

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA COM ÊNFASE NO MONITORAMENTO DA SÍFILIS COMO PRÁTICA DE SAÚDE PÚBLICA: A PROPOSTA DE UM MODELO TEÓRICO-LÓGICO

EPIDEMIOLOGICAL SURVEILLANCE WITH EMPHASIS ON MONITORING SYPHILIS AS A PUBLIC
HEALTH PRACTICE: A PROPOUSE OF A THEORIC-LOGICAL METHOD

Leôndro Luiz Da Silva

Graduando em Licenciatura em Ciências Biológicas pela Universidade estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro – UENF, Campos do Goytacazes. E-mail: leo_soft@terra.com.br

Regina Coeli Magnelli[†]

Técnica. Secretaria municipal de Bom Jesus do Itabapoana, RJ. E-mail: rcmagnelli@gmail.com

Aline Márcia Ferreira Dias da Silva Januário

Professora Orientadora. Mediadora Presencial do curso de Licenciatura em Ciências Biológicas pela Universidade estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro – UENF. E-mail: diasilva.a@hotmail.com

Bianca Magnelli Mangiavacchi

Professora Orientadora. Mediadora Presencial do curso de Licenciatura em Ciências Biológicas pela Universidade estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro – UENF. Professora da Faculdade Metropolitana São Carlos – FAMESC. E-mail: bmagnelli@gmail.com

RESUMO

O objetivo deste trabalho foi observar e avaliar a vigilância epidemiológica no enfrentamento da Sífilis congênita e as particularidades no âmbito da administração pública, tendo em vista o cenário epidemiológico da infecção e os dados disponíveis nos sistemas de informação do Ministério da saúde. O enfrentamento da Sífilis Congênita no Brasil se apresenta atualmente como prioridade dentro das propostas de pactuação federativa devido ao crescente número de casos notificados nos últimos anos. No entanto, existem inúmeros fatores que dificultam a efetiva da inclusão de ações e atividade, dentre as quais se apresentam propostas e perspectivas para sua superação do quadro presente e da incidência de novos casos de sífilis.

Para a identificação do cenário epidemiológico foram analisados os indicadores e dados da sífilis entre os anos de 2010 e 2020. A partir da avaliação desses dados foi elaborado o modelo teórico-lógico para o enfrentamento da sífilis congênita, com base nos componentes, ações e objetivos estabelecidos pelo Ministério da Saúde. Para a construção do modelo foram utilizados a legislação brasileira e documentos orientadores para o controle da Sífilis no Brasil, para a proposição das etapas necessárias à transformação das metas em objetivos a serem alcançados pela Vigilância Epidemiológica. O acompanhamento pré-natal da gestante é fundamental e o alto número de dados ausentes/ignorados ou subnotificados identificados neste estudo pode ser considerado como uma avaliação indireta da assistência pré-natal de baixa qualidade. Torna-se urgente o desenvolvimento de ações sistemáticas e integradas que possibilitem o diagnóstico e tratamento precoce das gestantes e seus parceiros, bem como ações que reduzam a manutenção da dinâmica de transmissão da doença.

Palavras-chave Vigilância epidemiológica, administração pública, saúde.

ABSTRACT

The objective of this work was to observe and evaluate epidemiological surveillance in coping with congenital syphilis and the particularities in the scope of public administration, considering the epidemiological scenario of infection and the data available in the information systems of the Ministry of Health. The coping with Congenital Syphilis in Brazil is currently a priority within the proposals for federative agreement due to the increasing number of reported cases in recent years. However, there are numerous factors that hinder the effective inclusion of actions and activity, among which are presented proposals and perspectives for their overcoming of the present picture and the incidence of new cases of syphilis. To identify the epidemiological scenario, syphilis indicators and data between 2010 and 2020 were analyzed. Based on the evaluation of these data, the theoretical-logical model for coping with congenital syphilis was elaborated, based on the components, actions and objectives established by the Ministry of Health. For the construction of the model, Brazilian legislation and guiding documents were used for the control of syphilis in Brazil, to propose the steps necessary to transform the goals into objectives to be achieved by the Epidemiological Surveillance. Prenatal follow-up of pregnant women is essential and the high number of absent/ignored or underreported data identified in this study can be considered as an indirect assessment of low-quality prenatal care. It is urgent to develop systematic and integrated actions that enable the early diagnosis and treatment of pregnant women and their partners, as well as actions that reduce the maintenance of the dynamics of transmission of the disease.

Keywords Epidemiological surveillance, public administration, health.

1. INTRODUÇÃO

A Vigilância Epidemiológica (VE) das infecções sexualmente transmissíveis (IST's), do HIV/AIDS e das hepatites virais baseia-se, sobretudo nos dados fornecidos através das informações cadastradas nas fichas de notificação e investigação e posteriormente, registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e nos dados

informados no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) relativo às causas de óbitos no Brasil. A notificação compulsória para a sífilis congênita, de modo cronológico, teve início no ano de 1986 com a publicação da Portaria nº 542/86 (BRASIL, 2017). Já a notificação da Sífilis em Gestantes se deu pela Portaria nº 33, de 14 de julho de 2005. Somente em meados de 2010, com a Portaria nº 2.472, de 31 de agosto, foi inserida na lista de notificação compulsória a Sífilis Adquirida na Lista de Notificação compulsória.

Entretanto, há de se relatar que em várias situações, os dados obtidos muitas das vezes não são suficientes para produzir as informações necessárias à compreensão do processo endêmico-epidêmico e subsidiar a gestão em saúde e com isso, estudos epidemiológicos adicionais, especialmente elaborados, se tornam fundamentais para fornecer informações complementares o planejamento e a tomadas de decisões pela gestão pública.

Considerando a importância da avaliação das práticas de saúde como um instrumento norteador dos serviços de vigilância em saúde prestados no âmbito de vista do monitoramento e planejamento de ações voltados para a mitigação de casos de sífilis congênita, vê-se a necessidade de se discutir modelos teóricos de implantação e acompanhamento de casos pela vigilância epidemiológica de modo a contribuir para a tomada de decisão frente a prevenção da doença.

MATERIAL E MÉTODOS

Neste estudo, foi utilizada a estratégia normativa, a qual avaliou a estrutura e processo de trabalho da Vigilância Epidemiológica (VE) no enfrentamento e combate a sífilis congênita. Nessa avaliação, buscou-se utilizar método qualitativo e quantitativo para identificar os determinantes de estrutura e de processo de trabalho relacionado ao enfrentamento da sífilis.

Os dados foram coletados nas bases de dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), do Censo Demográfico de 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010) e Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Para a identificação do cenário epidemiológico da SC foram analisados os indicadores e dados da sífilis nos municípios brasileiros da Secretaria de Vigilância em saúde utilizando o site <http://indicadoressifilis.aids.gov.br>. Entre os dados analisados foram avaliados os dados nacionais entre os anos de 2010 e 2020, sobre os indicadores referentes a sífilis.

Para a construção do modelo lógico ou modelo teórico que norteia o programa ou serviço avaliado, foram utilizados como base as diretrizes nacionais presentes na legislação

brasileira e nos documentos orientadores para o controle da Sífilis no Brasil em termos da constituição de seus componentes e da sua forma de operacionalização, permitindo assim a proposição de todas as etapas necessárias à transformação dos objetivos em metas a serem alcançadas. Com esses pressupostos, foi elaborado o modelo lógico para o enfrentamento da sífilis congênita, com base nos componentes, ações e objetivos estabelecidos pelo Programa Nacional e a Pactuação Inter federativa.

DESENVOLVIMENTO

A Vigilância Epidemiológica o monitoramento da Sífilis

Na década de 70, a Organização Mundial da Saúde (OMS) conjuntamente a Organização Pan-americana da Saúde (OPAS), estimularam que países em desenvolvimento pudessem estabelecer os SVE, ampliando as ações de prevenção para um maior grupo de doenças transmissíveis, tendo como objetivo principal a diminuição/controlar da morbimortalidade em crianças, jovens e adultos (BRASIL, 2013).

No Brasil, as ações de Vigilância Epidemiológica foram marcadas pela Campanha de Erradicação da Varíola em 1973, no entanto, a criação de um Sistema Único de Saúde (SUS) só aconteceu com a necessidade de se determinar e racionalizar as funções dos órgãos de saúde no Brasil, em 1975 foi promulgada a Lei nº 6.229, que instituiu o Sistema Nacional de Saúde (SNS) que também estabeleceu em suas bases legais o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SVE) e o Programa Nacional de Imunizações (PNI). Posteriormente o Decreto nº 78.231/76, definiu a VE como:

Conjunto de atividades que permite reunir a informação indispensável para conhecer em todo momento o comportamento ou história natural da doença, detectar ou prever qualquer mudança que possa ocorrer por alterações dos fatores condicionantes com o fim de recomendar oportunamente, sobre bases firmes, as medidas indicadas, eficientes, que levem à prevenção e ao controle da doença (BRASIL, 1976)

É importante ressaltar que o SVE não se limita apenas ao controle de doenças transmissíveis, mesmo que a sua implantação tenha um enfoque direcionado a esse grupo de agravos. Em 19 de setembro de 1990, quando assim foi criada a Lei nº 8080/90, denominada a Lei Orgânica do SUS, no que diz respeito a Vigilância Epidemiológica a Lei descreve em seu artigo 6º:

Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS):

I - a execução de ações: [...]

b) de vigilância epidemiológica; [...]

§ 2º Entende-se por vigilância epidemiológica um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos. (BRASIL, 1990)).

Com a Lei Orgânica, o processo de descentralização das ações e serviços de saúde permitiu à gestão municipal promover ações de saúde voltadas para a necessidades presentes em cada região, podendo assim melhor atender as famílias, que passaram a dispor de mais benefícios, aproximação e maior acesso aos serviços de saúde oferecidos pelo SUS (SANTOS, 2007). Como bem define Campos,

O SUS é um sistema público, descentralizado e com gestão participativa, mas é integrado por uma rede intrincada de serviços e de servidores públicos, ainda que bastante penetrada por componentes da sociedade civil: conselheiros, prestadores, organizações não governamentais, opinião pública etc. (CAMPOS, 2007).

O processo operacional da VE engloba um conjunto de ações contínua que possibilita acompanhar o comportamento dos agravos podendo assim propor ações específicas e de maior eficácia (BRASIL, 1990). Segundo a Lei nº 8.080/90,

a vigilância epidemiológica deve fornecer orientação técnica permanente para os profissionais de saúde que têm a responsabilidade de decidir sobre a execução de ações de controle de doenças e agravos, tornando disponíveis, para esse fim, informações atualizadas sobre a ocorrência dessas doenças e agravos, bem como dos fatores que a condicionam, numa área geográfica ou população definida. Subsidiariamente, a vigilância epidemiológica constitui-se importante instrumento para o planejamento, organização e operacionalização dos serviços de saúde, bem como a normatização das atividades técnicas correlatas (BRASIL, 1990).

Sendo assim a VE deve estar continuamente em comunicação com o desenvolvimento científico e tecnológico, conjuntamente com a sociedade científica e formação de comitês técnicos assessores, de forma a direcionar suas práticas e ações com o aprimoramento de metodologias e modelos de trabalho que promovam a melhora na promoção e prevenção em saúde (BRASIL, 1990).

O guia de vigilância epidemiológica" do Ministério da Saúde destaca que o Sistema de Vigilância Epidemiológica tem as suas atividades e atribuições definidas para os três níveis de atuação do SUS tendo por finalidade apresentar orientações técnicas, para as instâncias que têm a responsabilidade de decidir e executar ações de controle de doenças e de agravos, com a disponibilização de informações atualizadas

sobre a ocorrência de doenças ou de agravos à saúde (ALBUQUERQUE; CARVALHO; LIMA, 2002, p.12).

A legislação vigente preconiza o melhoramento da VE determinando como prioridade a sistematização dos serviços de saúde em âmbito municipal, provido de autonomia técnico gerencial para acompanhar e solucionar problemas relacionados à saúde possibilitando à VE municipal executar ações acerca da relevância a partir das análises avaliativas apresentadas pelo SVE (BRASIL, 2002).

A partir da concepção da Lei nº 8.080/90, a VE assume as ações inerentes a observação, estudos epidemiológicos, avaliação e planejamento, que estejam relacionados no controle das doenças e agravos transmissíveis e não transmissíveis, juntamente com as ações de controle, coleta de informações, processamento de dados, análise dos resultados, interpretação dos parâmetros epidemiológicos, recomendações e relatórios e publicação das informações visando assim estabelecer metas e ações para o controle de doenças e agravos e não apenas ampliar o conhecimento epidemiológico sobre a mesma (SILVA JÚNIOR, 2004).

A notificação compulsória de agravos e doenças tem sido a principal fonte de dados e informações para as ações da VE, seguindo a lista determinada em Lei e a periodicidade de publicização da informação (BRASIL, 2014). A lista nacional das doenças e agravos de notificação e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, segundo a portaria de Nº 264, de 17 de fevereiro de 2020 (anexo) consta a relação de doenças e agravos, sendo constantemente revisada com intuito de controlar problemas específicos de saúde. Cabe ressaltar que, na Portaria de Consolidação nº 4/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, a notificação da Sífilis Adquirida, em Gestantes e Congênita se faz semanalmente com o compartilhamento entre as esferas de gestão do SUS (BRASIL, 2020).

Assim, a eficiência da notificação depende da contínua sensibilização dos profissionais e das comunidades, para que reconheçam a importância dessa informação, o que deve refletir-se na ampliação da rede de notificação, com consequente melhoria da cobertura e da qualidade dos dados disponíveis. Deve-se promover iniciativas para ampliar a abrangência da rede de notificação, de forma a que inclua não apenas as unidades de saúde (públicas, privadas e filantrópicas), mas também todos os profissionais de saúde e mesmo a população em geral (FUNASA, 2002).

A sífilis é uma infecção bacteriana crônica causada pela espiroqueta *Treponema pallidum*. Esta doença é conhecida há centenas de anos, e seus estágios clínicos previsíveis e tratamentos bem estabelecidos a tornaram candidata à erradicação global em vários pontos

durante o século XX. No entanto, a incidência no mundo está aumentando e os esforços de controle muitas das vezes acabam sendo prejudicados pela falta de familiaridade dos médicos com as apresentações clínicas, o diagnóstico e as opções de tratamento. Além disso, o estigma associado à sífilis torna o diagnóstico oportuno e a notificação do parceiro um desafio (BRASIL, 2017).

A sífilis apresenta uma grande variedade de sinais e sintomas, mas suas manifestações características são geralmente bem definidas (BRASIL, 2017). Os sintomas da sífilis primária tornam-se evidentes cerca de três semanas após a infecção, embora o início dos sintomas possa variar de 3 a 90 dias. Se não for tratada, a sífilis primária progride para sífilis secundária, entre duas semanas e dois meses após o aparecimento do cancro. Embora a sífilis secundária tenha muitas manifestações, a erupção cutânea é a mais comum (BRASIL, 2017).

O envolvimento sistêmico pode ocorrer na sífilis secundária e a qualquer momento depois. A meningite sífilítica é geralmente uma meningite de desenvolvimento lento, leve a moderada, caracterizada por rigidez do pescoço, dor de cabeça, náuseas e vômitos, ao contrário da apresentação febril de evolução rápida observada na meningite bacteriana. Outros tipos de envolvimento sistêmico incluem hepatite, uveíte e nefrite (BRASIL, 2019).

A sífilis latente é assintomática, detectada apenas por testes sorológicos. A sífilis latente precoce é o estágio da doença que ocorre até um ano após a inoculação, conforme documentado por soro conversão, sintomas claros de sífilis primária ou secundária ou exposição sexual a uma pessoa com doença primária, secundária ou sífilis latente precoce no ano anterior (BRASIL, 2019). A sífilis latente tardia também é assintomática e surge após um ano ou mais da inoculação. Essa distinção é importante porque as terapias para a sífilis latente inicial e latente tardia são diferentes. Além disso, a recidiva da sífilis secundária infecciosa é mais provável de ocorrer no período latente inicial, ao passo que é improvável que a sífilis seja infecciosa em pacientes que tiveram a doença por mais de um ano (BRASIL, 2017).

A sífilis terciária se desenvolve em 8 a 40 por cento dos pacientes não tratados. Apresenta-se mais comumente como neurosífilis, que pode ser assintomática ou produzir uma variedade de síndromes clínicas.

Para realização do diagnóstico da sífilis deve-se levar em consideração a fase evolutiva da infecção. Podem ser utilizados exames direto ou indiretos, denominados, respectivamente, treponêmicos (teste rápido, FTA-ABS, ELISA, EQL, TPHA, TPPA, MHA-TP) e não treponêmicos (VDRL, RPR, TRUST e USR) (Tabela 1).

Tabela 1: Resultados dos testes treponêmicos e não treponêmicos, interpretação e conduta:

Teste não treponêmico (VDRL ou RPR)	Teste treponêmico (FTA-Abs, Elisa, TPHA, teste rápido)	Interpretação	Conduta
+	+	Sífilis recente ou prévia	Tratar
+	-	Provável falso-positivo	Realizar teste treponêmico convencional Se não reagente, não tratar
-	+	Sífilis primária ou latente previamente tratada ou não tratada	Tratar se não tiver informação de tratamento prévio
-	-	Ausência de infecção ou período de incubação	Em caso de suspeita clínica e/ou epidemiológica, solicitar nova coleta de amostra em 30 dias

Fonte: Brasil, 2017

A sífilis congênita, que geralmente resulta da infecção transplacentária do feto de uma mãe infectada, foi dividida em precoce, em que as manifestações clínicas são vistas nos primeiros 2 anos de vida, mas principalmente nos primeiros 3 meses, e formas tardias. No momento da infecção, o *T. pallidum* é liberado diretamente na circulação do feto. As anormalidades clínicas, laboratoriais e radiográficas da sífilis congênita são uma consequência da resposta inflamatória às espiroquetas induzida em vários órgãos e tecidos do corpo. Os sinais e sintomas da sífilis congênita são divididos arbitrariamente em manifestações iniciais e manifestações tardias (BRASIL, 2017). Prematuridade, baixo peso ao nascer, rinorreia e lesões muco cutâneas são achados clínicos típicos da forma inicial. A síndrome nefrótica é incomum. As lesões cutâneas são variadas e incluem rash macular, lesões vesiculo bolhosas ou descamativas, predominantemente nas palmas das mãos e plantas dos pés, e condiloma lata. (BRASIL, 2017).

A Sífilis continua crescente no Brasil, especialmente em algumas regiões, como o sudeste do país (BRASIL, 2020). A VE utilizando-se dos dados presentes no SINAN (de notificação obrigatória) e no SIM (controle mortalidade materna e infantil) permite que se faça o acompanhamento do número de casos de Sífilis, dentre as quais a Adquirida, a Congênita e em gestante. O Brasil é campeão mundial em sífilis congênita e essa infecção é muita das vezes negligenciada, mas é extremamente prevalente no Brasil em todas as classes sociais (BRASIL, 2020).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

PLANEJAMENTO DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA FRENTE A SÍFILIS CONGÊNITA

Em 2019, foram notificados no Sinan 152.915 casos de sífilis adquirida (taxa de detecção de 72,8 casos/100.000 habitantes); 61.127 casos de sífilis em gestantes (taxa de detecção de 20,8/1.000 nascidos vivos); 24.130 casos de sífilis congênita (taxa de incidência de 8,2/1.000 nascidos vivos); e 173 óbitos por sífilis congênita (taxa de mortalidade de 5,9/100.000 nascidos vivos). Na Figura 1, observa-se a evolução das taxas de sífilis de 2010 a 2019. Nesse período, verifica-se que a taxa de incidência de sífilis congênita chegou a alcançar, no ano de 2018, 9,0 casos por mil nascidos vivos, diminuindo para 8,2 casos por mil nascidos vivos em 2019. Já a taxa de detecção de sífilis em gestantes alcançou 21,5 casos por mil nascidos vivos em 2018, e em 2019 decresceu para 20,8 por mil nascidos vivos.

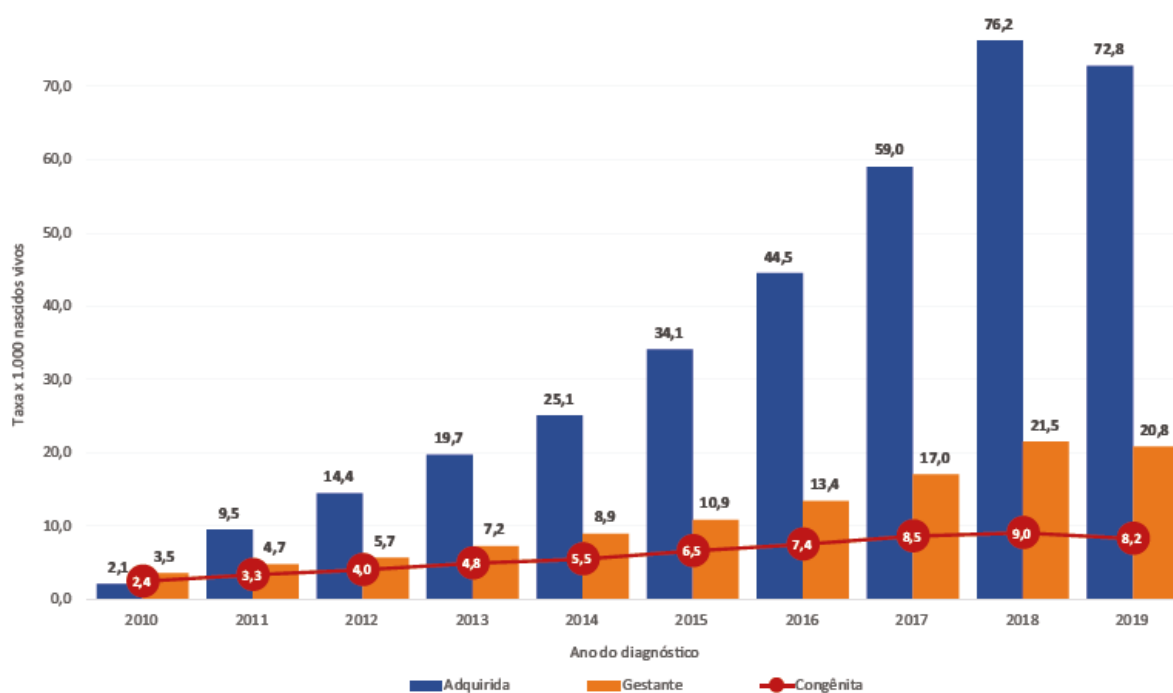


Figura 1: Taxa de detecção de sífilis adquirida (por 100.000 habitantes), taxa de detecção de sífilis em gestantes e taxa de incidência de sífilis congênita (por 1.000 nascidos vivos), segundo ano de diagnóstico. Brasil, 2010 a 2019. Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), atualizado em 30/06/2020

Na figura 2, observam-se as taxas de detecção de sífilis em gestantes e de incidência de sífilis congênita por mil nascidos vivos, segundo região, e as taxas do país. Em relação à

sífilis em gestantes, observa-se que as regiões Sudeste e Sul apresentam taxas de detecção superiores à do Brasil e que o Centro-Oeste apresenta taxa igual à do país. Quanto à sífilis congênita, as regiões com taxas maiores que a nacional também são a Sudeste e a Sul.

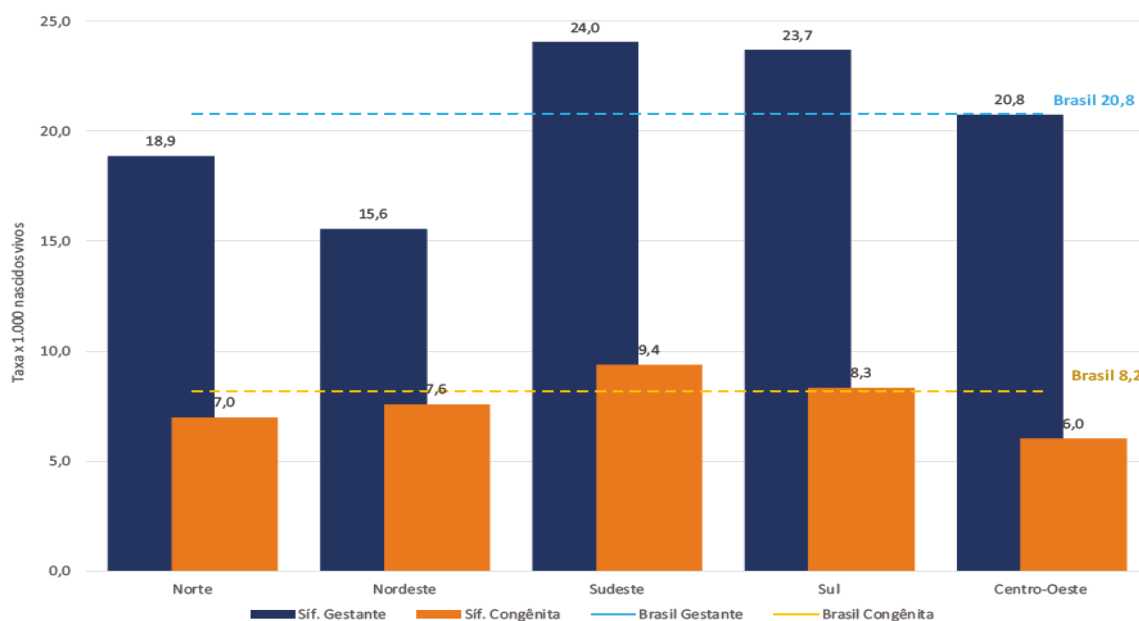


Figura 2: Taxa de detecção de sífilis em gestantes e taxa de incidência de sífilis congênita por 1.000 nascidos vivos, segundo região. Brasil, 2019. Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), atualizado em 30/06/2020.

A taxa de detecção de sífilis em gestantes e de incidência de sífilis congênita por mil nascidos vivos, segundo UF, e as taxas do país encontram-se apresentadas na figura 3. Notadamente, com relação à sífilis em gestantes, verifica-se que o estado do Rio de Janeiro apresenta-se em primeiro lugar nas taxas de detecção da sífilis em gestantes, inclusive com valor superior à do Brasil (figura 3).

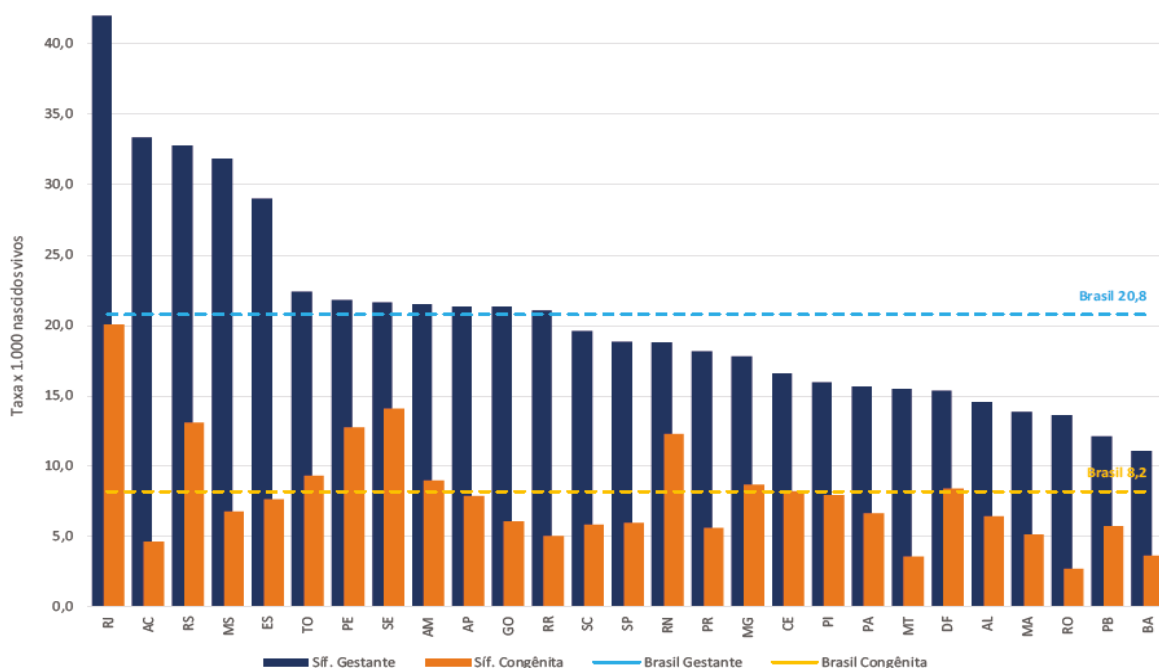


Figura 3: Taxa de detecção de sífilis em gestantes e taxa de incidência de sífilis congênita por 1.000 nascidos vivos, segundo UF. Brasil, 2019. Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), atualizado em 30/06/2020.

Esse aumento observado na taxa de detecção de sífilis em gestantes pode ser justificado pela mudança nos critérios de definição de casos, conforme explicitados na portaria normativa nº 2 de 2017. Já em relação à sífilis congênita, o estado do Rio de Janeiro também se encontra com a maior incidência de casos, chegando a ter mais que o dobro de casos da média nacional (Figura 3). Esse resultado pode estar relacionado com inúmeros fatores que vão desde a falta de penicilina benzatina para distribuição no país, à falta de médicos qualificados e equipe de estratégia da saúde para acompanhamento do pré-natal, até questões culturais que envolvem as formas de prevenção contra as infecções sexualmente transmissíveis (BRASIL, 2020).

Considerando os dados apresentados no Boletim Epidemiológico da Sífilis (2020) entre os anos de 1998 a meados de 2020 (junho) foram notificados 236.355 casos de sífilis congênita em crianças menores de um ano de idade, sendo que destas 105.084 (44,5%) residentes na região Sudeste (figura 4). No ano de 2019, registrou-se no Brasil uma taxa de incidência de 8,2 casos confirmados /1.000 nascidos vivos, sendo a maior taxa de incidência registrada na região Sudeste (9,4 casos/1.000 nascidos vivos) (figura 4).

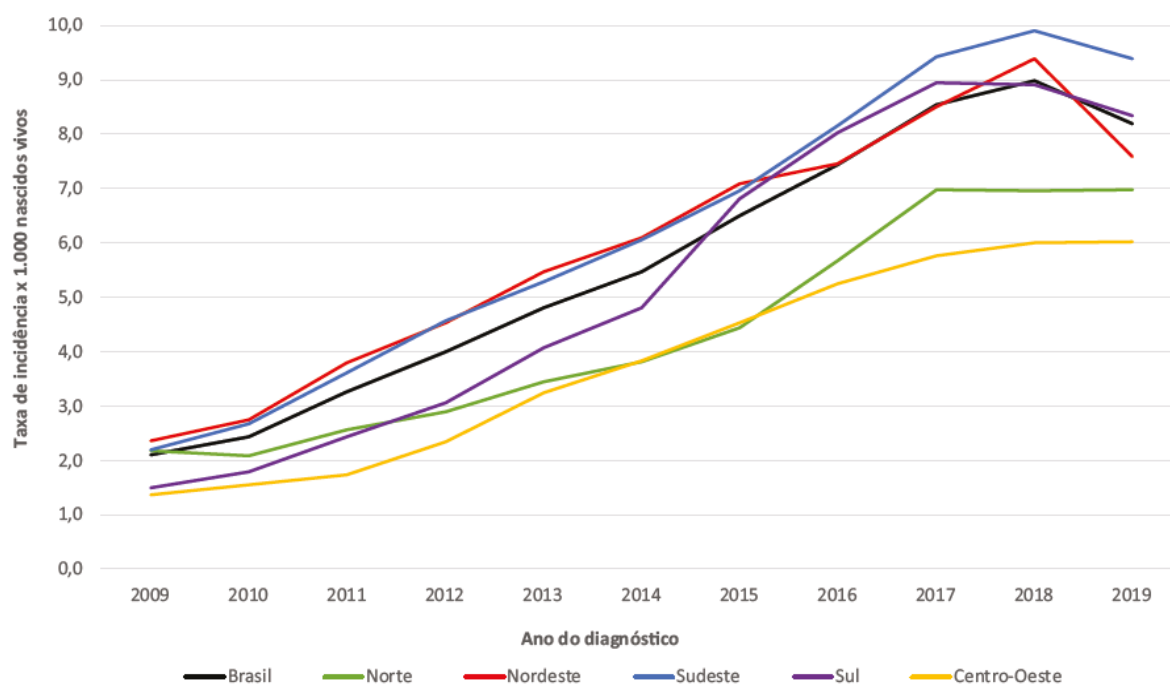


Figura 4: Taxa de incidência de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade (por 1.000 nascidos vivos) por região de residência e ano de diagnóstico. Brasil, 2008 a 2019. Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), atualizado em 30/06/2020.

No Brasil, em geral, nos últimos dez anos, houve um progressivo aumento na taxa de incidência de sífilis congênita: em 2009, a taxa era de 2,1 casos/1.000 nascidos vivos e em 2018 chegou a 9,0 casos/1.000 nascidos vivos, tal fato pode se dar devido a sífilis ser ainda caracterizada como uma infecção silenciosa, sistêmica e de evolução crônica (BRASIL, 2020). Do total de 24.253 casos confirmados no Brasil em 2019, 23.864 (98,4%) casos de sífilis congênita foram em neonatos (até 28 dias de vida), dos quais 23.396 (96,5%) foram diagnosticados na primeira semana de vida, sendo destes, diagnosticados e classificados, em 93,5% como sífilis congênita recente, 3,7% (897 casos) como aborto por sífilis, 2,5% (606 casos) como natimorto e 0,2% (48 casos) como sífilis congênita tardia (BRASIL, 2020).

Em relação à mortalidade infantil por sífilis congênita, dados obtidos através do SIM, para crianças menores de um ano de idade, no período de 1998 a 2019, o número de óbitos declarados foi de 2.768, sendo 1.210 (43,7%) na região Sudeste, sendo 774 óbitos registrados no estado do Rio de Janeiro, o que corresponde a 28,0% do total de óbitos do país.

Para conscientizar a população, dentro das propostas estão aumentar a detecção da doença e melhorar o acompanhamento das gestantes no pré-natal na rede pública de saúde. Para isso, as gestantes devem fazer o teste, no mínimo, duas vezes ao longo da gravidez na gestação, uma no primeiro trimestre e outra no último trimestre, e antes do parto, e, caso haja

a detecção da infecção da doença, o companheiro também deve realizar o tratamento para evitar a reinfecção da gestante (BRASIL, 2019).

A pactuação do plano de enfrentamento da sífilis congênita conjuntamente com os gestores municipais de saúde, inclui metas e ações a serem realizadas para mitigação da doença na gestação. Entre os objetivos estão: aumentar a detecção precoce da doença; ampliação de tecnologias para o diagnóstico e tratamento precoce; melhorar o acesso dos parceiros das gestantes às unidades de saúde para realização do teste e a qualificação de profissionais de saúde que atuam na atenção ao pré-natal (BRASIL, 2019).

Embora a prevalência da sífilis congênita continue a ser baixa na maior parte do mundo desenvolvido, houve um ressurgimento da doença em vários países (WHO, 2019). Em maio de 2016, a Assembleia Mundial de Saúde adotou a estratégia 2016–2021 do setor global de saúde para as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's) (WHO, 2016). Essa estratégia inclui a expansão de intervenções e serviços baseados em evidências para controlar as IST's e diminuir seu impacto como problema de saúde pública até 2030. A estratégia definiu metas para a redução na incidência de gonorreia e sífilis em adultos e recomendou a realização de levantamento de incidências globais de IST's até 2018.

PROPOSIÇÃO DE UM MODELO TEÓRICO-LÓGICO PARA MONITORAMENTO DA SÍFILIS CONGÊNITA

Conceitualmente, a VE é compreendida como um processo sistemático de contínuo de coleta, avaliação e interpretação de dados, além da disseminação de informação, que possui por finalidade a recomendação e adoção de medidas de prevenção e controle dos problemas de saúde (BRAGA; WERNECK, 2009).

A utilização de indicadores de vigilância em saúde com foco no Sistema de Informação do Ministério da Saúde, denominado SISPACTO, e no Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde, denominado PMQA-VS, segundo a portaria de nº 1.520, de 30 de maio de 2018, além dos indicadores determinados para o quadriênio 2017-2021, segundo Comissão Inter gestores Tripartite (CIT) determinado na resolução nº8 de 12 de dezembro de 2016, que apresentou metas voltadas para promoção e prevenção de agravos, dentre estas a sífilis (Tabela 2) (BRASIL, 2016).

Tabela 2: Definição do Indicador 8 presente na ficha de indicadores da pactuação Inter federativa de 2017-2021.

Indicador	Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade.
Tipo de Indicador	Universal.
Diretriz Nacional	Reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde da população por meio das ações de vigilância, promoção e proteção, com foco na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, acidentes e violências, no controle das doenças transmissíveis e na promoção do envelhecimento saudável.
Objetivo e Relevância do Indicador	O indicador objetiva mensurar e monitorar os novos casos de sífilis congênita em menores de um ano de idade e expressa a qualidade do pré-natal, uma vez que a sífilis pode ser diagnosticada e tratada em duas oportunidades: durante a gestação e durante o parto. O tratamento da gestante reduz a probabilidade de transmissão vertical da sífilis e, conseqüentemente, a sífilis congênita.

Fonte: Brasil, 2016

Visando desta maneira, à prática avaliativa nos serviços de uma forma institucionalizada, como incentivo para a expansão de atividades de qualidade e compatíveis com a realidade local (FREESE; CESSE; SAMPAIO, 2005).

Nesse contexto, familiarizar com os sinais e sintomas dessa doença e considerar seu diagnóstico em pacientes com manifestações clínicas apenas leves se faz fundamental. Um diagnóstico definitivo pode ser difícil em pacientes cujos testes diagnósticos revelam títulos positivos baixos ou resultados inconsistentes. Com isso, a pedra angular do controle da sífilis congênita é a triagem pré-natal e o tratamento de mães infectadas com penicilina, uma intervenção eficaz e econômica (FREESE; CESSE; SAMPAIO, 2005).

Fazendo uma reflexão sobre o fortalecimento dos sistemas municipais de saúde no Brasil, proposto pelo SUS, em que pese a Vigilância Epidemiológica como um de seus instrumentos mais importantes de atuação, (FUNASA, 2002) e a carência de estudos avaliativos que contemplem a VE, que a partir de uma pesquisa realizada sobre o processo de municipalização da saúde, deve-se estimar o grau de implantação das ações de VE, além de identificar as características específicas da gestão da vigilância epidemiológica na esfera municipal (FUNASA, 2002).

Em relação a fase de implantação da VE, a partir de uma análise prévia realizada, demonstra-se que há a necessidade de reformulação das estratégias de saúde, visto que, ao

longo dos anos houve diversas mudanças nos comportamentos e hábitos da população, inclusive mudanças quanto ao perfil epidemiológico de algumas doenças infectocontagiosas, e levando em conta os dados levantados nesse estudo, o monitoramento da sífilis deve ser implementado. Pimenta Júnior (2005) descreve que estratégias similares, no intuito de apreender sobre o objeto estudado, o mais próximo possível de sua realidade, são importantes para a efetividade das ações em saúde.

No entanto, ao examinar isoladamente o grau de gestão, o aporte populacional, e as atividades da VE, a mesma deve ser considerada implantada junto as equipes de PNCD (Programa Nacional de Controle da Dengue), Agentes de Combate a Endemias (ACE), os PACS (Programas dos Agentes Comunitários de Saúde) e os APS (Atenção Primária à Saúde).

O Agente Comunitário de Saúde tem um papel importante no acolhimento exercendo a mediação entre o serviço a ser prestado e a comunidade, sendo assim o canal de comunicação e monitoramento da VE, pois estes são membros da equipe que fazem parte da comunidade, conhecem a localidade e suas particularidades, o que ajuda a criar confiança e vínculo, facilitando o contato direto da equipe com a UBS. As ações dos agentes comunitários de saúde devem ser supervisionadas e orientadas por um enfermeiro/supervisor capacitado, sendo este o profissional central em uma unidade básica de saúde que, além dos agentes comunitários, terá que acompanhar os profissionais das principais especialidades médicas (pediatria, clínica médica e ginecologia-obstetrícia), que realizará as visitas domiciliares na área de abrangência da sua unidade, podendo assim produzir informações e monitorar indicadores capazes de dimensionar os principais problemas de saúde da comunidade.

A Programa de Saúde da Família (PSF), conjuntamente com os Agente de Saúde da Família possuem total a capacidade para resolver grande parte dos problemas de saúde da população, sendo a porta de entrada do SUS. No entanto, em algumas situações específicas, haverá a necessidade de encaminhar seus usuários a outros serviços de saúde (média e alta complexidade). Mesmo nesses momentos, a APS desempenha a função de coordenação do cuidado primário em saúde, que é entendido como a capacidade de promover ação de prevenção e promoção em saúde pelo usuário e fornece todo o suporte necessário, mesmo quando este esteja sendo acompanhado por outros serviços de saúde. É na APS que se deve realizar o monitoramento das IST's e a execução das ações voltadas para o controle dessas infecções, onde pode-se verificar se os objetivos pretendidos presentes dentro do planejamento em saúde estão sendo alcançados ou não, para que se possa intervir a tempo e modificar o resultado, alcançando assim com eficiência e eficácia as metas pactuadas.

Existem várias formas de fazer planejamento e obter resultados, o melhor é aquele que garante a participação social, e que, normalmente reflete as reais necessidades da

população. De modo geral, o planejamento se torna um instrumento de gestão que visa promover o desenvolvimento institucional, objetivando melhorar a qualidade e efetividade do trabalho desenvolvido.

Vescovi e Schuelter-Trevisol (2020) relatam que os caso confirmados de SC devem ser vistos como uma má atuação do SUS no atendimento e acompanhamento pré-natal para mulheres grávidas. Para tanto é essencial que estejam estabelecidas políticas para aumentar a eficiência do enfrentamento e monitoramento da sífilis, incluindo assim a disponibilidade de profissionais de saúde devidamente capacitados, especialmente no nível da atenção primária, de exames laboratoriais específicos para sífilis (VDRL), e de estratégias que possam aumentar o acesso das gestantes aos serviços de saúde, conforme descrito no modelo teórico proposto nesse estudo.

Nesse sentido, foi proposto um modelo teórico para o enfrentamento e acompanhamento dos casos de sífilis congênita a partir das análises dos dados e indicadores descritos, além das recomendações descritas nos protocolos do MS. O desenho do modelo se encontra apresentado na figura 5.

Figura 5: Desenho do modelo teórico com as ações, objetivos e metas propostos para o enfrentamento da sífilis congênita.



Fonte: Autores, 2020

ROTEIRO DA INVESTIGAÇÃO DE CASOS DE SC

Neste item, após a determinação dos objetivos, ações e metas, categorizada no modelo teórico apresentado na figura 5, encontram-se descritas as várias etapas a serem desenvolvidas dentro de uma implantação de vigilância epidemiológica para o enfrentamento da SC. Embora o modelo esteja apresentado em uma sequência lógica de ações e metas, algumas delas podem ser desenvolvidas paralela e/ou simultaneamente, conforme a estruturação na Unidade Básica e pelas equipes de ESF.

Para concretizar o conceito atual de vigilância em saúde, é necessária uma redefinição das práticas sanitárias, organizando processos de trabalho em saúde sob a forma de operações. Essa ação visa enfrentar problemas que requerem atenção e acompanhamento contínuos. Tais operações devem ocorrer em territórios delimitados, nos diferentes períodos do processo saúde-doença, requerendo a combinação de diferentes tecnologias (TEIXEIRA; PAIM; VILASBOAS, 1998).

O reconhecimento de que as práticas são definidas por múltiplos fatores e dimensões, a orientação das ações educativas de profissionais para a integração do trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar, além da utilização de estratégias de ensino contextualizadas e participativas e a busca da transformação das práticas de saúde, conduz a um atendimento integral às necessidades de saúde dos usuários e população (BRASIL, 2004, 2007). O Roteiro apresentado se faz proposto ao modelo teórico apresentado na figura 5:

1) Coleta de Dados: Com o auxílio dos Formulários padronizados do SINAN (Ficha de Investigação Epidemiológica) (anexo 3, 4 e 5), para a inclusão das informações coletadas, no sistema de vigilância epidemiológica das unidades de saúde, serão utilizadas ainda uma Ficha de Investigação especial deverá ser elaborada, considerando-se as características clínicas e epidemiológicas da doença/agravo suspeito. O preenchimento das fichas de notificação deve ser feito de forma cautelosa, registrando-se todas as informações que se encontram presentes em todos os seus campos do formulário. O profissional que estiver realizando esse preenchimento poderá ainda acrescentar novos itens que considere relevantes para os indicadores avaliados. O espaço de observações pode ser utilizado para anotar informações adicionais que possam ajudar no esclarecimento do evento ou agravo, auxiliando assim o acompanhamento do caso. Os dados que se obtém durante a entrevista com o paciente, com familiares, ou médicos, e outros informantes, que contenham dados como a identificação do paciente (nome, idade, sexo, estado civil, profissão, local de trabalho e de residência); sua localização domiciliar e ponto de referência; a anamnese e exames laboratoriais (estes

exames devem ser solicitados com vistas ao esclarecimento do diagnóstico do paciente), são fundamentais para o levantamento das informações necessárias para acompanhamento pelas UBS.

2)Busca de Indicadores: Esta é uma etapa primordial de toda investigação epidemiológica, pois esta visa obter subsídios que permitirão os agentes de saúde responder as várias questões formuladas e que levem ao monitoramento da SC. Cabe ao agente de saúde, considerando as informações já coletados em etapas anteriores, definir quais outras informações são importantes para o esclarecimento do evento, sendo relevante para este raciocínio identificar: Fonte de contágio modos de transmissão, faixa etária, sexo, raça e grupos sociais mais acometidos (Características biológicas e sociais), fatores de risco; ocupação do indivíduo; outros aspectos relevantes das condições de vida na(s) área(s) de procedência dos casos, potenciais riscos ambientais (físicos, químicos, biológicos, etc.).

3)Busca Ativa de Casos: A busca ativa tem como propósito identificar casos adicionais (secundários ou não) ainda não notificados, ou aqueles que não buscaram atenção médica e, assim poderá ser realizado o tratamento adequado dos casos e assim reduzir o avanço da doença, além de permitir determinar a magnitude e a extensão do agravo e ampliação do espectro das medidas de controle e enfrentamento. Para isso, deve-se investigar casos similares no espaço geográfico onde houver suspeita da existência de contatos e/ou fonte de contágio ativa. Esta busca pode ser restrita a um domicílio, rua ou bairro, ou ser realizada em todas as unidades de saúde (Centros, Postos de Saúde, Consultórios, Clínicas Privadas, Hospitais, Laboratórios etc.)

4)Processamento e Análises Parciais dos Dados: Na medida em que se vai obtendo novos dados/informações, é possível realizar análises parciais, a fim de se definir o passo seguinte até a conclusão da investigação e avaliar as medidas de controle que tenham se mostrado efetivas durante o processo. Durante a consolidação, análise e interpretação dos dados disponíveis devem-se considerar as características pessoais, tempo, lugar e os aspectos clínicos e epidemiológicos do agravo, para a formulação tanto de hipóteses quanto ao diagnóstico clínico, fonte de transmissão, potenciais riscos, efetividade das medidas de controle adotadas até aquele momento. Quando a investigação não se refere a casos isolados, os dados colhidos, consolidados em tabelas, gráficos, mapas da área em estudo, fluxos de pacientes e outros fornecem uma visão global do evento, permitindo a avaliação de acordo com as variáveis de tempo, espaço e pessoas, e possível relação causal, que pode ser comparada com períodos semelhantes de anos anteriores, levando em conta que, quanto

ao Método Epidemiológico, é preciso responder a determinados questionamentos, como: Onde ocorreu o agravo? Quem adoeceu? Quando adoeceu? Há grupos especiais mais expostos? Há regiões mais atingidas? Há alguma faixa etária mais atingida? Há uma classe social de maior ou menor risco? Algum elemento hipotético determina o seu surgimento? Uma vez processados os dados, estes são analisados criteriosamente. Quanto mais oportuna e adequada a análise, maior a efetividade desta atividade, pois orientará com mais precisão o processo de decisão-ação.

5)Encerramento de Casos: As Fichas Epidemiológicas de cada caso devem ser analisadas visando definir qual critério (Clínico epidemiológico laboratorial; clínico laboratorial; clínico epidemiológico) a ser empregado para o diagnóstico final, considerando as definições de caso específicas para cada doença. Em situações de eventos inusitados, após a coleta dos dados dos primeiros casos, padronizados os conjuntos de manifestações clínicas e evidências epidemiológicas, define-se o que foi considerado como “caso”.

6)Relatório Final: Os dados da investigação devem ser sumarizados em um relatório que inclua a descrição do evento (todas as etapas da investigação), destacando-se: Causa da ocorrência, indicando inclusive se houve falhas da Vigilância Epidemiológica e/ou dos serviços de saúde e quais providências foram adotadas para sua correção; Se as medidas de prevenção implementadas em curto prazo estão sendo executadas; Descrição das orientações e recomendações, a médio e longo prazos, a serem instituídas, tanto pela área de saúde quanto de outros setores; Alerta às autoridades de saúde dos níveis hierárquicos superiores, naquelas situações que coloquem sob risco outros espaços geopolíticos. Este documento deverá ser enviado aos profissionais que prestaram assistência médica aos casos e aos participantes da investigação clínica e epidemiológica, representantes da comunidade, autoridades locais, administração central dos órgãos responsáveis pela investigação e controle do evento.

Campanhas educacionais são importantes para a identificação precoce da sífilis, principalmente em gestantes, que poderão ter acesso ao tratamento da precoce da sífilis além do acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva oferecidos como apoio pré-natal nos PSF's. A qualidade da assistência pré-natal vem sendo relatada em inúmeros estudos sobre SC demonstrando a necessidade de um planejamento específico (ALMEIDA, 2005; CARVALHO; ARAÚJO, 2007; GONÇALVES et al., 2008; ARAÚJO et al., 2012) com um

modelo direcionado, como ações e metas bem definidas, para que haja a efetividade no controle da SC.

Todas as ações referendadas visam a estimular a produção de saberes a partir da valorização da experiência e da cultura do sujeito das práticas de trabalho em saúde numa dada situação e com postura crítica e qualificando a manusear novas tecnologias de forma a trabalhar de maneira organizada e horizontal (BRASIL, 2004, 2007). Ademais, é fundamental que as unidades de saúde melhorem as reproduções das informações obtidas nas fichas de notificação que retornam para a secretaria de saúde, sendo necessário também uma resposta da análise desses dados para que se possa reformular as ações específicas para cada programa sempre que haja o alcance da meta estabelecida.

O alto número de dados ausentes, ignorados ou subnotificados, reflete uma baixa valorização e prioridade da notificação compulsória na rotina de trabalho e pode ser considerado como uma avaliação indireta da assistência pré-natal de baixa qualidade (NONATO; MELO; GUIMARÃES, 2015; COSTA et al., 2013; OLIVEIRA GUANABARA et al., 2017). Sugere-se que há orientações insatisfatórias ao esclarecer o correto preenchimento de todos os campos do formulário, e que a estrutura de preparação dos profissionais para a notificação precisa ser reorganizada (NONATO; MELO; GUIMARÃES, 2015; COSTA et al., 2013; LAZARINI; BARBOSA, 2017).

No entanto, ressaltamos que é a partir dessas notificações que se organiza o monitoramento das doenças e o planejamento das ações realizadas por meio da tomada de decisão nas diversas esferas da gestão em saúde, o que fortalece os dados desta investigação por auxiliar analiticamente a realidade da notificação. de sífilis materna e congênita, sendo o objeto de estudo desta investigação. Acredita-se que a realidade posta neste estudo suscite estudos prospectivos e avaliativos que complementem as informações necessárias para a efetiva tomada de decisão no controle da sífilis materna e congênita.

CONCLUSÃO

Apesar do diagnóstico e do tratamento acessíveis, os casos de sífilis continuam aumentando no Brasil, sugerindo uma falha no controle e eliminação dessa IST's. Dados disponibilizados por órgãos de Vigilância Epidemiológica, indicam um aumento preocupante do número de casos de Sífilis Congênita em todo o país. Portanto, abordagens inovadoras são necessárias para compreender a dinâmica desta doença na população.

Os procedimentos e desenhos de modelos teóricos-lógico de conhecimento estudado pela epidemiologia atual têm-se demonstrado eficazes na pesquisa de fatores causais com ampla ligação e elevado grau de peculiaridade em correlação ao seu efeito. Todavia, a maior

causa de fatores de risco incorporada aos efeitos, através dos pequenos riscos pertinentes ou de forma insuficientemente específica, são motivos que concorrem para as incertezas dos resultados, encontradas em diversos estudos em relação ao mesmo assunto.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBUQUERQUE, Maria Ilk Nunes de; CARVALHO, Eduardo M. Freese de; LIMA, Luci Praciano. Vigilância epidemiológica: conceitos e institucionalização. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.** vol.2, nº.1. Recife, Jan./Apr. 2002.

ALMEIDA, Solange Duarte de Mattos; BARROS, Marilisa Berti de Azevedo. Equidade e atenção à saúde da gestante em Campinas (SP), Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 17, p. 15-25, 2005.

ARAUJO, Cinthia Lociks de et al . Incidência da sífilis congênita no Brasil e sua relação com a Estratégia Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 479-486, 2012.

BARRETO; M.L. Por uma epidemiologia de saúde coletiva. **Rev. bras. epidemiol.** 1998; 1(2):104-122.

BONI, Sara Macente; PAGLIARI, Priscila Bertoncello. Incidência de sífilis congênita e sua prevalência em gestantes em um município do noroeste do Paraná. **Saúde e Pesquisa**, v. 9, n. 3, p. 517-524, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei n º 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial República Federativa do Brasil [DOU] 1990 set 20; Seção 1: 18055-9.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria GM 1.172/04, de 15 de junho de 2004.** Regulamenta a NOB SUS 01/96 no que se refere às competências da União, Estados, Municípios e Distrito Federal, na área de Vigilância em Saúde, define a sistemática de financiamento e dá outras providências. Diário Oficial República Federativa do Brasil [DOU] 2004 jun 17; Seção 1: 58-9.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014.** Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 2014.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **NOTA INFORMATIVA nº 2-SEI/2017 DIAHV/SVS/MS.** Altera os Critérios de Definição de Casos para notificação de Sífilis Adquirida, Sífilis em Gestantes e Sífilis Congênita do Guia de Vigilância da SVS, 2017.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 264, de 17 de fevereiro de 2020.** Altera a Portaria de Consolidação nº 4/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir a doença de Chagas crônica, na Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 2014.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Há pedras no meio do caminho do SUS! Editor convidado. **Ciênc. saúde coletiva** vol.12 no.2 Rio de Janeiro Mar./Apr. 2007.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. O SUS entre a tradição dos Sistemas Nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde. **Ciênc. Saúde coletiva**, vol.12, suppl.0, Rio de Janeiro, nov. 2007.

CARVALHO, Valéria Conceição Passos de; ARAÚJO, Thália Velho Barreto de. Adequação da assistência pré-natal em gestantes atendidas em dois hospitais de referência para gravidez de alto risco do Sistema Único de Saúde, na cidade de Recife, Estado de Pernambuco. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 7, n. 3, p. 309-317, 2007.

COSTA, Camila Chaves da et al. Congenital syphilis in Ceará: epidemiological analysis of one decade. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n. 1, p. 152-159, 2013.

COSTA, E. A.; ROZENFELD, S. A. A constituição da vigilância sanitária no Brasil. In: ROZENFELD, S. A., organizador. **Fundamentos da vigilância sanitária**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

FREESE de Carvalho E, SAMPAIO J, CESSÉ E. Avaliação do Sistema Único de Saúde. In: Augusto LGS, Carneiro R, Martins PH. **Abordagem ecossistêmica em saúde**. Recife: Ed Universitária da UFPE; 2005.

FUNASA (Fundação Nacional de Saúde). **Guia de vigilância epidemiológica**. 5ª ed. Brasília: Fundação Nacional de Saúde. FUNASA; 2002.

GOLDBAUM, M. Epidemiologia e serviços de saúde. **Cad Saúde Pública**; 1996, 12 [Supl 2]: 95-8.

GONÇALVES, Roselane et al. Avaliação da efetividade da assistência pré-natal de uma Unidade de Saúde da Família em um município da Grande São Paulo. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 61, n. 3, p. 349-353, 2008.

IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, **Estimativas da população residente com data de referência 1o de julho de 2020**.

LAZARINI, Flaviane Mello; BARBOSA, Dulce Aparecida. Educational intervention in Primary Care for the prevention of congenital syphilis. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 25, 2017.

LIMA, Marina Guimarães et al. Incidence and risk factors for congenital syphilis in Belo Horizonte, Minas Gerais, 2001-2008. **Ciência & saúde coletiva**, v. 18, n. 2, p. 499, 2013.

NÁJERA, E. Discussión In: BUCK, C. **El desafio de la epidemiología: problemas y lecturas seleccionadas**. 2ª. ed. Washington, DC, OPAS/OMS, 1991. p.3-17. (Publicación Científica n.505).

NONATO, Solange Maria; MELO, Ana Paula Souto; GUIMARÃES, Mark Drew Crosland. Syphilis in pregnancy and factors associated with congenital syphilis in Belo Horizonte-MG, Brazil, 2010-2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, p. 681-694, 2015.

OLIVEIRA GUANABARA, Marilene Alves et al. Access of pregnant women to technologies for the prevention and control of congenital syphilis in Fortaleza-Ceará, Brazil. **Revista de Salud Pública**, v. 19, n. 1, p. 73-78, 2017.

PAINS, Kelle Cristina da Silva Teixeira; DA SILVEIRA, Helloá Veniali Defanti; MANGIAVACCHI, Bianca Magnelli. Sífilis congênita: um relato de caso no município de Bom Jesus do Itabapoana-RL. **Múltiplos Acessos**, v. 2, n. 2, 2017.

ROSEN, G. **Uma história da saúde pública**. São Paulo, Hucitec, 1994.

ROWLEY, Jane et al. Chlamydia, Gonorrhoea, Trichomoniasis and Syphilis: global prevalence and incidence estimates, 2016. **Bull World Health Organ**, v. 97, n. 8, p. 548-562P, 2019.

SANTOS, Nelson Rodrigues dos. Desenvolvimento do SUS, rumos estratégicos e estratégias para visualização dos rumos. **Ciênc. saúde coletiva** vol.12 no.2 Rio de Janeiro Mar./Apr. 2007.

SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. **Doenças Infecciosas e Parasitárias - Guia de Bolso**. 8ª. ed. Brasília: Departamento de Vigilância Epidemiológica; 2010.

TIAGO, Zuleica da Silva et al. Underreporting of gestational, congenital and acquired syphilis among indigenous peoples in Mato Grosso do Sul State, Brazil, 2011-2014. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 26, p. 503-512, 2017.

VESCOVI, Julia Souza; SCHUELTER-TREVISOL, Fabiana. Aumento da incidência de sífilis congênita no estado de Santa Catarina no período de 2007 a 2017: análise da tendência temporal. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 38, 2020.

WHO. World Health Organization. **Global health sector strategy on sexually transmitted infections, 2016-2021: Towards ending STIs. Report No.: WHO/RHR/16.09**. Geneva: WHO; jun. 2016. Disponível em: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/ghss-stis/en/>. Acesso em: 1 out. 2019.

SOBRE OS AUTORES:

AUTOR 1: Graduando em Licenciatura em Ciências Biológicas pela Universidade estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro – UENF, Campos do Goytacazes. E-mail: leo_soft@terra.com.br

AUTOR 2: Possui graduação em Medicina pela Faculdade de Medicina de Vassouras(1982), especialização em Gestão Educacional e Práticas Pedagógicas pela Faculdade Metropolitana São Carlos (2018) e especialização em Gestão em Saúde Pública pela Universidade Federal Fluminense (2014). Atualmente é Logística de Medicamentos Antiretrovirais da Secretaria Municipal de Saúde de Bom Jesus do Itabapoana e Codificador de Óbitos da Secretaria Municipal de Saúde de Bom Jesus do Itabapoana. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Epidemiologia.

AUTOR 3: Possui graduação em Ciências Biológicas pela Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (2011), Mestrado em Engenharia e Ciência dos Materiais pela Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (2013), Pós-graduação em Educação Ambiental pela Universidade Cândido Mendes (2017). Tem experiência na área de Ecologia, Biorremediação, Microbiologia Ambiental, Gestão de Resíduos Sólidos, Recursos Hídricos e Educação. Mediadora Presencial do curso de Licenciatura em Ciências Biológicas pela Universidade estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro – UENF. E-mail: diasilva.a@hotmail.com

AUTOR 4: Possui graduação em Ciências Biológicas pela Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (2006); Graduação em Complementação pedagógica com habilitação em Biologia pelo Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Espírito Santo (2016); mestrado em Biociências e Biotecnologia pela Universidade Estadual do Norte

Fluminense Darcy Ribeiro (2009) e doutorado em Biociências e Biotecnologia pela Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (2016). Atualmente é membro do comitê de ética animal - CEUA do Instituto Federal Fluminense. Atua como tutora presencial da Fundação Centro de Ciências e Educação Superior à Distância do Estado do RJ nos cursos de Licenciatura em Ciências Biológicas, nas disciplinas de Biologia Celular e Bioquímica e no curso de Administração Públicas na disciplina de Seminários em Gestão em Saúde Pública. É Avaliadora Institucional do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP). Atualmente está na SubCoordenação de curso Bacharelado em Medicina da Faculdade Metropolitana São Carlos e como professoras no curso de Enfermagem, Biologia, Medicina e na Educação a Distância da Faculdade Metropolitana São Carlos. Tem experiência na área de Biologia Geral, Bioquímica, Imunologia, Parasitologia, Saúde Pública, Saúde Coletiva, atuando principalmente nos seguintes temas: Toxoplasma gondii, neonatos, anticorpos e doenças crônicas não transmissíveis e doenças infecciosas e parasitárias. E-mail: bmagnelli@gmail.com

ANEXOS

Ficha de informação de Sífilis em gestantes.

Ficha de informação de Sífilis Congênita.

Ficha de informação de Sífilis em Adquirida

Definição de caso:

Situação 1 - Mulher assintomática para sífilis que, durante o pré-natal, o parto e/ou o puerpério, apresente pelo menos um teste reagente – treponêmico E/OU não treponêmico, com qualquer titulação –, sem registro de tratamento prévio.

Situação 2 - Mulher sintomática para sífilis que, durante o pré-natal, o parto e/ou o puerpério, apresente pelo menos um teste reagente – treponêmico E/OU não treponêmico –, com qualquer titulação.

Para mais informações sobre a sintomatologia da sífilis, consultar o Guia de Vigilância em Saúde e/ou Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), disponível respectivamente em www.saude.gov.br/svs e www.aids.gov.br/pcdt.

Situação 3 - Mulher que, durante o pré-natal, o parto e/ou o puerpério, apresente teste não treponêmico reagente com qualquer titulação E teste treponêmico reagente, independentemente de sintomatologia da sífilis e de tratamento prévio.

* Casos confirmados de cicatriz sorológica não devem ser notificados.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	2 - Individual		
	2 Agravado/doença	SÍFILIS EM GESTANTE		3 Data da Notificação
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (CID10) O98.1	Código (IBGE)
Notificação Individual	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	7 Data do Diagnóstico	
	8 Nome do Paciente			9 Data de Nascimento
	10 (ou) Idade	11 Sexo	12 Gestante	13 Raça/Cor
Dados de Residência	14 Escolaridade	15 Número do Cartão SUS		
	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito
	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida,...)	22 Número	
Dados Complementares do Caso	23 Complemento (apto., casa, ...)	24 Geo campo 1	25 Geo campo 2	26 Ponto de Referência
	27 CEP	28 (DDD) Telefone	29 Zona	30 País (se residente fora do Brasil)
	31 Ocupação	32 UF	33 Município de realização do Pré-Natal	34 Unidade de realização do pré-natal: Código
Dados laboratoriais	35 Nº da Gestante no SISPRENATAL	36 Classificação Clínica		
	37 Resultado dos Exames	38 Título		
Tratamento / encerramento	39 Data	40 Teste treponêmico no pré-natal		
	41 Esquema de tratamento prescrito a gestante	42 Parceiro tratado concomitantemente a gestante		
Am. epidemiológicas da parceria sexual	43 Esquema de tratamento prescrito ao parceiro	44		

Definição de caso:

Situação 1: Todo recém-nascido, natimorto ou aborto de mulher com sífilis^a não tratada ou tratada de forma não adequada^{b,c}.

a Ver definição de sífilis em gestante (situações 1, 2 ou 3).

b Tratamento adequado: tratamento completo para estágio clínico da sífilis com penicilina benzatina, INICIADO até 30 dias antes do parto. Gestantes que não se enquadram nesses critérios serão consideradas como tratadas de forma não adequada.

c Para fins de notificação de caso de sífilis congênita, não se considera o tratamento da parceria sexual da mãe.

Situação 2^d: Toda criança com menos de 13 anos de idade com pelo menos uma das seguintes situações:

- Manifestação clínica, líquórica ou radiológica de sífilis congênita E teste não treponêmico reagente;

- Títulos de teste não treponêmicos do lactente maiores do que os da mãe, em pelo menos duas diluições de amostras de sangue periférico, coletadas simultaneamente no momento do parto;

- Títulos de testes não treponêmicos ascendentes em pelo menos duas diluições no seguimento da criança exposta^e;

- Títulos de testes não treponêmicos ainda reagentes após seis meses de idade, em criança adequadamente tratada no período neonatal;

- Testes treponêmicos reagentes após 18 meses de idade, sem diagnóstico prévio de sífilis congênita.

d Nessa situação, deve ser sempre afastada a possibilidade de sífilis adquirida.

e Seguimento da criança exposta: 1, 3, 6, 12 e 18 meses de idade.

Situação 3: Evidência microbiológica^f de infecção pelo *Treponema pallidum* em amostra de secreção nasal ou lesão cutânea, biópsia ou necropsia de criança, aborto ou natimorto.

f Detecção do *Treponema pallidum* por meio de exames diretos por microscopia (de campo escuro ou com material corado).

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	2 - Individual	
	2 Agravado/doença	Código (CID10)	3 Data da Notificação
	SIFILIS CONGÊNITA		A 50.9
Dados de Residência	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código
	7 Data do Diagnóstico		
Notificação Individual	8 Nome do Paciente		9 Data de Nascimento
	10 (ou) Idade	11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante
	13 Raça/Cor	10 - Não se aplica	
Dados de Residência	14 Escolaridade	10 - Não se aplica	
	15 Número do Cartão SUS	16 Nome da mãe	
	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)
Dados de Residência	19 Distrito		
	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida,...)	Código
	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)	24 Geo campo 1
Dados Complementares	25 Geo campo 2	26 Ponto de Referência	27 CEP
	28 (DDD) Telefone	29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	30 País (se residente fora do Brasil)
	31 Idade da mãe	32 Raça/Cor da mãe	33 Ocupação da mãe
Antecedentes Epiã. da gestante / mãe	34 Escolaridade		
	35 Realizou Pré-Natal nesta gestação	36 UF	37 Município de Realização do Pré-Natal
	38 Unidade de Saúde de realização do pré-natal		Código (IBGE)
Dados do Lab. da gestante / mãe	39 Diagnóstico de sífilis materna		
	40 Teste não treponêmico no parto/curetagem	41 Título	42 Data
	43 Teste treponêmico no parto/curetagem		
Trat. da gestante / mãe	44 Esquema de tratamento		45 Data do Início do Tratamento
	46 Parceiro(s) tratado(s) concomitantemente a gestante		
	47		

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual		3 Data da Notificação			
	2 Agravado/doença		Código (CID10)			
	4 UF	5 Município de Notificação		Código (IBGE)		
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código		7 Data dos Primeiros Sintomas	
	8 Nome do Paciente				9 Data de Nascimento	
	10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano		11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado		12 Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Atade gestacional ignorada 5-Não se aplica 6- Ignorado	
13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado						
14 Escolaridade 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Esino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Esino médio incompleto (antigo colégio ou 2º grau) 6-Esino médio completo (antigo colégio ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica						
15 Número do Cartão SUS			16 Nome da mãe			
Dados de Residência	17 UF		18 Município de Residência		Código (IBGE)	
	20 Bairro		21 Logradouro (rua, avenida,...)		Código	
	22 Número		23 Complemento (apto., casa, ...)		24 Geo campo 1	
	25 Geo campo 2		26 Ponto de Referência		27 CEP	
	28 (DDD) Telefone		29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		30 País (se residente fora do Brasil)	
	19 Distrito					
	Conclusão					
	31 Data da Investigação		32 Classificação Final 1 - Confirmado 2 - Descartado		33 Critério de Confirmação/Descarte 1 - Laboratorial 2 - Clínico-Epidemiológico	
	Local Provável da Fonte de Infecção					
	34 O caso é autóctone do município de residência? 1-Sim 2-Não 3-Indeterminado		35 UF		36 País	
37 Município		Código (IBGE)		38 Distrito		
39 Bairro		40 Doença Relacionada ao Trabalho 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado				
41 Evolução do Caso 1 - Cura 2 - Óbito pelo agravado notificado 3 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado		42 Data do Óbito				
43 Data do Encerramento						
Informações complementares e observações						
Observações adicionais						
Investigador	Município/Unidade de Saúde			Cód. da Unid. de Saúde		
	Nome		Função		Assinatura	
	Notificação/conclusão		Sinan NET		SVS 27/09/2005	