poderia ser diferente.

Apesar da amostra do presente estudo ser pequena, chama a atenção o fato de, assim como outras Infecções Sexualmente Transmissíveis, a Sífilis “não afeta apenas um grupo de risco específico” (LAFETÁ et al., p. 71, 2016), da mesma forma como pode ser observado no estudo de Lafetá e colaboradores (2016).

Quanto à história obstétrica, de acordo com a Tabela 2, observou-se na análise que três mães eram primigestas, quatro mães secundigestas, três mães tercigestas e sobre cinco mães não havia resposta no protocolo. Dentre as 15 mães, duas delas

tiveram história de natimortos, sendo que quatro sofreram abortos anteriores. No estudo de Mororó e colaboradores (2015), a maioria das gestantes eram primigestas (51,3%), e em segundo lugar as secundigestas (35,8%), mostrando que 76,1% estavam na primeira ou segunda gestação, em nosso estudo, essa comparação fica um pouco prejudicada em função do tamanho da amostra ser pequeno.

Tabela 2 - História Obstétrica

GESTAÇÕES ANTERIORES	
Nenhuma	5
1	3
2	4
3	3
NATIMORTOS	
1	1
2	2
Sem informação	12
ABORTOS	
1	4
2	1
Sem informação	10
ANTECEDENTES DE TRANSMISSÃO VERTICAL	
Sífilis	3
Sem informação	12
TOTAL	15

A análise da história anterior também ficou prejudicada tendo em vista o pequeno número de respostas preenchidas, as únicas três respostas diziam respeito às mães que tinham história pregressa de transmissão vertical de sífilis. Frente a essas questões, a importância dessa investigação (história obstétrica e antecedentes de infecções sexualmente transmissíveis) se dá pelo fato de alguns estudos (NONATO; MELO; GUIMARÃES, 2015), referirem associações negativas entre história pregressa de gestações, ameaças de aborto e/ou sífilis em gestações anteriores, ou seja, esses mesmos autores referem que a história anterior de gestação, sífilis ou de perda (natimorto ou abortamento), por exemplo, faria com que na gestação atual, a prevenção de uma nova infecção fosse evitada.

Os dados sobre o pré-natal estão sintetizados na Tabela 3 e mostram que a grande maioria dos casos foi diagnosticada com sífilis ainda durante o pré-natal, sendo que 13 gestantes incluem-se neste achado, de acordo, portanto com o que é preconizado pelo Ministério da Saúde em seus fluxogramas (BRASIL, 2016; SÃO

PAULO, 2016). A grande maioria (também 13 mães) realizaram o pré-natal, porém somente há informação de que quatro delas realizaram o pré-natal na Unidade Básica de Saúde e uma em clínica particular ou através de algum convênio, sobre dez mães não havia informação no protocolo; assim como também não havia informação sobre o início do acompanhamento pré-natal.

Tabela 3 - Pré Natal

REALIZAÇÃO DO PRÉ NATAL	
Sim	13
Não	1
Sem informação	1
LOCAL DO PRÉ NATAL	
Unidade de Saúde	4
Serviço de Saúde Suplementar	1
Sem informação	10
NÚMERO DE CONSULTAS	
Menos de 6	3
Mais de 6	11
Nenhuma	1
Sem informação	0
DIAGNÓSTICO DE SÍFILIS	
No pré natal	13
Durante o parto	1
Sem informação	1
TOTAL	15

O número de consultas realizadas por elas, registradas no protocolo, variou de duas a 21 consultas, sendo que 11 delas realizou seis ou mais consultas, o que segundo o Ministério da Saúde é considerado adequado (BRASIL, 2012).

Sobre o pré-natal houve um prejuízo na avaliação sobre a qualidade, de uma forma mais abrangente, tendo em vista a falta de informações a respeito do local de realização do pré-natal, bem como do seu início. A completude dessas informações é importante pois, Domingues e Leal (p. 8, 2016), em seu estudo verificaram, dentre outras questões “que mulheres com transmissão vertical da infecção apresentaram início mais tardio da assistência pré-natal, menor proporção de número adequado de consultas [...]”.

Identificou-se também, três casos de sífilis não tratada de seus respectivos parceiros e sobre nove casos não havia resposta, sendo que dos 13 casos diagnosticados com sífilis, 11 realizaram tratamento adequado, como pode ser visto

na Tabela 4. O não tratamento do parceiro é um dado muito importante tendo em vista que é considerado como tratamento inadequado da gestante o fato do parceiro não ter sido tratado ou ter sido tratado de forma inadequada (SÃO PAULO, 2016). Holanda e colaboradores (2011), em estudo realizado no município de Natal (Rio Grande do Norte) também encontraram um percentual alto de falta de informações, bem como, tratamentos inadequados, tanto de gestantes quanto de seus parceiros.

Tabela 4 - Tratamento

SITUAÇÃO DO PARCEIRO	
Sorologia não reagente	3
Sífilis não tratada	3
Sem informação	9
ADEQUAÇÃO DO TRATAMENTO	
Sim	11
Não	1
Sem informação	3
TOTAL	15

Apesar de, em 11 situações o tratamento ser considerado adequado, ainda foram encontradas titulações altas de VDRL no momento do parto, o que nos deixa em dúvida em relação à adequação do tratamento tendo em vista que os manuais informam que após a administração do tratamento adequado espera-se uma redução no valor dos títulos de quatro vezes, após três meses de tratamento e de oito vezes após seis meses de tratamento (SÃO PAULO, 2016).

Tabela 5 - Características dos bebês

PESO AO NASCER	
Baixo Peso	3
Peso Normal	11
Sem informação	1
IDADE GESTACIONAL	
Prematuro	1
Atermo	12
Sem informação	2
TOTAL	15

Continuando a análise, referente aos bebês, observou-se, a partir da análise da Tabela 5, que 11 deles nasceram com peso considerado normal, que variou de 2.695kg à 3.990kg. Sobre a idade gestacional, identificou-se 12 bebês a termo,

apenas 1 prematuro e sobre 2 não há resposta, variando as idades entre 37 à 40 semanas. Para Domingues e Leal (2016), a sífilis afeta um número elevado de gestantes, sendo que em 2008, cerca de 1,36 milhão de gestantes apresentavam sífilis ativa e com mais de meio milhão de resultados negativos, representados por perdas fetais com 22 ou mais semanas gestacionais, óbitos neonatais, recém-natos prematuros ou com baixo peso ao nascer e recém-natos infectados.

Os dados encontrados no presente estudo diferem um pouco do verificado por Silveira em sua dissertação de mestrado sobre Sífilis Congênita a qual verificou que “prematividade e o baixo peso ao nascer ocorreram em aproximadamente 25% dos casos” (SILVEIRA, p. 37, 2017).

Tabela 6 - Avaliação do Recém Nascido

ALTERAÇÃO DO LÍQUOR	
Sim	2
Não	9
Sem informação	4
VDRL NO NASCIMENTO	
Reagente	10
Não reagente	1
Sem informação	4
RAIO X DE OSSOS LONGOS	
Normal	12
Não realizado	2
Sem informação	1
TOTAL	15

Na Tabela 6 consta que, na análise de alterações no líquido dos RNs, dentre os 15 analisados, 9 não tiveram alterações no resultado do exame. Além disso, no exame de RX realizado, 12 bebês apresentaram resultado normal, mas chama atenção que em dois bebês, não foi realizado, discordando do que preconiza o protocolo e, além disso, não havia informação sobre a titulação no VDRL do líquido de nenhum dos bebês. Holanda e colaboradores (p. 210, 2011), identificaram em seu estudo uma “ausência de informação sobre diagnóstico radiológico e do VDRL no líquido”, a exemplo de outros estudos também.

Magalhães e colaboradores (2013), constataram avaliação realizada no Distrito Federal, que aproximadamente metade dos recém nascidos realizou a radiografia de ossos longos e o exame de líquido, sendo que a totalidade das mães

foi considerada inadequadamente tratada. Além disso, também foi verificado que dos filhos de gestantes com sífilis, 25,8% dos casos não foram realizados VDRL e em quase metade nenhum dos outros exames foi feito. O autor cita a falta de preparo da equipe multidisciplinar em relação às recomendações sobre o tratamento.

Tabela 7 - Seguimento dos bebês

ACOMPANHAMENTO DA CRIANÇA	
Unidades de Saúde	12
Sindicato	1
Sem informação	2
AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA	
Normal	7
Não realizada	1
Sem informação	7
AVALIAÇÃO AUDIOLÓGICA	
Normal	10
Não realizada	2
Sem informação	3
AVALIAÇÃO OFTALMOLÓGICA	
Normal	7
Alterada	1
Não realizada	2
Sem informação	5
TOTAL	15

Em relação ao acompanhamento, ilustrado na Tabela 7, dentre as crianças, 11 delas fizeram acompanhamento em Unidades de Saúde e, ao que diz respeito às avaliações: metade das avaliações neurológicas foram consideradas normais, mas há oito casos de ausência de resposta quanto a essa avaliação; a avaliação audiológica não foi realizada ou está sem registro em um terço das situações e, considerando a avaliação oftalmológica, sete bebês tiveram resultado normal, uma avaliação estava alterada e sete avaliações não foram realizadas ou estão sem informação. Sobre a avaliação líquórica, houve um alto número - 13 casos - de não realizações ou falta de registro das informações.

Sobre os acompanhamentos periódicos das titulações de VDRL nos bebês também percebeu-se uma grande deficiência em relação aos registros. Na coleta de VDRL de 1 mês de vida, 11 bebês não realizaram ou não consta informação no protocolo; quanto ao VDRL de 3 meses, 14 não foram realizados ou estão sem informação; aos 6 meses de idade, em 12 casos não foram realizados ou não há

informação; com 12 meses de vida, 12 situações de não realização ou sem informação e; o VDRL que deve ser realizado aos 18 meses, não foi realizado ou não consta informação em 13 situações¹. Tal situação contraria o que preconiza a Organização Mundial da Saúde (p. 17, 2008) a qual afirma que “de três em três meses fazer o seu seguimento durante o seu primeiro ano de vida”.

Tabela 8 - VDRL periódicos

VDRL 1º MÊS	
Reagente	1
Não reagente	3
Não realizado	1
Sem informação	10
VDRL 3º MÊS	
Não reagente	1
Não realizado	3
Sem informação	11
VDRL 6º MÊS	
Não reagente	3
Não realizado	2
Sem informação	10
VDRL 12º MÊS	
Não reagente	3
Não realizado	3
Sem informação	9
VDRL 18º MÊS	
Não reagente	2
Não realizado	4
Sem informação	9
TOTAL	15

Segundo a edição número 5 do boletim *Pediatra Atualize-se* (2017), da Sociedade de Pediatria de São Paulo (2017), o seguimento ambulatorial dos recém nascidos expostos à sífilis materna é significativo e deve ser realizado pelo menos até os 2 anos de idade, pois 70% dos RN são assintomáticos ao nascer e pode desenvolver manifestações da doença após 2 anos.

É importante ressaltar que a perda de seguimento também é alarmante em outras regiões, como no interior de Minas Gerais, onde 25,8% dos RNs não foram testados para VDRL, 6,5% dos casos não havia informação sobre o exame realizado, em 45,2% dos casos nenhum dos demais exames complementares para investigação (hemograma, radiografia de ossos longos e exame de líquido) foi

realizado e 79,6% não foram referenciados para seguimento ambulatorial (LAFETÁ *et al.*, 2016).

Um grande número de perda de seguimento dos recém nascidos e de não adesão às avaliações necessárias no seguimento dos RN expostos, também foi verificada por Silveira (2017). Nesse mesmo estudo, a adesão às avaliações auditivas e oftalmológicas também foram muito baixas: dos pacientes acompanhados, apenas 52% realizaram avaliação auditiva, 17% avaliação oftalmológica. Apesar de saber-se que, mesmo nas crianças assintomáticas, as alterações no desenvolvimento e sequelas podem surgir mais tarde, comprometendo a qualidade de vida dessas crianças.

Também de acordo com a edição número 5 do boletim *Pediatra Atualize-se* (2017), da Sociedade de Pediatria de São Paulo, ressalta-se que crianças que apresentam o teste treponêmico reagente após os 18 meses de vida, deverão realizar o seguimento até os 5 anos, se negativo considera-se que a criança não apresentou sífilis ou que ela foi tratada corretamente no período intrauterino.

Tabela 9 - Finalização do seguimento

TESTE TREPONÊMICO AOS 18 MESES	
Não reagente	4
Não realizado	2
Sem informação	9
SITUAÇÃO DA CRIANÇA	
Viva	11
Sem informação	4
NOTIFICAÇÃO NO SINAN	
Gestante com Sífilis	1
Sífilis Congênita	3
Sem informação	11
ENCERRAMENTO	
Confirmada	2
Suspeita	2
Descartada	4
Sem informação	7
TOTAL	15

O teste treponêmico, que deve ser realizado como fechamento da investigação, aos 18 meses de vida (BRASIL, 2014), não foi realizado ou não há informações em 11 situações, como pode ser visto na Tabela 9; é importante ressaltar que uma das crianças que teve o protocolo analisado ainda não atingiu 12 meses de vida.

Por fim, encontrou-se também na análise de dados deficiência de informação em relação à situação atual da criança (viva, morta ou desconhecida), três casos sem informação; em relação ao tipo de notificação realizada no SINAN (Sífilis Adquirida, Gestante com sífilis ou sífilis congênita), 10 protocolos sem informação e; em relação à conclusão da investigação (Confirmada, Suspeita ou Descartada), seis protocolos sem informação. Com base em Holanda e seus colaboradores (2011), a deficiência de informações prejudica o planejamento de ações no sentido de enfrentar um determinado problema de saúde.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento do presente estudo possibilitou uma análise de como foi à avaliação de casos notificados de Sífilis Congênita no município de Santa Cruz do Sul. Observou-se que alguns protocolos, principalmente dos bebês no ano de 2015, notificados com sífilis congênita, se perderam, possivelmente nas unidades de saúde ou talvez com a troca de alguns profissionais do Comitê.

Os resultados da avaliação do preenchimento do Protocolo de seguimento reforçam que houve falhas, em muitas situações o mesmo não era preenchido adequadamente, sendo que havia muitas questões sem resposta. Cada dado analisado teve um grande número de respostas não preenchidas, prejudicando assim a pesquisa por obter-se um pequeno número de protocolos analisados.

Avaliando os dados maternos, entendeu-se que eles variaram muito, diferindo do que aponta a literatura como situações de risco, reforçando que o problema da Sífilis não restringe-se a um determinado grupo de risco.

A questão do pré-natal chama a atenção: ao analisar os resultados não pareceu que o acesso e a quantidade de consultas seja um problema, tendo em vista que das 15 mães, 13 realizaram o pré-natal e tiveram o diagnóstico de sífilis feito na ocasião do pré-natal e 11 realizaram as seis ou mais consultas que preconiza o Ministério da Saúde. Fica então a mesma dúvida que muitos autores trazem em seus estudos: seria a qualidade de assistência dispensada no pré-natal um fator de risco para que a Sífilis Congênita continue sendo um problema de saúde pública?

Em vista dos argumentos apresentados, constatou-se que dos 15 bebês avaliados, 11 deles nasceram com peso considerado normal e 12 eram atermos, ou seja, apesar da exposição e da notificação como Sífilis Congênita, nesse estudo peso e a idade gestacional foram considerados normais.

A avaliação sobre o seguimento após o parto das crianças notificadas com Sífilis Congênita evidenciou muitos problemas, tendo em vista que muitos exames e avaliações necessárias a um adequado seguimento das crianças em muitos casos ou não foi solicitado, ou não há registros disponíveis.

Apesar de não ser um dos objetivos do trabalho, essa falta de informação deve ser melhor investigada, ou seja, por que os profissionais não preenchem campos considerados importantes, quais fatores estão envolvidos nessa dificuldade. Sugere-

se que mais estudos sejam conduzidos, no sentido de elucidar essa questão, tendo em vista a importância da utilização dessas informações na elaboração de estratégias de enfrentamento desses, que tem se mostrado como um importante problema de saúde pública na atualidade.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, C. L. et al. Incidência da sífilis congênita no Brasil e sua relação com a Estratégia Saúde da Família. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 479-486, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46n3/3477.pdf>>. Acesso em: 16 mar. 2017.

ARAUJO, J. S. et al. Assistência de enfermagem no pré-natal de gestantessifilíticas: um cuidado necessário. In: CONGRESSO BRASILEIRO DOS CONSELHOS DE ENFERMAGEM, 12., 2009, Belo Horizonte. *Anais...* Brasília: CONFEN, 2012. Disponível em: <<http://apps.cofen.gov.br/cbcentf/sistemainscricoes/arquivosTrabalhos/I8744.E3.T1303.D3AP.pdf>>. Acesso em: 05 abr. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Boletim Epidemiológico – Sífilis*. Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde, v. 47, n. 35, 2016. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/publicacao/2016/boletim-epidemiologico-de-sifilis>>. Acesso em: 05 abr. 2017.

_____. Ministério da Saúde. *Sífilis: Estratégias para Diagnóstico no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/page/2012/50768/manual_sifilis_miolo_pdf_53444.pdf>. Acesso em: 16 abr. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Atenção ao pré-natal de baixo risco*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis*. Brasília: Ministério da Saúde, 2015b. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/58357/miolo_pcdt_ist_15_08_pdf_22990.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2017.

_____. Ministério da Saúde. *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais*. Brasília: Ministério da Saúde, 2015a. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/58572/pcdt_transmissao_vertical_miolo_10_08_pdf_5557e.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2017.

_____. Ministério da Saúde. *Protocolo de Investigação de Transmissão Vertical*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <<http://www6.aids.gov.br/pt-br/pub/2014/protocolo-de-investigacao-de-transmissao-vertical>>. Acesso em: 04 abr. 2017.

_____. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 12 dez. 2012. Disponível em: <www.jusbrasil.com.br/diarios/55483111/dou-secao-1-13-06-2013-pg-59> Acesso em: 15 jun. 2017.

CLOHERTY, J. P.; EICHENWALD, E. C.; STARK, A. R. *Manual de Neonatologia*. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

DOMINGUES, R. M. S. M.; LEAL, M. C. Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis: dados do estudo Nascer no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 6, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v32n6/1678-4464-csp-32-06-e00082415.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2017.

DOMINGUES, R. M. S. M. et al. Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 147-157, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102013000100019>. Acesso em: 20 mar. 2017.

DUNANT, Sarah. Como a sífilis varreu o mundo. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 21 de maio de 2013. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/ilustrissima/2013/05/1282609-como-a-sifilis-varreu-o-mundo.shtml>> Acesso em: 25 mai. 2017.

FEITOSA, J. A. S.; ROCHA, C. H. R.; COSTA, F. S. Artigo de Revisão: Sífilis congênita. *Revista de Medicina e Saúde de Brasília*. Brasília, v. 5, n. 2, p. 286-297, 2016. Disponível em: <<https://bdtd.ucb.br/index.php/rmsbr/article/view/6749>>. Acesso em: 27 jun. 2016.

FELIZ, M. C. et al. Aderência ao seguimento no cuidado ao recém-nascido exposto à sífilis e características associadas à interrupção do acompanhamento. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. São Paulo, v. 19, n. 4, p. 727-739, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2016000400727&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 27 jun. 2016.

GASSEN, Kellen Nunes Rodrigues. Vigilância Epidemiológica em Santa Cruz do Sul/RS, A construção de um Protocolo para atenção básica, 2013. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/view/3312/2645>. Acesso em: 14 dez. 2016.

GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, G. D. T. (Org.). *Métodos de pesquisa*. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/cursopgdr/downloadsSerie/derad005.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2017.

GUINSBURG, R.; SANTOS, A. M. N. *Critérios diagnósticos e tratamento da sífilis congênita*. São Paulo: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2010. Disponível em: <http://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/pdfs/tratamento_sifilis.pdf>. Acesso em: 20 maio 2017.

HOLANDA, M. T. C. G. et al. Perfil epidemiológico da sífilis congênita no Município do Natal, Rio Grande do Norte – 2004 a 2007. *Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 20, n. 2, p. 203-212, 2011. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v20n2/v20n2a09.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2017.

JUNG, D. L.; BECKER, D., RENNER, J. D. P. Efeito prozona no diagnóstico de sífilis pelo método VDRL: experiência de um serviço de referência no sul do Brasil. *Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção*, Santa Cruz do Sul, v. 4, n. 1, p. 02-06, 2014. Disponível em:

<<https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/view/3959>>. Acesso em: 16 maio 2017.

LAFETÁ, K. R. G. et al. Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 63-74, 2016.

LIMA, M. G. et al. Incidência e fatores de risco para sífilis congênita em Belo Horizonte, Minas Gerais, 2001-2008. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 499-506, 2013. Disponível

em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000200021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 nov. 2017.

LOPES, A. C. M. U. et al. Implantação dos testes rápidos para sífilis e HIV na rotina do pré-natal em Fortaleza – Ceará. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 69, n. 1, p. 62-66, 2016. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000100062>. Acesso em: 16 maio 2017.

MAGALHÃES, D. M. S. et al. A sífilis na gestação e sua influência na morbimortalidade materno-infantil. *Revista Comunicação em Ciências da Saúde*, Brasília, v. 22, sup. 1, p. 43-54, 2011. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/sifilis_gestacao.pdf>. Acesso em: 20 maio 2017.

MAGALHÃES, M. S. et al. Sífilis Materna e Congênita: ainda um desafio. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 6, p. 1109-1120, 2013. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n6/a08v29n6.pdf>>. Acesso em: 13 mar. 2017.

MORORÓ, R. M. et al. A percepção dos enfermeiros da estratégia de saúde da família acerca do seguimento da Sífilis Congênita. *Revista Saúde.Com.[S.l.]*, v. 11, n. 2, p. 291-302, 2015. Disponível em:

<<http://www.uesb.br/revista/rsc/v11/v11N3a06.pdf>>. Acesso em: 27 jun. 2017.

NONATO, S. M.; MELO, A. P S.; GUIMARÃES, M. D. C. Sífilis na gestação e fatores associados à sífilis congênita em Belo Horizonte-MG, 2010-2013. *Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 24, n. 4, p. 681-694, 2015.

Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/ress/v24n4/2237-9622-ress-24-04-00681.pdf>>. Acesso em: 13 mar. 2017.

OLIVEIRA, Maxwell Ferreira. Metodologia Científica: um manual para a realização de pesquisa em administração. Catalão: UFG, 2011. Disponível em:

<https://adm.catalao.ufg.br/up/567/o/Manual_de_metodologia_cientifica_-_Prof_Maxwell.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Eliminação mundial da sífilis congênita: fundamento lógico e estratégia para ação. Genebra: Organização Mundial de Saúde,

2008. Disponível em:

<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43782/4/9789248595851_por.pdf>. Acesso em: 22 nov 2017.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Departamento de Gestão da Tecnologia da Informação. Portal Business Intelligence Saúde:Gestão Municipal, 2017. Disponível em: <<http://bipublico.saude.rs.gov.br/index.htm>> Acesso em: 19 jun. 2017.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Nota Técnica nº 02/2015. Porto Alegre, 02 de setembro de 2015. Disponível em: <<http://www.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201703/16151427-4-5-3-nt-maternidades.pdf>>. Acesso em: 19 jun. 2017.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. Guia de Bolso para o manejo da sífilis em gestante e sífilis congênita. 2.ed. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde, 2016. Disponível em: <http://www.saude.campinas.sp.gov.br/doencas/sifilis/guiadebolsodasifilis_2edicao2016.pdf>. Acesso em: 16 mar. 2017.

SILVEIRA, Sarah de Lima Alloufa. *Estudo Epidemiológico da Sífilis Congênita: a realidade de um Hospital Universitário Terciário*. 2017. 54 f. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Medicina)- Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2017. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/148892/silveira_sla_me_bot.pdf?sequence=3&isAllowed=y>. Acesso em 24 nov 2017.

SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO. *Pediatra Atualize-se*. Boletim da Sociedade de Pediatria de São Paulo. Edição n 5. 2017. Disponível em: <<http://www.spsp.org.br/site/asp/boletins/AT08.pdf>>. Acesso em: 24 nov 2017.

SOUZA, B.C.; SANTANA, L.S. As consequências da sífilis congênita no binômio materno-fetal: um estudo de revisão. *Revista Interfaces científicas – saúde e ambiente*, Aracaju, v.1, n.3, p.59-67, 2013. Disponível em: <<https://periodicos.set.edu.br/index.php/saude/article/view/746/440>>. Acesso em:27 maio 2017.

TABISZ, L. et al. Sífilis, uma doença reemergente. *Revista do Médico Residente*, Curitiba, v.14, n.3, p. 165-172, 2012. Disponível em: <<http://crmpr.org.br/publicacoes/cientificas/index.php/revista-do-medico-residente/article/view/263/251>>. Acesso em: 27 maio 2017.

UNISC. Universidade de Santa Cruz do Sul. Comitê de Ética em Pesquisa. 2017. Disponível em: <<http://unisc.br/pt/pesquisa/comite-de-etica>>. Acesso em: 15 jun. 2017.

APÊNDICE A– Roteiro a partir do Protocolo de Seguimento

Dados de identificação da criança:

INICIAIS:

Tipo de identificação:

- (1) Aborto
- (2) Natimorto
- (3) Nascido vivo

Sexo: (1) Feminino (2) Masculino (3) Ignorado

1. Dados Maternos:

1.1 Idade:

1.2 Data de Nascimento:

1.3 Estado Civil:

- (1) Solteira
- (2) Casada/ União Estável/ Amasiada
- (3) Divorciada/Separada
- (4) Viúva
- (5) Ignorado

1.4 Escolaridade

- (1) Analfabeta
 - (2) 1ª a 4ª série do ensino fundamental (antigo primário ou 1º grau)
 - (3) 4ª série completa do Ensino Fundamental (antigo primário ou 1º grau)
 - (4) 5ª a 8ª série completa do Ensino Fundamental (antigo ginásio ou 1º grau)
 - (5) Ensino Fundamental Completo (antigo ginásio ou 1º grau)
 - (6) Ensino Médio Incompleto (antigo colegial ou 2º grau)
 - (7) Ensino Médio Completo (antigo colegial 2º grau)
 - (8) Educação Superior Incompleta
 - (9) Educação Superior Completa ou mais
 - (10) Ignorado
- Anos completados de estudo: _____ anos

2. Ocupação: _____

3. Etnia da mãe

- (1) Branca
- (2) Preta
- (3) Amarela
- (4) Parda
- (5) Indígena
- (6) Ignorada

4. Antecedentes Epidemiológicos da Mãe

5. Comportamentos de risco e situações de vulnerabilidade vivenciadas pela mãe, durante a gestação da criança em investigação:

- (1) Durante a gestação, vivendo em situação de rua
- (2) Durante a gestação, sem moradia, vivendo em casa de familiares/amigos
- (3) Durante a gestação, vivendo em albergue/cortiço
- (4) Mudança frequente de domicílio/residência
- (5) Sofreu abuso /violência sexual
- (6) Sofreu violência doméstica física ou verbal
- (7) Mantida em cárcere privado (domiciliar) durante a gestação
- (8) Usuária de *crack*
- (9) Usuária de álcool (+ de uma lata de cerveja ou dose / dia)
- (10) Usuária de outro tipo de droga: Qual? _____
- (11) Privada de liberdade (presidiária)
- (12) Parceira de presidiário
- (13) Profissional do sexo
- (14) Múltiplas parceiras sexuais (mais de um parceiro na gestação da criança em investigação)

- (15) Imigrante. País: _____ Há quanto tempo: _____
 (16) Emigrante Estado: _____ Há quanto tempo: _____
 (17) Família de baixa renda
 (18) Outras situações de vulnerabilidade: _____

6. Presença de infecções associadas à gestação

- (1) HIV
 (2) Hepatite B
 (3) Hepatite C
 (4) Outras DST'S. Qual: _____

7. Antecedentes obstétricos:

- Número de gestações anteriores: _____
 Número de natimortos: _____
 Número de nascidos vivos: _____
 Número de abortos: _____

8. Antecedentes de transmissão vertical. Possui outros filhos com:

- (1) Infecção pelo HIV
 (2) Sífilis Congênita
 (3) Hepatite B
 (4) Hepatite C

9. Momento do diagnóstico da sífilis materna

- (1) Durante o pré-natal
 (2) Durante o parto
 (3) Durante curetagem
 (4) Após o parto
 (5) Desconhecido

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

- (1) Não fez pré-natal
 (2) Fez pré-natal e não foi solicitado o teste de sífilis
 (3) Fez pré-natal, foi solicitado teste para sífilis, mas houve falha no fluxo do serviço:
 Especifique: _____
 (4) Fez pré-natal, foi solicitado o teste para sífilis, mas houve falha no fluxo do laboratório.
 Especifique: _____
 (5) Erro de diagnóstico (falha no entendimento – profissional de saúde considerou “cicatriz sorológica”).
 (6) Teste rápido para sífilis não disponível na Unidade de Saúde
 (7) Outro. Especifiquei: _____

11. Realização do pré-natal:

- (1) Sim
 (2) Não

12. Motivos de não-realização do pré-natal:

- (1) Desconhece a importância do pré-natal
 (2) Muda com frequência de endereço
 (3) Trabalha e não teve tempo
 (4) Trabalha e o empregador não deixou
 (5) Acha que não precisava, porque já tinha experiência em gestação anterior
 (6) Parceiro não deixou
 (7) Privada de liberdade (presidiária) sem acesso ao serviço de pré-natal
 (8) Mantida em cárcere privado
 (9) Local muito distante, não tinha dinheiro para ir ao pré-natal
 (10) Dificuldade no acesso (demora) para agendar consulta no pré-natal ou na unidade de referência
 (11) Unidade de Saúde não realiza teste para gravidez

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

(13) Outro. Especifique: _____

13. Pré-natal realizado em:

(1) Unidade Básica de Saúde (UBS) do SUS-

(2) Serviço de referência

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

Convênio/Plano: _____

Nome do médico do convênio: _____

CRM do médico: _____

(4) Consultório Médico Particular. Informar:

Nome do Médico: _____

CRM do Médico: _____

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

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

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

(1) Sorologia não reagente para Sífilis

(2) Caso de Sífilis não tratada. Informar motivo: _____

(3) Caso de Sífilis tratada. Qual droga: _____

Quantas doses: _____ Data: _____

Data: _____ Data: _____

(4)Parceiro reconhecido e não testado. Por quê? _____

(5) Parceiro sem contato com a família/desconhecido

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

(1) Sim

(2) Não

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

(1) Sorologias para Sífilis não realizadas

(2) Atraso nos resultados das sorologias

(3) Medicamento não prescrito

(4) Medicamento não administrado, apesar da prescrição e disponibilidade no serviço

(5) Gestante não aderente ao tratamento/faltosa

(6) Recusa da gestante ao tratamento

(7) Profissional de saúde considerou resultado do teste para sífilis como “cicatriz sorológica”

(8) Serviço não aplica penicilina benzatina na rotina

(9) Paciente encaminhada para outro serviço de saúde para receber benzatina e não compareceu

(10) Gestante alérgica a penicilina, não realizou dessensibilização (falta local de referência)

(11) Iniciou o pré-natal no final da gestação/realizou apenas uma consulta

(12) Outros motivos. Explique: _____

16. Peso da criança ao nascer: _____ gramas

17. 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)

() VDRL/RPR

Título: 1: _____ Data: __/__/__

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

() VDRL/RPR (sangue periférico) Título 1: _____ Data: __/__/__

() VDRL/RPR (líquor) Título 1: _____ Data: __/__/__

- Há presença da alteração no líquido?

(1) Sim. Celularidade: _____ leucócitos/mm³ Proteínas: _____ mg/dL

(2) Não

- Foi realizado RX de ossos longos no recém nascido:

Sim. Resultado do RX: (1) Alterado (2) Normal

(3) Não

- 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)

(1) Não havia médico para colher líquido

(2) Laboratório da maternidade não realiza exame VDRL

(3) Maternidade não faz RX de ossos longos

(4) Não havia profissional para interpretar o RX de ossos longos

(5) Aparelho de RX quebrado

(6) Médico não solicitou o exame

(7) Mãe não fez diagnóstico de sífilis

(8) Recém-nascido com VDRL não reagente

(9) Mãe com história de sífilis tratada adequadamente durante a gestação

(10) Outro(s). Especifique: _____

-Foi realizado tratamento para sífilis no recém-nascido?

(1) Penicilina G cristalina 100.000 a 150.000 UI/Kg/dia, durante 10 dias

(2) Penicilina G cristalina 50.000 UI/Kg/dia, durante 10 dias

(3) Penicilina G cristalina 50.000 UI/Kg/dia, dose única

(4) Outro esquema com penicilina.

Especifique: _____

18. Motivos da não utilização das medidas terapêuticas para a sífilis no recém-nascido:

(1) Medicamento (penicilina) não disponível na maternidade

(2) Mãe não realizou a sorologia para sífilis no parto

(3) Recém-nascido não realizou teste treponêmico

(4) Teste não treponêmico no recém-nascido não reagente

(5) Recusa da mãe em medicar a criança

(6) Outros motivos. Especifique: _____

19. Local de acompanhamento da criança:

UF: _____ Município: _____

Unidade de Saúde: _____ NOME DA UNIDADE _____

- Avaliações realizadas: (1 – Sim, 2 – Não, 9 – Ignorado) 3 NÃO REALIZADA

() Neurologia (1) Alterada (2) Normal Data: __/__/__

() Auditiva (1) Alterada (2) Normal Data: __/__/__

() Oftalmológica (1) Alterada (2) Normal Data: __/__/__

() Líquorica de seguimento, no caso de líquido e/ou com VDRL reagente na maternidade. 1 ALTERADA
2 NORMAL 3 NÃO REALIZADA

Data: __/__/__

Data: __/__/__

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

() VDRL/RPR com 1 mês de idade Título 1: _____ Data: __/__/__

() VDRL/RPR com 3 meses de idade Título 1: _____ Data: __/__/__

() VDRL/RPR com 6 meses de idade Título 1: _____ Data: __/__/__

() VDRL/RPR com 12 meses de idade Título 1: _____ Data: __/__/__

() VDRL/RPR com 18 mês de idade Título 1:_____ Data: __/__/__

- Teste treponêmico: (após 18 meses de idade) Data da coleta: __/__/__

- (1) Reagente
- (2) Não reagente
- (3) Não realizado
- (9) Desconhecido

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

- Situação da criança:

- (1) Viva
- (2) Morta
- (3) Desconhecida

Notificações realizadas no Sinan, relacionadas em caso de investigação

- (1) Sífilis adquirida
- (2) Gestante com Sífilis
- (3) Sífilis Congênita

- Após a investigação utilizando este protocolo, o caso foi encerrado como sífilis congênita:

- (1) Confirmada
- (2) Suspeita
- (3) Descartada

Se o caso foi considerado suspeito ou descartado,
justifique:_____

ANEXO A–Protocolo de Investigação de Casos de Sífilis Congênita Precoce

Protocolo de Investigação de Casos de Sífilis Congênita Precoce

Registro da Notificação

Número do Sinan: _____

Notificação: _____

UF: _____ Município: _____

Unidade de Saúde: _____ Data da notificação: ____/____/____

Dados de Identificação da Criança

Tipo de investigação: () Aborto () Natimorto () Nascido vivo

Nome: _____

Data de nascimento/aborto/natimorto: ____/____/____

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

Número da Declaração de Nascido Vivo: _____

Número do Cartão SUS: _____

Número do(s) Prontuário(s): Nº: _____ Serviço: _____

Nº: _____ Serviço: _____

Residência: _____

UF: _____ Município: _____

Endereço: _____

Dados da Mãe

1. Nome: _____

2. Data de Nascimento: ____/____/____ ou Idade da mãe no parto: ____ anos

3. Estado civil/conjugal:

(1) Solteira

(2) Casada/união estável/amasiada

(3) Divorciada/separada

(4) Viúva

(9) Ignorado

4. Escolaridade:

- (0) Analfabeta
 - (1) 1ª a 4ª série incompleta do Ensino Fundamental (antigo primário ou 1º grau)
 - (2) 4ª série completa do Ensino Fundamental (antigo primário ou 1º grau)
 - (3) 5ª a 8ª série incompleta do Ensino Fundamental (antigo ginásio ou 1º grau)
 - (4) Ensino Fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau)
 - (5) Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau)
 - (6) Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau)
 - (7) Educação superior incompleta
 - (8) Educação superior completa ou mais
 - (9) Ignorado
- ou Anos completos de estudos: _____ anos

5. Ocupação: _____

6. A ocupação é sazonal? () (1 - Sim, 2 - Não, 9 - Ignorado)

7. Raça/cor da mãe:

- (1) Branca
- (2) Preta
- (3) Amarela
- (4) Parda
- (5) Indígena
- (9) ignorada

Antecedentes Epidemiológicos da Mãe
--

8. 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 qual país? _____ Há quanto tempo? _____
- Imigrante. De qual estado? _____ Há quanto tempo? _____
- Família de baixa renda
- Outras situações de vulnerabilidade. Especifique: _____

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

- HIV
- Hepatite B
- Hepatite C
- Outras DST. Especifique: _____
Se presente, foi tratada? ()

10. Antecedentes obstétricos:

Número de gestações anteriores: _____ Número de nascidos vivos: _____
Número de natimortos: _____ Número de abortos: _____

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

- Infecção pelo HIV
- Sífilis congênita
- Hepatite B
- Hepatite C

12. Momento do diagnóstico de sífilis materna:

- (1) Durante o pré-natal
- (2) Durante o parto
- (3) Durante curetagem
- (4) Após o parto
- (5) Desconhecido

13. 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

14. Realização de pré-natal: () (1 - Sim, 2 - Não)

15. 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: _____

16. Pré-natal realizado em: (1 - Sim, 2 - Não, 9 - Ignorado)

- Unidade Básica de Saúde (UBS) 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: _____

17. Local do pré-natal:

UF: _____ Município: _____

Unidade de Saúde: _____

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

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

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

(1) Sim

(2) Não. Por quê? _____

21. Motivo(s) do abandono do pré-natal:

22. Foi recebido algum auxílio/incentivo para fidelização ao pré-natal? (1 - Sim, 2 - Não, 9 - Ignorado)

() Auxílio transporte

() Enxoval

() Cesta básica

() Não recebeu qualquer auxílio

() Outros. Especifique: _____

23. O parceiro foi chamado para o pré-natal ("Pré-natal do parceiro" ou "Pré-natal do homem")?

(1) Sim

(2) Não. Por quê? _____

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

(1) Sorologia não reagente para sífilis

(2) Caso de sífilis não tratada.

Informar o(s) motivo(s): _____

1 - Parceiro – companheiro da mãe durante a gestação da criança em investigação.

- (3) Caso de sífilis tratada
- Qual droga? _____
- Quantas doses? _____ Data: __/__/__ Data: __/__/__ Data: __/__/__
- (4) Parceiro conhecido e não testado. Por quê? _____
- _____
- (9) Parceiro sem contato com a família/desconhecido
25. Qual a forma clínica da sífilis materna, durante a gestação da criança em investigação?
- (1) Primária
 - (2) Secundária
 - (3) Latente precoce
 - (4) Latente tardia
 - (5) Latente duração indeterminada
 - (6) Terciária
26. Durante o pré-natal, foi realizado tratamento materno para prevenir a transmissão vertical da sífilis? () (1 - Sim, 2 - Não, 9 - Ignorado)
27. Qual esquema de tratamento foi utilizado pela mãe da criança em investigação?
- (1) Penicilina benzatina 2.400.000UI Data: __/__/__
- (2) Penicilina benzatina 4.800.000UI Data: __/__/__ Data: __/__/__
- (3) Penicilina benzatina 7.200.000UI Data: __/__/__ Data: __/__/__ Data: __/__/__
- (4) Outro medicamento. Por quê? _____
- Qual droga? _____
- Por quanto tempo: _____ (dias) Data: __/__/__
28. Se houve falta/abandono do tratamento, foi realizada busca da gestante?
- (1) Sim
- (2) Não. Por quê? _____
29. 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: _____

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

- 1º Teste Treponêmico (Teste rápido) Data: __/__/__
- 2º Teste Treponêmico (Teste rápido) Data: __/__/__
- 1º Teste Treponêmico (FTA-ABS, ELISA, TPHA, CMIA) Data: __/__/__
- 2º Teste Treponêmico (FTA-ABS, ELISA, TPHA, CMIA) Data: __/__/__
- 1º Teste não Treponêmico (VDRL, RPR) Título 1:_____ Data: __/__/__
- 2º Teste não Treponêmico (VDRL, RPR) Título 1:_____ Data: __/__/__
- 3º Teste não Treponêmico (VDRL, RPR)² Título 1:_____ Data: __/__/__
- 4º Teste não Treponêmico² (VDRL, RPR)² Título 1:_____ Data: __/__/__
- Último teste não Treponêmico antes do parto Título 1:_____ Data: __/__/__

PARTO

31. Local do parto:

UF: _____ Município: _____
 Unidade de Saúde: _____

32. Parto realizado em:

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

2 - No caso de gestante com sífilis tratada em seguimento sorológico.

33. Peso da criança ao nascer: _____gramas

34. Idade gestacional da criança ao nascer: _____semanas

35. Resultado do teste não treponêmico da mãe, no momento do parto:

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

() VDRL/RPR

Título 1: _____ Data: __/__/__

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

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

() VDRL/RPR(sangue periférico)

Título 1: _____ Data: __/__/__

() VDRL/RPR (líquor)

Título 1: _____ Data: __/__/__

37. Há presença de alteração no líquido?

(1) Sim. Celularidade: _____leucócitos/mm³ Proteínas: _____mg/dL

(2) Não

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

(1) Sim. Resultado do RX: (1) Alterado (2) Normal

(2) Não

39. Presença de sinais e sintomas: (1 - Sim, 2 - Não, 9 - Ignorado)

() Icterícia

() Anemia

() Plaquetopenia, púrpura

() Hepatomegalia

() Esplenomegalia

() Rinite muco-sanguinolenta

() Lesões cutâneo-mucosas

() Lesões ósseas (metafisite, periostite, osteocondrite)

() Pseudoparalisia de Parrot

() Edema generalizado

() Outros. Especifique: _____

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

- Não havia médico para colher líquor
- 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: _____

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

- (1) Penicilina G cristalina 100.000 a 150.000 UI/Kg/dia, durante 10 dias
- (2) Penicilina G procaína 50.000 UI/Kg/dia, durante 10 dias
- (3) Penicilina G benzatina 50.000 UI/kg, dose única
- (4) Outro esquema com penicilina.

Especifique: _____

(5) Outro medicamento. Por quê? _____

Qual droga? _____

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

(6) Não realizado

42. 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: _____

PUERPÉRIO

(seguimento da criança após o parto)

43. Local de acompanhamento da criança:

UF: _____ Município: _____

Unidade de Saúde: _____

44. Data da primeira consulta da criança na Unidade de acompanhamento: ___/___/___

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

(1) Sim

(2) Não. Por quê? _____

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

() Neurológica () Alterada () Normal Data: ___/___/___

() Auditiva () Alterada () Normal Data: ___/___/___

() Oftalmológica () Alterada () Normal Data: ___/___/___

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

Data: ___/___/___

Data: ___/___/___

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

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

() VDRL/RPR com 1 mês de idade Título 1: _____ Data: ___/___/___

() VDRL/RPR com 3 meses de idade Título 1: _____ Data: ___/___/___

() VDRL/RPR com 6 meses de idade Título 1: _____ Data: ___/___/___

() VDRL/RPR com 12 meses de idade Título 1: _____ Data: ___/___/___

() VDRL/RPR com 18 meses de idade Título 1: _____ Data: ___/___/___

48. Teste treponêmico: (após 18 meses de idade) Data da coleta: ___/___/___

(1) Reagente

(2) Não reagente

(3) Não realizado

(9) Desconhecido

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

49. Situação da criança:

- (1) Viva
- (2) Morta
- (3) Desconhecida

50. Data do óbito: ____/____/____

51. Número da Declaração de Óbito: _____

52. Local do Óbito:

UF: _____ Município: _____
 Unidade de Saúde: _____

53. Causa do óbito (conforme Declaração de Óbito):

Parte I:

- a) _____ CID: _____
- b) _____ CID: _____
- c) _____ CID: _____
- d) _____ CID: _____

Parte II:

_____ CID: _____
 _____ CID: _____

54. Notificações realizadas no Sinan, relacionadas ao caso em investigação: (1 - Sim, 2 - Não)

- () Sífilis adquirida
- () Gestante com sífilis
- () Sífilis congênita

CONCLUSÃO DA INVESTIGAÇÃO

55. Após a investigação utilizando este protocolo, o caso foi encerrado como sífilis congênita:

- (1) Confirmada
- (2) Suspeita
- (3) Descartada

Se o caso foi considerado suspeito ou descartado, justifique: _____

56. Durante a investigação, foi realizada alguma ação educativa para os problemas identificados?

57. Após a investigação, apontar o(s) eixo(s) que abrange(m) o(s) principal(is) problema(s) identificado(s) no pré-natal, parto e puerpério (vide instrução de preenchimento):
(1 - Sim, 2 - Não)

Pré-natal:

() Eixo Vulnerabilidade individual e social. Especifique: _____

() Eixo Serviço – vulnerabilidade programática. Especifique: _____

() Eixo Gestão – vulnerabilidade programática. Especifique: _____

() Outros. Especifique: _____

Parto:

() Eixo Vulnerabilidade individual e social. Especifique: _____

() Eixo Serviço – vulnerabilidade programática. Especifique: _____

() Eixo Gestão – vulnerabilidade programática. Especifique: _____

() Outros. Especifique: _____

Puerpério:

() Eixo Vulnerabilidade individual e social. Especifique: _____

() Eixo Serviço – vulnerabilidade programática. Especifique: _____

() Eixo Gestão – vulnerabilidade programática. Especifique: _____

() Outros. Especifique: _____

58. Encaminhamentos/recomendações para correção de problemas identificados:

Responsável pela investigação: _____ Data: ____/____/____

Fone para contato: _____

ANEXO B – Carta de aceite

Santa Cruz do Sul, 05 de julho de 2017.

TERMO DE ACEITE INSTITUCIONAL

Ao comitê de ética em Pesquisa (CEP/UNISC)

Prezados senhores

Declaramos para os devidos fins conhecer o projeto de pesquisa intitulado "**SÍFILIS CONGÊNITA: AVALIAÇÃO DO SEGUIMENTO DE CASOS NOTIFICADOS NO MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO SUL**", desenvolvido pela acadêmica Luana Angélica Schimuneck, sob orientação da professora Maitê da Silva Lima, do curso de Enfermagem, da Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, e autorizamos o desenvolvimento da pesquisa no departamento de Vigilância Sanitária, da Secretaria Municipal de Santa Cruz do Sul-RS, CNPJ 95440517/0001-08.

Informamos concordar com o parecer ético que será emitido pelo CEP/UNISC, conhecer e cumprir com a Resolução do CNS 466/12 e demais Resoluções Éticas Brasileiras. Esta instituição está ciente das suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa e no seu compromisso do resguardo da segurança e bem estar dos sujeitos da pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária.

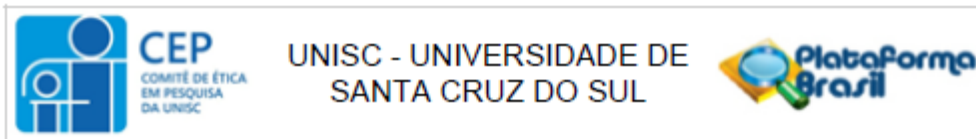
Atenciosamente


CLARISSA GOHLKE

Diretora de Ações e Programas de Saúde

Clarissa Gohlke
Diretora de Ações e
Programas de Saúde
M 41176

ANEXO C – Parecer do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SÍFILIS CONGÊNITA: AVALIAÇÃO DO SEGUIMENTO DE CASOS NOTIFICADOS NO MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO SUL

Pesquisador: Maitê da Silva Lima

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 78191517.1.0000.5343

Instituição Proponente: Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.324.533

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de pesquisa intitulado SÍFILIS CONGÊNITA: AVALIAÇÃO DO SEGUIMENTO DE CASOS NOTIFICADOS NO MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO SUL, apresentado pela acadêmica Luana Angélica Schimuneck, como Trabalho de Curso I, do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade de Santa Cruz do Sul, sob orientação da Profa. En^o. Ms. Maitê da Silva Lima. O estudo busca avaliar a aplicação do protocolo de investigação de casos de Sífilis Congênita precoce no município de Santa Cruz do Sul, e a partir daí instigar a reflexão dos profissionais de saúde, no que tange à notificação e à assistência adequada desta patologia. Trata-se de um estudo descritivo, qualitativo, do tipo pesquisa documental. A pesquisa será realizada na Vigilância Epidemiológica do Município de Santa Cruz do Sul. Os sujeitos serão os recém nascidos notificados com Sífilis Congênita, em 2015, residentes no Município de Santa Cruz do Sul. A coleta de dados será realizada pela pesquisadora a partir da análise das fichas preenchidas do "Protocolo de Investigação de Casos de Sífilis Congênita Precoce" dos casos notificados em 2015 em Santa Cruz do Sul. Será elaborado um roteiro para a coleta dos dados, a partir das fichas, e uma planilha no software Excel 2010, com as diversas variáveis a serem estudadas, para sistematização dos dados.

Endereço: Av. Independência, nº 2293 -Bloco 6, sala 603
Bairro: Universitario **CEP:** 96.815-900
UF: RS **Município:** SANTA CRUZ DO SUL
Telefone: (51)3717-7680 **E-mail:** cep@unisc.br



UNISC - UNIVERSIDADE DE
SANTA CRUZ DO SUL



Continuação do Parecer: 2.324.533

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar a investigação de casos de Sífilis Congênita precoce no município de Santa Cruz do Sul.

Objetivo Secundário:

Avaliar o preenchimento do Protocolo de Investigação de Casos de Sífilis Congênita Precoce, dos casos notificados em 2015, no Município de Santa Cruz do Sul; Caracterizar o perfil materno dos casos de Sífilis Congênita notificados em 2015, no Município de Santa Cruz do Sul; Caracterizar o perfil dos recém-nascidos notificados com Sífilis Congênita em 2015, no Município de Santa Cruz do Sul; Avaliar o seguimento após o parto das crianças notificadas com Sífilis Congênita em 2015, no Município de Santa Cruz do Sul.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Os sujeitos não estão expostos a nenhum tipo de risco, tendo em vista se tratar de um estudo documental.

Benefícios: A partir da avaliação da aplicação do protocolo de investigação de casos de Sífilis Congênita precoce no município de Santa Cruz do Sul, instigar a reflexão nos profissionais de saúde, no que tange à notificação e à assistência adequada desta patologia

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto de pesquisa com delineamento metodológico claro e objetivos exequíveis.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos exigidos estão adequadamente presentes.

Recomendações:

ok.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

ok

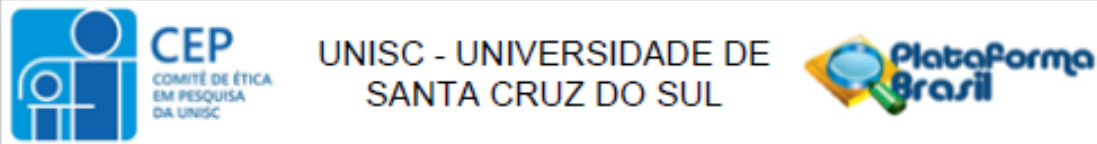
Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto aprovado e em condições de ser executado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_966709.pdf	03/10/2017 10:56:53		Aceito

Endereço: Av. Independência, nº 2293 -Bloco 6, sala 603
Bairro: Unversitário **CEP:** 96.815-900
UF: RS **Município:** SANTA CRUZ DO SUL
Telefone: (51)3717-7680 **E-mail:** cep@unisc.br



Continuação do Parecer: 2.324.533

Declaração de Instituição e Infraestrutura	cartadeaceite.pdf	03/10/2017 10:56:37	Maitê da Silva Lima	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostoassinada.pdf	18/09/2017 19:09:29	Maitê da Silva Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	JUSTIFICATIVA.docx	18/09/2017 19:09:11	Maitê da Silva Lima	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	18/09/2017 19:08:55	Maitê da Silva Lima	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	18/09/2017 19:08:37	Maitê da Silva Lima	Aceito
Orçamento	orcamentoluana.pdf	18/09/2017 19:08:25	Maitê da Silva Lima	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SANTA CRUZ DO SUL, 10 de Outubro de 2017

**Assinado por:
Renato Nunes
(Coordenador)**

Endereço: Av. Independência, nº 2293 -Bloco 6, sala 603
 Bairro: Universitário CEP: 96.815-900
 UF: RS Município: SANTA CRUZ DO SUL
 Telefone: (51)3717-7680 E-mail: cep@unisc.br