



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA

KARINE BRITO MATOS SANTOS

A IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA E A OCORRÊNCIA DE CASOS DE SÍFILIS
CONGÊNITA

VITÓRIA DA CONQUISTA / BA

2008

KARINE BRITO MATOS SANTOS

A IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E A
OCORRÊNCIA DE CASOS DE SÍFILIS CONGÊNITA

Dissertação apresentada para obtenção do
Título de Mestre, pelo Mestrado em
Saúde Coletiva do Instituto de Saúde
Coletiva da Universidade Federal da
Bahia.

Área de Concentração: Gestão de
Sistemas e Serviços de Saúde.

Orientadora: Professora Dra. Maria
Guadalupe Medina

Vitória da Conquista / BA

2008

KARINE BRITO MATOS SANTOS

A IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E A OCORRÊNCIA DE
CASOS DE SÍFILIS CONGÊNITA

Dissertação apresentada para obtenção do
Título de Mestre, pelo Mestrado em
Saúde Coletiva do Instituto de Saúde
Coletiva da Universidade Federal da
Bahia.

Área de Concentração: Gestão de
Sistemas e Serviços de Saúde.

Data: _____

Resultado: _____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dra. Maria Guadalupe Medina – Instituto de Saúde Coletiva / Universidade Federal da
Bahia

Assinatura _____

Prof. Dra. Rosana Aquino Guimarães Pereira – Instituto de Saúde Coletiva / Universidade
Federal da Bahia

Assinatura _____

Prof. Dra. Alcina Marta Andrade – Secretaria Estadual de Saúde da Bahia

Assinatura _____

Dedico este trabalho a minha filha
Kamille, maior sentido de minha vida.

AGRADECIMENTOS

À Deus, pois tudo posso nAquele que me fortalece.

Aos meus pais, pelo apoio e compreensão em todos os momentos.

Às minhas irmãs e sobrinhos por sempre acreditarem em mim.

Ao meu esposo pelo amor, cumplicidade, paciência e compreensão nos momentos difíceis.

Aos amigos e colegas de trabalho pelas palavras certas na hora certa, especialmente Anne, Karine Bião, Viviane e Zuza.

À Denise pela companhia sempre presente.

À Luciana por toda cordialidade e cooperação.

À Eliana Amorim por todo o apoio e orientação na hora mais difícil.

À Prof. Dra. Maria Guadalupe Medina pela habilidade na orientação deste trabalho.

À Valéria e Wellington por todo o apoio quando precisei.

Aos colegas do mestrado pela maravilhosa convivência e aprendizado.

À Edna e Lizandra por sua essencial ajuda.

Aos técnicos da Vigilância Epidemiológica pela agilidade e apoio no envio das informações necessárias, especialmente Cláudio e Soninha.

Ao CPD, em especial a Mikinho pela habilidade demonstrada.

À Secretária Municipal de Saúde por todo o esforço e cooperação na realização deste mestrado.

Portanto, sejam cuidadosos no seu modo de proceder; os dias atuais são difíceis. Não sejam
insensatos; sejam sábios:
aproveitem ao máximo cada oportunidade que tiverem de fazer o bem.

(Bíblia Sagrada) Efésios 5:15 e 16

RESUMO

A sífilis, infecção causada pelo *Treponema pallidum*, é uma doença de transmissão sexual com distribuição mundial, que desafia há séculos a humanidade, apesar de ter tratamento efetivo e de baixo custo. A medida mais eficaz para prevenção da sífilis congênita consiste na assistência pré-natal de qualidade. O Programa de Saúde da Família, porta de entrada do sistema de saúde, deve ser uma estratégia central na redução e eliminação da sífilis congênita. Este estudo teve como objetivo descrever as principais características dos casos notificados de sífilis congênita em um município do Nordeste brasileiro, no período de 2000 a 2007; estimar a incidência de casos na população coberta pelo PACS, pelo PSF e não coberta por esses programas neste mesmo período; e discutir a organização das ações de sífilis congênita neste mesmo município. Os dados do estudo foram secundários e a fonte mais importante foi o Sistema de Informação de Agravos de Notificação; teve como principal instrumento a Ficha de Investigação de Sífilis Congênita. As variáveis foram classificadas em sócio-demográficas, relacionadas à área geográfica de origem do caso e relacionadas ao controle, diagnóstico e tratamento. Para a análise foram utilizados: Microsoft Office Excel 2007, SPSS versão 11.0 e MapInfo versão 9.0. Foram analisados 182 casos notificados de sífilis congênita, no período de 2000 a 2007. Este estudo revelou que o Programa de Saúde da Família tem contribuído no combate à sífilis congênita, mas ainda existem muitas ações a serem implementadas. Observa-se que 81% das gestantes tiveram acesso ao pré-natal e que apenas 58,4% receberam o diagnóstico da sífilis materna no pré-natal. Sobre o tratamento, 35% das gestantes foram tratadas inadequadamente e 65% não receberam tratamento; apenas 10,3% dos parceiros foram tratados. Quanto à área geográfica de origem do caso 58,8% reside em áreas cobertas pelo PSF. Sobre as variáveis sócio-demográficas, a faixa etária materna predominante foi de 20 a 29 anos, a escolaridade até 4º série, a ocupação era na maioria dona de casa e residiam em zona urbana. A incidência nas áreas cobertas pelo PSF apresentou tendência decrescente. A sífilis precisa ter maior visibilidade enquanto problema de saúde pública e o seu controle deve ser foco permanente de discussão envolvendo gestores, profissionais de saúde, profissionais de áreas afins e sociedade civil organizada.

Palavras-Chave: Sífilis Congênita, Pré-Natal, Programa de Saúde da Família.

ABSTRACT

The sífilis, infection caused for the *Treponema pallidum*, is an illness of sexual transmission with world-wide distribution, that defies has centuries the humanity, although to have effective treatment and low cost. The measure most efficient for prevention of the sífilis congenital consists of the prenatal assistance of quality. The Program of Health of the Family, carries of entrance of the health system, must be a central strategy in the reduction and elimination of the sífilis congenital. This study it had as objective to describe the main characteristics of the notified cases of sífilis congenital in a Brazilian northeast city, in the period of 2000 the 2007; esteem the incidence of cases in the population covered for the PACS, the PSF and not covered by these programs in this exactly period; e to exactly argue the organization of the congenital actions of sífilis in this city. The data of the study had been secondary and the source most important was the System of Information of Agravos de Notificação; the Fiche of Inquiry of Congenital Sífilis had as main instrument. As variáveis foram classificadas em sócio-demográficas, relacionadas à área geográfica de origem do caso e relacionadas ao controle, diagnóstico e tratamento. For the analysis they had been used: Microsoft Office Excel 2007, SPSS version 11.0 and MapInfo version 9.0. 182 notified cases of sífilis had been analyzed congenital, in the period of 2000 the 2007. This study it disclosed that the Program of Health of the Family has contributed in the combat to the sífilis congenital, but still exist many actions to be implemented. It is observed that 81% of the gestantes had had access to the prenatal one and that only 58.4% had received the diagnosis from the sífilis materna in the prenatal one. On the treatment, 35% of the gestantes had been treated inadequately and 65% had not received treatment; but 10.3% of the partners had been treated. Quanto à área geográfica de origem do caso 58,8% residem em áreas cobertas pelo PSF. On the partner-demographic 0 variable, predominant the etária band materna was of 20 the 29 years, the escolaridade until 4° series, the occupation was in the majority house owner and inhabited in urban zone. The incidence in the areas covered for the PSF presented decreasing trend. The sífilis necessary to have greater visibility while problem of public health and must be permanent focus of quarrel involving managers, professionals of health, professionals of similar areas and organized civil society.

Word-Key: Congenital Sífilis, Prenatal, Program of Health of the Family.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Série histórica de indicadores de um município do nordeste brasileiro, 2002 a 2007

Tabela 2 – Número de exames VDRL realizados em rotina e campanha, em um município do Nordeste brasileiro, 2000 a 2007

Tabela 3 – Comparação entre o número de participantes nas campanhas de combate à sífilis congênita em algumas Unidades de Saúde da Família, num município do Nordeste brasileiro, no período de 2006 e 2007

Tabela 4 - Distribuição percentual dos casos de sífilis congênita, segundo características sócio-demográficas, em um município do nordeste brasileiro, 2000 a 2007

Tabela 5 – Distribuição percentual dos casos de sífilis congênita, de acordo características relacionadas ao controle, diagnóstico e tratamento, em um município do nordeste brasileiro, 2000 a 2007

Tabela 6 – Distribuição temporal dos casos de sífilis congênita, município do Nordeste brasileiro, 2000 a 2007

Tabela 7 – Distribuição espacial dos casos de sífilis congênita segundo área coberta pelo PACS, PSF ou área não coberta por esses programas, município do Nordeste brasileiro, 2000 a 2007

Tabela 8 – Comparação de variáveis dos casos notificados de sífilis congênita em áreas cobertas pelo PACS, PSF ou áreas não cobertas por esses programas, em um município do nordeste brasileiro, 2000 a 2007

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Evolução da implantação das equipes de saúde da família em um município do Nordeste brasileiro, 1998-2007

Gráfico 2 – Incidência (nº. de casos e coeficiente por 1.000 nascidos vivos) de sífilis congênita em um município do Nordeste brasileiro, 2000 a 2007

Gráfico 3 – Distribuição por sexo do número de participantes das campanhas de combate à sífilis congênita, num município do Nordeste brasileiro, 2006 e 2007

Gráfico 4 – Incidência de sífilis congênita por área coberta pelo PACS, PSF ou área não coberta por esses programas, em um município do Nordeste brasileiro, 2000 a 2007

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
CNES	Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
DST	Doença Sexualmente Transmissível
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
OMS	Organização Mundial de Saúde
MS	Ministério da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SINAN	Sistema Nacional de Agravos de Notificação
SINASC	Sistema de Informação de Nascidos Vivos
SUS	Sistema Único de Saúde
VDRL	Venereal Disease Research Laboratory

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	13
2.	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	24
3.	METODOLOGIA	
3.1.	Desenho do estudo	24
3.2.	Caracterização do local do estudo	24
3.3.	População do estudo	25
3.4.	Definição de variáveis	26
3.5.	Fonte de dados	27
3.6.	Coleta de dados	29
3.7.	Processamento e análise dos dados	29
4.	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	31
5.	RESULTADOS	32
6.	DISCUSSÃO	34
7.	CONCLUSÃO	39
8.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
9.	APÊNDICES	
10.	ANEXOS	

A IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E A OCORRÊNCIA DE CASOS DE SÍFILIS CONGÊNITA

1. INTRODUÇÃO

A sífilis, infecção causada pelo *Treponema pallidum*, é uma doença de transmissão sexual com distribuição mundial, sendo ainda um importante problema de saúde pública. É uma doença com sérias implicações para a mulher grávida e seu concepto. Quando adquirida durante a gravidez, pode levar a abortamento espontâneo, morte fetal e neonatal, prematuridade e danos à saúde do recém-nascido com repercussões psicológicas e sociais, sendo, portanto, causa importante de morbidade e mortalidade perinatal, com alta prevalência em todo o país (Rodrigues e Guimarães, 2004).

A sífilis, embora do ponto de vista técnico não apresente dificuldades para o seu diagnóstico e tratamento, principalmente por questões operacionais e por situações de iniquidade social, vem se mantendo como importante problema de saúde pública (Avelleira e Bottino, 2006). Observa-se um aumento da incidência da sífilis em vários países do mundo: no Reino Unido, por exemplo, o número de casos passou de 307 em 1997, para 3.702, em 2006. Segundo o Centro para Controle e Prevenção de Doenças dos EUA (CDC - sigla em inglês) neste país a incidência de sífilis aumentou em 12% entre 2006 e 2007, fazendo com que este seja o sétimo ano consecutivo de aumento da sífilis no país (Weinstock, 2008).

Estudo realizado sobre o controle da transmissão vertical de doenças infecciosas no Brasil (Ramos e col., 2007) revela que as reduções da transmissão vertical do HIV e da sífilis não ocorreram de forma equitativa. O *Treponema pallidum* foi descoberto em 1905 e a penicilina em 1928, enquanto que o HIV foi identificado em 1983 e o AZT (Zidovudine –

primeira intervenção terapêutica) em 1987. Apesar da diferença entre o tempo de identificação desses agravos, a redução da transmissão vertical do HIV decresce progressivamente (16 na década de 80 para 3,7 em 2002), enquanto que a da sífilis aumenta significativamente (0,09 por mil nascidos vivos em 1998 a 1,6 por mil nascidos vivos em 2004).

O Ministério da Saúde definiu como meta de eliminação da sífilis congênita o registro de menos de um caso novo para cada 1.000 nascidos vivos/ano. A maioria dos municípios brasileiros está muito longe dessa meta (Brasil, 2007a), inclusive o município sede deste estudo. O fato de a sífilis congênita ser uma doença sentinela da qualidade da assistência médica e por ter altas taxas de incidência no país aponta para a existência de uma série de deficiências estruturais na rede de assistência do SUS, principalmente no que se refere à atenção materno-infantil (Domingues, 2005). Desta forma, é importante conhecer as principais dificuldades para o enfrentamento desta situação em nível local.

Uma análise conduzida pelo Centro para Controle e Prevenção de Doenças dos EUA (CDC - sigla em inglês) revelou que o custo médio de tratamento de uma criança com sífilis congênita foi US\$ 11,031 dólares. A partir deste dado, estimou-se que o custo anual ajustado do tratamento para sífilis congênita nos EUA foi de US\$ 18.4 milhões (Bateman, 1977 *apud* Ramos, 2001). No Brasil, no período de 2000 a 2005 houve 24.761 crianças internadas por sífilis congênita, o que custou ao país mais de 10 milhões de reais. Considerando este elevado custo, torna-se fácil compreender porque a relação custo/benefício da sua prevenção é tão favorável. Estudos desta natureza foram realizados por Timmerman e cols. (2001) que calcularam o custo da prevenção de um caso de sífilis congênita (EUA), que ficou em torno de 12 dólares em uma prevalência de 10%. Ainda que a incidência seja abaixo de 1/1.000 nascidos vivos, a realização de testes para sífilis se demonstrou compensadora (Ramos, 2001).

Desta forma, teremos um impacto importante na redução dos custos financeiros para o SUS com a eliminação deste agravo.

Existindo uma viabilidade técnica e financeira para a prevenção da sífilis adquirida assim como da sífilis congênita, através do uso do preservativo, diagnóstico e tratamento adequado¹ das gestantes e seus parceiros, é necessário não poupar esforços no sentido de reconhecer as principais dificuldades para a sua eliminação. Historicamente, são as mulheres que mais procuram os serviços de saúde. Atuar com o desenvolvimento de ações voltadas à saúde do homem pode ser uma estratégia eficaz no combate à sífilis congênita.

Estudos demonstram que no Brasil, aproximadamente 40% das gestantes com sífilis primária ou secundária não tratada adequadamente evoluem para perda fetal (Rodrigues e Guimarães, 2004). Outro agravante é o fato de que 50% das crianças infectadas durante a gestação podem nascer assintomáticas, o que dificulta o diagnóstico oportuno, e conseqüentemente aumentam as chances de seqüelas. De acordo com informes da Organização Mundial de Saúde, nos países subdesenvolvidos, cerca de 10 a 15% das gestantes são portadoras de sífilis (OMS, 2008).

No Brasil, estima-se que 2,6% das gestantes sejam portadoras desta doença, com elevada taxa de transmissão vertical do *Treponema Pallidum*, que varia de 30 a 100% sem o tratamento, ou com tratamento inadequado² (Brasil, 2008 a). Já o tratamento adequado com

¹ É todo tratamento completo, adequado ao estágio da doença, feito com penicilina e finalizado pelo menos 30 dias antes do parto, tendo sido o parceiro tratado concomitantemente.

² É considerado como tratamento inadequado das gestantes, todo tratamento feito com qualquer medicamento que não seja a penicilina; ou tratamento incompleto, mesmo tendo sido feito com penicilina; ou tratamento não adequado para a fase clínica da doença; ou a instituição do tratamento com menos de trinta dias antes do parto; ou elevação dos títulos após o tratamento, no seguimento. Em relação ao(s) parceiro(s), inclui-se como tratamento inadequado para a gestante aquele(s) que não foi(ram) tratado(s) ou foi(ram) tratado(s)

penicilina suprime a infecciosidade em 24 a 48 horas (OMS, 2008). Dados do Ministério da Saúde demonstram um aumento na incidência da sífilis congênita de 0,9/1.000 nascidos vivos em 1998 para 2,1/1.000 nascidos vivos em 2006. Foram registrados de 1998 a 2007, 41.249 casos em menores de um ano de idade. O Nordeste tem a maior incidência do país com 2,6/1.000 nascidos vivos em 2006 (Brasil, 2007a). No município de realização desta pesquisa, a incidência em 2007 foi de 3,7/1.000 nascidos vivos (Souza e cols., 2007).

Em 1993, o Ministério da Saúde, ciente dos riscos perinatais, da magnitude da sífilis congênita no Brasil e tendo em vista ser esta uma entidade clínica totalmente passível de prevenção por meio da identificação e tratamento das gestantes infectadas ainda no pré-natal, propôs a sua erradicação até o ano 2000 (Brasil, 1998). Entretanto, as metas governamentais até agora não foram atingidas e, de acordo com informes oficiais do governo brasileiro, as taxas de sífilis congênita ainda permanecem extremamente elevadas em boa parte dos municípios brasileiros (Lorenzi e Madi, 2001; Brasil, 2007 b).

A elevada incidência da sífilis congênita no município objeto deste estudo tem requerido esforços visando à sua eliminação. Em 2006 foi implantado o Programa Municipal de Eliminação de Sífilis Congênita contribuindo para um aumento da notificação, atingindo incidência neste mesmo ano de 4,8/1.000 nascidos vivos.

Um Sistema de Vigilância Epidemiológica precisa responder a complexidade dos agravos que busca conhecer, desenvolvendo novos modelos, que não sejam baseados exclusivamente na notificação de casos já confirmados (Brasil, 2007a). É necessário conhecer oportunamente as condições que predispõem a ocorrência de eventos, identificando inclusive

inadequadamente segundo as diretrizes de tratamento vigentes, ou quando não se tem essa informação disponível; ou ausência de documentação do tratamento ou da queda dos títulos após o tratamento.

as populações mais vulneráveis³, comportamentos, riscos, entre outros fatores, de forma a subsidiar intervenções preventivas mais efetivas. Desta forma, a vigilância da sífilis congênita deve ser feita também durante a gravidez, enquanto ainda é possível intervir.

Para Saraceni, e col., (2005) a tríade vigilância-assistência-prevenção, base da maioria dos programas de Saúde Pública, concorre para reforçar a idéia que a vigilância da sífilis congênita necessita acontecer antes que o desfecho do caso aconteça, uma vez que é possível adotar medidas que diminuam os riscos da contaminação do concepto. Apenas em 2005 a notificação da sífilis na gestante passou a ser obrigatória no país, tendo como local de notificação o serviço de pré-natal. No município objeto deste estudo, este agravo passou a ser notificado apenas em 2007, ainda com altas taxas de subnotificação, onde foram notificados 17 casos de sífilis em gestantes e 22 de sífilis congênita.

O monitoramento da doença durante a gravidez traz mudanças nas estratégias de controle e prevenção principalmente no que se refere ao pré-natal. Vários estudos reafirmam a importância da adequada triagem sorológica para a sífilis visando o diagnóstico precoce (Saraceni e Leal, 2003). O Ministério da Saúde recomenda a realização de no mínimo dois testes sorológicos durante a gestação, sendo o primeiro no início do acompanhamento pré-natal e o segundo no terceiro trimestre de gestação. Porém, sabe-se que existem diferenças

³ A vulnerabilidade de uma população pode ser entendida a partir de três bases: a vulnerabilidade individual, definida pelo conhecimento acerca do agravo e a existência de comportamentos que oportunizam a ocorrência da infecção; a vulnerabilidade programática que leva em conta o acesso aos serviços de saúde, a forma de organização desses serviços, o vínculo que os usuários dos serviços possuem com o profissional, as ações preconizadas para o controle e a prevenção do agravo e os recursos sociais existentes na área de abrangência do serviço de saúde; e a vulnerabilidade social, avaliada a partir da dimensão social do adoecimento, utilizando-se indicadores capazes de revelar o perfil da população da área de abrangência no que se refere ao acesso à informação, gastos com serviços sociais e de saúde, acesso aos serviços de saúde dentre outros (Brasil, 2001).

marcantes no cumprimento destes protocolos, pois a heterogeneidade das regiões do país se faz devido aos seus estágios de desenvolvimento e ao acesso aos serviços específicos em saúde (Schetini, e col., 2005).

Diante da possibilidade de re-infecção na mulher e da possibilidade de que não sejam realizados os dois testes preconizados, recomenda-se, também, um terceiro teste nas maternidades (Brasil, 2007). Em 2005, entrou em vigor a Portaria nº. 766 de 21 de dezembro de 2004 que, no seu Art. 1º, dispõe sobre a necessidade de expandir para todos os estabelecimentos hospitalares integrantes do SUS a realização do exame VDRL para todas as parturientes internadas, com registro obrigatório deste procedimento nas AIH de partos, anexando o resultado do exame de VDRL no prontuário da paciente.

Segundo recomendações do Ministério da Saúde, a investigação de casos suspeitos de sífilis congênita é desencadeada nas seguintes situações: 1) todas as crianças nascidas de mãe com sífilis (evidência clínica e/ou laboratorial), diagnosticadas durante a gestação, parto ou puerpério; 2) todo indivíduo com menos de 13 anos de idade com suspeita clínica e/ou epidemiológica de sífilis congênita (Brasil, 2007 b).

Para uma maior especificidade na detecção dos casos de sífilis congênita, os critérios específicos para compor a definição do caso foram alterados em 2004, revelando o amadurecimento das ações de vigilância frente à realidade de um novo contexto epidemiológico brasileiro. Além disso, essa redefinição deve ser encarada como um estímulo à necessária aproximação entre vigilância e assistência representando uma importante estratégia, tanto para o reconhecimento de sua relevância, bem como para o avanço das ações de intervenção e de controle da sífilis congênita no Brasil (Brasil, 2007 a). É importante destacar que eliminando a sífilis congênita teremos melhorias das taxas de mortalidade infantil, Índice de Desenvolvimento Humano, expectativa de vida, entre outros (Brasil, 2007 – c).

Em vários estudos os autores reafirmam que a medida mais eficaz para prevenção da sífilis congênita consiste na realização do rastreamento da sífilis durante o pré-natal, através do teste de VDRL, devendo para isso, existir oferta com qualidade. Assim, por exemplo, no Brasil, mesmo havendo acesso ao pré-natal em 70% ou mais dos casos notificados, não se conseguiu impedir a infecção da sífilis congênita, demonstrando que as ações de rotina do pré-natal não estão sendo suficientes para resolver o problema (Lorenzi e Madi, 2008; Saraceni, Vellozo, Leal e Hartz, 2005).

Em 2000, o Ministério da Saúde instituiu o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, através da Portaria GM/569, sobre a importância de humanizar e qualificar a atenção às gestantes e suas repercussões positivas, no sentido de garantir maior adesão ao pré-natal, melhor qualidade na assistência e melhores resultados obstétricos e perinatais com mãe e recém nascidos saudáveis.

A mesma Portaria, em seu Anexo I, estabelece ainda os princípios gerais e condições para o adequado acompanhamento pré-natal. Dentre outros, pode-se destacar: realizar a primeira consulta de pré-natal até o quarto mês de gestação; realizar, no mínimo, seis consultas de pré-natal; realizar exames laboratoriais, entre estes o VDRL, um na primeira consulta e outro por volta da 30ª semana de gestação; realizar atividades educativas; avaliar a assistência pré-natal através da identificação de problemas de saúde da população alvo, bem como a verificação da efetividade das ações desenvolvidas. Entre os indicadores de resultados, estabelecidos por esta Portaria, encontra-se o coeficiente de incidência de sífilis congênita.

Lima (2008), afirma que a baixa qualidade do pré-natal, medida pelo rastreamento deficiente de infecções verticalmente transmissíveis como o HIV e a sífilis, tem sido frequentemente causa da sífilis congênita.

Necessário se faz repensar que a assistência pré-natal não pode ser medida apenas em número de consultas, devendo-se analisar a qualidade da assistência prestada. Envolver uma rede integrada com acesso ao diagnóstico precoce, tratamento adequado e informação em saúde, que busque adesão ao acompanhamento necessário, com uso regular de preservativos, e tratamento dos parceiros evitando que mulheres tratadas durante a gestação possam ser reinfectadas (Rodrigues e Guimarães, 2004).

Com o processo de descentralização das ações de vigilância epidemiológica para as equipes de saúde da família (inclusive nos casos de sífilis) espera-se uma tendência de maior detecção dos casos e reestruturação dos serviços de saúde, de modo a desenvolver ações de recuperação somadas às ações de controle, prevenção e promoção da saúde da população, viabilizando ainda o seguimento das pessoas diagnosticadas com sífilis, isto é, realizar VDRL com 1 mês, 3, 6, 12 e 18 meses, interrompendo o seguimento com dois exames consecutivos de VDRL negativos.

É responsabilidade das equipes de saúde da família, ao entrar em contato com uma gestante, buscar compreender os diversos significados da gestação para a mulher e para sua família. Por ser a família o objeto principal da atenção, deve ser entendida a partir do ambiente onde vive, levando em consideração seus valores, hábitos e envolvimento no processo saúde-doença.

Dados do Ministério da Saúde, (Brasil 2007c), no que se refere à implantação das equipes de saúde da família, revelam o crescimento do PSF no Brasil, com 27.324 equipes de saúde da família implantadas em 5.125 municípios, representando 46,6% de cobertura da população brasileira o que corresponde a 87,7 milhões de pessoas.

Entre as principais dificuldades enfrentadas junto ao Programa de Saúde da Família pode-se destacar o elevado número de famílias em cada área de abrangência, alta rotatividade

dos profissionais e o baixo financiamento da atenção básica (Brasil, 2005 b), que são pontos negativos para o avanço das ações do PSF, inclusive da sífilis congênita.

O Programa Saúde da Família surgiu no Brasil, como a principal estratégia de reorganização da atenção básica, com o propósito de superar o modelo assistencial centrado na doença, a partir de ações de promoção à saúde, prevenção de doenças, assistenciais e de reabilitação, baseado no trabalho de uma equipe multiprofissional e nos princípios de integralidade, equidade, qualidade e participação social.

O PSF, sendo fortalecido como porta de entrada do sistema de saúde, deve ser considerado como uma estratégia central para a redução e eliminação da sífilis congênita no país. Na medida em que o PSF se consolida, observa-se uma tendência de melhoria para alguns indicadores de saúde, como mortalidade infantil, cobertura vacinal/taxa de abandono da vacina DTP e hospitalizações em menores de cinco anos (Cruz, 2005; Macinko, 2006; Aquino, 2008). Nesse sentido, a implantação do Programa pode contribuir para a melhoria da qualidade de vida, mas, não se sabe se o PSF tem contribuído especificamente na redução dos casos e controle da sífilis congênita, pela carência de estudos na área.

Mediante esta realidade e tendo em vista o grande número de gestantes com sífilis, suas repercussões na morbidade materna e morbi-mortalidade dos conceptos, sua relação com a AIDS, a dificuldade na realização do tratamento da gestante, bem como a proposta do Ministério da Saúde de erradicação da sífilis congênita em nosso país é necessário o enfrentamento do problema apontado neste estudo.

Isto implica, entre outras coisas, em um investimento em pesquisas adicionais que visem aprofundar o conhecimento sobre essa realidade no que diz respeito à identificação dos principais fatores que contribuem para a alta incidência da sífilis congênita e a identificação dos principais fatores relacionados ao não tratamento ou ao tratamento inadequado das gestantes com sífilis, a fim de subsidiar o incremento de ações no controle da sífilis congênita.

Ao analisar a relação entre a implantação do Programa Saúde da Família e a ocorrência de casos de sífilis congênita, este estudo pode contribuir para o conhecimento dessa realidade, e propor medidas que visem a fortalecer essa estratégia em nível local e melhorar a assistência à saúde materno-infantil.

2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

São objetivos específicos deste estudo:

- Descrever as principais características dos casos notificados de sífilis congênita em um município do Nordeste brasileiro, no período de 2000 a 2007;
- Estimar a incidência de casos na população coberta pelo PACS, pelo PSF e não cobertas por esses programas neste período;
- Discutir a organização das ações de sífilis congênita em um município do Nordeste brasileiro.

3. METODOLOGIA

3.1. Desenho do estudo

Foi desenvolvido um estudo descritivo em um município do Nordeste brasileiro, abrangendo o período de 2000 a 2007.

3.2. População do estudo

O município estudado possui área de aproximadamente 3.000 km² e a população estimada, em 2008, em mais de 300 mil habitantes. A população de estudo desta pesquisa

compreende todos os indivíduos acometidos por sífilis congênita residentes neste município e notificados no período de 2000 a 2007.

De acordo o Ministério da Saúde a definição do caso de sífilis congênita está baseada em quatro critérios. O 1º critério inclui toda criança, ou aborto, ou natimorto de mãe com evidência clínica para sífilis e/ou com sorologia não treponêmica reagente para sífilis com qualquer titulação, na ausência de teste confirmatório treponêmicos, realizado no pré-natal ou no momento do parto ou curetagem, que não tenha sido tratada ou tenha recebido tratamento inadequado (Brasil, 2005).

O 2º critério inclui todo indivíduo com menos de 13 anos de idade com as seguintes evidências sorológicas: titulações ascendentes (testes não treponêmicos); e/ou testes não treponêmicos reagentes após seis meses de idade (exceto em situação de seguimento terapêutico); e/ou testes treponêmicos reagentes após 18 meses de idade; e/ou títulos em teste não treponêmicos maiores do que os da mãe. No 3º critério os indivíduos com menos de 13 anos de idade, com teste não treponêmicos reagente e evidência clínica ou líquórica ou radiológica de sífilis congênita são incluídos. No 4º critério toda situação de evidência de infecção pelo *Treponema pallidum* em placenta ou cordão umbilical e/ou amostra da lesão, biópsia ou necropsia de criança, aborto ou natimorto (Brasil, 2005).

3.4. Definição de variáveis e fonte de dados

As variáveis selecionadas para este estudo estão apresentadas abaixo e foram classificadas em sócio-econômicas, relacionadas ao controle, diagnóstico e tratamento, e relacionadas à área geográfica de origem do caso.

- **Variáveis sócio-demográficas:** Sexo, idade da mãe, procedência, ocupação da mãe, escolaridade da mãe.

- **Variáveis relacionadas ao controle, diagnóstico e tratamento:** realização do pré-natal, diagnóstico da sífilis materna na gravidez, realização de VDRL no primeiro e terceiro trimestres, realização de VDRL no parto, tratamento do parceiro, tipo de esquema de tratamento, peso do bebê ao nascer, idade do bebê no momento do diagnóstico, evolução final do caso.
- **Variáveis relacionadas à área geográfica de origem do caso:** Área coberta e área não coberta pelo PACS ou PSF.

Neste estudo trabalhou-se com bases de dados secundárias e originárias de sistemas de informação nacionais de saúde, utilizando-se a base municipal.

A principal fonte de dados deste estudo foi o Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN. Criado em 1986, é uma ferramenta útil para o planejamento das ações programáticas de prevenção e assistência deste agravo.

Em 2006 houve alterações na ficha de investigação de sífilis congênita, em relação às variáveis apresentadas abaixo, que passaram a vigorar em 2007. Foram elas:

- As variáveis número de gestações, número de partos, número de abortos, número de natimortos, motivo da não realização do pré-natal, idade gestacional na primeira consulta, número de consultas de pré-natal, forma clínica durante a gravidez, número de parceiros durante a gravidez, idade gestacional ao nascer e peso ao nascer deixaram de existir.
- Em relação aos dados laboratoriais da mãe, até 2006 havia especificação dos resultados do primeiro VDRL, do segundo VDRL e do VDRL no momento do parto; a partir de 2007 consta apenas teste não treponêmico no parto/curetagem e teste confirmatório treponêmico no parto/curetagem.
- Com relação à variável evolução final do caso, até 2006 eram consideradas as opções “sífilis congênita recente”, “sífilis congênita tardia”, “natimorto sífilítico”, “aborto por

sífilis” e “ignorado”; a partir de 2007, estas foram substituídas por “vivo”, “óbito por sífilis congênita”, “óbito por outras causas” e “ignorado”.

- As variáveis raça/cor da mãe, município de realização do pré-natal e critério de definição de sífilis congênita foram acrescentadas à ficha de investigação anterior.

Foram utilizadas, também, como fontes o Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB - que registra dados relacionados à população coberta pelo PACS e PSF; o Sistema de Informação de Nascidos Vivos – SINASC; o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, e consultada a base de dados demográficos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE.

Além das informações advindas dos sistemas descritos, foram consultados documentos técnicos do município (Relatório de Gestão dos anos de 2000 e 2007, relatórios da Vigilância Epidemiológica e do Programa Municipal de Combate à Sífilis Congênita).

3.6. Coleta de dados

O principal instrumento utilizado foi a Ficha de Investigação de Sífilis Congênita (Anexos 1 e 2). Para facilitar a sistematização das variáveis de interesse, foi construído um instrumento de coleta contendo as variáveis selecionadas neste estudo.

Foram obtidas as bases de dados e relatórios consolidados de cada sistema de informação diretamente através das coordenações da atenção básica e da vigilância à saúde.

3.7. Processamento e análise dos dados

Inicialmente foi realizada a limpeza da base de dados, a partir de relatórios gerados no Excel, com a finalidade de evitar duplicidades e de eliminar casos não compatíveis com este

estudo (não residentes no município de origem deste estudo e notificação de casos em maiores de 13 anos). A partir do instrumento elaborado com as variáveis descritas anteriormente, foi realizada transcrição e tabulação dos dados conforme apresentado no livro de códigos (Apêndice A).

As variáveis sócio-demográficas foram re-agrupadas nas seguintes categorias:

- Idade da mãe - foi categorizada em < 20 anos, de 20 a 29 anos, de 30 a 39 anos e 40 anos e mais;
- Idade da criança - foi categorizada em até 30 dias, > 30 dias a dois anos e > 2 anos a < 13 anos.
- Escolaridade da mãe - foi agrupada em quatro estratos: nenhuma escolaridade, até 4º série, de 5º a 8º série e 2º grau ou superior.
- Ocupação da mãe - para sua codificação foi utilizada a Tabela de Ocupações do SINAN.

Para identificação da área geográfica de origem do caso (área coberta pelo PACS, PSF e área não coberta) foram realizados os seguintes procedimentos: primeiro, foi verificado o endereço apresentado no relatório do SINAN; depois, foi cotejado este endereço com as áreas de abrangência de cada equipe de saúde da família no ano da notificação do caso e solicitada confirmação de cada equipe para evitar erros.

Para análise dos dados relacionados à descrição dos casos notificados, foram calculadas as frequências simples das categorias das variáveis selecionadas por ano de ocorrência e por área de abrangência dos casos e consolidadas no período estudado através do SPSS versão 11.0.

Foram estimadas também as incidências anuais de sífilis congênita do município em estudo por ano e por área de abrangência. Para isso utilizou-se o número de nascidos vivos informados no SINASC e no SIAB em cada ano (por área coberta pelo PACS e PSF); ao

subtrair o total informado no SINASC pelo número informado no SIAB, encontrou-se o número relativo ao total de nascimentos em áreas descobertas por ano.

Para auxiliar a análise dos dados, foi utilizado o Microsoft Office Excel 2007, o SPSS versão 11.0.

4. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do ISC/UFBA (Parecer nº 033-08 / CEP-ISC), de acordo Portaria 196 do Ministério da Saúde. Esta pesquisa utilizou exclusivamente base de dados secundários. No entanto, foi utilizada a base municipal do SINAN onde a pesquisadora pôde ter acesso a nomes e endereços dos casos notificados.

Vale ressaltar que a pesquisadora comprometeu-se a zelar pelos dados adquiridos, evitando qualquer prejuízo de ordem moral ou psicológica aos participantes, garantindo total sigilo e confidencialidade sobre as informações coletadas.

5. RESULTADOS

5.1. Caracterização do Programa Municipal de Combate à Sífilis Congênita

O município estudado possui uma extensa zona rural dividida em mais de 200 povoados com 12 distritos. Tem localização em entroncamento rodoviário, centro de um cruzamento no sentido Norte-Sul do país constituindo-se num ponto de passagem para as principais cidades do Nordeste do país. No Plano Diretor Regional, é sede de macrorregião da saúde, sendo referência para outras microrregiões envolvendo em torno de 75 municípios.

Dados extraídos do censo demográfico de 2000 (IBGE) definem para o município uma taxa de esperança de vida ao nascer de aproximadamente 65%, com Índices de

Desenvolvimento Humano municipal próximo a 0,800, sendo superior ao do Estado que alcançou 0,626 e a média nacional que foi de 0,699 no mesmo ano. A taxa de alfabetização de adultos foi maior que 80% e o índice de educação (IDHM-E) foi acima de 0,800.

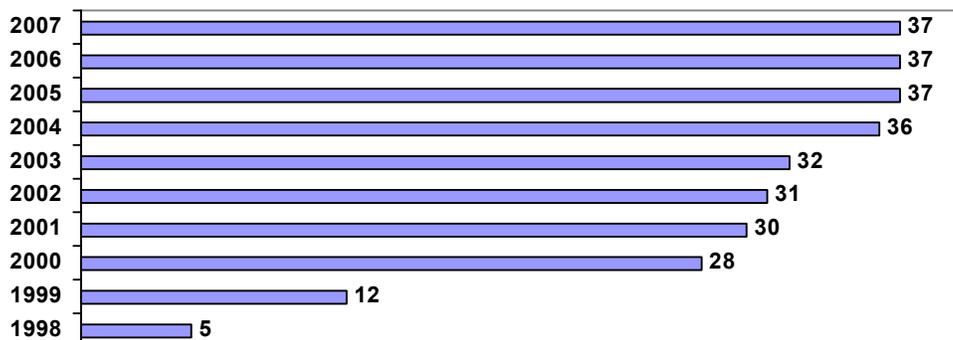
O município vem nos últimos anos construindo um Sistema Único de Saúde baseado na universalidade da assistência se tornando, inclusive, referência para saúde pública do Estado. Habilitado na Gestão Plena do Sistema de Saúde desde 1999 ampliou a oferta de serviços, gerando uma profunda transformação no setor. Possui cobertura da atenção primária pelo PSF acima de 50% e PACS maior que 20%.

O Programa de Saúde da Família foi implantado em 1998, inicialmente com cinco equipes, em áreas prioritizadas através do Conselho Municipal de Saúde, a partir da análise e discussão de indicadores sociais, demográficos e epidemiológicos, demonstrando áreas de maior risco social (Relatório de Gestão, 2000). Em 2007 existiam 37 equipes, representando cobertura de 51,7% correspondendo a aproximadamente 200.000 mil pessoas.

No município de realização desta pesquisa, de acordo cadastro no SIAB das áreas cobertas pelo Programa de Saúde da Família, 78% possuem abastecimento de água, 77% coleta de lixo e 86% referem sistema de esgoto ou fossa.

A expansão das equipes de saúde da família no município surgiu a partir da necessidade de priorização da atenção básica para reorganização da rede de atenção à saúde, elegendendo-a como porta de entrada do sistema, conforme apresentado no gráfico 1.

Gráfico 1 – Número de equipes de saúde da família em um município do Nordeste brasileiro, 1998-2007.



FONTE: Relatório de Gestão, 2007

Avaliando resultados de indicadores no município, observa-se uma melhora significativa de indicadores como a mortalidade infantil, a cobertura vacinal, pré-natal, taxa de internações em menores de cinco anos, dentre outros, que podem ser relacionados às ações desenvolvidas pelas equipes de saúde da família, conforme apresentado na Tabela 1.

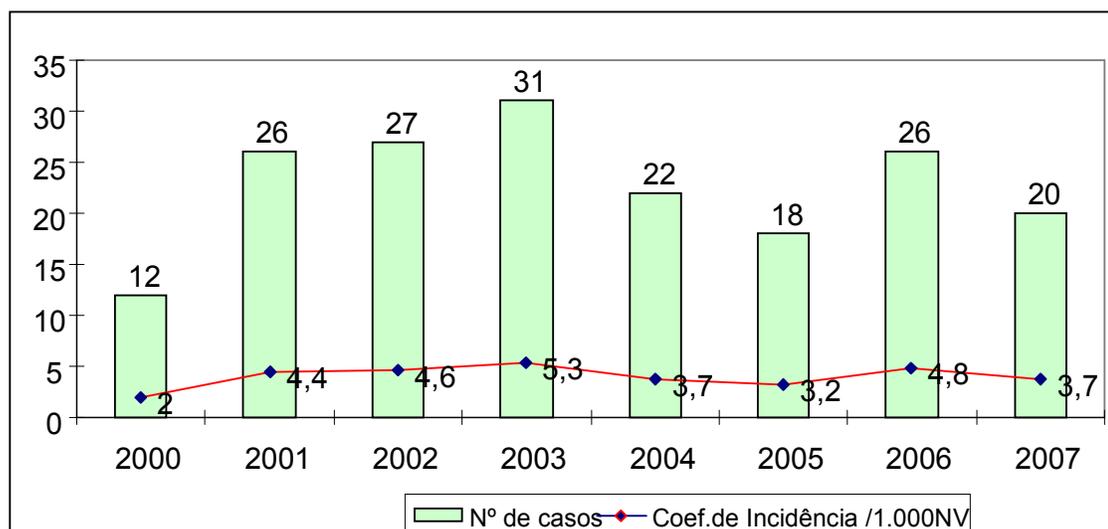
Apesar das melhorias observadas no perfil epidemiológico, as doenças transmissíveis ainda ocupam um importante papel, sendo a incidência das DST's a mais elevada entre as doenças de Notificação Compulsória. Ao contrário do HIV, que possui índice zero de transmissão vertical no município, a sífilis congênita ainda apresenta elevada incidência (Gráfico 2), principalmente ao considerar a facilidade e o baixo custo para o diagnóstico e tratamento.

Tabela 1 – Série histórica de indicadores de um município do nordeste brasileiro, 2002 a 2007.

Indicador	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Proporção de nascidos vivos de mães com 4 ou mais consultas de pré-natal	74,67	75,21	82,72	86,09	85,01	85,4
Taxa de internações por Doença Diarréica Aguda em menores de 5 anos de idade	41,66	40,72	38,17	37,06	33,0	15,0
Taxa de internações por Acidente Vascular Cerebral	51,63	44,96	42,07	43,79	36,12	25,3
Proporção de internações por complicações de diabetes mellitus	1,67	1,63	1,61	0,96	0,78	--

Fonte: Pacto Unificado 2007

Gráfico 2 – Incidência (número de casos e coeficiente por 1.000 nascidos vivos) de sífilis congênita em um município do Nordeste brasileiro, 2000 a 2007



FONTE: Sistema de Informação de Agravos de Notificação e Sistema de Informação de Nascidos Vivos

O município dispõe de um Centro de Referência regional composto por uma equipe multiprofissional onde funcionam quatro modalidades assistenciais - Centro de Testagem e Aconselhamento, Serviço de Assistência Especializada, Hospital Dia e Assistência Domiciliar Terapêutica.

Em 2006, após reestruturação interna na gestão, foi implantado o Programa Municipal de Combate à Sífilis Congênita. Os principais objetivos deste programa são: reduzir a subnotificação, sensibilizar e capacitar os profissionais de saúde da rede municipal quanto ao diagnóstico, tratamento e vigilância dos casos, ampliar a oferta de testagem através da descentralização para a rede básica e realização de testagem itinerante, e estabelecer parcerias intersetoriais.

Entre as ações estabelecidas por este programa encontram-se a descentralização da coleta de sangue para HIV e sífilis para todas as unidades de saúde (zona urbana e zona rural) com o objetivo de ampliar o acesso à realização dos exames; entrega dos resultados de exames aos profissionais de nível superior das equipes (com autorização prévia do usuário) para facilitar o recebimento; realização de campanha anual para o combate da sífilis congênita; realização de Seminário anual sobre Sífilis Congênita visando sensibilizar todos os profissionais sobre a gravidade do problema; capacitação específica para os ACS para ações de prevenção e busca das gestantes / parceiros para diagnóstico e tratamento da sífilis; realização do CTA itinerante.

Em 2007, a primeira avaliação realizada deste programa demonstrou que houve descentralização da coleta para 100% das Unidades de Saúde da Família e 60% das Unidades Básicas de Saúde com ampliação do acesso da população em geral (Tabela 2), realização de CTA itinerante com foco em homens (presídio, garis e empresas), realizações de capacitações para ACS e demais profissionais das equipes de saúde da família aumentando o percentual de busca ativa das gestantes e seus parceiros.

Tabela 2 – Número de exames VDRL realizados em rotina e campanha, em um município do Nordeste brasileiro, 2000 a 2007

ANO	ROTINA	CAMPANHA
2000	6524	
2001	9091	
2002	9097	
2003	10456	
2004	11848	
2005	11563	
2006	11470	3935
2007	13496	2106
TOTAL	83545	6041

FONTE: Centro de Referência DST/AIDS

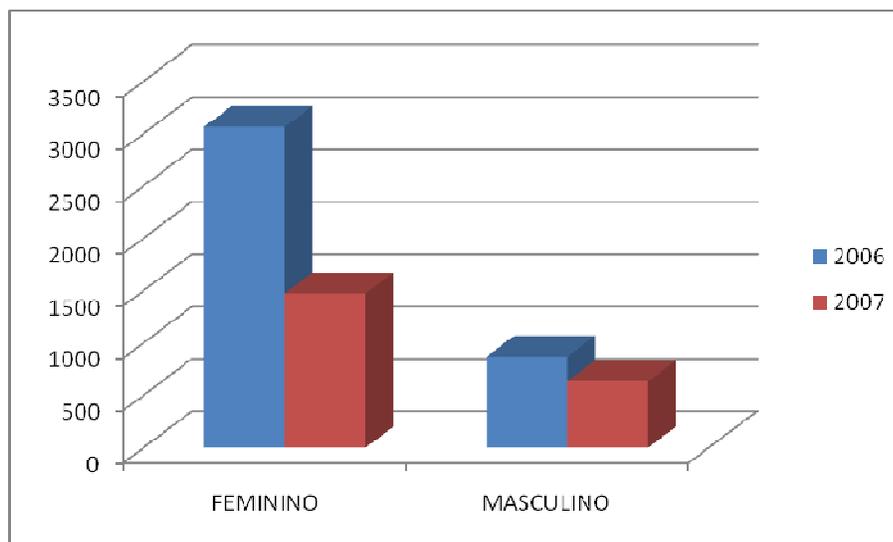
Ao analisar os dados das campanhas, 2006 e 2007, observa-se acentuada redução no número de coletas em diversas unidades de saúde (Tabela 3). Isso revela uma menor mobilização que pode estar relacionado à baixa importância dada ao problema. A análise por sexo demonstra que as mulheres participaram mais da campanha que os homens (Gráfico 3).

Tabela 3 – Número de participantes nas campanhas de combate à sífilis congênita em algumas Unidades de Saúde da Família, num município do Nordeste brasileiro, 2006 e 2007

UNIDADE	2006	2007
USF A	159	35
USF B	92	24
USF C	151	11
USF D	130	26
USF E	149	37
USF F	112	82
USF G	115	38
USF H	28	14
USF I	102	61
USF J	330	153
USF L	142	20
USF M	165	00

FONTE: Centro de Referência DST/AIDS

Gráfico 3 – Distribuição por sexo do número de participantes das campanhas de combate de sífilis congênita, num município do Nordeste brasileiro, no período entre 2006 e 2007.



FONTE: Centro de Referência DST/AIDS

5.2. Descrição dos Casos de Sífilis Congênita

Foram analisados 182 casos notificados de sífilis congênita, no período de 2000 a 2007. As características sócio-demográficas dos casos notificados apontam que a maioria é do sexo feminino (51,7%). A faixa etária da mãe variou entre menores de 20 anos a acima de 40 anos, sendo que um percentual significativo dos casos encontra-se na faixa etária de 20 a 29 anos (67,1%). Outro item importante refere-se à escolaridade da mãe onde aproximadamente 70% possuem até a 4ª série. Chamou atenção o fato de que a maioria, 84,3%, serem donas de casa, não possuindo fonte de renda própria. Constatou-se também que 79,1% são residentes em área urbana (Tabela 4).

Tabela 4 - Distribuição percentual dos casos de sífilis congênita, segundo características sócio-demográficas, em um município do nordeste brasileiro, 2000 a 2007

VARIÁVEIS	%
SEXO DA CRIANÇA (n= 177)	
Masculino	48,3
Feminino	51,7
FAIXA ETÁRIA MATERNA (n= 170)	
< 20 anos	10,6
20 a 29 anos	67,1
30 a 39 anos	18,2
40 anos e mais	4,1
ESCOLARIDADE DA MÃE (n= 107)	
Nenhuma	18,5
Até 4º série	50,9
5º a 8º série	22,2
2º grau ou superior	8,3
ZONA DE PROCEDÊNCIA (n= 177)	
Urbana	79,1
Rural	20,9
OCUPAÇÃO (n= 102)	
Dona de casa	84,3
Outras ocupações	15,7

FONTE: Sistema de Informação de Agravos de Notificação

Quanto ao momento do diagnóstico da sífilis, apenas 58,4% foi no pré-natal mesmo observando que 81% das mulheres haviam realizado o pré-natal. Destas, a maioria não realizou o VDRL durante a gestação (51,7% no 1º trimestre e 54,5% no 2º trimestre). Sobre a realização do VDRL no parto 83,3% foram reagentes, revelando diagnóstico tardio da doença ou tratamento inadequado ou não realização do tratamento. Relacionado ao tratamento do parceiro nota-se 41,2% de caselas vazias ou ignoradas; entre as preenchidas apenas 10,3% foram tratados. Em 94,5% dos casos notificados os bebês receberam o diagnóstico da sífilis congênita, logo após o parto, com idade até 7 dias de nascimento e 89,4% nasceram de parto a termo. E quanto ao esquema de tratamento da gestante, em 2007, nenhum caso teve tratamento adequado. Quanto ao peso de nascimento do bebê a maioria nasceu com peso superior a 3000 gramas (54%). Com relação à evolução final do caso no período entre 2000 e 2006 foram encontrados percentuais de 97,3% para sífilis congênita recente e 2,7% para natimorto sífilítico. A partir de 2007, observou-se 95% classificados como vivo e 5% como óbito por sífilis congênita (Tabela 5). Como observado nos anexos houve alteração da ficha neste ano. Não houve registros de realização de testes confirmatórios treponêmicos no parto ou curetagem.

Tabela 5 – Distribuição percentual dos casos de sífilis congênita, de acordo características relacionadas ao controle, diagnóstico e tratamento, município do Nordeste brasileiro, 2000 a 2007

VARIÁVEIS	%
REALIZAÇÃO DO PRÉ-NATAL (n= 167)	
Sim	81,0
Não	19,0
DIAGNÓSTICO DA SÍFILIS NO PRÉ-NATAL (n= 160)	
Sim	58,4
Não	41,6
REALIZAÇÃO DE VDRL NO 1º TRIMESTRE (n= 115)	
Reagente	46,6
Não reagente	1,7
Não realizado	51,7
REALIZAÇÃO DE VDRL NO 3º TRIMESTRE (n= 109)	
Reagente	42,7
Não reagente	2,7
Não realizado	54,5
REALIZAÇÃO DE VDRL NO PARTO (n= 155)	
Reagente	83,3
Não reagente	1,3
Não realizado	15,4
IDADE DO BEBÊ NO DIAGNÓSTICO (n= 182)	
Até 7 dias	94,5
8 a 30 dias	2,7
> 30 dias a < 1 ano	0,5
1 ano a < 2 anos	0,5
2 anos a < 13 anos	1,6
PARCEIRO TRATADO (n= 106)	
Sim	10,3
Não	89,7
ESQUEMA DE TRATAMENTO – 2007 (n= 20)	
Adequado	0
Inadequado	35
Não realizado	65

FONTE: Sistema de Notificação de Agravos de Notificação

Continuação da Tabela 5 – Distribuição percentual dos casos de sífilis congênita, segundo características relacionadas ao controle, diagnóstico e tratamento, município do Nordeste brasileiro, 2000 a 2007

VARIÁVEIS	%
IDADE GESTACIONAL AO NASCER (n= 141)	
6 meses	0,7
7 meses	1,4
8 meses	8,5
9 meses	89,4
PESO AO NASCER - 2000 a 2006 (n= 149)	
< 2000 gramas	6,0
2000 a 2500 gramas	8,7
2501 a 2999 gramas	31,3
> 3000 gramas	54,0
DIAGNÓSTICO FINAL DO CASO - 2000 a 2006 (n= 151)	
Sífilis congênita recente	97,3
Sífilis congênita tardia	0
Natimorto sífilítico	2,7
Aborto por sífilis	0
EVOLUÇÃO DO CASO – 2007 (n= 20)	
Vivo	95
Óbito por sífilis congênita	5
Óbito por outras causas	0

FONTE: Sistema de Informação de Agravos de Notificação

Muitas variáveis analisadas neste estudo apresentam comportamento flutuante no decorrer dos anos. São elas: realização do pré-natal, ocupação da mãe, zona de procedência, diagnóstico da sífilis durante o pré-natal, realização de VDRL no primeiro e terceiro trimestre gestacional (Tabela 6).

Chama a atenção à realização do VDRL no momento do parto que a partir de 2005, ano em que entrou em vigor a Portaria do Ministério da Saúde tornando obrigatória a

realização do VDRL no momento do parto, passou a ser realizado em 100% dos casos. Diversas variáveis apresentam alto percentual de caselas vazias ou ignoradas. Entre elas pode-se destacar o tratamento do parceiro, número de consultas no pré-natal, número de partos, de abortos e de natimortos, além da idade gestacional na primeira consulta que a partir de 2004 não foi preenchido em nenhum dos casos notificados. Sobre a idade gestacional na primeira consulta, 50% das gestantes tiveram a primeira consulta no início do terceiro trimestre no ano 2000 e nenhum caso em 2003, o que revela uma redução no início tardio do pré-natal. Em 56% dos casos o número de consultas de pré-natal não foi preenchido; entre os registros existentes 49,4% realizaram até 4 consultas, 31,6% entre 4 e 6 consultas e 19% acima de 7 consultas. (Tabela 6)

Tabela 6 – Distribuição temporal dos casos de sífilis congênita, município do Nordeste brasileiro, 2000 a 2007

VARIÁVEIS	2000(%)	2001(%)	2002(%)	2003(%)	2004(%)	2005(%)	2006(%)	2007(%)
REALIZAÇÃO DE PRÉ-NATAL n= 167								
Sim	72,7	84,6	69,2	89,3	83,3	87,5	73,9	85,0
Não	27,3	15,4	30,8	10,7	16,7	12,5	26,1	15,0
OCUPAÇÃO n=102								
Dona de casa	90,0	86,4	83,3	96,2	*	*	*	65,0
Outra ocupação	10,0	13,6	16,7	0,4	*	*	*	35,0
ZONA n= 177								
Urbana	75,0	76,9	81,5	87,1	77,8	66,7	84,0	75,0
Rural	25,0	23,1	18,5	12,9	22,2	33,3	16,0	25,0
DIAGNÓSTICO NO PRÉ-NATAL n= 160								
Sim	77,8	46,2	47,8	78,6	64,7	75,0	27,3	65,0
Não	22,2	53,8	52,2	21,4	35,3	25,0	72,7	35,0
VDRL NO 1º TRIMESTRE n= 115								
Reagente	77,8	54,2	60,0	69,2	23,5	50,0	18,2	*
Não reagente			13,3					*
Não realizado	22,2	45,8	26,7	30,8	76,5	50,0	81,8	*
VDRL NO 3º TRIMESTRE n= 109								
Reagente	33,3	22,7	37,5	89,5	58,8	50,0	9,1	*
Não reagente	16,7		5,3				4,5	*
Não realizado	50,0	77,3	62,5	5,3	41,2	50,0	86,5	*
VDRL PARTO n= 155								
Reagente	50,0	58,3	86,4	81,5	73,7	100,0	100,0	100,0
Não reagente		4,2	4,5					
Não realizado	50,0	37,5	9,1	18,5	26,3	*	*	*
PARCEIRO TRATADO n= 106								
Sim	22,2	22,2	5,9	44,4	*	*	*	*
Não	77,8	77,8	94,1	55,6	100,0	100,0	100,0	100,0

FONTE: Sistema de Informação de Agravos de Notificação

Continuação Tabela 6 – Distribuição temporal dos casos de sífilis congênita, município do Nordeste brasileiro, 2000 a 2007

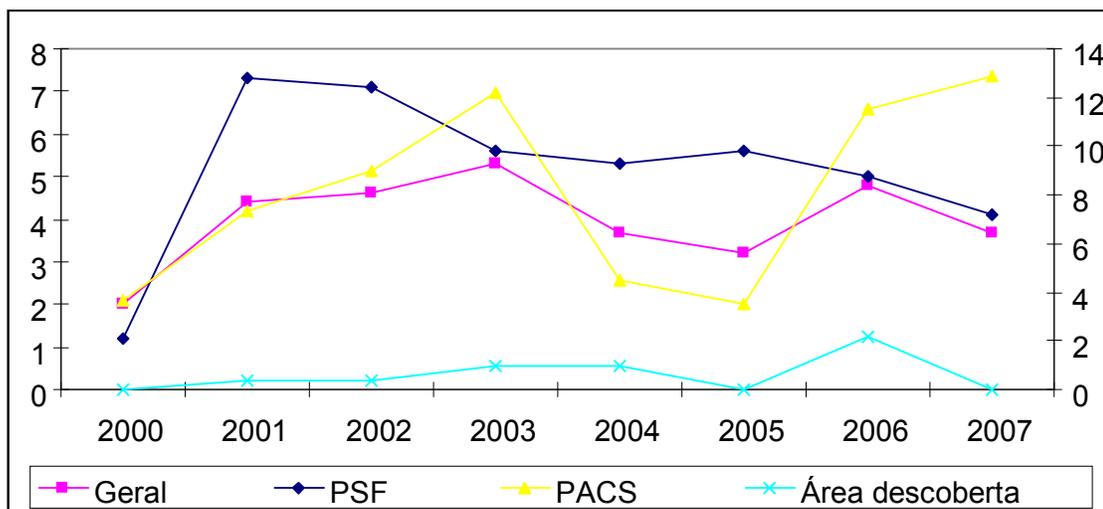
VARIÁVEIS	2000(%)	2001(%)	2002(%)	2003(%)	2004(%)	2005(%)	2006(%)	2007(%)
IDADE GESTACIONAL								
NA 1º CONSULTA								
n= 58								
1º trimestre	-	54,5	38,9	45,5	*	*	*	*
2º trimestre	50,0	27,3	50,0	54,5	*	*	*	*
3º trimestre	50,0	18,2	11,1	-	*	*	*	*
NÚMERO DE CONSULTAS NO PRÉ-NATAL								
n= 78								
< 4 consultas	58,3	34,6	64,0	43,8	*	*	*	*
4 a 6 consultas	25,0	34,6	20,0	50,0	*	*	*	*
7 ou + consultas	16,7	30,8	16,0	6,3	*	*	*	*
ÁREA COBERTA								
n= 182								
PACS	41,7	30,8	33,3	45,2	22,7	16,7	34,6	55,0
PSF	58,3	65,4	63,0	48,4	68,2	83,3	46,2	45,0
Não coberta		3,8	3,7	6,5	9,1		19,2	

FONTE: Sistema de Informação de Agravos de Notificação

5.2.1 Distribuição Espacial dos casos

Sobre as variáveis da área geográfica de origem do caso, 58,8% residem em áreas cobertas pelo Programa de Saúde da Família (PSF), 35,2% em áreas cobertas pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e 6% em áreas não cobertas. Pode-se observar no Gráfico 4 que a incidência das áreas cobertas pelo PACS não apresenta uma tendência ao longo do período, enquanto que a incidência de áreas cobertas pelo PSF mostra tendência decrescente.

Gráfico 4 – Coeficiente de incidência de sífilis congênita por mil nascidos vivos, por área coberta pelo PACS, pelo PSF e não coberta por esses programas em município do Nordeste brasileiro, 2000 a 2007



FONTE: Sistema de Informação de Nascidos Vivos e Sistema de Informação da Atenção Básica

Tabela 7– Distribuição espacial dos casos de sífilis congênita segundo área coberta pelo PACS, PSF ou não coberta por esses programas, município do Nordeste brasileiro, 2000 a 2007

ANO DE OCORRÊNCIA	PACS	PSF	ÁREA NÃO COBERTA
2000	7,8	6,5	-
2001	12,5	15,9	9,1
2002	14,1	15,9	9,1
2003	21,9	14,0	18,2
2004	7,8	14,0	18,2
2005	4,7	14,0	-
2006	14,1	11,2	45,5
2007	17,2	8,4	-
TOTAL	100,0	100,0	100,0

FONTE: Sistema de Informação de Agravos de Notificação

Na Tabela 7, observa-se que entre os casos ocorridos em áreas não cobertas pelo PACS ou PSF, 45,5% foram notificados em 2006, ano de implantação do programa municipal de combate à sífilis congênita.

Observa-se na Tabela 8, que entre os casos notificados, a ocupação que prevalece são as donas de casa. Outro ponto a destacar é que não há registros de gestantes sem escolaridade em áreas descobertas.

Sobre a idade gestacional na primeira consulta, a maioria teve início ao pré-natal no 2º trimestre, nas áreas cobertas pelo PACS e PSF, demonstrando a necessidade de estratégias para fortalecer o diagnóstico precoce e busca ativa das gestantes (Tabela 08).

A informação do VDRL no primeiro e terceiro trimestre gestacional foi excluída da ficha a partir de 2007. Ao analisar os dados no período de 2000 a 2006 observa-se percentuais elevados de gestantes que não realizaram esses exames, conseqüentemente apenas tiveram o diagnóstico no momento do parto. Esse dado é superior para as gestantes residentes em áreas não cobertas pelo PACS ou PSF. Nota-se também a ausência do homem nos serviços de saúde, onde acima de 80% não receberam tratamento para a sífilis (Tabela 08).

Em 2007 (ano que teve início a notificação da sífilis em gestantes no município de origem deste estudo), ocorreram 17 notificações de sífilis em gestantes, sendo que, destas, quatro deram origem a concepto com sífilis congênita (23,5%). Segundo o SINASC, em nenhum dos casos foi detectada alguma malformação congênita e/ou anomalia cromossômica. Como ocorreram 20 notificações de sífilis congênita neste mesmo ano (55% em área coberta pelo PACS e 45% em área coberta pelo PSF), fica evidenciado a subnotificação.

Tabela 8 - Comparação de variáveis dos casos notificados em áreas cobertas pelo PACS, PSF ou áreas não cobertas em um município do Nordeste brasileiro, 2000 a 2007.

VARIÁVEIS	PACS (%)	PSF (%)	ÁREA NÃO COBERTA(%)
OCUPAÇÃO (n= 102)	n = 43	n = 55	n = 4
Dona de casa	76,7	90,9	75,0
Outras ocupações	23,3	9,1	25,0
ESCOLARIDADE DA MÃE (n= 108)	n = 38	n = 67	n = 3
Nenhuma	18,4	19,4	-
1º a 4º série	44,7	53,7	66,7
5º a 8º série	23,7	20,9	33,3
2º grau ou superior	13,2	6,0	-
IDADE GESTACIONAL NA PRIMEIRA CONSULTA (n= 59)	n = 23	n = 34	n = 2
1º trimestre	34,8	41,2	100,0
2º trimestre	43,5	44,1	-
3º trimestre	21,7	14,7	-
REALIZAÇÃO DE VDRL NO 1º TRIMESTRE (n= 116)	n = 38	n = 71	n = 7
Reagente	47,4	47,9	28,6
Não reagente	2,6	1,4	-
Não realizado	50,0	50,7	71,4
REALIZAÇÃO DE VDRL NO 3º TRIMESTRE (n= 110)	n = 35	n = 67	n = 8
Reagente	48,6	38,8	50,0
Não reagente	2,9	3,0	-
Não realizado	48,6	58,2	50,0
TRATAMENTO DO PARCEIRO (n= 107)	n = 46	n = 56	n = 5
Sim	10,9	8,9	20,0
Não	89,1	91,1	80,0

FONTE: Sistema de Informação de Agravos de Notificação

6. DISCUSSÃO

Este estudo pretendeu realizar uma análise descritiva da situação relacionada à sífilis congênita em um município do Nordeste do Brasil. Os achados relacionados às variáveis sócio-demográficas dos casos foram coincidentes com outros estudos como os de Saraceni e Leal (2003), Saraceni e cols. (2005), Lorenzi e Madi (2001), Araujo e cols. (2006). As mulheres que adquiriram sífilis são gestantes mais jovens, com baixa escolaridade e com piores condições sócio-econômicas.

Segundo o PNAD (2000), o baixo nível sócio-econômico está associado à baixa escolaridade que por sua vez possui relação direta à falta de conhecimento sobre DST e a importância de cuidados do pré-natal.

Estudo realizado em 2001 por Viana e col. apresenta, entre os indicadores de qualidade selecionados, o percentual de mulheres que receberam pelo menos seis consultas no pré-natal. Na correlação entre taxa de pobreza e cobertura pré-natal, os autores afirmam que esta é inversamente proporcional. Dessa forma, o acesso é um aspecto fundamental a ser considerado em uma estratégia para qualificar a assistência.

No entanto, a elevada cobertura da assistência pré-natal neste estudo (acima de 80%), não demonstrou ser suficiente para combater o problema da transmissão vertical da sífilis, com baixos índices de realização do VDRL na gestação, o que permite questionar a qualidade dessa assistência.

A falta de realização de exames para o diagnóstico da sífilis materna, o não tratamento ou tratamento inadequado da gestante e seu parceiro, a dificuldade em reconhecer os sinais da doença na mãe ou falhas na interpretação dos resultados de testes sorológicos são fatores relacionados ao pré-natal inadequado. Esses achados são semelhantes aos de outros estudos (Lorenzi e Madi, 2001; Araujo e col., 2006).

As ações educativas realizadas até o momento não foram suficientes para alterar este quadro, sendo necessário discutir a implantação de outras ações, envolvendo parcerias intersetoriais. A adequação do número de famílias para as equipes de saúde da família conforme Portaria GM 648 de 2006 e maior investimento em ações de educação permanente em saúde pode ser diferencial neste processo.

Necessário se faz identificar o que significa em cada caso o tratamento inadequado e conhecer os motivos que levaram a não realização do tratamento. O dado sobre tratamento do parceiro revela que em 41% dos casos não houve preenchimento do item e entre os preenchidos observa-se que em apenas 10,3% o tratamento aconteceu. Esse dado nos permite levantar algumas hipóteses: não aceitação do parceiro em realizar o tratamento, parceiro desconhecido, dificuldade de encontrar no domicílio em momentos de busca ativa, falta de informação sobre a doença. O objetivo é que o homem se engaje no pré-natal, faça o exame que detecta a sífilis e se necessário inicie o tratamento em um centro de saúde.

A qualidade dos dados coletados também deve ser questionada. Muitas variáveis importantes para a descrição do perfil da sífilis congênita têm alto percentual de caselas preenchidas como vazias/ignoradas nas fichas de notificação e investigação, o que tem ocorrido, também, em outros municípios (Saraceni, Vellozo, Leal e Hartz (2005).

Soma-se a isto a falta de integração entre os diversos sistemas de informação. Algumas variáveis apresentam resultados diferentes quando comparadas entre os sistemas. Com a alteração da ficha de investigação de sífilis congênita, em 2006, variáveis importantes para avaliar o controle deste agravo deixaram de existir (Fichas em anexo).

A elevada incidência de sífilis congênita em áreas cobertas pelo PACS e a ausência de um padrão definido ao longo dos anos, diverge das áreas cobertas pelo PSF que apresenta tendência decrescente. Pode-se observar que em 2001 a incidência foi a mais elevada, ano posterior à implantação do maior número de equipes no município. Apresenta também maior

captação precoce das gestantes para o pré-natal dando indícios que as ações do PSF têm apresentado resultados positivos. Uma série histórica mais ampla poderá revelar resultados mais consistentes.

Outro fator que corrobora a afirmação acima se refere à melhora observada em outros indicadores municipais como a redução da mortalidade infantil, aumento da cobertura vacinal, redução de internações em menores de cinco anos por infecção respiratória e por doença diarréica, entre outros. Esse resultado é coincidente com estudos realizados em outras regiões do país, como mostram Cruz (2005), Szwarcwald (2006), Aquino (2008) e Macinko (2008).

Segundo Conill (2006), o impacto do PSF nos indicadores de saúde é controverso. Em seu estudo realizado em municípios nordestinos de grande porte não identificou diferenças significativas em indicadores de saúde da criança entre áreas cobertas e não cobertas pelo PSF. No entanto, havia uma clara relação desses indicadores com a situação sócio-econômica, confirmando-se a importância da determinação social em diversos agravos.

Outro estudo realizado por Roncalli e Lima (2006) revelou que o PSF exerceu pouco impacto sobre os agravos estudados, mas destacou que era preciso considerar a análise do contexto da implantação e condução do PSF, além das características relativas ao campo sócio-econômico, condições de saúde e de políticas públicas.

Vale ressaltar que o PSF ainda é uma estratégia em construção. O processo de avaliação revela, portanto, que diante de alguns indicadores o PSF tem demonstrado efeito positivo, enquanto que para outros, parece não ter influenciado. Logo, a reorganização da atenção básica através do PSF se configura em um desafio cotidiano enfrentado por gestores, técnicos e profissionais de saúde em diferentes pontos do sistema.

Para Paula, Palha e Protti (2004), a intersetorialidade é um dos elementos centrais para a operacionalização da atenção primária nos serviços de saúde, compreendendo-a como a capacidade de articular os vários setores presentes no nível local, onde as ações de saúde são

ofertadas à população com potencialidade de articular setores fundamentais que podem desencadear mudanças mais efetivas e duradouras para o setor saúde.

Apesar de todos os esforços empreendidos, o município ainda não conseguiu eliminar a sífilis congênita. Em 2006, observou-se efeito positivo da implantação do Programa Municipal de Combate à Sífilis Congênita, através da realização da campanha: o aumento de notificações de casos residentes em áreas não cobertas pelo PACS ou PSF; maior parceria firmada entre o centro de referência DST/AIDS e a atenção básica com descentralização da coleta para 100% das equipes de saúde da família. Essa ação permitiu ampliar o número de pessoas que realizaram o exame em 7% e que participaram da ação educativa que antecede à realização o exame.

Muitas ações precisam ser revistas como maior mobilização da comunidade de cada área de abrangência do PSF para participação das campanhas, tendo em vista a baixa mobilização demonstrada pela redução no número de participantes entre as campanhas de 2006 e 2007; realização de pequenos grupos de estudo em busca de sensibilizar os profissionais e alcançar mudança de prática. Segundo Franco (2007), a experimentação que possibilita o *afetamento* dos sujeitos do processo educacional só ocorre se houver, ao mesmo tempo, trabalho e educação ocorrendo juntos, agindo transversalmente nos cenários do SUS.

Estudo realizado em 2005 sobre avaliação das campanhas para a eliminação da sífilis congênita, no município do Rio de Janeiro, revelou que enquanto no Brasil as taxas têm variado de 0,9 a 1,2 por mil nascidos vivos entre 1998 a 2003, no mesmo período o município do Rio de Janeiro apresentou taxas variando entre 6,8 a 10,1 casos por mil nascidos vivos.

Há necessidade de se ampliar o acesso ao diagnóstico e vigilância dos casos, não apenas para as gestantes. Investimentos na atenção integral à saúde do homem e a extensão do horário de atendimento dos serviços de saúde pode ser uma estratégia favorável. No Brasil, segundo o PNAD (2006), as mulheres referem com mais frequência que os homens a procura

regular por serviços de saúde. Conhecer a incidência da sífilis na população em geral, inclusive em homens, permitirá o planejamento de novas ações no combate à sífilis congênita.

O elevado número de casos de sífilis congênita precisa alertar os gestores sobre a necessidade de maior vigilância da sífilis congênita e a importância de instituir a notificação compulsória dos casos de sífilis, independente de sexo ou faixa etária. A notificação da sífilis em gestantes a partir de 2006 tem contribuído para a vigilância dos casos de sífilis congênita, mas não é uma atividade fim. A transmissão sexual, a falta de adesão ao uso regular de preservativos, múltiplos parceiros, aplicação e adesão ao tratamento com penicilina, dentre outros, são barreiras a serem enfrentadas na eliminação da sífilis congênita.

O seguimento de cada notificação precisa ser criteriosamente acompanhado, de modo a garantir o encerramento dos casos. Estudo realizado por Saraceni e col. (2007) concluiu que o Programa Saúde da Família, estratégia de atenção básica mais promissora no país, ainda não foi totalmente incluído no projeto de eliminação da sífilis congênita.

Em 2007, ano em que ocorreu mudança na ficha de investigação, chamou-nos a atenção os graves problemas relacionados ao tratamento da gestante e seu parceiro. Nota-se que dos 20 casos notificados, 35% das gestantes receberam tratamento inadequado e 65% sequer o receberam. Neste mesmo ano, nenhum parceiro foi tratado.

Quanto à realização do VDRL no parto, observa-se que após 2005, ano em que entrou em vigor a Portaria que estabelece a realização do exame VDRL para todas as parturientes internadas, o índice foi crescente passando de 50% em 2000 para 100% a partir de 2005, o que revela efeito benéfico da obrigatoriedade da realização do VDRL no parto.

Em 2008, foram implantados quatro Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), com farmacêuticos, psicólogos, nutricionistas, educadores físicos e fisioterapeutas, podendo estes somar esforços e oferecer um suporte importante no controle de casos de sífilis congênita no município.

O PSF, portanto, representa um esforço bem-sucedido de promoção da equidade, pois sua presença é maior em áreas mais pobres e com população mais vulnerável. Apesar de suas limitações, o PSF faz mais para quem mais precisa contribuindo com importantes transformações na organização do sistema de saúde e na qualidade de vida das pessoas.

Como referem Queiroz e Salum (1996) na prática, intervir em saúde hoje significa assumir a responsabilidade pelo monitoramento / acompanhamento das condições de saúde da totalidade da população de um determinado sistema local de saúde. Os graves problemas sociais no Brasil inviabilizam o êxito da assistência prestada ao indivíduo (Brasil, 2001).

Buscar integrar os diferentes programas e políticas nas áreas da saúde, segurança pública, justiça, assistência social, educação, comunicação, bem como toda a sociedade civil organizada para proporcionar o acesso à informação, prevenção, diagnóstico e tratamento das doenças são ações necessárias no combate à sífilis congênita.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A sífilis congênita precisa ter maior visibilidade enquanto problema de saúde pública e deve ser foco permanente de discussão entre gestores, profissionais de saúde, profissionais de áreas afins e sociedade civil organizada.

O desafio que se coloca consiste em criar possibilidades de ampliar o olhar na direção das principais questões que determinam o aumento da incidência da sífilis congênita, tanto no espaço do cotidiano dos serviços de saúde, como nos meios de comunicação e na comunidade em geral. Acesso ao pré-natal no primeiro trimestre gestacional, realização de exames laboratoriais conforme preconizado pelo Ministério da Saúde, adesão ao tratamento adequado,

envolvimento do parceiro como responsável pela transmissão da doença são alguns parâmetros a serem amplamente monitorizados para o alcance da eliminação deste agravo.

Acredita-se que essa ampliação do olhar permitirá a programação e desenvolvimento de novas ações de promoção da saúde e de enfrentamento ativo das barreiras para o atendimento às necessidades de saúde da população, sem perder de vista que todos os agentes envolvidos neste processo – usuários e profissionais – conservam limites e possibilidades, sendo que, com isso, apostamos na viabilidade de um projeto maior pautado na justiça, equidade e cidadania.

Percebem-se os grandes desafios que a situação atual apresenta para os quais ainda se tem muitas perguntas. Porém, nos cabe enfrentá-los, no sentido de resgatar a qualidade de vida e garantir a promoção da saúde e a prevenção das doenças e não somente o enfoque da assistência clínica e individual.

O Programa de Saúde da Família precisa assumir o desafio de promover a reorientação das práticas e ações de saúde de forma integral e contínua, levando-as para mais perto da família e elevando a qualidade de vida dos brasileiros. Para isso, é necessário que haja um envolvimento de todos – gestores, profissionais e população – no reconhecimento da gravidade do problema. Pensar em capacitações, fortalecimento da vigilância epidemiológica, parcerias intersetoriais e educação dirigida à comunidade voltada para grupos mais vulneráveis, inclusive os adolescentes é uma estratégia a ser fortalecida no cotidiano de prática das equipes.

Ações voltadas à saúde do homem precisam ser implantadas e fortalecidas nas unidades de saúde, também como estratégia de combate a sífilis congênita. Em 2008, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem com o objetivo de promover a melhoria das condições de saúde da população masculina do Brasil. Entre os objetivos específicos encontra-se promover na população masculina, conjuntamente

com o Programa Nacional de DST/AIDS, a prevenção e o controle das doenças sexualmente transmissíveis e da infecção pelo HIV; e, garantir a oferta de preservativo como medida de dupla proteção da gravidez inoportuna e das DST/AIDS.

Encontra-se em fase de construção no município de origem deste estudo, projeto de avaliação de desempenho junto às equipes de saúde da família. Tem o objetivo de estimular o acompanhamento de indicadores, através da sala de situação que será implantada em cada unidade de saúde e motivar para o alcance das metas estabelecidas. Entre os indicadores selecionados está o coeficiente de incidência da sífilis congênita.

Embora ainda existam desafios diversos, próprios de resultados em construção, a divulgação desses resultados representa uma contribuição relevante e irreversível para o sucesso da consolidação do PSF no município de realização desta pesquisa e no Brasil.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AQUINO, Rosana. BARRETO, M. L. Programa de Saúde da Família (PSF): determinantes e efeitos de sua implantação no Brasil. **Livro dos Trabalhos Premiados na III Mostra Nacional de Produção em Saúde da Família**. Brasília, 2008.

ARAÚJO Eliete da Cunha; COSTA, Kelly de Souza Gama; SILVA, Rafaela de Souza e; AZEVEDO, Valéria Nascimento da Gama; LIMA, Fabio Andre Souto. Importância do pré-natal na prevenção da sífilis congênita. **Revista Paraense de Medicina**, vol. 020, Belém, 2006.

AVELLEIRA JCR, Bottino G. **Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle**. Na. Brás. Dermatol. V.81 n.2 Rio de Janeiro mar.abr.2006. Disponível em: revista@sbd.org.br Acesso em 05/08/2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. **Projeto de Eliminação da Sífilis Congênita**. Manual de Assistência e Vigilância Epidemiológica. Brasília, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Implantação do Programa de Humanização no pré-natal e nascimento**. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Brasília, DF, 2000.

BRASIL. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde. **Manual de Enfermagem**. Brasília, 2001

BRASIL (a). **Diretrizes para o Controle da Sífilis Congênita**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Brasília, DF, 2005.

BRASIL (b). Ministério da Saúde. Fundação Osvaldo Cruz. **Saúde da Família: Avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos: Síntese dos principais resultados**. Brasília, 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria da Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher**. Brasília. 2006.

BRASIL (a). Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. **Boletim Epidemiológico de DST/AIDS**. Brasília: Departamento de Vigilância a Saúde 2007; ano III (1).

BRASIL(b). Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. **Manual de bolso para diretrizes para o controle da sífilis congênita**. 2º ed. Brasília: Departamento de Vigilância a Saúde; 2007.

BRASIL (c). Ministério da Saúde. **Revista Brasileira Saúde da Família**. Ano VIII, Número 13, Jan – Março 2007, Brasília.

BRASIL (a). Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Prevalências e Frequências relativas de Doenças Sexualmente Transmissíveis em populações selecionadas de seis capitais brasileiras, 2005**. Brasília, 2008.

BRASIL (b). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à saúde do Homem – Princípios e Diretrizes**. Brasília, 2008.

BRASIL. **PORTARIA nº 569/GM de 01 de junho de 2000**.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde. Departamento de Sistemas de Informação em Saúde. **DATASUS**. Acessado www.saude.gov.br/datasus

CONILL, Eleonor Minho. Ensaio Histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, vol. 24. Rio de Janeiro, 2008.

CRUZ, Mariângela Guanaes Bortolo da. **Estudo comparativo de alguns indicadores em municípios do Estado de São Paulo segundo a implantação do Saúde da Família**. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 39, n. 1, 2005. Disponível em: www.scielo.br. Acesso em: 22/10/2008.

DOMINGUES, RMSM. Sífilis Congênita: uma doença secular desafiando o terceiro milênio. **Saúde em foco** 1998; 17: 30-33.

DUCHIADE, MP. População brasileira: um retrato em movimento. In: Minayo MCS, organizadora. **Os muitos Brasis - saúde e população na década de 80**. São Paulo: Hucitec; 1999. p. 14-56.

FRANCO, Tulio Batista. Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. Botucatu, 2007.

LIMA (a), Bruno Gil de Carvalho. Mortalidade por sífilis nas regiões brasileiras 1980-1995. **Jornal Brasileiro Patologia Médica Laboratorial**. 2002.

LIMA (b), Bruno Gil de Carvalho. Avaliação da qualidade do rastreamento de HIV/AIDS e sífilis na assistência pré-natal. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, nº 02, 2008.

LORENZI, Dino Roberto Soares de; MADI, José Mauro. Sífilis Congênita como Indicador de Assistência Pré-Natal. **Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, 2001.

MACINKO, J.; GUANAIS, F.C.; SOUZA, M.F.M. Na evaluation of impacto f the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. **Journal of Epidemiology and Community Health**, 2006.

RAMOS, MC. Sífilis Congênita, ainda um desafio. DST – **Jornal Brasileiro Doenças Sexualmente Transmissíveis**. 13(12): 3-4, 2001.

RAMOS Jr., Alberto Novaes, Control of mother-to-child transmission of infectious diseases in Brazil: progress in HIV / AIDS and failure in congenital syphilis. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2007.

RODRIGUES, CS, Guimarães, MDC. Grupo Nacional de estudos sobre sífilis congênita. Positividade para sífilis em puérperas: ainda um desafio para o Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**. 2004; 16(3): 168-175.

RONCALLI, Angelo. GIUSEPPE, Lima Kenio Costa. Impacto do Programa Saúde da Família sobre indicadores de saúde da criança em municípios de grande porte da região Nordeste do Brasil. **Ciênc Saúde Coletiva** 2006; Rio de Janeiro .

SARACENI, Valéria; LEAL, Maria do Carmo. Avaliação da efetividade das campanhas para eliminação da sífilis congênita na redução da morbi-mortalidade perinatal. **Cadernos de Saúde Pública**, vol. 09, Rio de Janeiro, 2003.

SARACENI, Valéria; GUIMARÃES, Maria Helena Freitas da Silva; FILHA, Mariza Theme; LEAL, Maria do Carmo. **Mortalidade perinatal por sífilis congênita: indicador da qualidade da atenção à mulher e à criança**. Rio de Janeiro, 2005.

SARACENI, Valéria; VELLOSO, Vitória; LEAL, Maria do Carmo; HARTZ, Zulmira Maria de Araujo. Estudo de Confiabilidade do SINAN a partir das Campanhas para a Eliminação da Sífilis Congênita no Município do Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, vol. 08, São Paulo, 2005.

SARACENI, Valéria; DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira; VELLOZO, Vitória; LAURIA, Lílian de Mello; DIAS, Marcos Augusto Bastos; RATTO, Katia Maria Netto; DUROVNI, Betina; **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. Rio de Janeiro, 2007.

SCHETINI, J, Ferreira D, Passos MRL, Salles EB, Santos DDG, Rapozo DCM. **Estudo da Prevalência de sífilis Congênita em um Hospital da rede SUS de Niterói – RJ**. DST J. Brás Doenças Sex Transm- 17(1): 18-23, 2005, acessado <http://www.scielo.br/scielo>.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE VITÓRIA DA CONQUISTA/BA. Relatório de Gestão, 2000 e 2007. **Vitória da Conquista – Ba**, 2007.

SOUZA, EA, Silva KNM, Aguiar KAVT, Achy MVS. Prevenção da transmissão vertical da Sífilis: um estudo epidemiológico. **VII Congresso de Prevenção DST/AIDS: Florianópolis**, 2007.

SZWARCWALD, Celia Landmann; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de; ANDRADE, Carla Lourenço Tavares de. Indicadores de atenção básica em quatro municípios do estado do Rio de Janeiro, 2005: resultados de inquérito domiciliar de base populacional. **Ciência e Saúde Coletiva**, vol.11, n.03. Rio de Janeiro, 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Eliminação Mundial da Sífilis Congênita: fundamento lógico e estratégia para a ação**. Catalogação na fonte: Biblioteca da OMS. Disponível em www.who.int/reproductivehealth/publications/pt/congenital_syphilis_strategy_pt.pdf. Acessado em 14/11/2008.

PAULA, Kelly Andressa de; PALHA, Pedro Fredemir; PROTTI, Simone Teresinha. Intersetorialidade: Uma vivência prática ou um desafio a ser conquistado? **Interface – Comunicação, saúde e Educação**. Vol. 08, n. 15. Ribeirão Preto, 2004.

UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância). **Situação da infância brasileira: 2001, desenvolvimento infantil**. Brasília, DF: UNICEF; 2001.

VALDERRAMA, Julia. ZACARÍAS, Fernando. Mazin, Rafael. Sífilis Materna y Sífilis Congénita en América Latina: um problema grave de solución sencilla. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Vol. 16, N. 3, Washington, Setembro – 2004. Disponível em <http://www.scielo.org/cgi-bin/wxis.exe/applications/scielo-org/iah/> Acessado em 19/01/2009.

VIANNA, Sollon Magalhães, NUNES, Andre, SANTOS, James Richard Silva, BARATA, Rita Baradas. **Medindo as desigualdades em saúde no Brasil: uma proposta de monitoramento**. Brasília (DF): OPAS; 2001.

WEINSTOCK, Hillard. **Conferência Nacional DST / Prevenção em Chicago, 2008**. Disponível em: www.eliminasifilis.org/noticias_2008. Acessado em 09/08/2008.

ANEXOS

ANEXO 1 - FICHA DE INVESTIGAÇÃO DA SÍFILIS CONGÊNITA (ATÉ 2006)

ANEXO 2 - FICHA DE INVESTIGAÇÃO DA SÍFILIS CONGÊNITA (ATUAL)

APÊNDICE

Apêndice A - Livro de códigos do banco de dados de sífilis congênita

NOME DA VARIÁVEL	DESCRIÇÃO DA VARIÁVEL	CÓDIGOS DA VARIÁVEL
Idadedia	Idade do diagnóstico	1= até 7 dias 2= 8 a 30 dias 3= >30 dias a < 1 ano 4= 1ano a < 2 anos 5= 2anos a 13 anos 9=ignorado
Ocupação	Ocupação da mãe	1= auxiliar de escritório 2= empregado domestico arrumador 3= empregado domestico diarista 4= cabeleireiro 5= trabalhador agropecuário 6= estudante 7= dona de casa 8= professor ensino fundamental 9= ignorado 10= garçon 11= vendedor comercio varejista 12= profissional do sexo 13=- costureiros 14=trabalhador da industria
Fxetariamae	Faixa etária da mãe	1= <20 anos 2= 20 a 29anos 3= 30 a 39 anos 4= 40 anos e mais 9=ignorado
Escolmae	Escolaridade da mãe	0= analfabeto 1= 1º a 4º serie 2= 5º a 8º serie 3= 2º grau ou superior 9= ignorado
Sexocri	Sexo da criança	1= masculino 2= feminino 9= ignorado
Zona	Zona de residência	1= urbano 2= rural 9= ignorado
Numgesta	Numero de gestações	1= até 3 gestações 2= 4 a 6 gestações 3= 7 ou + gestações
Numparto	Numero de partos	1= até 3 partos

		2= 4 a 6 partos 3= 7 ou + partos
Numaborto	Numero de abortos	Numero
Numnatim	Numero de natimortos	Numero
Prenatal	Realizou pré natal	1= Sim 2= não 9= ignorado
Senaopq	O motivo de não realizar pré natal	1= desconhecimento 2= não acha importante 3= dificuldade de acesso 4= barreira burocrática 5= horário incompatível 6= outro 9= ignorado
Numcons	Numero de consultas no prenatal	1= < 4 consultas 2= 4 – 6 consultas 3= 7 ou + consultas
Igpricons	Idade gestacional na primeira consulta em meses	1= 1º trimestre 2= 2º trimestre 3= 3º trimestre
Diaggrav	Diagnostico da sífilis materna na gravidez	1= sim 2= não 9= ignorado
Numparcei	Numero de parceiros na gravidez	Numero
Partratad	Parceiros tratados	1= sim 2= não 9= ignorado
Vdrl1	Vdrl na primeira consulta	1= reagente 2= não reagente 3= não realizado 9= ignorado
Vdrl2	Vdrl no terceiro trimestre	1= reagente 2= não reagente 3= não realizado 9= ignorado
Vdrlparto	Vdrl no parto	1= reagente 2= não reagente 3= não realizado 9= ignorado
Ignasc	Idade gestacional ao nascer em meses	Numero
Pesonasc l	Peso ao nascer em gramas	1= <2000 2= 2000 a 2500 3= 2501 a 2999 4= 3000 + 9= ignorado
Natimorto	natimorto	1= sim 2= não

		9= ignorado
Vdrlcumb	Vdrl cordão umbilical	1= reagente 2= não reagente 3= não realizado 9= ignorado
Vdrlsang	Vdrl sangue periferico	1= reagente 2= não reagente 3= não realizado 9= ignorado
Vdrlliquo	Vdrl do liquor	1= reagente 2= não reagente 3= não realizado 9= ignorado
Evidenctp	Evidencia do treponema pallidum	1= sim 2= não 3= não realizado 9= ignorado
Areacob	Área coberta pelo PACS, PSF e não coberta	1= PACS 2= PSF 3= área descoberta 9= ignorado
Racamae	Raça/cor da mãe	1= branca 2= preta 3= amarela 4= parda 5= indígena 9= ignorado
Racacri	Raça/cor da criança	1= branca 2= preta 3= amarela 4= parda 5= indígena 9= ignorado

