



Universidade Federal
de Campina Grande

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - UFCG
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES - CFP
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM - UAENF
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

IARA DIÓGENES SILVA

INTERNAÇÕES POR SÍFILIS CONGÊNITA NO BRASIL - 2008 A 2013

CAJAZEIRAS – PB

2014

IARA DIÓGENES SILVA

INTERNAÇÕES POR SÍFILIS CONGÊNITA NO BRASIL - 2008 A 2013

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito parcial à obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª. Ma. Rosimery Cruz de Oliveira Dantas

CAJAZEIRAS – PB

2014

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)
Denize Santos Saraiva Lourenço - Bibliotecária CRB/15-1096
Cajazeiras - Paraíba

S586i	Silva, Iara Diógenes Internações por sífilis congênita no Brasil – 2008 a 2013. / Iara Diógenes Silva. Cajazeiras, 2014. 39f. : il. Bibliografia. Orientador(a): Rosimery Cruz de Oliveira Dantas. Monografia (Graduação) - UFCG/CFP 1. Sífilis congênita. 2. Cuidado pré-natal. 3. Hospitalização – sífilis congênita. I. Dantas, Rosimery Cruz de Oliveira. II. Título. UFCG/CFP/BS CDU –616.972(81)
-------	---

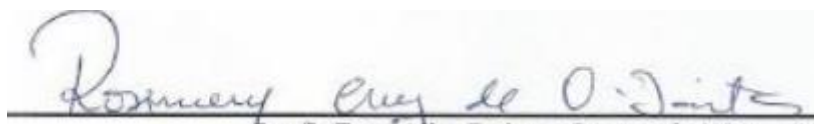
IARA DIÓGENES SILVA

INTERNAÇÕES POR SÍFILIS CONGÊNITA NO BRASIL - 2008 A 2013

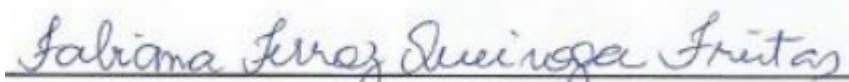
Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito parcial à obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Aprovado em: 03/09/2014


BANCA EXAMINADORA



Prof^ª. Ma. Rosimery Cruz de Oliveira Dantas
Universidade Federal de Campina Grande - UFCG
(Orientadora)



Prof^ª. Ma. Fabiana Ferraz Queiroga Freitas
Universidade Federal de Campina Grande – UFCG
(Membro Examinador)



Prof^ª. Esp. Alba Rejane Gomes de Moura Rodrigues
Universidade Federal de Campina Grande – UFCG
(Membro Examinador)

Dedico este trabalho aos meus pais, que com seu amor incondicional e dedicação em todos os momentos, sempre acreditaram e investiram no meu potencial, permitindo-me concretizar meus objetivos e conquistar essa inigualável vitória.

AGRADECIMENTOS

A Deus, que sempre mostrou a sua presença em minha vida, amparando-me nos momentos difíceis, guiando meus passos, abençoando minhas escolhas e mostrando-me o caminho do bem, sempre me proporcionando uma vida repleta de alegria e amor.

Ao meu pai, Francisco Ronildo Freire Silva, exemplo de reponsabilidade e determinação, pelo amor, atenção e apoio, apesar da enorme distância que nos separa. Quero agradecer pela sabedoria que me transmite mesmo sem perceber e por me orgulhar da sua grandeza de espírito.

À minha mãe, Irismar Diógenes Gadelha, pela vida, confiança, incentivo e cuidado. Quero agradecer pelas preces e noites de oração, por sua ajuda tão importante e por não medir esforços para que eu chegasse até esta etapa da minha vida.

Aos meus familiares que sempre torceram pela minha felicidade e pela realização dos meus sonhos.

Ao meu namorado, Igor Othon de Lima Pereira, pelo amor, carinho, incentivo e dedicação. Obrigada por me proporcionar momentos tão maravilhosos, tornando essa reta final do curso mais leve e feliz.

À minha orientadora, Professora Rosimery Cruz de Oliveira Dantas, pela sua disponibilidade, acompanhamento contínuo, pelos conhecimentos, experiência e por ser um exemplo de profissional. Muito obrigada pela sua valiosa orientação!

À minha amiga, Stephany Pereira da Costa, que me acolheu tão bem em sua cidade e se tornou uma verdadeira irmã para mim. Sem a sua presença, essa caminhada teria sido mais árdua.

Às minhas amigas Amanda, Girlane, Ivigna, Karol e Mariana por compartilharem comigo os momentos de alegria e dificuldade, pelas conversas e cumplicidade.

Ao meu amigo mais antigo, Kelwin Maciel, pela sua presença constante em minha vida, pelas incontáveis gargalhadas e por transformar meus momentos de maior desespero nos mais engraçados.

Aos meus colegas de curso, que juntos dividimos tantos momentos de alegria, angústia e aprendizado. Por vários anos, passamos por momentos de dificuldades, erros e acertos, mas agora chegamos ao final com a certeza do dever cumprido.

A todos que contribuíram direta ou indiretamente para a conclusão desta etapa, muito obrigada!

“Se a educação sozinha não pode transformar a sociedade, tampouco sem ela a sociedade muda.”

(Paulo Freire)

SILVA, Iara Diógenes. **Internações por sífilis congênita no Brasil - 2008 a 2013**. 2014. 39f. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Formação de Professores, Unidade Acadêmica de Enfermagem, Cajazeiras-PB, 2014.

RESUMO

A sífilis congênita é considerada um importante problema de saúde pública, apesar de tratar-se de uma doença facilmente prevenível por meio de ações oportunas e efetivas na assistência pré natal. É considerada um importante marcador da qualidade da atenção à saúde materna e fetal, constando na lista brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária. Este trabalho objetivou investigar a tendência de internações por sífilis congênita no Brasil durante o período de 2008 a 2013. Trata-se de uma pesquisa epidemiológica, exploratória, de natureza descritiva, com abordagem quantitativa. Foram utilizados dados secundários, obtidos no Sistema de Informações Hospitalares do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Observou-se que o número de internações, no Brasil, apresentou um comportamento ascendente. Nas regiões Nordeste e Centro Oeste, foi registrado o maior e menor número de internações respectivamente. As variáveis sexo feminino, menor de 1 ano e raça não branca foram as mais frequentes em todas as regiões brasileiras, com exceção do Sul, que apresentou maior número de internações no sexo masculino e raça branca. Conclui-se que o número crescente de internações por sífilis congênita evidencia o insucesso das políticas públicas voltadas para o controle dessa doença. A operacionalização efetiva dos protocolos existentes deve acontecer mediante a articulação conjunta de gestores e profissionais de saúde. É necessário reforçar as ações da equipe de Estratégia de Saúde da Família na prevenção desse agravo, com ênfase na captação precoce das gestantes e realização de uma assistência integral e qualificada.

Palavras chave: Cuidado pré natal. Hospitalização. Sífilis congênita.

SILVA, Iara Diógenes. **Admissions for congenital syphilis in Brasil - 2008 to 2013**. 2014. 39f. Monograph (Undergraduate Nursing) – Federal University of Campina Grande, Center for Teacher Education, Academic Unit of Nursing, Cajazeiras-PB, 2014.

ABSTRACT

Congenital syphilis is considered an important public health problem, despite that this is an easily preventable disease through timely and effective actions in prenatal care. It is considered an important marker of quality of care for maternal and fetal health, shown on Brazilian list of Hospitalization for Primary Care Sensitive Conditions. This study aimed to investigate the trend of admissions for congenital syphilis in Brazil during the period 2008 to 2013. This is an exploratory, descriptive epidemiological research with a quantitative approach. Secondary data was obtained from the Hospital Information System of the Department of the Health System. Observed that the number of hospitalizations in Brazil, showed an upward trend. In the Northeast and Midwest regions had the highest and lowest number of admissions respectively. Variables females, less than 1 year and nonwhite race were the most frequent in all Brazilian regions, except the South, which had the greatest number of hospitalizations in males and Caucasians. It is concluded that the increasing number of admissions for congenital syphilis demonstrates the failure of approaches to control this disease policies. The effective implementation of existing protocols should happen through joint articulation of managers and health professionals. It is necessary to strengthen the team's actions of the Family Health Strategy in preventing these events, with emphasis on early identification of pregnant women and conducting a comprehensive and quality care.

Keywords: Congenital syphilis. Hospitalization. Prenatal care.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

APS – Atenção Primária à Saúde

CNS – Conselho Nacional de Saúde

DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

ESF – Estratégia de Saúde da Família

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

IST – Infecções Sexualmente Transmissíveis

LCR – Líquido Cefalorraquidiano

MS – Ministério da Saúde

NSC – Neurosífilis Congênita

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PHPN – Programa de Humanização do Pré Natal e Nascimento

RN – Recém nascido

SC – Sífilis Congênita

SIH – Sistema de Informações Hospitalares

SUS – Sistema Único de Saúde

TPHA – *Treponema pallidum Hemagglutination*

VDRL – *Veneral Disease Research Laboratory*

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição das internações por sífilis congênita no Brasil durante o período de 2008 a 2013	26
Tabela 2	Distribuição das internações por sífilis congênita por regiões durante o período de 2008 a 2013	28

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	OBJETIVOS	13
2.1	OBJETIVO GERAL	13
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	13
3	REVISÃO DE LITERATURA	14
3.1	ASPECTOS CONCEITUAIS DA SÍFILIS E SÍFILIS MATERNA	14
3.2	SÍFILIS CONGÊNITA	16
3.3	PROGRAMAS E POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE RELACIONADAS À SÍFILIS CONGÊNITA	18
3.4	ATUAÇÃO DA EQUIPE DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO CONTROLE DA SÍFILIS CONGÊNITA	20
4	MATERIAL E MÉTODOS	22
4.1	TIPO DE ESTUDO	22
4.2	LOCAL DA PESQUISA	22
4.3	POPULAÇÃO E AMOSTRA	22
4.4	INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	23
4.5	COLETA DE DADOS	23
4.6	ANÁLISE DE DADOS	23
4.7	ASPECTOS ÉTICOS	24
5	ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS	25
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	30
	REFERÊNCIAS	32
	APÊNDICE	37
	APÊNDICE A – INSTRUMENTO PARA CONSOLIDAÇÃO DOS DADOS	

1. INTRODUÇÃO

A sífilis congênita (SC) permanece como um dos maiores problemas de saúde pública, o que evidencia falhas no controle de uma infecção de fácil prevenção, que possui protocolos bem conhecidos para seu manejo clínico e laboratorial, além de tratamento eficaz e de baixo custo, disponíveis na rede pública de saúde. Fato que contrasta com a situação da transmissão vertical do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) que, apesar de possuir protocolos complexos e de alto custo, já apresenta redução demonstrada no Brasil (AMARAL, 2012).

Trata-se do resultado da infecção do feto pela bactéria *Treponema pallidum* transmitida de uma gestante infectada tratada inadequadamente ou não tratada por via transplacentária (BRASIL, 2010). A transmissão vertical da sífilis é de grande impacto para a saúde pública, uma vez que pode ocasionar parto prematuro, óbito fetal e neonatal e infecção congênita do recém nascido (LIMA et al., 2013).

A prevenção da SC é realizada no pré-natal através do diagnóstico e tratamento precoce das gestantes infectadas. Tendo em vista que o diagnóstico da sífilis gestacional é simples e o tratamento é eficaz, a frequência da SC reflete a qualidade da atenção materna e infantil (SONDA et al., 2013). O número de casos da infecção pelo *Treponema pallidum* é elevado, o que pode refletir a baixa qualidade do pré natal no Brasil e/ou o descaso dos profissionais de saúde com a ocorrência desse agravo (COSTA, 2012).

Um dos indicadores mais eficientes para avaliar a qualidade dos serviços básicos de saúde é o percentual de internações hospitalares por condições sensíveis à atenção primária. O Ministério da Saúde (MS), através da Portaria 221/2008, definiu a Lista Brasileira de Condições Sensíveis à Atenção Primária, no qual a sífilis congênita está incluída, o que significa que os serviços de saúde no nível primário, através de ações oportunas e efetivas, podem diminuir a ocorrência de internações por tais condições (ALFRADIQUE et al., 2009).

O Pacto pela Saúde, divulgado em 22 de fevereiro de 2006 através da Resolução nº 399, consolida o Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece as prioridades de suas diretrizes operacionais. Entre os três eixos do Pacto pela Saúde encontra-se o Pacto pela Vida, que inclui a redução da mortalidade materna e infantil como uma de suas prioridades. Para a execução dessa prioridade, um dos componentes é a redução das taxas de transmissão vertical do HIV e sífilis (BRASIL, 2006a). No entanto, no que concerne à SC, tal objetivo não tem sido alcançado, visto que tal agravo ainda é de elevada magnitude e possui indicadores desfavoráveis ao seu controle, demonstrando a necessidade de um olhar diferenciado para a sua abordagem.

É necessário detectar e reforçar as ações da equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF) na prevenção da SC, pois tais profissionais exercem um papel fundamental no que concerne a captação precoce das gestantes para o início do pré natal com atenção integral e qualificada, rastreamento da sífilis através da solicitação dos exames do Venereal Diseases Research Laboratory (VDRL), promoção da saúde através de atividades educativas e captação dos parceiros sexuais para tratamento (OLIVEIRA; FIGUEIREDO, 2011).

Frente ao exposto, torna-se imprescindível atentar-se para a ocorrência de internações por SC no país, pois tais hospitalizações demandam altos custos financeiros que poderiam ser investidos em medidas de prevenção na atenção básica, além de tratar-se de uma doença que acarreta sérios danos à saúde do RN com repercussões psicológicas e sociais.

O interesse pelo estudo deu-se a partir dos estágios no Banco de Leite Humano de Cajazeiras, onde surgiu a oportunidade de conhecer a história de um RN com sífilis congênita e na ESF Simão de Oliveira, onde se conheceu a história de uma gestante com sífilis durante a realização da consulta de pré natal. Além disso, a vivência na Maternidade Dr. Deodato Cartaxo em Cajazeiras, durante o período em que se esteve como monitora da disciplina Enfermagem em Saúde da Mulher, também possibilitou o contato com uma gestante infectada. Tais experiências despertaram a curiosidade sobre a ocorrência da transmissão vertical dessa doença.

Espera-se que, com a confecção desse estudo, possa-se contribuir para a orientação e desenvolvimento de novas estratégias de controle da SC pelos profissionais da atenção básica, assim como para avaliação de ações de saúde já existentes, minimizando hospitalizações evitáveis.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Investigar a tendência de internações por sífilis congênita no Brasil durante o período de 2008 a 2013.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Verificar o comportamento das internações por sífilis congênita no país;
- Apresentar o perfil das internações nas regiões brasileiras;
- Elencar as regiões com maior e menor número de internações.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 ASPECTOS CONCEITUAIS DA SÍFILIS E SÍFILIS MATERNA

As Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) apresentam-se como grande problema de saúde pública em todo o mundo. Entre elas, a sífilis merece destaque. Apesar de ser uma doença com agente etiológico conhecido, modo de transmissão estabelecido, tratamento eficaz e de baixo custo, com excelentes possibilidades de cura, a redução de suas taxas de transmissão constitui-se como grande desafio para a saúde pública no Brasil, o que gera preocupação entre gestores e profissionais da saúde (SANTOS; ANJOS, 2009; MAGALHÃES et al., 2013).

Pelo fato de ser conhecida há mais de 500 anos, a sífilis é considerada uma doença antiga (KOMKA; LAGO, 2007). A primeira epidemia desse agravo ocorreu no final do século XV na Europa, transformando-se em uma das principais pragas mundiais. Desde então sua origem vem sendo discutida e duas teorias foram propostas, na qual a primeira é chamada de Teoria Colombiana e sustenta que a doença teria sido introduzida na Europa pelos marinheiros de Cristóvão Colombo, enquanto a segunda é chamada de Teoria Unitária, propunha que as treponematoses já existiriam na Europa e seriam causadas por um único microorganismo que foi sofrendo mutações e adaptações e permitiram sua transmissão sexual (GARCIA, 2009; GERALDES NETO et al., 2009).

O agente etiológico da sífilis foi descoberto em 1905 por Fritz Schaudin e Paul Erich Hoffman, sendo inicialmente denominado de *Spirochaeta pallida* e, posteriormente, *Treponema pallidum* (BRASIL, 2010). No século XIX, sem medidas efetivas de controle, o seu crescimento no mundo era motivo de preocupação. A primeira sorologia para sífilis (Lues), desenvolvida em 1906 por August von Wassermann, e o tratamento com a penicilina, descoberto em 1941, levou muitos a acreditarem que a doença seria controlada, em função da evidência de sua cura, porém as mudanças na sociedade em relação ao comportamento sexual e o advento da pílula anticoncepcional fez com que o número de casos aumentasse nos anos 60 (GARCIA, 2009).

Trata-se de uma doença infecto contagiosa, sistêmica, exclusiva do homem e de evolução lenta, causada pela bactéria *Treponema pallidum*. Pode ser transmitida através de relações sexuais desprotegidas (vaginal, oral ou anal), durante a gestação/parto (sífilis congênita) e por meio de transfusão sanguínea (forma mais rara de transmissão). Manifesta-se sob três fases (primária, secundária e terciária) com características clínicas, imunológicas e

histopatológicas diferentes. As características mais marcantes da infecção são evidenciadas na sífilis primária e secundária, período em que a doença é mais transmissível (BRASIL, 2010).

A sífilis primária é caracterizada pelo surgimento de uma lesão única, indolor com secreção serosa e base endurecida, denominada cancro duro, que aparece após um período de incubação entre 10 e 90 dias e desaparece espontaneamente por volta de 2 semanas. Quando o paciente não recebe o tratamento adequado, ocorre a evolução para a sífilis secundária, ou seja, o *Treponema* já invadiu todos os órgãos e líquidos do corpo, manifestando-se através de um exantema cutâneo. Em seguida, a infecção entra em uma fase em que não ocorre nenhuma manifestação clínica, chamada de sífilis latente, que pode ser considerada recente no primeiro ano e tardia após esse período. Por isso, a última fase da doença, a sífilis terciária, pode levar muitos anos para se manifestar, aparecendo na forma de inflamação e destruição de tecidos e ossos, sendo a sífilis cardiovascular e a neurosífilis as suas manifestações mais graves (BRASIL, 2010).

Na ausência de manifestações clínicas, o diagnóstico da sífilis se dá por meio de exames sorológicos. Para o rastreamento, são utilizados os métodos não treponêmicos, sendo o *Veneral Disease Research Laboratory* (VDRL) o exame mais utilizado. Os testes treponêmicos são utilizados para a confirmação do diagnóstico, como o *Treponema pallidum Hemagglutination* (TPHA), que possui alta sensibilidade e especificidade (MAGALHÃES et al., 2013).

Entre as diversas doenças que podem ser transmitidas durante a gestação e parto, a sífilis é a que apresenta as maiores taxas de transmissão vertical. Quando diagnosticada e não tratada em gestantes, pode resultar em abortamento, natimortalidade, nascimento prematuro, RN com sinais clínicos de SC ou, mais frequentemente, bebê aparentemente saudável que desenvolve sinais clínicos posteriormente (BRASIL, 2007a).

Estudos apontam como fatores de risco para a sífilis materna a promiscuidade sexual, uso de drogas ilícitas, presença de HIV, baixa escolaridade e prática de relações sexuais sem preservativo (OLIVEIRA; FIGUEIREDO, 2011).

A alta taxa de prevalência e de transmissão vertical ocasionou a inclusão da sífilis na gestação na relação nacional de doenças de notificação compulsória em 2005 com o objetivo de reduzir sua incidência até alcançar a eliminação da SC, provocada pela transmissão vertical do *Treponema pallidum* (SARACENI; MIRANDA, 2011).

Para fins de vigilância epidemiológica, é considerado caso de sífilis gestacional toda gestante com evidência clínica de sífilis e/ou sorologia não treponêmica reagente durante o pré natal, com teste treponêmico positivo ou não realizado (BRASIL, 2006b).

O MS determina a realização de dois testes não treponêmicos no período gestacional durante o acompanhamento pré natal, no qual o primeiro deve ser solicitado logo no primeiro trimestre, preferencialmente, na primeira consulta, enquanto o segundo, no terceiro trimestre, na 28ª semana. O tratamento da gestante com sífilis deve ser instituído e finalizado até 30 dias antes do parto para que o RN seja considerado tratado intraútero, por isso a importância da realização do VDRL no início do terceiro trimestre (BRASIL, 2006b).

A penicilina é a droga de escolha para o tratamento da sífilis, inclusive para a sífilis na gestação, pois é capaz de atravessar a barreira transplacentária. Quando tratada no primeiro trimestre, pode prevenir a infecção fetal e, após esta fase, trata o conceito também (GUINSBURG; SANTOS, 2010). É uma medicação de baixo custo, fácil acesso e ótima eficácia. O esquema terapêutico é definido conforme o período de infecção da doença, tendo como base a dose de 2,4 milhões UI, administrado por via intramuscular. Para sífilis primária, dose única. Na fase secundária ou latente com menos de 1 ano de evolução, duas doses com intervalo de uma semana (4,8 milhões UI). Na terciária ou com mais de 1 ano de evolução ou com duração ignorada, três doses sendo uma a cada semana (7,2 milhões UI) (BRASIL, 2006b).

Também é de fundamental importância o tratamento do parceiro sexual durante o pré-natal para evitar a reexposição da gestante a infecção e romper a cadeia de transmissão da doença. Para isso, é necessária a capacitação dos profissionais de saúde para o aconselhamento e abordagem dos parceiros, visto que tal adesão é dificultada por diversos fatores socioculturais, tais como preconceito, estigmatização, falta de educação sexual, dificuldade de convocação do parceiro e o seu acesso ao serviço de saúde (COSTA, 2012).

Vale ressaltar que o MS considera tratamento inadequado para sífilis gestacional: todo tratamento realizado com qualquer medicamento que não seja a penicilina; tratamento incompleto, mesmo tendo sido feito com penicilina; tratamento inadequado para a fase clínica da doença; instituição de tratamento dentro do prazo dos 30 dias anteriores ao parto; ausência de documentação de tratamento anterior; ausência de queda dos títulos (sorologia não treponêmica) após tratamento adequado; parceiro não tratado ou tratado inadequadamente e quando não se tem informação disponível sobre seu tratamento (BRASIL, 2006b).

3.2 SÍFILIS CONGÊNITA

A SC é o resultado da transmissão do *Treponema pallidum* da gestante infectada, não tratada ou tratada inadequadamente, para o feto através da via transplacentária. A transmissão

pode acontecer em qualquer momento da gestação, sendo que o risco é maior para as mulheres com sífilis primária e secundária, pois há um maior número de espiroquetas na circulação. Quanto mais recente for a infecção materna, mais grave é a sífilis congênita (BRASIL, 2007a). Também pode ocorrer a transmissão no momento do parto, no período expulsivo (SANTOS; ANJOS, 2009). A transmissão através do aleitamento materno ocorrerá somente se houver lesões mamárias por sífilis (BRASIL, 2006b).

Divide-se em dois períodos: a precoce (manifesta-se antes dos dois anos de vida) e a tardia (a partir dos dois anos). Mais de 50% dos casos notificados de SC precoce são assintomáticos, porém o RN pode apresentar diversas alterações sistêmicas, dentre elas: prematuridade e baixo peso (inferior a 2500g), hepatomegalia e esplenomegalia, lesões cutâneas, pseudoparalisia dos membros, sofrimento respiratório, rinite, icterícia, anemia, linfadenopatia generalizada, síndrome nefrótica, convulsão e meningite. As principais características da sífilis congênita tardia são: tibia em lâmina de sabre, fronte olímpica, mandíbula curva, arco paliativo elevado, nariz em sela, tríade de Hutchinson (dente de Hutchinson, ceratite intersticial e lesão do VIII par craniano), além de surdez, retardo mental e hidrocefalia (BRASIL, 2007a).

Na tentativa de inibir essas manifestações, nos casos em que a mulher apresenta VDRL reagente na gestação, parto ou em caso de evidência clínica de SC, deve-se proceder a realização do VDRL em amostra de sangue periférico do RN. Para fins de vigilância epidemiológica, é definido caso de SC toda criança, aborto ou natimorto de mãe com evidência clínica para sífilis e/ou com sorologia não treponêmica reagente realizado no pré natal ou curetagem, que não tenha sido tratada ou tenha recebido tratamento inadequado; todo indivíduo com menos de 13 anos de idade com evidência sorológica para sífilis ou com teste não treponêmico reagente e evidência clínica, líquórica ou radiológica de SC e, por fim, toda situação de evidência de infecção pelo *Treponema pallidum* na placenta, no cordão umbilical e/ou em amostras da lesão, biópsia ou necropsia de criança, produto de aborto ou natimorto, por meio de exames microbiológicos (BRASIL, 2006b).

O MS determina a realização da radiografia de ossos longos, hemograma e análise de líquido cefalorraquidiano (LCR) em todos os recém nascidos com VDRL reagente, suspeita clínica de SC ou ausência de tratamento materno adequado. A punção lombar para a coleta de LCR é realizada para avaliar a celularidade, o perfil protéico e o VDRL com a finalidade de excluir o diagnóstico de neurosífilis congênita (NSC). Quando for inviável realizar este exame, toda criança com diagnóstico ou suspeita de SC deve receber tratamento adequado para NSC (BRASIL, 2006b).

A NSC ocorre quando a infecção atinge o sistema nervoso central, determinando quadros clínicos que variam desde alterações liquóricas em indivíduos assintomáticos, até quadros mais graves, como a paralisia geral progressiva (MENEZES et al., 2007).

O tratamento da SC é realizado com penicilina (procaína, cristalina ou benzatina) conforme critérios estabelecidos pelo MS, sendo necessário que o RN fique internado por, no mínimo 10 dias, para instituição da terapêutica. Deve ser realizado o seguimento de controle e cura dos casos através de avaliações mensais no primeiro ano de vida e realização do VDRL com 1, 3, 6, 12 e 18 meses, interrompendo quando se observar negatificação. Além disso, é importante o acompanhamento oftalmológico, neurológico e audiológico semestral (BRASIL, 2007b).

Assim, a SC é considerada um evento sentinela em saúde, pois o seu controle se dá através de medidas de saúde simples e eficazes, obrigando a investigação dos casos ocorridos para adquirir informações sobre a assistência prestada e propor as ações pertinentes (MAGALHÃES et al., 2011).

A medida mais eficaz para prevenção da SC consiste na realização do rastreamento da sífilis através de práticas rotineiras na assistência pré-natal, por isso sua ocorrência evidencia as falhas nos serviços de saúde, especialmente na atenção primária, indicando que a qualidade das consultas de pré-natal é insatisfatória, percebida pela não realização de exames para o diagnóstico da sífilis, dificuldade em reconhecer os sinais da doença na gestante, falhas na interpretação dos resultados de testes sorológicos e falhas ou ausência de tratamento da gestante e/ou parceiro (COSTA, 2012).

3.3 PROGRAMAS E POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE RELACIONADAS À SÍFILIS CONGÊNITA

A dificuldade no controle da sífilis gestacional e congênita apresenta relação direta com a história de saúde da mulher e as políticas públicas. Em 1983, o MS instituiu o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que possui como um de seus objetivos específicos prevenir e controlar as ISTs, tendo como uma das metas a eliminação da sífilis como problema de saúde pública no Brasil (BRASIL, 2004). A partir do PAISM, os profissionais de saúde passaram a investigar com maior frequência a ocorrência de sífilis, principalmente nas mulheres em período gestacional, além de tornar o combate às ISTs bastante difundido no país (SOUSA et al., 2014).

O MS, ciente dos riscos perinatais e da magnitude do problema, tornou a SC, em 1986, uma doença de notificação compulsória conforme a Portaria nº 542 de 22 de dezembro de 1986 (BRASIL, 1986). Em 2005, a sífilis materna adquiriu este status, com o objetivo de diminuir sua incidência até alcançar a erradicação da transmissão vertical dessa enfermidade (BRASIL, 2005).

Em 1995, o Brasil assumiu juntamente com outros países da América Latina e Caribe o compromisso de eliminar a SC das Américas até o ano 2000 através de resolução da Organização Pan Americana de Saúde (OPAS), tendo como meta um coeficiente de incidência de até 0,5 caso por 1000 nascidos vivos. Entretanto, o objetivo não foi atingido (BRASIL, 1998). Em 1997, o MS passou a considerar o registro de um caso de SC por 1000 nascidos vivos/ano como meta de eliminação da doença (BRASIL, 2006).

Para tanto, o MS criou, em 2000, o Programa de Humanização do Pré Natal e Nascimento (PHPN) que garante, dentre seus procedimentos, a realização do VDRL na primeira consulta de pré natal e na trigésima semana de gestação (BRASIL, 2002). A Organização Mundial da Saúde (OMS) preconiza a realização de um terceiro VDRL para todas as gestantes no momento do parto. Logo em seguida, no ano 2002, o MS lançou também o Projeto Nascer, com a finalidade de promover a capacitação de equipes multiprofissionais para melhorar a qualidade do atendimento à gestante, puérpera e recém nascido, reduzir a transmissão vertical do HIV e controlar a SC (BRASIL, 2003).

Vale salientar o Pacto pela Saúde, aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) em 2006, como importante marco dentro do cenário público brasileiro. O Pacto pela Vida, um dos seus eixos, inclui a redução da mortalidade materna e infantil como uma de suas prioridades e, dentre seus componentes, se encontra a redução das taxas de transmissão vertical do HIV e sífilis. O MS lançou o Plano Operacional de Redução da Transmissão Vertical da Sífilis e do HIV para atingir tal meta de forma escalonada e regionalizada até 2011 (FERREIRA et al., 2008). No entanto, tal proposta novamente não foi atingida.

Outra ação desenvolvida pelo MS foi a implantação do Projeto Rede Cegonha, instituída através da Portaria nº 1.459/2011, como uma rede de cuidados que assegura o direito ao planejamento reprodutivo e atenção humanizada à gravidez, parto, abortamento e puerpério para todas as mulheres, assim como o direito ao nascimento seguro, crescimento e desenvolvimento saudável às crianças. No componente pré natal, garante a realização dos exames de pré-natal de risco habitual e de alto risco (BRASIL, 2011a).

Como parte integrante da consulta de pré natal, está a solicitação de exames e, por meio da Portaria nº 3.242 de 30 de dezembro de 2011, foi estabelecido o fluxograma

laboratorial da sífilis e a utilização de testes rápidos para triagem da sífilis (BRASIL, 2011b). Complementando a ação, a Portaria nº 77 de 12 de janeiro 2012 incorpora a realização de testes, na atenção básica, para a detecção de sífilis para gestantes e seus parceiros sexuais no âmbito do pré natal (BRASIL, 2012) e, para efetivar o tratamento da sífilis, a Portaria nº 3.161 de 27 de dezembro de 2011 determina a administração da penicilina nas unidades de Atenção Básica à Saúde pela equipe de enfermagem, médico ou farmacêutico (BRASIL, 2011c).

A SC está incluída na Lista de Condições Sensíveis à Atenção Primária que foram definidas pelo MS na Portaria 221/2008. Trata-se de um conjunto de condições que dificilmente exigiriam hospitalizações se fossem abordadas de maneira apropriada nos serviços básicos de saúde tanto na promoção e prevenção quanto no tratamento precoce e acompanhamento laboratorial (CAMARGO, 2010). Dessa forma, constitui-se em um instrumento de avaliação da qualidade da atenção primária, assim como da utilização da atenção hospitalar (BRASIL, 2008).

Apesar da existência de políticas públicas em saúde abrangentes e claras, a atenção à saúde da mulher ainda é deficiente, decorrente do número reduzido de profissionais para atender a uma demanda excessiva, o que gera sobrecarga de trabalho e impossibilita a execução de uma assistência de qualidade (COSTA, 2012).

3.4 ATUAÇÃO DA EQUIPE DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO CONTROLE DA SÍFILIS CONGÊNITA

A SC, apesar de ser uma condição facilmente prevenível na atenção primária, desponta como um problema de saúde pública no Brasil e no mundo, portanto é relevante que as equipes da ESF atentem para a realização de atividades de educação em saúde com a finalidade de fornecer à população e, principalmente, aos grupos mais vulneráveis informações a respeito da sífilis e de outras ISTs e conscientizá-las sobre a gravidade e relevância do controle desse problema. Para subsidiar suas ações e estratégias, Sousa et al. (2014) afirmam que o profissional de saúde deve ter domínio de toda a dinâmica que envolve a doença.

A busca ativa das gestantes na comunidade deve ser realizada pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS) através de visitas domiciliares regulares para que essas possam iniciar precocemente o acompanhamento pré natal e, nos casos de sífilis materna, para que a gestante seja oportunamente tratada, prevenindo então a SC (ARAÚJO, 2010).

Tendo em vista que a realização do pré natal adequado e de qualidade influencia diretamente na redução dos casos de SC, percebe-se a importância do papel do enfermeiro no controle dessa doença, que deve primeiramente estar ciente da rede de falhas nesse atendimento e prestar uma assistência de qualidade, integral e humanizada (SANTOS; ANJOS, 2009).

Na primeira consulta de pré-natal, o enfermeiro deve solicitar o exame de triagem para sífilis. Caso a gestante seja diagnosticada com a doença, o enfermeiro deve encaminhá-la para consulta com o médico que a orientará sobre o tratamento adequado segundo os protocolos de atendimento (SÃO PAULO, 2010).

Em relação à assistência de enfermagem à mulher com sífilis, o MS orienta:

Encaminhar a mulher e seu(s) parceiro(s) para diagnóstico e tratamento; Promover reuniões com casais e orientar sobre mudanças de atitudes e de práticas que os tornam suscetíveis ao agravo; Fazer visita domiciliar mensalmente por até três meses, pesquisando condições da pele e realizando exame ginecológico para avaliar o resultado do tratamento (BRASIL, 2010, p. 65).

Para o tratamento adequado da gestante com sífilis, o enfermeiro deve incluir o parceiro sexual dessas mulheres na assistência pré natal para evitar a transmissão vertical da doença e prestar esclarecimento ao casal sobre a possibilidade de reinfecção da mulher caso não ocorra o tratamento em conjunto (OLIVEIRA; FIGUEIREDO, 2011).

A notificação de sífilis em gestantes e SC é feita por qualquer profissional de saúde no exercício de sua função através do preenchimento e envio das fichas de notificação e vigilância epidemiológica de casos (ARAÚJO, 2010).

A ESF caracteriza-se como a porta de entrada do sistema de saúde e a proximidade de sua equipe com a comunidade pode colaborar com a mudança no quadro da sífilis congênita no país. Dessa forma, Costa et al., (2013) destacam que se faz necessário a constante atualização e capacitação dos profissionais de saúde que atuam na atenção primária para que ocorra uma assistência adequada.

4. MATERIAL E MÉTODOS

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa epidemiológica, exploratória, com dados secundários, de natureza descritiva, com abordagem quantitativa.

A pesquisa epidemiológica abrange a avaliação da situação de saúde da população, a eficácia e impacto potencial das intervenções, definição de subgrupos da população aos quais deverão ser dirigidos os programas de intervenção e determinação da pertinência dos sistemas de informação (ACUÑA; ROMERO, 1984).

Segundo Gil (2010, p.27), “as pesquisas exploratórias têm como propósito proporcionar maior familiaridade com o tema, com vistas a torná-las mais explícitas ou a construir hipóteses”.

O estudo descritivo é caracterizado pela ausência da interferência do pesquisador, ou seja, ocorre a observação, registro, análise e ordem dos dados sem manipulá-los. Além disso, também pode ser caracterizado pela utilização de técnicas padronizadas para coleta de dados (PRODANOV; FREITAS, 2013).

A pesquisa quantitativa é aquela em que as informações levantadas podem ser traduzidas em números com a finalidade de analisá-las e classificá-las. Requer técnicas estatísticas, informações numéricas e amostras amplas (LAKATOS; MARCONI, 2010).

4.2 LOCAL DA PESQUISA

As informações levantadas constituem-se de dados secundários obtidos por meio de consulta a base de dados do Sistema de Informações Hospitalares (SIH) disponibilizados pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), no endereço eletrônico (<http://www.datasus.gov.br>).

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Para Gil (2010), população ou universo possuem determinadas características que formam um conjunto definido de elementos. A amostra, por sua vez, é o subconjunto desse universo que deve ser obtido de uma população específica e homogênea.

A população da pesquisa foi composta pelo registro de todas as internações hospitalares ocorridas no Brasil de 2008 a 2013, enquanto a amostra foi constituída pelo registro das internações hospitalares por sífilis congênita no Brasil de 2008 a 2013, sendo distribuídas por região.

4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Para a coleta de dados, foi construído um instrumento pela pesquisadora para consolidar ano a ano os dados por região de acordo com as variáveis estudadas (APÊNDICE A).

4.5 COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados acessando o site do DATASUS, na opção “Informação de Saúde (TABNET)”, posteriormente em “Epidemiológicas e Morbidade” e, em seguida, em “Geral, por local de internação – a partir de 2008” escolhendo a opção “Brasil por Região e Unidade de Federação”, seguindo assim até levantar os dados das internações por sífilis congênita entre os anos 2008 e 2013, englobando todas as regiões do Brasil, conforme as variáveis sexo, raça e faixa etária.

4.6 ANÁLISE DE DADOS

Para a análise dos dados, utilizou-se estatística simples descritiva, tendo como parâmetro a proporção e a média como medida de tendência central. Para uma melhor visualização e análise dos dados, os mesmos foram apresentados em tabelas.

Após coleta e agrupamento de dados, observou-se a existência de muitos valores tendo zero como quantidade, o que inviabiliza a análise numérica e percentual dos dados, então, optou-se por dicotomizar as variáveis em categorias, sendo assim a raça/cor foi agrupada em branca e não branca, esta última sendo composta por preta, parda, amarela e indígena. Como dado dessa variável manteve-se o “sem informação” por contemplar dados de expressiva importância na avaliação do sistema de informação.

A faixa etária foi dicotomizada em menor de 1 ano e maior de 1 ano. O agrupamento das idades nessa última variável justifica-se pelo quantitativo de registro, que por ser muito

baixo e estar distribuído nos diversos grupos etários, variando até 80 anos e mais, apresentaria uma resposta que não definiria uma real importância estatística.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

Como a pesquisa foi baseada em dados secundários para a sua formulação, a mesma não foi submetida ao comitê de ética, uma vez que não envolveu diretamente seres humanos. Todavia, foram observados os pressupostos da Resolução 466/12 do CNS do MS que incorpora quatro referências básicas de bioética: autonomia, maleficência, beneficência e justiça.

5. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Para uma melhor visualização dos dados, os mesmos estão apresentados em tabelas e analisados à luz da literatura pertinente.

Tabela 1 – Distribuição das internações por sífilis congênita no Brasil durante o período de 2008 a 2013.

VARIÁVEIS ANO	BRASIL												
	2008	2009	≠ % 2008/ 09	2010	≠ % 2009/ 10	2011	≠ % 2010/ 11	2012	≠ % 2011/ 12	2013	≠ % 2012/ 13	Total	Média
Total	3570	3715	+4	3938	+6	4812	+22,1	5853	+21,6	7430	+26,9	29318	4886
Sexo feminino	1951	2013	+3,2	2164	+7,5	2546	+17,6	3096	+21,6	3862	+24,7	15632	2605
masculino	1619	1702	+5,1	1774	+4,2	2266	+27,7	2757	+21,6	3568	+29,4	13686	2281
Raça/cor Branca	766	679	-11,3	612	-9,8	754	+23,2	949	+25,8	1142	+20,3	4902	817
não branca	1040	1148	+10,3	1285	+11,9	1525	+18,6	1737	+13,9	2554	+47,0	9289	1548
Sem informação	1764	1888	+7	2041	+8,1	2533	+24,1	3167	+25	3734	+17,9	15127	2521
Faixa etária <1 ano	3136	3371	+7,4	3680	+9,1	4556	+23,8	5539	+21,5	7112	+28,3	27394	4565
>1 ano	434	344	-21,1	258	-25	256	-0,7	314	+22,6	318	+0,9	1924	321

Fonte: DataSUS

De acordo com os dados expostos na tabela 1, as internações por SC no Brasil apresentaram uma tendência ascendente, com uma média de internações por ano de 4886 casos e média de crescimento de 20,44%. Esse comportamento no número de hospitalizações por tal agravo evidencia a gravidade da situação da SC no país e aponta falhas nos serviços de saúde, principalmente na atenção básica, uma vez que este problema pode ser controlado através da assistência pré natal de qualidade com o diagnóstico precoce e tratamento adequado da sífilis durante a gestação.

Araújo et al. (2006) retratam essa falha na assistência pré natal em estudo realizado no Pará, onde foi constatado que somente 55,6% das gestantes que realizaram o pré natal fizeram o VDRL, apenas 13,9% repetiram o teste no 3º trimestre e, entre as portadoras de sífilis, 53,8% receberam tratamento adequado durante o pré-natal, já Galatoire (2012) em seu estudo realizado nos estados brasileiros demonstra que o número de parceiros de gestantes infectadas com sífilis não tratados foi predominante (57,41%).

Esses estudos confirmam a existência de muitos tratamentos inadequados dos casos diagnosticados, ausência de tratamento dos parceiros, falhas no aconselhamento e no seguimento do protocolo assistencial recomendado, limitando as possibilidades de redução

dessas hospitalizações e gerando maiores custos financeiros para os cofres públicos em virtude do tratamento realizado.

Costa (2012) revela em seu estudo que a principal dificuldade percebida pelos enfermeiros para o desenvolvimento de ações eficazes no controle da SC é a demora dos resultados dos exames de VDRL. O resultado desse exame é essencial para a execução da conduta inicial preconizada nos protocolos, sendo assim sua demora impede a realização de uma assistência de qualidade, contribuindo diretamente para o não controle da SC.

Percebe-se ainda a existência de obstáculos que impedem a realização plena dos programas e políticas públicas de saúde, sendo necessário um maior compromisso de gestores e profissionais de saúde, visto que a erradicação da SC ainda está distante de ser alcançada, comprovada pela persistência de altos índices da infecção.

Destaca-se que as internações foram mais predominantes no sexo feminino com uma média de 2605 internações/ano. Contudo, não há relatos na literatura científica que mostrem relações existentes entre o gênero e as taxas de incidência de SC. A relevância desse dado é percebida quando se observa que, se essas crianças não fossem diagnosticadas e tratadas, poderiam chegar a sua idade fértil e transmitir a doença para o feto em caso de gravidez, o que revela a necessidade de uma maior atenção para esses casos.

No tocante à variável raça/cor, a mais predominante foi a raça não branca, com uma média de 1548 internações/ano, sendo que, das raças que compõem essa categoria, a parda foi a mais predominante. Por senso comum, entende-se que, nessa raça/cor, as condições socioeconômicas, frequentemente, são precárias favorecendo um baixo acesso aos serviços, seja preventivo ou curativo. Esse dado corrobora com o estudo de Lima et al. (2013) que aponta a cor parda ou negra da mãe, associado a baixa escolaridade materna, como fatores de risco para a sífilis congênita, indo ao encontro do estudo de Araújo et al. (2011) que evidencia uma maior incidência de sífilis gestacional e SC em grupos raciais tradicionalmente mais desfavorecidos socioeconomicamente.

Tais achados refletem as desigualdades sociais em saúde e mostram sua relevância na determinação de um desfecho grave e potencialmente previsível como a SC. Destaca-se também o fato de existir, no tocante à raça, uma média de 2521 internações sem identificação, o que denota a fragilidade da notificação, gerada pela pouca importância que alguns profissionais dão ao registro dos dados em sua completude, fato importante de se observar, pois se as raças fossem todas devidamente registradas causaria um impacto mais expressivo e fidedigno no perfil das internações.

Farias et al. (2014) destacam que a caracterização factível e confiável do que se pretende demonstrar perpassa pelo preenchimento fidedigno e responsável dos campos de investigação. Laguardia et al. (2004) referem que a maioria dos profissionais de saúde julgam o preenchimento do instrumento de coleta de dados uma atividade meramente burocrática e de importância secundária, gerando deficiências na abrangência e qualidade dos dados.

Quanto à faixa etária, o fato das hospitalizações ocorrerem de forma mais frequente nas crianças menores de 1 ano, com uma média de 4565 internações/ano, evidencia a manifestação precoce da doença e conseqüentemente a intervenção sobre a mesma.

Um estudo realizado no Distrito Federal, entre 2009 e 2010, revelou divergência com as recomendações do MS para o seguimento do RN com SC, em que, entre os 50 RN estudados, apenas 48% realizaram estudo radiográfico e 42%, a punção liquórica. Os exames mais realizados foram o hemograma (98%) e o VDRL de sangue periférico (92%). Constatou-se também que 36% dos RN não receberam qualquer tipo de tratamento, todos com VDRL de sangue periférico não reagente, sendo que o MS recomenda profilaxia com penicilina G benzatina em dose única inclusive para os casos nascidos de mães adequadamente tratadas, sem sinais de infecção congênita e VDRL não reagente (MAGALHÃES et al., 2013; BRASIL, 2007b).

É oportuno destacar que o manejo inadequado do neonato pode ocasionar reinternações e/ou o prolongamento das internações, acarretando danos individuais, familiares e custos adicionais ao sistema de saúde, que poderiam ser revertidos na melhoria da atenção à gestante, com o objetivo de reduzir os casos de SC, visto que o tratamento da gestante infectada pelo *Treponema pallidum* requer medidas mais simples e rápidas do que aquele preconizado para o RN, que necessita de atenção de maior complexidade para a realização adequada da conduta inicial (SÃO PAULO, 2010).

Tabela 2–Distribuição das internações por sífilis congênita por regiões durante o período de 2008 a 2013.

VARIÁVEIS	REGIÃO NORTE											Total	Média Total
	ANO	2008	2009	≠ % 2008 /09	2010	≠ % 2009 /10	2011	≠ % 2010 /11	2012	≠ % 2011 /12	2013		
Total	541	521	-3,6	634	+21,6	650	+2,5	677	+4,2	803	+18,6	3826	638
Sexo feminino	327	301	-7,9	371	+23,2	331	-10,7	371	+12	430	+15,9	2131	355
masculino	214	220	+2,8	263	+19,5	319	+21,2	306	-4	373	+21,8	1695	282,5

Continuação da tabela 2

VARIÁVEIS ANO	2008	2009	≠ % 2008/ 09	2010	≠ % 2009/ 10	2011	≠ % 2010/ 11	2012	≠ % 2011/ 12	2013	≠ % 2012/ 13	Total	Média
	Raça/cor Branca	13	11	-15,3	9	-18,1	7	-22,2	12	+71,4	17	+41,6	69
não branca	184	179	-2,7	276	+54,1	328	+18,8	248	-24,3	386	+55,6	1601	267
Sem informação	344	331	-3,7	349	+5,4	315	-9,7	417	+32,3	400	-4	2156	359
Faixa etária <1 ano	532	497	-6,5	617	+24,1	636	+3	664	+4,4	785	18,22	3731	622
>1 ano	9	24	+166,6	17	-29,1	14	-17,6	13	-7,14	18	+38,4	95	16
REGIÃO NORDESTE													
Total	1423	1463	+2,8	1543	+5,4	1888	+22,3	2237	+18,4	2825	+26,2	11379	1896,5
Sexo feminino	807	804	-0,2	870	+8,2	1027	+18	1182	+15	1474	+24,7	6163	1027
masculino	616	659	+6,9	673	+2,1	861	+27,9	1055	+22,5	1351	+28	5215	869
Raça/cor Branca	109	111	+1,8	116	+4,5	144	+24,1	141	-2	187	+32,6	808	134,5
não branca	540	524	-2,9	550	+4,9	672	+22,1	755	+12,3	1109	+46,8	4150	691,5
Sem informação	774	828	+6,9	877	+5,9	1072	+22,2	1341	+25	1529	+14	6421	1070
Faixa etária <1 ano	1280	1314	+2,6	1427	+8,5	1728	+21	2013	+16,4	2623	+30,3	10385	1731
>1 ano	143	149	+4,1	116	-22,1	160	+37,9	224	+40	202	-9,8	994	165,5
REGIÃO SUDESTE													
Total	1165	1275	+9,4	1342	+5,2	1726	+28,6	2277	+31,9	2852	+25,2	10637	1773
Sexo feminino	603	689	+14,2	719	+4,3	919	+27,8	1236	+34,4	1499	+21,2	5665	944
masculino	562	586	+4,2	623	+6,3	807	+29,5	1041	+28,9	1353	+29,9	4972	828,5
Raça/cor branca	398	324	-18,5	257	-20,6	311	+21	440	+41,4	479	+8,8	2209	368
não branca	256	358	+39,8	385	+7,5	432	+12,2	624	+44,4	884	+41,6	2939	490
Sem informação	511	593	+16	700	+18	983	+40,4	1213	+23,3	1489	+22,7	5489	915
Faixa etária <1 ano	1031	1202	+16,5	1280	+6,4	1684	+31,5	2219	+31,7	2782	+25,3	10198	1699,5
>1 ano	134	73	-45,5	62	-15	42	-32,2	58	+38	70	+20	439	73
REGIÃO SUL													
Total	291	300	+3	279	-7	383	+37,2	521	+36	715	+37,2	2489	415
Sexo feminino	136	138	+1,4	135	-2,1	181	+34	240	+32,5	341	+42	1171	195
masculino	155	162	+4,5	144	-11,1	202	+40,2	281	+39,1	374	+33	1318	219,5
Raça/cor Branca	222	199	-10,3	201	+1	271	+34,8	343	+26,5	425	+23,9	1661	277
não branca	39	58	+48,7	46	-20,6	54	+17,3	63	+16,6	96	+52,3	356	59
Sem informação	30	43	+43,3	32	-25,5	58	+81,2	115	+98,2	194	+68,6	472	78,5
Faixa etária <1 ano	189	227	+20,1	232	+2,2	361	+55,6	505	+39,8	697	+38	1514	252,5
>1 ano	102	73	-28,4	47	-35,6	22	-53,1	16	-27,2	18	+12,5	278	46
REGIÃO CENTRO OESTE													
Total	150	156	+4	140	-10,2	165	+17,8	141	-14,5	235	+66,6	987	164,5
Sexo feminino	78	81	+3,8	69	-14,8	88	+27,5	67	-23,8	118	+76,1	501	83,5
masculino	72	75	+4,1	71	-5,3	77	+8,4	74	-3,8	117	+58,1	486	81
Raça/cor Branca	24	34	+41,6	29	-14,7	21	-27,5	13	-38	34	+161,5	155	26
não branca	21	29	+38	28	-3,4	39	+39,2	47	+20,5	79	+68	243	40,5
Sem informação	105	93	-11,4	83	-10,7	105	+26,5	81	-22,8	122	+50,6	589	98

Continuação da tabela 2

VARIÁVEIS												Total	Média
	ANO	2008	2009	≠ % 2008/ 09	2010	≠ % 2009/ 10	2011	≠ % 2010/ 11	2012	≠ % 2011/ 12	2013		
Faixa etária <1 ano	104	131	+25,9	124	-5,3	147	+18,5	138	-6,1	225	+63	869	145
Faixa etária >1 ano	46	25	-45	16	-36	18	+12,5	3	-83,3	9	+200	117	19,5

Fonte:DataSUS

A tabela 2 apresenta o perfil do comportamento das internações hospitalares por SC em cada região brasileira. Pode-se perceber que a maioria das regiões manteve um comportamento ascendente no número de internações, com exceção da Região Centro-Oeste, que apresentou um comportamento oscilante. Em todas as regiões brasileiras, houve a predominância de internações por SC em crianças < de 1 ano de idade. O sexo feminino e a raça/cor não branca prevaleceu nas regiões Norte, Nordeste, Sudeste e Centro-Oeste, enquanto o sexo masculino e raça/cor branca prevaleceu na Região Sul.

No período de 2008 a 2013, no Brasil, ocorreram 29317 internações por SC, com maior número registrado na região Nordeste (11379) e o menor na Centro-Oeste (987). Essa realidade pode se dar conforme o padrão socioeconômico e a operacionalização da rede de saúde de cada região. Saraceni; Miranda (2012) mostram em seu estudo que a Região Nordeste apresenta a maior cobertura populacional por ESF entre todas as regiões brasileiras.

Com essa realidade, esperava-se que essa região tivesse uma resposta mais efetiva no que diz respeito à prevenção de condições sensíveis à atenção básica, porém com as elevadas taxas de hospitalizações nessa região, pode-se inferir que elas estão relacionadas à realização inadequada dos componentes mais básicos preconizados pelo PHPN, pois um atendimento pré-natal parcialmente implantado na atenção básica, em que nem todas as atividades preconizadas em protocolos estão sendo aplicadas, pode contribuir negativamente para a erradicação da SC. Dias-da-Costa et al. (2013) retratam a inadequação do pré natal em seu estudo realizado em áreas pobres no Nordeste do Brasil, no qual aponta a prevalência de pré natal inadequado de uma em cada cinco gestantes, o que se avalia como elevada.

O elevado número de internações por SC na Região Nordeste também pode ser o reflexo das precárias condições socioeconômicas presentes na população, que dificultam o acesso ao sistema de saúde e à informação. Portanto, além da melhoria da cobertura e qualidade da assistência pré natal, também é necessário reduzir as desigualdades sociais em saúde para alcançar o controle da sífilis congênita no Brasil.

A Região Centro Oeste apresentou em todo o período as menores taxas de internações, contudo, pode-se inferir que o fato de ser a região menos populosa do Brasil justifica a

discrepância dos resultados. Apesar do seu comportamento oscilante, ainda apresenta uma média de crescimento de 12,74, representando a redução da transmissão vertical da sífilis como um grande desafio também nessa região.

A alta ocorrência de SC não é um problema presente apenas nas regiões brasileiras, mas configura-se atualmente como um problema de saúde pública mundial. Nos Estados Unidos, após 14 anos de registros de quedas na incidência da doença, houve um aumento de 8,2 casos/100.000 nascidos vivos em 2005 para 10,1 casos/100.000 nascidos vivos em 2008, o que demonstra o recrudescimento da doença (CDC, 2010).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A SC é uma condição sensível à atenção básica, que desponta como um problema de saúde no Brasil e no mundo, mas que uma adequada assistência pré-natal poderia combater sua ocorrência e assim diminuir o número de suas internações. A ocorrência de suas internações, cujo comportamento só tem se apresentado crescente, reflete a baixa qualidade da atenção materna e infantil e indica sérios problemas de acesso aos serviços de saúde, principalmente na atenção básica, ou de seu desempenho. Além disso, evidencia o insucesso das políticas públicas de saúde voltadas para a eliminação dessa doença.

A realização desse estudo propiciou o alcance de todos os objetivos propostos. Sendo assim, observou-se que o número de internações apresentou um comportamento ascendente, tanto no Brasil como nas regiões isoladamente. Nesse país, o maior número de internações deu-se no sexo feminino, em menores de 1 ano e na raça não branca. Mas esse comportamento, no tocante à raça e sexo, não foi prevalente na Região Sul, que destacou maior número na raça branca e no sexo masculino.

O elevado número de internações por SC na Região Nordeste também é o reflexo das precárias condições socioeconômicas presentes na população, que dificultam o acesso ao sistema de saúde e à informação. Portanto, além da melhoria da cobertura e qualidade da assistência pré-natal, também é necessário reduzir as desigualdades sociais em saúde para alcançar o controle da SC no Brasil. Destaca-se ainda o elevado registro de raça/cor sem informação, o que ocasiona o comprometimento da qualidade de dados e revela que muitos profissionais desconsideraram a importância da geração de dados com completitude.

Vale salientar algumas limitações do estudo relacionadas ao banco de dados SIH/SUS: o sistema não é universal, pois representa apenas as internações realizadas na rede pública de serviços, ou seja, as internações em hospitais privados não estão incluídas e também não identifica reinternações, dando margens a duplas contagens de um mesmo paciente.

Diante do exposto, é necessária a articulação conjunta de gestores e profissionais de saúde, que precisam estar cientes da magnitude do problema, para a operacionalização efetiva dos protocolos preconizados nos programas e políticas públicas. Para a melhoria dessa realidade, os profissionais de saúde devem, primeiramente, estar preparados através de atualização periódica e capacitação para evitar condutas errôneas na assistência pré natal e conhecer toda a dinâmica que envolve a SC.

A educação em saúde é uma estratégia que pode ser amplamente utilizada pela equipe da ESF para abordar as formas de prevenção das ISTs, incentivar a adoção de práticas sexuais

seguras, as consequências da sífilis em mulheres em idade reprodutiva e importância do início precoce do pré natal.

REFERÊNCIAS

ACUÑA, D. L.; ROMERO, A. Perspectivas de la investigacion epidemiologica en el control y vigilancia de las enfermedades. **Salud pública Mex**, Mexico, v.26, n.2, p.281-296, mayo/jun. 1984. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=504&indexSearch=ID>>. Acesso em: 2 ago. 2014.

ALFRADIQUE, M. E. et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.6, jun. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000600016>. Acesso em: 30 maio 2014.

AMARAL, E. Sífilis na gravidez e óbito fetal: de volta para o futuro. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v.34, n.2, fev. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032012000200002>. Acesso em: 10 set. 2014.

ARAÚJO, C. L. et al. Incidência da sífilis congênita no Brasil e sua relação com a Estratégia de Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**, Brasília, v.46, n.3, p.497-86, jun./nov. 2011. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v46n3/3477.pdf>>. Acesso em: 5 ago. 2014.

ARAÚJO, C. L. **Análise da situação de sífilis congênita e da sua relação com a cobertura da Estratégia de Saúde da Família no Brasil (2001 a 2008)**. 2010. 113f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde). Universidade de Brasília, Brasília, 2010.

ARAÚJO, E. C. et al. Importância do pré-natal na prevenção da sífilis congênita. **Rev. Paraense de Medicina**, Pará, v.20, n.1, jan./mar. 2006. Disponível em: <<http://dms.ufpel.edu.br/ares/bitstream/handle/123456789/218/19%20%202006%20pre%20natal%20preven%C3%A7%C3%A3o%20sifilis.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 5 ago. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS [Internet]. Informações de Saúde. Epidemiológicas e Morbidade. **Morbidade Hospitalar do SUS**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/niuf.def>>. Acesso em: 2 maio 2014.

_____. Portaria nº 77, de 12 de Janeiro de 2012. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 13 jan. 2012. Seção 1. p.43

_____. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 27 jun. 2011a. Seção 1. p.109.

_____. Portaria nº 3.242, de 30 de dezembro de 2011. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez. 2011b. Seção 1. p.50.

_____. Portaria nº 3.161, de 27 de Dezembro de 2011. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 28 dez. 2011c. Seção 1. p.54.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Sífilis: estratégias para diagnóstico no Brasil**. Brasília, 2010, 100p.

_____. Portaria nº 221, de 17 de abril de 2008. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 18 abr. 2008. Seção 1. p.70.

_____. Ministério da Saúde. **Sífilis na gravidez: trate com carinho**. Brasília, 2007a, 26p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Plano Operacional para redução da transmissão vertical do HIV e da sífilis**. Brasília, 2007b, 24p.

_____. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 fev. 2006a. Seção 1. p.43.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. **Diretrizes para controle da sífilis congênita: manual de bolso**. Brasília, 2006b, 72p.

_____. Portaria nº 33, de 14 de julho de 2005. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 15 jul. 2005. Seção 1. p.111.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Princípios e diretrizes**. Brasília, 2004, 82p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Programa Nacional de DST e Aids. **Projeto Nascer**. Brasília, 2003, 80p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa Humanização do Parto: Humanização no pré-natal e nascimento**. Brasília, 2002, 20p.

_____. 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.

_____. Portaria nº 542 de 22 de dezembro de 1986. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 24 dez. 1986. Seção 1. p.19827.

CAMARGO, F. A. **A importância das internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial como indicador do acesso e qualidade da atenção primária**. 2010. 39f. Trabalho de conclusão de curso (Especialização). Universidade Federal de Minas Gerais, Governador Valadares, 2010.

CENTERS FOR DISEASES CONTROL AND PREVENTION (US). Congenital Syphilis – United States, 2003 – 2008. **Morb. Mortal. Wkly Rep.**, v.59, n.14, p.413-17, 2010. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20395934>>. Acesso em: 2 ago. 2014.

COSTA, C. C. et al. Sífilis congênita no Ceará: análise epidemiológica de uma década. **Rev. da Esc. de Enf. da USP**, São Paulo, v.47, n.1, fev. 2013. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342013000100019&script=sci_arttext>. Acesso em: 23 maio 2014.

COSTA, C. C. **Conhecimento, atitude e prática dos enfermeiros acerca do controle da sífilis na gestação**. 2012. 101f. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2012.

DIAS-DA-COSTA, J. S. et al. Inadequação do pré-natal em áreas pobres no Nordeste do Brasil: prevalência e alguns fatores associados. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife, v.13, n.2, abr./jun. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-38292013000200003&script=sci_arttext>. Acesso em: 01 ago. 2014.

FARIAS, M. C. A. D. et al. Between the capture and dissemination of data: the importance of the dnv and its adequate completion. **Journal of Human Growth and Development**, v.24, n.2, p.150-56, dec. 2014. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/jhgd/article/view/81016>>. Acesso em: 14 jul. 2014.

FERREIRA, C. et al. O desafio da redução da transmissão vertical do HIV e da sífilis no Brasil. **DST – J bras Doenças Sex Transm**, Brasília, v.19, n.3-4, p.184-86, fev. 2008. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/page/2010/44612/18_reducao_transmissao_sifilis_pdf_23516.pdf>. Acesso em: 30 maio 2014.

GALATOIRE, P. S. A. Incidência de sífilis congênita nos estados do Brasil no período de 2007 a 2009. **Arq. Catarin. Med.**, Santa Catarina, v.41, n.2, p.26-32, 2012. Disponível em: <<http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/924.pdf>>. Acesso em: 1 ago 2014.

GARCIA, F. L. B. **Prevalência de sífilis em adolescentes e jovens do sexo feminino no estado de Goiás**. 2009. 57f. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2009.

GERALDES NETO, B. et al. A sífilis no século XVI- o impacto de uma nova doença. **Arq. Ciênc. Saúde**, v.16, n.3, p.127-9, jul./set. 2009. Disponível em: <http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/vol-16-3/IDJ5.pdf>. Acesso em: 30 maio 2014.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 10.ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GUINSBURG, R.; SANTOS, A. M. N. **Critérios diagnósticos e tratamento da sífilis congênita**. Sociedade Brasileira de Pediatria, São Paulo, 2010. Disponível em: <http://www.sbp.com.br/pdfs/tratamento_sifilis.pdf>. Acesso em: 31 maio. 2014.

KOMKA, M. G.; LAGO, E. G. Congenital syphilis: notification and reality. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v.17, n.4, p.205-211, out./dez. 2007. Disponível em: <<http://www.publicpriorart.org/xml/20/1/1/2345/56629/20.1.1.2345.56629.xml>>. Acesso em: 26 maio 2014.

LAGUARDIA, J. et al. Sistema de Informações de Agravos de Notificação (Sinan): desafios no desenvolvimento de um sistema de informação em saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Rio de Janeiro, v.13, n.3, p.135-147, 2004. Disponível em:

<http://disciplinas.stoa.usp.br/pluginfile.php/7521/mod_resource/content/1/artigoSinan.pdf>. Acesso em: 1 ago. 2014.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 7.ed. São Paulo: Atlas, 2010.

LIMA, M. G. et al. Incidência e fatores de risco para sífilis congênita em Belo Horizonte, Minas Gerais, 2001-2008. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n.2, fev. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000500021&lang=pt>. Acesso em: 22 maio 2014.

MAGALHÃES, D. M. S. et al. A sífilis na gestação e sua influência na morbimortalidade materno-infantil. **Com. Ciências Saúde**, Brasília, v.22, n.1, p.43-54, 2011. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nxtAction=lnk&exprSearch=619071&indexSearch=ID>>. Acesso em: 31 maio 2014.

_____. Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.29, n.6, jun. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2013000008&script=sci_arttext>. Acesso em: 20 maio 2014.

MENEZES, M. L. B. Neurosífilis congênita: ainda um grave problema de saúde pública. **DST – J bras Doenças Sex Transm**, Recife, v.19, n.3-4, p.134-138, dez. 2007. Disponível em: <<http://www.dst.uff.br/revista19-3-2007/4.pdf>>. Acesso em: 6 ago. 2014.

OLIVEIRA, D. R.; FIGUEIREDO, M. S. N. Abordagem conceitual sobre a sífilis na gestação e o tratamento de parceiros sexuais. **Enfermagem em foco**, v.2, n.2, 2011. Disponível em: <<http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/106>> Acesso em: 22 maio 2014.

PRODANOV, C. C.; ERNANI, C. F. **Metodologia do trabalho científico [recurso eletrônico]: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico**. 2.ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

SANTOS, V. C.; ANJOS, K. F. Sífilis: uma realidade prevenível. Sua erradicação, um desafio atual. **Revista Saúde e Pesquisa**, v.2, n.2, p.257-263, maio/ago. 2009. Disponível em: <<http://www.cesumar.br/pesquisa/periodicos/index.php/saudpesq/article/viewArticle/1027>>. Acesso em: 25 maio 2014.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria da Saúde. Coordenadoria de Planejamento em Saúde. Assessoria Técnica em Saúde da Mulher. **Atenção à gestante e à puérpera no SUS – SP: manual técnico do pré natal e puerpério**. São Paulo: SES/SP, 2010, 234p.

SARACENI, V.; MIRANDA, A. E. Relação entre a cobertura da Estratégia Saúde da Família e o diagnóstico de sífilis na gestação e sífilis congênita. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.28, n.3, mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000300009>. Acesso em: 25 maio 2014.

SONDA, E. C. et al. Sífilis congênita: uma revisão de literatura. **Rev. de epidemiologia e controle de infecção**, Santa Cruz do Sul, v.3, n.1, 2013. Disponível em: <<http://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/view/3022>>. Acesso em: 23 maio 2014.

SOUSA, D. M. N. et al. Sífilis congênita: reflexões sobre um agravo sem controle na saúde mãe e filho. **Rev. de enfermagem UFPE on line**, Recife, v.8, n.1, p.160-5, jan. 2014. Disponível em: <<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/5130/8366>>. Acesso em: 3 ago. 2014.

APÊNDICE

APÊNDICE A - INSTRUMENTO PARA CONSOLIDAÇÃO DE DADOS

VARIÁVEIS ANO	REGIÃO							
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Total	Média Total
Total								
Sexo feminino								
masculino								
Raça/cor branca								
Preta								
Parda								
Amarela								
Indígena								
Sem informação								
Faixa etária <1 ano								
1 a 4								
5 a 9								
10 a 14								
15 a 19								
20 a 29								
30 a 39								
40 a 49								
50 a 59								
60 a 69								
70 a 79								
80 e mais								