

FACULDADE CATÓLICA SALESIANA DO ESPÍRITO SANTO

**FRANCIELE MOURA MACHADO
RENATA MARTINS FANTIN CYRINO**

**PLANEJAMENTO DO ENFERMEIRO NA INSERÇÃO
SOCIAL DE CRIANÇAS PORTADORAS DE SÍFILIS
CONGÊNITA**

**VITÓRIA
2011**

FRANCIELE MOURA MACHADO
RENATA MARTINS FANTIN CYRINO

**PLANEJAMENTO DO ENFERMEIRO NA INSERÇÃO
SOCIAL DE CRIANÇAS PORTADORAS DE SÍFILIS
CONGÊNITA**

Trabalho apresentado à Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo como requisito obrigatório para a obtenção do Título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof^ª. Giovanna Barbosa Fonseca.

**VITÓRIA
2011**

FRANCIELE MOURA MACHADO
RENATA MARTINS FANTIN CYRINO

PLANEJAMENTO DO ENFERMEIRO NA INSERÇÃO SOCIAL DE CRIANÇAS PORTADORAS DE SÍFILIS CONGÊNITA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo, como requisito obrigatório para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovada em 29 de junho de 2011, por:

Prof^a. Giovanna Barbosa Fonseca, FCSES
(Orientadora).

Prof^a. Ilana Soares Martins, FCSES

Prof^a. Claudia Rabelo da Cruz, FCSES

DEDICATÓRIA

A grande conquista foi alcançada. Para chegar até aqui passei por muitas barreiras, decisões, lutas, derrotas e muita tristeza. Mas eu cheguei ao meu primeiro objetivo: formação em curso superior. Este é o primeiro de muitos que irei alcançar e vencer. PAI, MÃE e FILHA, esta vitória é de vocês.

Franciele Moura Machado.

Aos meus pais, Lúcia e Arnaldo, e aos meus irmãos, Paulo, Rose e Rodrigo, por me ensinarem os valores e caminhos para chegar até aqui. Aos meus amores, Daniel e Mateus, por me darem força e por me fazerem sentir vontade de seguir em frente. Vocês são FUNDAMENTAIS para mim! E, principalmente, à Deus por me guiar em tudo o que faço.

Renata Martins Fantin Cyrino.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, gostaríamos de agradecer à Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo, por tornar possível nossa formação.

À nossa mais que especial Professora e Orientadora Giovanna Fonseca, por sempre nos inspirar e incentivar.

Aos excelentes professores do curso, por toda dedicação, apoio e conhecimentos repartidos.

Aos nossos colegas de turma, por compartilharem conosco as alegrias, aflições e experiência adquiridas nessa caminhada. Que toda a dedicação demonstrada durante a formação acadêmica seja amplamente recompensada.

Às nossas famílias, por toda a compreensão, amor e carinho dispensados a nós nesse período e em todos os dias de nossas vidas.

Aos grandes amigos, por tornarem cada momento, ao longo destes anos, inesquecível.

RESUMO

A sífilis é uma doença infectocontagiosa, conhecida desde século XV. Seu agente etiológico é o *Treponema pallidum* e sua transmissão se dá pela via sexual ou vertical durante a gestação, configurando a sífilis congênita. A sífilis congênita é considerada pela Organização Mundial da Saúde como um problema de saúde pública e tornou-se uma doença de notificação compulsória para fins de vigilância epidemiológica por meio da Portaria 542 de 22 de dezembro de 1986. O presente estudo exploratório descritivo, realizado sob a forma de revisão bibliográfica de cunho qualitativo, visa descrever as principais características da doença, bem como propor um planejamento para que a enfermagem possa atuar na inserção social da criança portadora da sífilis congênita. Realizando o presente estudo foi possível concluir que a sífilis congênita ainda está muito presente na população, apesar da meta traçada pelo Ministério da Saúde EM 1992 de erradicar a doença até o ano 2000. Os agravos causados pela sífilis congênita fazem com que as crianças que a portam necessitem de uma atenção integral, voltada não apenas para os aspectos físicos, mas também para o psíquico e o social sendo, portanto, necessária uma atenção holística e multidisciplinar.

Palavras-chave: Sífilis. Sífilis congênita. Inserção social. Planejamento do enfermeiro. Crianças.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Casos confirmados de Sífilis Congênita no Brasil nos anos de 2007 a 2009.	19
Tabela 2 - Casos confirmados de Sífilis Congênita no estado do Espírito Santo nos anos de 2007 a 2009.	19
Tabela 3 - Nascidos Vivos no Espírito Santo e no Brasil nos anos de 2007 a 2009	19

LISTA DE SIGLAS

DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis

FCSES – Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo

OMS – Organização Mundial da Saúde

SAE – Sistematização da Assistência de Enfermagem

SINAN NET – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SINASC – Sistema de Notificação de Nascidos Vivos

SUS – Sistema Único de Saúde

TCC – Trabalho de Conclusão de Curso

UI – Unidade Internacional

VDRL – Venereal Disease Research Laboratory

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	9
2. OBJETIVO GERAL	11
3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	11
4. METODOLOGIA.....	12
5. REFERENCIAL TEÓRICO	14
5.1. SÍFILIS	14
5.2. A VIDA SOCIAL DE UMA CRIANÇA PORTADORA DE SÍFILIS CONGÊNITA	21
5.3. PLANEJAMENTO DE ENFERMAGEM VOLTADO PARA A INSERÇÃO SOCIAL DAS CRIANÇAS PORTADORAS DE SÍFILIS CONGÊNITA.....	23
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	30
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	32
APÊNDICES	41
APÊNDICE A – Proposta de cartão de medicação.....	42
ANEXOS	43
ANEXO A – Cartão da gestante (frente e verso)	44
ANEXO B – Ficha de investigação de sífilis em gestante.....	45
ANEXO C – Ficha de investigação de sífilis congênita (folha 1).....	46
ANEXO D – Ficha de investigação de sífilis congênita (folha 2).....	47

1. INTRODUÇÃO

A sífilis é uma doença infecciosa crônica, que desafia há séculos a humanidade. Tornou-se conhecida na Europa no final do século XV, e sua rápida disseminação por todo o continente transformou-a em uma das principais pragas mundiais. É causada por uma bactéria chamada *Treponema pallidum*, e acomete praticamente todos os órgãos e sistemas. Apesar de o tratamento ser eficaz e de baixo custo, a doença vem se mantendo como problema de saúde pública até os dias atuais. As principais formas de transmissão são a via sexual (sífilis adquirida) e a via vertical (sífilis congênita), quando o *T. pallidum* é transmitido pela placenta da mãe infectada para o feto. Outras formas de transmissão, mais raras e com menor interesse epidemiológico, são por via indireta (objetos contaminados, tatuagem) e por transfusão sanguínea (AVELLEIRA e BOTTINO, 2006).

No caso da sífilis congênita, o diagnóstico depende da combinação dos critérios clínico, sorológico, radiológico e da microscopia direta. Quando as manifestações se iniciam antes do segundo ano de vida, é chamada sífilis congênita precoce e, quando iniciadas após os segundo ano, é chamada de sífilis congênita tardia (AVELLEIRA e BOTTINO, 2006).

Sendo assim, o indivíduo com sífilis é suscetível a problemas físicos, sociais e psicológicos. Seu comportamento afeta o modo como o corpo combate a doença. Simples modificações, como ficar acordado a noite inteira, reduzem a eficácia do sistema imunológico (SANTOS *et al.*, 2009).

Além de ser um agravo cujos meios de prevenção e tratamento são eficazes e relativamente baratos, a sífilis congênita é tida como um indicador de qualidade de atenção pré-natal, pois quando este é realizado corretamente, não há motivos que justifiquem o nascimento de crianças sífilíticas. Neste sentido, o Ministério da Saúde do Brasil estabeleceu uma meta de erradicar a sífilis congênita até o ano 2000, porém esse prazo findou e a meta parece estar

longe de ser alcançada (SILVA e SANTOS, 2004; TAYRA *et al.*, 2007; DANTAS, 2008; SANTOS *et al.*, 2009).

Com o nascimento de cada vez mais crianças portadoras de sífilis congênita, é necessário que o enfermeiro esteja preparado para receber essas crianças no serviço de saúde, atentando o fato de que estas crianças podem apresentar manifestações diversas da doença, que causam impactos físicos, psíquicos e sociais. O enfermeiro tem o objetivo de realizar anamnese, a fim de identificar sinais normais e anormais nos diversos sistemas biológicos do paciente, e realizar os cuidados necessários para o restabelecimento do equilíbrio biopsicossocial (SÃO PAULO, 2010; SANTOS *et al.*, 2009).

Os prejuízos para a vida social da criança sífilítica podem ter duas origens: seja pelas diversas alterações físicas/deficiências causadas pela doença, seja pelo preconceito gerado pela principal forma de transmissão da doença (via sexual). Neste caso, o preconceito é originado por idéias moralistas da sociedade, nas quais a criança sífilítica é estigmatizada, tida como um “fruto apodrecido” que veio de uma relação impura e promíscua. (ROMUALDO e NEVES 2009)

Pensando nisto, torna-se nítida a necessidade de que o enfermeiro trace um plano de ação para introduzir essas crianças na sociedade, buscando atenuar os impactos da doença em seu convívio social. Porém, é importante que o profissional entenda que as ações não podem ser voltadas apenas para o público-alvo, ou seja, as crianças sífilíticas. São necessárias ações educativas para todos os usuários do serviço de saúde, independente do sexo ou faixa etária, com a finalidade de desmistificar a doença e combater o preconceito. (SIMOURA, 2010)

Com uma visão holística voltada para a atenção básica nas questões físicas, psicológicas e sociais não apenas da criança sífilítica e de sua família, mas de toda a população, é possível quebrar as barreiras do preconceito e fazer com que estas crianças sejam aceitas na sociedade, contribuindo para que levem uma vida muito próxima à normalidade. (SILVA e SANTOS, 2004)

2. OBJETIVO GERAL

- Propor um planejamento para que o enfermeiro possa atuar na inserção social da criança portadora de sífilis congênita.

3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Enfocar a importância do tratamento da sífilis materna de forma a minimizar as alterações físicas e sociais do concepto;
- Descrever o papel do enfermeiro na inserção social de crianças portadoras de sífilis congênita.

4. METODOLOGIA

Apresentamos este Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) como requisito obrigatório para a conclusão do curso de graduação e obtenção do título de bacharel em enfermagem. O TCC é um grande instrumento acadêmico para auxiliar o desenvolvimento da capacidade de raciocínio, escrita, argumentação, sistematização e de aplicação dos conhecimentos adquiridos durante o curso (FCSES, 2008).

O presente trabalho trata-se de uma pesquisa exploratória sob a forma de revisão bibliográfica que visa propor um planejamento para que o enfermeiro possa atuar na inserção social da criança portadora de sífilis congênita.

A investigação exploratória é um tipo de pesquisa que é realizado em área na qual há pouco conhecimento acumulado e sistematizado. Sua natureza de sondagem faz com que não comporte hipóteses, embora essas possam surgir durante ou ao final da pesquisa (VERGARA, 1998).

A revisão bibliográfica é uma forma de pesquisa desenvolvida com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos publicados em periódicos. Os livros são fontes bibliográficas por excelência. Já os periódicos são publicações editadas em fascículos, lançados em intervalos regulares ou não. As principais publicações periódicas são os jornais e as revistas, sendo que atualmente, essas últimas são uma das mais importantes fontes bibliográficas em virtude da profundidade e elaboração com as quais os temas são tratados (GIL, 2009).

A pesquisa, propriamente dita, é um procedimento reflexivo sistemático, controlado e crítico, que permite descobrir novos fatos ou dados, em qualquer campo de conhecimento. Trata-se de um procedimento formal, com método de pensamento reflexivo, que requer um tratamento científico e se constitui no caminho para conhecer a realidade ou para descobrir verdades parciais (MARCONI e LAKATOS, 2010).

Para embasar o trabalho foram utilizados como principal fonte de pesquisa livros, artigos científicos disponíveis em bases online de periódicos do Scielo e Bireme, assim como guias e manuais oficiais do Ministério da Saúde do Brasil, compreendendo o período total de 1986 a 2010.

Em função da escassez de artigos que tratam da atuação do enfermeiro na inserção social da criança portadora da sífilis congênita, foi necessário que buscássemos material em outras áreas de conhecimento como, por exemplo, o serviço social, a psicologia e a pedagogia.

Para a composição do trabalho foram efetivamente utilizadas 30 fontes bibliográficas. Outras 51 fontes foram inseridas como sugestão de bibliografia relacionada ao tema.

5. REFERENCIAL TEÓRICO

5.1. SÍFILIS

A sífilis é uma doença infecto contagiosa sistêmica e de evolução crônica, sujeita a surtos de agudez e períodos de latência. Quando não tratada acarreta em vários problemas que podem compreender distúrbios dermatológicos, neurológicos, ósseos e cardiovasculares. O agente etiológico, o *Treponema pallidum*, é uma espiroqueta de transmissão predominantemente sexual, mas existe também a possibilidade da transmissão materno-fetal (vertical), pois o mesmo presente na corrente sanguínea da gestante não tratada (ou tratada inadequadamente) atravessa a barreira placentária e penetra na corrente sanguínea do feto, causando a sífilis congênita (BRASIL, 2005; KRUGMAN *et al.*, 1994).

Para Silva e Santos (2004) sífilis é a mais grave doença sexualmente transmissível depois da AIDS, uma vez que pode acometer um núcleo familiar inteiro (pai, mãe e recém-nascido).

A transmissão vertical do *T. pallidum* pode ocorrer em qualquer fase gestacional ou estágio clínico da doença materna, mas sabe-se que quanto mais recente a infecção materna, maior a espiroquetemia e, conseqüentemente, maior a probabilidade de infecção transplacentária (KRUGMAN *et al.*, 1994).

Outro fator que pode determinar a probabilidade de transmissão vertical do *T. pallidum* é a duração da exposição do feto no útero (BRASIL, 2005).

Os sinais clínicos da sífilis congênita são divididos em manifestações precoces, que aparecem antes do 2º ano de vida, e manifestações tardias, que aparecem após o 2º ano de vida. As manifestações da sífilis congênita precoce incluem prematuridade, baixo peso ao nascer (inferior a 2.500 g), alterações mucocutâneas, hepatoesplenomegalia, linfonodos aumentados, anemia,

alterações ósseas (osteocondrite, periostite, osteomielite e fraturas patológicas), meningite aguda, hidrocefalia progressiva, paralisia de nervos cranianos, lesões vasculares no cérebro, convulsões, comprometimento renal, coriorretinite, glaucoma, uveíte, fotofobia, lacrimejamento excessivo, diminuição da acuidade visual e desnutrição (SÃO PAULO, 2010).

Já a criança que desenvolve a sífilis congênita tardia apresenta como característica fronte olímpica, nariz “em sela”, região maxilar curta com palato em ogiva e protuberância relativa da mandíbula, rágades periorais, alargamento esternoclavicular (sinal de Higoumenaki), tibia em sabre, dentes de Hutchinson (incisivos superiores centrais pequenos, separados e com fenda na porção média), molares em “amora” (primeiros molares pequenos com cúspides múltiplas e mal-formadas). Além disso, pode ocorrer também ceratite intersticial (que podem levar a opacificação da córnea, inclusive evoluindo para cegueira), surdez neurológica, retardo mental, hidrocefalia, convulsões, dificuldades de aprendizado, problemas motores, dentre outras (SÃO PAULO, 2010).

Ao contrário de muitas infecções neonatais, a sífilis congênita é uma doença evitável que pode ser eliminada graças à detecção pré-natal eficaz e tratamento das mulheres grávidas infectadas (MUNDO, 2008).

No entanto, o controle da doença requer uma reflexão e reestruturação da assistência pré-natal, pois casos têm ocorrido em crianças cujas mães receberam assistência pré-natal com o número de consultas preconizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2005; SÃO PAULO, 2005).

Segundo ARAÚJO et al. (1999), um bom pré-natal representa um baixo custo em relação aos gastos com um recém-nascido com sífilis. O diagnóstico e tratamento da sífilis materna durante a gestação evitam ou atenuam a transmissão vertical e, conseqüentemente, as sequelas tardias na criança, além de possibilitar o tratamento do parceiro, evitando a propagação da doença.

A Organização Mundial da Saúde (2008) ressalta que intervenções relativamente simples para cuidados com mães e recém-nascidos possibilitam uma grande redução na ocorrência da sífilis congênita. A prevenção da sífilis congênita exige uma maior conscientização em relação à amplitude e gravidade da sífilis, principalmente entre gestantes e crianças. Essa tomada de consciência deve atingir a todos os níveis dos serviços de saúde, indo desde os gestores até os prestadores de cuidados. Além disso, a comunidade deve ser informada e convencida de que a prevenção e o tratamento podem resultar em benefícios importantes para a saúde de mulheres e crianças.

O Ministério da Saúde (2006) enfatiza que a prevenção da sífilis congênita consiste em duas etapas: antes e durante a gravidez. As orientações gerais para essas duas etapas são a abordagem educativa da população e o incentivo à prática do sexo protegido.

Para o período compreendido antes da ocorrência de gestação as principais ações para a prevenção da transmissão vertical (no caso de uma possível gestação futura) são: 1) O diagnóstico precoce de sífilis em mulheres em idade reprodutiva e seu(s) parceiro(s); 2) A realização do VDRL em mulheres que manifestem intenção de engravidar nas consultas dentro das ações de saúde sexual e reprodutiva e nas consultas ginecológicas em geral; 3) O tratamento imediato dos casos diagnosticados em mulheres e seus parceiros (BRASIL, 2006).

Durante a vigência da gestação, a prevenção da sífilis congênita compreende principalmente o diagnóstico precoce de sífilis materna durante o pré-natal e o tratamento imediato dos casos diagnosticados em gestantes e seus parceiros (BRASIL, 2006).

O Ministério da Saúde (2006) preconiza que o tratamento padrão da sífilis primária é feito com Penicilina G Benzatina na dosagem de 2.400.000 UI intramuscular, sendo que deve ser aplicada a dosagem de 1.200.000 UI em

cada glúteo. Para a sífilis secundária, são feitas duas séries do tratamento padrão com uma semana de intervalo entre as séries (dose total de 4.800.000 UI). Já o tratamento da sífilis terciária ou indefinida é feito com três séries do tratamento padrão, também com uma semana de intervalo entre as séries (dose total de 7.200.000 UI). É fundamental que, para que o tratamento seja eficaz, o parceiro também seja tratado.

Para as mulheres não gestantes ou não nutrizas com história comprovada de alergia à penicilina, o Ministério da Saúde (2005) traz ainda como alternativas terapêuticas o uso de tetraciclina ou estearato de eritromicina, 500 mg por via oral de 6 em 6 horas durante 15 dias para a sífilis recente ou durante 30 dias para a sífilis tardia. Pode também ser usada a doxiciclina na dose de 100 mg por via oral 12 em 12 horas durante 15 dias para a sífilis recente ou durante 30 dias para a sífilis tardia.

Segundo informações da Organização Mundial da Saúde (2008), apesar dos meios de prevenção e tratamento serem eficazes e relativamente baratos, a sífilis acomete todos os anos cerca de 12 milhões de pessoas. Devido a uma vigilância mal realizada ou inoperante, o cálculo preciso de gestantes infectadas acaba sendo uma tarefa difícil de realizar.

A sífilis congênita se tornou uma doença de notificação compulsória em 22 de Dezembro de 1986, por meio da Portaria nº 542 do Ministério da Saúde. Em 1992 a eliminação da sífilis congênita foi proposta pelo Ministério da Saúde como um problema de saúde pública. No ano seguinte, como consequência do compromisso assumido, foi divulgado o documento “Bases Técnicas para a Eliminação da Sífilis Congênita”, que indica as metas e atividades a serem desenvolvidas pelos três níveis de governo (TAYRA *et al.*, 2007).

Para o controle da doença o Ministério da Saúde adotou, como uma das estratégias, a constituição de maternidades de referência em estados e municípios. Cada maternidade constituiu Grupos de Investigação de Sífilis

Congênita, formados por profissionais treinados no diagnóstico, notificação e tratamento da sífilis congênita (RODRIGUES e GUIMARÃES, 2004).

Silva e Santos (2004) mencionam que a meta do Ministério da Saúde era de erradicar a sífilis congênita até o ano 2000, porém esse prazo findou e a meta parece estar longe de ser alcançada. Dantas (2008) enfatiza que a taxa de casos de sífilis congênita é considerada pelo Ministério da Saúde como indicador de avaliação da atenção básica à saúde, mais precisamente à qualidade da assistência pré-natal disponível a toda a população. Para atingir os objetivos da atenção pré-natal é necessário que os profissionais médico e enfermeiro prenatalistas acolham a gestante com toda a sua particularidade e individualidade, disponham dos conhecimentos indispensáveis para a realização desse acompanhamento. A adoção de condutas adequadas e oportunas fará com que a gestação culmine com a chegada de um recém-nascido saudável e uma mãe isenta de complicações.

Silva e Santos (2004, p. 400) afirmam que,

Certamente, a maneira como são abordados a sífilis e o seu tratamento irá influenciar diretamente na cura da mulher e, conseqüentemente, de toda a sua família. A enfermeira certamente é a profissional de destaque na assistência a essa população, tanto nas consultas de ginecologia e pré-natal quanto no alojamento conjunto. Sem dúvidas, para alcançarmos melhores resultados em relação às mães portadoras de sífilis e seus recém-nascidos com sífilis congênita são necessárias várias mudanças que envolvem a compreensão da mulher e de seu parceiro sobre a importância do seu tratamento, mas também é necessário um novo olhar dos profissionais que atendem na consultas de ginecologia e pré-natal, já que a sífilis na gravidez é um problema de saúde pública.

As tabelas abaixo, obtidas no Sistema de Informação de Agravos e Notificação (Sinan Net) no ano de 2011, mostram os dados mais recentes da sífilis congênita no Brasil e no estado do Espírito Santo, respectivamente:

Tabela 1 – Casos confirmados de Sífilis Congênita no Brasil nos anos de 2007 a 2009.

SÍFILIS CONGÊNITA - Casos confirmados notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net	
Brasil Período: 2007-2009	
Ano Diagnóstico	Casos confirmados
2007	5149
2008	6353
2009	5340
TOTAL	16911

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net (2010).

Tabela 2 - Casos confirmados de Sífilis Congênita no estado do Espírito Santo nos anos de 2007 a 2009.

SÍFILIS CONGÊNITA - Casos confirmados notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net	
Espírito Santo Período:2007-2009	
Ano Diagnóstico	Casos Confirmados
2007	166
2008	152
2009	103
TOTAL	423

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net (2010).

De acordo com as tabelas obtidas com base nos dados do Sinan Net no ano de 2011, nota-se que no período de 2007 a 2009 foram notificados 16.911 casos de Sífilis Congênita no Brasil e 423 no estado do Espírito Santo.

Paralelamente, informações do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) apontam para 8.703.456 nascimentos registrados no Brasil e 1.538.828 no estado do Espírito Santo (Tabela 3, obtida no ano de 2011 no SINASC, com base nos dados alimentados no ano de 2010).

Tabela 3 - Nascidos Vivos no Espírito Santo e no Brasil nos anos de 2007 a 2009

Nascidos Vivos				
Nascimento por Ocorrência				
Região	Nascimento por Ocorrência			TOTAIS
	2007	2008	2009	
Espírito Santo	50870	51674	51284	153828
Brasil	2891328	2934828	2877300	8703456

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informações Sobre Nascidos Vivos - Sinasc (2010).

Portanto, nota-se que, para o mesmo período, a relação entre nascidos vivos e casos notificados de sífilis congênita no Brasil e no Espírito Santo foi, respectivamente, de 0,20%, 0,26%.

Os índices da sífilis congênita em relação ao número de nascidos vivos podem parecer baixos à primeira vista, mas ao considerar que o Ministério da Saúde havia estipulado uma meta de erradicar a doença até o ano 2000, percebe-se que, além do fato de que a meta não foi alcançada, o número de casos de sífilis congênita ainda é muito alto. Os dados são preocupantes, pois cada criança que nasce com sífilis congênita está sujeita enfrentar diversos transtornos que poderão afetá-la nos âmbitos físico, psíquico e social. Sendo a sífilis congênita um reflexo de uma assistência pré-natal deficiente, é um dever do profissional de saúde, em especial do enfermeiro, prestar todo o apoio que essas crianças necessitam.

Para Dantas (2008), o problema pode ser ainda mais grave que o demonstrado nos dados, pois estudos demonstram falhas na notificação da doença no Sinan Net, sugerindo a existência de subnotificação. A ausência de uniformidades no diagnóstico e na conduta dos profissionais que prestam o atendimento à gestante e ao recém nascido, bem como falhas no mecanismo de registro levam a crer que a frequência da doença é bem maior do que a demonstrada pelos números oficiais. Tal fato demonstra a baixa capacidade dos profissionais médico e enfermeiro em relação à vigilância epidemiológica. A falta de estrutura nas unidades básicas de saúde para atendimento, baixos salários, múltiplos empregos e, principalmente, falta de qualificação e de educação continuada dos profissionais poderão estar contribuindo para esta situação.

Segundo Silva e Santos (2004), estudos apontam para o fato de que mães que já perderam outros filhos por sífilis congênita apresentam um maior grau de sentimento de culpa. Eles mencionam que é necessário que os profissionais de saúde que atuam no pré-natal reflitam sobre o motivo da reicidência de casos de sífilis congênita em várias crianças de uma mesma mãe: seria porque não

estão conseguindo mostrar a importância do tratamento da gestante ou porque as mulheres com história de sífilis em outras gestações realmente não acreditam no fato de que possam novamente contaminar seus filhos.

5.2. A VIDA SOCIAL DE UMA CRIANÇA PORTADORA DE SÍFILIS CONGÊNITA

Segundo Romualdo e Neves (2009), no século XIII à criança era atribuído o estigma de adulto reduzido, o que a colocava em um estado de invisibilidade social, não conferindo a infância como um período da vida. Já no século XVII a criança ganhou o status de inocência, fragilidade e dependência. A família, até então ausente, passou a ver a criança como um ser “engraçadinho”, mas que deve ser moralizado antes que o mundo adulto a corrompa. Historicamente pôde ser percebida uma ascensão gradativa da criança como um todo, dentro dos padrões de normalidade estabelecido pelos ideais da sociedade. Há uma tendência de que todos aqueles que possuem uma marca visível e estereotipada como, por exemplo, uma deficiência, seja separada dos ditos “normais”. Separa-se o fruto bom do fruto podre, com medo de proliferar tal apodrecimento.

No ano de 1991 foi criado o Programa de Atenção à Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência por meio de convênio firmado com instituições estaduais e municipais. O programa estabeleceu as diretrizes para a implementação de medidas de prevenção primária e secundária de deficiências e a reabilitação baseada na comunidade, aplicada por familiares e agentes comunitários devidamente capacitados e supervisionados. (FRANÇA e PAGLIUCA, 2009)

O Estado de São Paulo, ao elaborar no ano de 2010 o “Guia de Referências Técnicas e Programáticas para as Ações do Plano de Eliminação da Sífilis Congênita”, definiu a Sífilis Congênita como “uma doença de amplo espectro clínico”. Pode se manifestar por meio de abortamentos (perda gestacional ocorrida antes de 22 semanas de gestação ou com peso menor a 500g),

natimortos (feto morto após 22 semanas de gestação ou com peso igual ou maior a 500g), morte perinatal ou pode manter-se sob forma assintomática em recém-nascidos que poderão apresentar sinais e sintomas em fases posteriores da vida. A manifestação da doença é dividida em precoce (antes do 2º ano de vida) ou tardia (a partir do 2º ano de vida), sendo a sífilis congênita tardia a que acarreta à criança portadora maiores prejuízos à sua saúde bio-psico-social.

Para França e Pagliuca (2009), um indivíduo que é considerado diferente carrega consigo as marcas da alteridade que o distanciam do protótipo social de uma determinada cultura. Essas marcas delimitam, além do seu lugar, o seu espaço territorial, o seu estilo de vida, podendo, inclusive, lhe comprometer a conquista da cidadania.

Guiller, Dupas e Pettengill (2007) afirmam que as anomalias congênitas são de natureza crônica e causam um complexo impacto na saúde do indivíduo, na família e na sociedade. Os problemas médicos psicológicos e econômicos que esta família tende a enfrentar faz com que seja imprescindível que todo programa de saúde inclua estratégias de prevenção voltada para os defeitos congênitos.

Alguns estudos mostram que os pais/famílias de crianças com anomalia congênita experimentam diferentes sentimentos. A princípio há o choque da descoberta de que não foi gerada uma criança saudável e que corresponda ao esperado pela sociedade, seguido do desencadeamento de sentimentos de culpa e tristeza. Ainda sob o choque inicial muitas famílias seguem em busca de informações acerca da doença de sua criança, fato que contribui para a formação de um vínculo com os profissionais de saúde e com outras pessoas que experienciam situações semelhantes. Em alguns casos, é desenvolvido um sentimento de superproteção: os pais passam a esconder sua criança portadora de anomalia, buscando protegê-la dos olhares maldosos e da perversidade da sociedade. Alguns já se conformam com a situação quando

acreditam que ter um filho com deficiência é a vontade de Deus. (GUILLER, DUPAS e PETTENGILL, 2007; ROMUALDO e NEVES, 2009)

Segundo Guiller, Dupas e Pettengill (2007), pais que participam de programas que visam oferecer suporte às famílias durante o processo de adaptação aos filhos apresentam um menor nível de estresse, de ansiedade e de depressão, além de percepções e atitudes mais positivas em relação à doença da criança e sua situação.

Romualdo e Neves (2009) afirmam ainda que não se deve estabelecer limites para as crianças que possuem uma deficiência. O que decide o destino da criança não é o defeito em si, mas suas consequências sociais, sua realização psicossocial. O paradigma da inclusão possibilita que todas as pessoas convivam coletivamente. Em se tratando das crianças, entende-se que, as interações das que possuem deficiência com as não deficientes criam possibilidades diferenciadas nas quais uma ajudaria a outra no seu desenvolvimento.

5.3. PLANEJAMENTO DE ENFERMAGEM VOLTADO PARA A INSERÇÃO SOCIAL DAS CRIANÇAS PORTADORAS DE SÍFILIS CONGÊNITA

Nos anos 50 iniciou-se um enfoque na assistência holística da enfermagem, na qual o cuidado é tido como um processo interpessoal e a assistência é centralizada não apenas na patologia, mas na pessoa e na promoção da sua integridade. O doente passa a ser percebido como uma pessoa com necessidades a serem atendidas pela equipe de enfermagem. Já nos anos 80, os estudos sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) ganharam destaque. O decreto da Lei nº 94406/87, que regulamenta o exercício profissional da enfermagem no país, definiu como atividade privativa do enfermeiro, entre outras, o planejamento do cuidado e a elaboração de prescrição de enfermagem (TANNURE e GOLÇALVES, 2008).

A SAE consiste na implementação de uma política de assistência voltada para a humanização, o bem-estar e a qualidade de vida do usuário, proporcionando resolutividade, equidade e integralidade dos serviços prestados. Com isso a enfermagem acostumou-se a depender de conhecimentos e de conceitos preexistentes que lhe ditassem o que fazer e como fazer, e na maioria das vezes não refletia sobre o porquê e quando por em prática as ações. Mas ao realizar a sistematização da assistência de enfermagem é necessário que haja um marco conceitual que fundamente a organização que o serviço almeja alcançar, tornando este processo coerente com determinadas linhas de pensamentos, de como será utilizada e como os profissionais deverão agir (SILVA, 2007; TANNURE e GOLÇALVES 2008).

A despeito da meta do Ministério da Saúde, que visa erradicar a sífilis congênita, dados coletados no Sinan Net no ano de 2011 mostram que a cada ano nascem cada vez mais crianças com a doença. Esse fato torna necessário que o enfermeiro esteja preparado para receber essas crianças no serviço de saúde, atentando para o fato de que elas podem apresentar manifestações diversas da doença, que causam tanto impactos físicos como psíquicos e sociais.

O profissional de saúde deve fazer com que suas pacientes entendam que a sífilis não deve ser uma preocupação apenas quando a mulher está grávida. O ideal é que a prevenção e o rastreamento dos casos de sífilis (além de outras DST's) se tornem uma rotina durante as consultas ginecológicas, ainda que não haja uma gestação vigente. A rotina de realização do VDRL nas consultas ginecológicas visa o tratamento precoce da mulher e do parceiro evitando que a sífilis e as demais DST's se instalem e causem problemas para o feto, caso a mulher venha a engravidar (BRASIL, 2006).

Dentre os problemas relacionados à sífilis congênita e ao atendimento pré-natal, destacam-se anamnese inadequada, sorologia para a sífilis não realizada nos períodos preconizados (primeiro e terceiro semestre), interpretação inadequada da sorologia para a sífilis, falha no reconhecimento dos sinais de

sífilis maternos, falta de tratamento do parceiro sexual e falha na comunicação entre a equipe obstétrica e pediátrica, dentre outros. Vale frisar que a sífilis congênita é um exemplo de doença que pode ser detectada e tratada durante o cuidado pré-natal, sendo a triagem para a presença da infecção materna altamente efetiva, mesmo em locais de baixa prevalência de sífilis na população (GUINSBURG e SANTOS, 2010).

A sífilis congênita pode prejudicar a vida social da criança que a porta, seja pelas diversas alterações físicas/deficiências causadas pela doença, seja pelo preconceito gerado pela principal forma de transmissão da doença (via sexual), preconceito este originado por ideias moralistas da sociedade, nas quais a criança sífilítica é estigmatizada, tida como um “fruto apodrecido”, vindo de uma relação impura e promíscua. Nesse sentido, torna-se nítida a necessidade de que o enfermeiro sistematize sua assistência para atenuar os impactos da doença em seu convívio social, buscando inserir essas crianças na sociedade (ROMUALDO e NEVES 2009).

Porém, antes de pensar na inserção social da criança portadora da sífilis congênita é necessário que o enfermeiro trabalhe para que não haja a necessidade desse tipo de atenção. Ou seja, é necessário trabalhar na prevenção da sífilis materna, o que, conseqüentemente, evitará a sífilis congênita e todas as suas complicações. Nesse sentido, o plano de ação do enfermeiro deve envolver três fases: antes da gestação, durante a gestação e após o nascimento da criança (ARAÚJO, 2004)

Atividades educativas devem priorizar os fatores de risco, as mudanças de comportamento sexual e a promoção e adoção de medidas preventivas com ênfase na utilização adequada de preservativo. (SIMOURA, 2010). Quando bem planejadas e executadas com empenho, essas ações trazem bom resultado. Entretanto, é necessário que o profissional seja cauteloso, evitando generalizações perigosas que podem levar ao desenvolvimento de estereótipos, preconceitos e discriminações acerca das maneiras pelas quais as pessoas encaminham a sua vida sexual. Um atendimento acolhedor

contribui para facilitar, compreender e estabelecer um vínculo de confiança entre as usuárias do serviço de saúde e os profissionais. (SILVA e SANTOS, 2004)

Simoura (2010, p. 14) afirma que:

Para ser um eficiente educador, o enfermeiro deve fazer mais do que simplesmente passar adiante os fatos, ele deve determinar cuidadosamente o que os clientes precisam saber e julgar a hora em que estiverem prontos para aprender.

A promoção e distribuição de preservativos são essenciais e a participação dos enfermeiros e da equipe de enfermagem é excepcionalmente importante nesse contexto, visto que, como educadores, devemos atuar com ênfase no aconselhamento, na detecção de situações de risco e na educação para a saúde, evitando desta forma, a transmissão e evolução dos casos de sífilis/sífilis congênita (SIMOURA, 2010).

O esclarecimento quanto à culpabilização da doença, na qual a soropositividade não é apenas responsabilidade do homem, mas do casal, permite uma abordagem humanística para as intervenções de enfermagem. Nesta abordagem o cuidado é realizado tanto de fora para dentro (tratamento), quanto de dentro para fora (mulher e sua família falando como sujeitos do cuidado) (SILVA e SANTOS, 2004).

Já durante a gestação, a sífilis materna tem duas vertentes: 1) a mulher saudável que engravida e, depois, contrai a sífilis e 2) a mulher sífilítica que engravida. Quanto mais recente a infecção, piores são as consequências para o feto. Ambos os casos representam falhas na assistência de enfermagem. O primeiro aponta para falhas nas ações de educação voltada para a prevenção. Já o segundo, mais complexo, aponta para falha nas ações de educação, de rastreamento pré-gestacional e na adesão ao tratamento (este último condicionado à existência de um diagnóstico precoce).

Os profissionais de saúde devem se esforçar para fazer com que as gestantes compreendam a importância do pré-natal no sentido de minimizar os riscos de várias patologias que podem ser prevenidas ou tratadas nos primeiros meses de gestação, evitando assim complicações de maiores proporções como a sífilis congênita. (SANTOS *et al.*, 2009).

Durante o pré-natal, o VDRL deve ser realizado na primeira consulta e no terceiro trimestre. Se detectada a sífilis, é necessário iniciar o tratamento da mulher e do parceiro imediatamente, conforme protocolo adotado pelo Ministério da Saúde. (BRASIL, 2006).

Simoura (2010) ressalta a importância de atividades de aconselhamento das mulheres e de seus parceiros durante a sala de espera e/ou consulta pré-natal, no sentido de sensibilizá-los para que percebam a necessidade de maior cuidado, protegendo a si e suas parceiras.

Em apêndice (APÊNDICE A) encontra-se um cartão formulado pelas autoras do presente trabalho como proposta para controle de administração da medicação para o tratamento da sífilis. O cartão é composto por campos específicos para que o profissional de saúde registre a administração de cada dose da medicação, tanto na a mulher quanto em seu parceiro. Este instrumento foi formulado com a intenção de auxiliar os profissionais de saúde a avaliar se o tratamento da sífilis, principalmente quanto a paciente é gestante, está sendo realizado corretamente, contribuindo para elevar a qualidade da assistência pré-natal.

Rocha, Nascimento e Lima (2002) afirmam ainda que conhecer a estrutura da família, sua composição, funções, papéis e como os membros se organizam e interagem entre si e com o ambiente é vital para o planejamento do cuidado. A abordagem da enfermagem da família não desconsidera toda a sistematização já construída para a implantação do cuidado. Portanto, ela deve ser incorporada ao processo de enfermagem.

Para as gestantes cuja sífilis foi detectada, é necessário que haja orientação quanto aos cuidados para o sexo seguro, com o uso de preservativo, durante e após tratamento, para evitar reinfecção. Além disto, deve-se realizar o seguimento laboratorial mensal das gestantes tratadas por meio de testes sorológicos não treponêmicos quantitativos durante a gestação. As gestantes devem ser novamente tratadas se não houver resposta clínica ou se houver aumento de titulação de pelo menos duas diluições em relação ao último exame de VDRL (por exemplo: de 1:2 para 1:8) (ARAÚJO *et al.*, 2009).

É imprescindível que todos os resultados de exames e os dados do tratamento da mulher e de seu parceiro sejam registrados no cartão da gestante. Além disso, ela deve ser orientada a ter o cartão consigo no momento do parto, para subsidiar as ações da equipe que a assistirá na ocasião (ARAÚJO *et al.*, 2009).

O nascimento da criança compreende a última fase do planejamento voltado para a sífilis congênita. Nesta etapa, o histórico de enfermagem fornece informações sobre a situação de saúde dos membros da família e o suporte emocional que pode ser esperado e oferecido à criança. Esse levantamento deve ser feito cuidadosa e sistematicamente, ao longo de vários atendimentos. É essencial compreender o que a doença na infância significa para a família. Para tanto, deve-se considerar a estrutura e as funções de cada família específica. Ampliar essa etapa através de contatos com pessoas ou instituições voluntárias que dão apoio à família pode ser útil, pois, às vezes, a família tem mais facilidade em compartilhar seus dilemas em redes de apoio (ROCHA, NASCIMENTO e LIMA, 2002).

Durante os primeiros cuidados ao recém-nascido deve ser avaliada a existência de manifestações clínicas precoces da doença. Se presentes, podem ser adotados cuidados paliativos visando minimizar o sofrimento da criança. É de extrema importância cuidar para que não haja disseminação da infecção, uma vez que essa criança pode apresentar lesões ricas em treponemas (SANTOS e ANJOS, 2009).

A reabilitação e reintegração das pessoas com deficiência é um processo interdisciplinar que requer abordagem holística. A equipe multidisciplinar deve ser composta por profissionais capacitados que seja prestada uma assistência de acordo com a especificidade da doença. Nesse contexto, a atuação do enfermeiro visa ajudá-las a assumir as atividades de autocuidado como por exemplo o cuidado corporal, com o vestuário e a aparência pessoal, com a alimentação, eliminação e com o desempenho de atividades do lar (FRANÇA E PAGLIUCA, 2009).

Todavia, o fato da criança não apresentar nenhuma manifestação precoce não significa que ela está isenta de complicações no futuro, pois manifestações tardias da sífilis congênita podem se apresentar a partir do 2º ano de vida. Nesse caso, deve-se considerar uma possível inscrição dos familiares em programas de atenção à família de crianças portadoras de deficiência. Dependendo da quantidade de casos na comunidade, é importante avaliar a possibilidade de organizar na própria Unidade de Saúde a realização de grupos de familiares de crianças portadoras de sífilis congênita, para aconselhamento e troca de experiências. De acordo com a deficiência apresentada, é necessário que a equipe interdisciplinar trabalhe na reabilitação da criança (SÃO PAULO, 2010).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio da realização deste trabalho foi possível notarmos a escassez de materiais de pesquisa voltados para os prejuízos sociais causados pela sífilis congênita, tanto para as crianças que a portam quanto para as suas famílias, principalmente no que diz respeito à assistência de enfermagem na inclusão social destas crianças. Para contornar essa situação e atender aos objetivos do trabalho, pesquisamos artigos em outras áreas de conhecimento, a saber: serviço social, psicologia e pedagogia.

A respeito da sífilis congênita percebemos que, para alcançar a sua erradicação, é necessário que as gestantes recebam uma assistência pré-natal de qualidade, atendendo ao que é preconizado pelo Ministério da Saúde. É necessário que a assistência tenha foco na prevenção de doenças, principalmente as transmitidas por via sexual como a sífilis, e na promoção da saúde.

A diminuição dos casos de crianças infectadas só será possível com maior competência e envolvimento por parte dos órgãos gestores e das equipes de saúde responsáveis pela assistência materno-infantil (ARAÚJO, 2008)

Com determinação e respeito, tanto às características individuais quanto às coletivas do ser humano, será possível erradicar a sífilis congênita. Para isso será necessário esforço e organização, buscando incorporar os pilares necessários para esse fim (SILVA e SANTOS, 2004).

Notamos que, para trabalhar as necessidades da criança sífilítica e de seus familiares, é necessário que o enfermeiro baseie sua assistência na Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), uma vez que são indivíduos que necessitam de um conjunto de ações a fim de garantir sua saúde bio-psico-social.

Dantas (2008) afirma que o enfermeiro deve compreender as peculiaridades de cada gestante, com seus medos, alegrias, dúvidas e angústia, e desenvolver ações em conjunto com outros profissionais, garantindo uma assistência com incorporação de múltiplos saberes. É necessário que o profissional esteja atualizado cientificamente, visando detectar as intercorrências que possam surgir com a mulher gestante, como, por exemplo, a sífilis. O enfermeiro deve assumir papel de destaque na atenção integral, atuando como articulador de informações, tanto para a população quanto para os profissionais de saúde.

Compreendemos ainda que o enfermeiro pode contribuir no processo educativo-integrador da criança sífilítica e de seus familiares, orientando-os para o autocuidado e para o atendimento de suas necessidades físicas, psicológicas e sociais. Deve-se conhecer a vivência desses sujeitos para ajudá-los a buscar estratégias de enfrentamento dos problemas que afetam a sua inclusão (FRANÇA e PAGLIUCA, 2009).

Diante deste contexto, pode-se notar a necessidade de sermos sensíveis à integralidade e humanização, mantendo uma mentalidade inclusiva e estando sempre atentos para os diferentes grupos sociais que compõem a nossa sociedade e que devem ter seus limites e valores respeitados.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALMEIDA, M.F.G, PEREIRA, S.M. Caracterização epidemiológica da sífilis congênita no município de Salvador, Bahia. **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**. 2007, v.19, n.3-4, p. 144-156.
2. ALVARES, B.R., MEZZACAPPA, M.A.M.S., POTERIO, C.B. Sífilis congênita simulando a síndrome da criança espancada: relato de caso. **Radiol. Bras.** 2002, vol.35, n.4, p. 251-254.
3. ANTUNES, M.J.M., SHIGUENO, L.Y.O., MENEGHIN, P. Métodos pedagógicos que influenciaram o planejamento das ações educativas dos enfermeiros: revisão bibliográfica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. 1999, v.33, n.2, p. 165-174.
4. ARAÚJO, C.L. **Análise da situação da sífilis congênita e da sua relação com a cobertura estratégia de saúde da família no Brasil (2001 a 2008)**. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde). Universidade de Brasília. Brasília, 2010.
5. ARAÚJO, E.C. et al. Sífilis congênita: a incidência em recém-nascidos. **Jornal de Pediatria**. 1999, v.75, n.2, p. 119-125.
6. ARAÚJO, et al. Assistência de enfermagem no pré-natal de gestantes sífilíticas: um cuidado necessário. In: CONGRESSO BRASILEIRO DOS CONSELHOS DE ENFERMAGEM, 13., 2009. São Paulo. Disponível em: <http://189.75.118.67/CBCENF/sistemainscricoes/arquivosTrabalhos/l8744.E3.T1303.D3AP.pdf>. Acesso em: 20 de Maio de 2011.
7. ARAÚJO, F.M. **Ações de educação em saúde no planejamento familiar nas Unidades de Saúde da Família do município de Campina Grande-PB**. Monografia (Curso de Especialização em Saúde da Família). Universidade Estadual da Paraíba. Campina Grande, 2004.

8. ARAÚJO, M.A.L. et al. Análise da qualidade dos registros nos prontuários de gestantes com exame de VDRL reagente. **Revista de Atenção Primária a Saúde**. 2008, v.11, n.1, p. 4-9.
9. AVELLEIRA, J.C.R., BOTTINO, G. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. **An. Bras. Dermatol.** 2006, vol.81, n.2, p. 111-126.
10. BARRETO, S.M.V., COSTA, J.C., GONCALVES, A.L. Pesquisa de anticorpos para sífilis e toxoplasmose em recém-nascidos em hospital de Ribeirão Preto, SP, Brasil. **Rev. Saúde Pública**. 1987, vol.21, n.1, p. 55-63.
11. BARROS, A. J. P., LEHFELD, N.A.S. **Fundamentos de metodologia**. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1986.
12. BARSANTI, C. et al. Diagnóstico de sífilis congênita: comparação entre testes sorológicos na mãe e no recém-nascido. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.** 1999, vol.32, n.6, p. 605-611.
13. BESERRA, E.P., PINHEIRO, P.N.C., BARROSO, M.G.T. Ação educativa do enfermeiro na prevenção de doenças sexualmente transmissíveis: uma investigação a partir das adolescentes. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. 2008, v.12, n.3, p. 522-528.
14. BRASIL, Ministério da Saúde. **Diretrizes para o controle da Sífilis Congênita**. Brasil, 2005.
15. BRASIL, Ministério da Saúde. **Diretrizes para o controle da Sífilis Congênita: manual de bolso**. Brasil, 2006.
16. BRASIL, Ministério da Saúde. **Glossário Temático DST e AIDS**. Brasil, 2006.
17. BRASIL, Ministério da Saúde. **Plano operacional: redução da transmissão vertical do HIV e da sífilis congênita**. Brasil, 2007.
18. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em saúde. **Diretrizes para o controle da sífilis congênita: manual de bolso**. 2 ed. Brasília, 2006.

19. BRASÍLIA, Ministério da Educação. **Educação inclusiva**: atendimento educacional especializado para a deficiência mental. Brasília, 2006.
20. BRASÍLIA, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégias. **Pré-natal e puerpério**: atenção qualificada e humanizada. Brasília, 2005.
21. CABRAL-OLIVEIRA, F.C. et al. Defeitos congênitos: tópicos relevantes. **Gazeta Médica da Bahia**. 2006, v.76, n.3, p. 32-39.
22. CAMIÁ, G.E.K., MARIN, H.F., BARBIERI, M. Consulta de enfermagem em planejamento familiar: uma proposta de ação. **Acta Paulista de Enfermagem**. 2000, v.13, n. especial, p. 66-69.
23. CAMPOS, A.L.A. et al. Epidemiologia da sífilis gestacional em Fortaleza, Ceará, Brasil: um agravo sem controle. **Cad. Saúde Pública**. 2010, vol.26, n.9, p.1747-1755.
24. CAVALCANTE, L.I.C., MAGALHÃES, C.M.C., PONTES, F.A.R. Processos de saúde e doença em crianças institucionalizadas: uma visão ecológica. **Ciências e Saúde Coletiva**. 2009, v.14, n.2, p. 615-625.
25. CHAVEIRO, N., BARBOSA, M.A. Assistência ao surdo na área de saúde como fator de inclusão social. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. 2005, v.39, n.4, p. 417-422.
26. CHAVES, G.A.N. et al. Diagnóstico epidemiológico da sífilis em puérperas: uma avaliação da enfermagem. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 61., 2009. Fortaleza. Disponível em: http://www.abeneventos.com.br/anais_61cben/files/01240.pdf. Acesso em: 15 de Junho de 2011.
27. COELHO, A.C.O. et al. Olho vivo: analisando a acuidade visual das crianças e o emprego do lúdico no cuidado da enfermagem. **Escola Anna Nery Revista Enfermagem**. 2010, v.14, n.2, p. 318-323.

28. COSTA, A.F.G. **Guia para elaboração de relatórios de pesquisa:** monografia. 2 ed. Rio de Janeiro: UNITEC. 1998. 218p.
29. DANTAS, J.C. **Condutas de profissionais que realizam a consulta pré-natal na estratégia de saúde da família quanto à detecção, tratamento e acompanhamento da gestante com sífilis.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, 2008.
30. FACULDADE CATÓLICA SALESIANA DO ESPÍRITO SANTO. **Guia de normalização de trabalhos acadêmicos e de pesquisa.** 3 ed. Vitória: FSV, 2008.
31. FIGUEIRO-FILHO, E.A. et al. Frequência das infecções pelo HIV-1, rubéola, sífilis, toxoplasmose, citomegalovírus, herpes simples, hepatite B, hepatite C, doença de Chagas e HTLV I/II em gestantes do estado do Mato Grosso do Sul. **Rev. da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical.** 2007, v.40, n.2, p. 181-187.
32. FRANÇA, I.S.X., PAGLIUCA, L.M.F. Inclusão social da pessoa com deficiência: conquistas, desafios e implicações para a enfermagem. **Revista Escola de Enfermagem USP.** 2009, v. 43, n.1, p. 178-185.
33. FRANÇA, I.S.X., PAGLIUCA, L.M.F., SOUSA, R.A. Discurso político-acadêmico e integração de pessoas com deficiência: das aparências aos sentidos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP.** 2003, v.31, n.4, p. 24-33.
34. GALLIANO, A.G. **O método científico: teoria e prática.** São Paulo: Harbra, 1986. 200p.
35. GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 2009.
36. GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais.** 2 ed. Rio de Janeiro: Record, 1998. 107p.

37. GRIEBELER, A.P.D. **A concepção social da sífilis no Brasil:** uma releitura sobre o surgimento e a atualidade. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde Pública). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2009.
38. GUILLER, C.A., DUPAS, G., PETTENGIL, M.A.M. Criança com anomalia congênita: estudo bibliográfico de publicações na área de enfermagem pediátrica. **Acta Paulistana de Enfermagem.** 2007, v. 20, n.1, p. 18-23.
39. 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/show_item2.cfm?id_categoria=24&id_detalhe=2219&tipo_detalhe=s. Acesso em: 16 de Junho de 2011.
40. HERMINDA, P.M.V., ARAÚJO, I.E.M. Sistematização da assistência de enfermagem: subsídios para implantação. **Revista Brasileira de Enfermagem.** 2006, v.59, n.5, p.675-679.
41. KOLBE, C.A. **Conhecimento da puérpera quanto a necessidade do tratamento para a prevenção da sífilis congênita.** Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Enfermagem). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2010.
42. KOMKA, M.R., LAGO, E.G. Sífilis congênita: notificação e realidade. **Scientia Medica.** 2007, v.17, n.4, p. 205-211.
43. KOPELMAN, B.I., FARHAT, C.K. **Infecções perinatais.** Rio de Janeiro: Atheneu, 1985. 448 p. (Pediatria, Neonatologia).
44. KRUGMAN, S. et al. **Doenças infecciosas na infância.** 9 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1994.
45. LORENZI, D.R.S., MADI, J.M. Sífilis congênita como indicador de assistência pré-natal. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia.** 2001, v.23, n.10, p. 647-652.

46. MACEDO-FILHO, J.V. **Prevalência da sífilis em gestantes no estado de Goiás tratadas pelo programa de proteção a gestante no período de janeiro de 2005 a dezembro de 2007**. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais). Universidade Federal de Brasília. Brasília, 2008.
47. MACIEL, M.R.C. Portadores de deficiência: a questão da inclusão social. **São Paulo em Perspectiva**. 2000, v.14, n.2, p. 51-56.
48. MARCONI, M.A., LAKATOS, E.M. **Fundamentos de metodologia científica**. São Paulo: Atlas, 2010.
49. MOREIRA-SILVA, S.F. et al. Alterações ósseas em lactentes com sífilis congênita: relato de caso. **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**. 2009, v.21, n.4, p. 175-178.
50. MOREIRA-SILVA, S.F. et al. Presença de condiloma lata em crianças com sífilis. **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**. 2006, v.18, n.1, p. 80-84.
51. MUNDO, Organização Mundial de Saúde. **Eliminação mundial da sífilis congênita: fundamento lógico e estratégia para ação**. Genebra: WHO Press, 2008.
52. NASCIDOS VIVOS. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nv>. Acesso em: 01 de abril de 2011.
53. NEVES, E.T. A prática de enfermagem pediátrica em tempos de crianças com necessidades especiais de saúde. **Revista da Sociedade Brasileira de Enfermagem Pediátrica**. 2008, v.8, n.2, p. 55-56.
54. PINHATA, M.M.M., YAMAMOTO, A.Y. Infecções congênitas e perinatais. **Jornal de Pediatria**. 1999, v.75, n.1, p. 15-30.
55. PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER. Protocolo para assistência ao pré-natal e puerpério. Disponível em:

http://www.coderp.com.br/ssaude/programas/mulher/prot_pre_natal.pdf.

Acesso em: 07 de outubro de 2010.

56. ROCHA, S.M.M., NASCIMENTO, L.C., LIMA, R.A.G. Enfermagem pediátrica e abordagem da família: subsídios para ensino de graduação. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. 2002, v.10, n.5, p. 709-714.
57. RODRIGUES, C.S., GUIMARÃES, M.D.C. Positividade para sífilis em puérperas: ainda um desafio para o Brasil. **Rev. Panamericana de Saúde Pública**. 2004, vol. 16, n. 3, p. 168-175.
58. ROMUALDO, A.S., NEVES, S.S.M. Do mito da monstruosidade ao olhar para a diversidade: a infância da criança com deficiência em contexto. **Revista Estadual de Pesquisa Educacional de Juiz de Fora**. 2009, v. 11, n. 2, p. 73-82.
59. RONCHI, J.P., AVELLAR, L.Z. Saúde mental da criança e do adolescente: a experiência do Capsi da cidade de Vitória-ES. **Psicologia: Teoria e Prática**. 2010, v.12, n.1, p. 71-84.
60. SANTOS, A.P.S. et al. Atuação do enfermeiro na assistência ao paciente sífilítico. In: SIMPÓSIO DE SAÚDE, 6., 2009. Barreiras. Disponível em: <http://www.fasb.edu.br/congresso/trabalhos/AENF18.10.pdf>. Acesso em: 20 de Maio de 2011.
61. SANTOS, V.C., ANJOS, K.F. Sífilis: uma realidade prevenível. Sua erradicação, um desafio atual. **Revista Saúde e Pesquisa**. 2009, v. 2, n. 2, p. 257-263.
62. SÃO PAULO, Secretaria de Estado da Saúde. Coordenadoria de Controle de Doenças. **Guia de referências técnicas e programáticas para as ações do plano de eliminação da sífilis congênita**. São Paulo, 2010.
63. SARACENI, V. et al. Avaliação das campanhas para a eliminação da sífilis congênita, no município do Rio de Janeiro, a partir de um modelo teórico-lógico. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant**. 2005, vol.5, n.1, p.33-41.

64. SARACENI, V. et al. Estudo de confiabilidade do SINAN a partir das campanhas para a eliminação da sífilis congênita no município do Rio de Janeiro. **Rev. Bras. Epidemiol.** 2005, vol.8, n.4, p.419-424.
65. SARACENI, V. et al. Mortalidade perinatal por sífilis congênita: indicador da qualidade da atenção à mulher e à criança. **Cad. Saúde Pública.** 2005, vol.21, n.4, p.1244-1250.
66. SÍFILIS congênita e sífilis na gestação. **Revista de Saúde Pública.** 2008, v.42, n.4, p. 768-772.
67. SÍFILIS CONGÊNITA. Casos confirmados notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/tabnet/dh?sinannet/sifilisc/bases/sifilisbrnet.def>. Acesso em: 01 de abril de 2011.
68. SILVA, C.G.S. Serviço de assistência especializada (SAE): uma experiência profissional. **Psicologia – Ciência e Profissão, Brasília: Conselho Federal de Psicologia.** v. 27, n.1, p. 156-163, 2007.
69. SILVA, C.S. **Conhecimento das mães e do enfermeiro acerca da triagem neonatal.** Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Enfermagem). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2008.
70. SILVA, L.R., SANTOS, R.S. O que as mães sabem e sentem sobre a sífilis congênita: um estudo exploratório e suas implicações para a prática de enfermagem. **Escola Anna Nery R. Enfermagem.** 2004, v.8, n.3, p. 393-401.
71. SILVA, M.R.F. et al. Percepção de mulheres com relação à ocorrência de sífilis congênita em seus conceitos. **Revista de Atenção Primária a Saúde.** 2010, v.13, n.3, p. 301-309.
72. SIMOURA, A.A. et al. A enfermagem e o saber das gestantes em assistência pré-natal acerca da sífilis e sífilis congênita. In: CONGRESSO BRASILEIRO DOS CONSELHOS DE ENFERMAGEM. 13., 2010. Natal.

Disponível em:
<http://189.75.118.67/CBCENF/sistemainscricoes/arquivosTrabalhos/a%20enfermagem%20e%20o%20saber%20das%20gestantes.pdf>. Acesso em: 20 de Maio de 2011.

73. SUCCI, R.C.M. et al. Avaliação da assistência pré-natal em unidades básicas do município de São Paulo. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**. 2008, vol.16, n.6, nov-dez.
74. TANNURE, M.C., GONÇALVES, A.M.P. **Sistematização da assistência de enfermagem: guia prático**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.
75. TAYRA, A. et al. Duas décadas de vigilância epidemiológica da sífilis congênita no Brasil: a propósito das definições de caso. **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**. 2007, v.19, n.3, p. 111-119.
76. VASCONCELOS, M.M. Retardo mental. **Jornal de Pediatria**. 2004, v.80, n.2, p. 71-82.
77. VAZ, A.J. et al. Sorologia positiva para sífilis, toxoplasmose e doença de Chagas em gestantes de primeira consulta em centros de saúde de área metropolitana, Brasil. **Revista de Saúde Pública**. 1990, v.24, n.5, p. 373-379.
78. VERGARA, S.C. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. 2 ed. São Paulo: Atlas, 1998.
79. VÍCTOR, J.F. et al. Sífilis congênita: conhecimento de puérperas e sentimentos em relação ao tratamento dos seus filhos. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. 2010, v.12, n.1, p. 113-119.
80. VILLELA, E.M.B. O papel do serviço-escola de psicologia no atendimento ao deficiente visual. **Estudos de Psicologia**. 2008, v.25, n.4, p. 535-545.
81. WATERLOO, M.R.O., RIBEIRO, A.A.L. Aspectos bucais da sífilis congênita: relato de caso. **Rev. Ibero-Americana de Odontopediatria e Odontologia do Bebê**. 2004, v.7, n.36, p. 132-137.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Proposta de cartão de medicação

GESTANTE			
CARTÃO DA ADMINISTRAÇÃO MEDICAÇÃO PENICILINA BENZATINA (TRATAMENTO DA SÍFILIS)			
NOME: DATA DE NASCIMENTO: GESTANTE: ()SIM ()NÃO NOME DA MÃE: CARTÃO DO SUS:			
DOSES ADMINISTRADAS PACIENTE			
1º DOSE	2º DOSE	3º DOSE	4º DOSE
_____ DOSE EM UI _/ _/ _	_____ DOSE EM UI _/ _/ _	_____ DOSE EM UI _/ _/ _	_____ DOSE EM UI _/ _/ _
_____ ASSIN. FUNCIONARIO	_____ ASSIN. FUNCIONARIO	_____ ASSIN. FUNCIONARIO	_____ ASSIN. FUNCIONARIO
_____ ASSIN. DA PACIENTE	_____ ASSIN. DA PACIENTE	_____ ASSIN. DA PACIENTE	_____ ASSIN. DA PACIENTE
DOSES ADMINISTRADAS NO PARCEIRO			
1º DOSE	2º DOSE	3º DOSE	4º DOSE
_____ DOSE EM UI _/ _/ _	_____ DOSE EM UI _/ _/ _	_____ DOSE EM UI _/ _/ _	_____ DOSE EM UI _/ _/ _
_____ ASSIN. FUNCIONARIO	_____ ASSIN. FUNCIONARIO	_____ ASSIN. FUNCIONARIO	_____ ASSIN. FUNCIONARIO
_____ ASSIN. DA PACIENTE	_____ ASSIN. DA PACIENTE	_____ ASSIN. DA PACIENTE	_____ ASSIN. DA PACIENTE

Elaborado por: Franciele Moura Machado e Renata Martins Fantin Cyrino.

ANEXOS

ANEXO B – Ficha de investigação de sífilis em gestante

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO FICHA DE INVESTIGAÇÃO SÍFILIS EM GESTANTE		Nº			
Definição de caso: gestante que durante o pré-natal apresente evidência clínica de sífilis e/ou sorologia não treponêmica reagente, com teste treponêmico positivo ou não realizado.							
Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual			
	2	Agravado/doença		SÍFILIS EM GESTANTE			
	3	Código (CID10)	Data da Notificação				
	4	UF	5	Município de Notificação	Código (IBGE)		
Notificação Individual	6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código			
	7	Data do Diagnóstico					
	8	Nome do Paciente		9	Data de Nascimento		
	10	(ou) Idade	11	Sexo	12	Gestante	13
Dados de Residência	14	Escolaridade					
	16	Número do Cartão SUS		18	Nome da mãe		
	17	UF	18	Município de Residência	Código (IBGE)	19	Distrito
	20	Bairro		21	Logradouro (rua, avenida,...)	Código	
	22	Número	23	Complemento (apto., casa, ...)	24	Geo campo 1	
	25	Geo campo 2		26	Ponto de Referência	27	CEP
	28	(DDD) Telefone	29	Zona	30	País (se residente fora do Brasil)	
	Dados Complementares do Caso						
Ant. epid. gestante	31	Ocupação					
	32	UF	33	Município de realização do Pré-Natal	Código (IBGE)	34	Unidade de realização do pré-natal:
Dados laboratoriais	35	Nº da Gestante no SISPRENATAL		36	Classificação Clínica		
	37	Teste não treponêmico no pré-natal		38	Título	39	Data
Tratamento / encerramento	40	Teste treponêmico no pré-natal					
	41	Esquema de tratamento prescrito					
Investigador	Município/Unidade de Saúde			Cód. da Unid. de Saúde			
	Nome		Função		Assinatura		
Sífilis em gestante		Sinan NET		SUS 17/07/2006			

ANEXO C – Ficha de investigação de sífilis congênita (folha 1)

 REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DA SAÚDE ESTADO DE SÃO PAULO SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE		 SISP		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRUPOS DE NOTIFICAÇÃO FICHA DE NOTIFICAÇÃO / INVESTIGAÇÃO SÍFILIS CONGÊNITA		Nº _____		
<p>Definição de caso: Primeiro critério: 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 treponêmico, realizada no pré-natal ou no momento do parto ou curetagem, que não tenha sido tratada ou tenha recebido tratamento inadequado. Segundo critério: 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 6 meses de idade (exceto em situações de seguimento terapêutico); e/ou testes terapêuticos reagentes após 18 meses de idade; e/ou títulos em teste não-treponêmico maiores do que os da mãe. Em caso de evidências sorológicas apenas, deve ser afastada a possibilidade de sífilis adquirida. Terceiro critério: todo indivíduo com menos de 13 anos de idade, com teste não-treponêmico reagente e evidência clínica ou líquórica ou radiológica de sífilis congênita. Quarto critério: toda situação de evidência de infecção pelo <i>Treponema Pallidum</i> em placenta ou cordão umbilical e/ou amostra de lesão, biópsia ou necropsia de criança, aborto ou natimorto.</p>								
Dados Gerais	1 Tipo de Notificação		2 - Individual					
	2 Agravamento			Código (CID10)		3 Data de Notificação		
	SÍFILIS CONGÊNITA			A 5 0.9				
	4 UF	5 Município de Notificação			Código (IBGE)			
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)				Código		7 Data do Diagnóstico	
Notificação Individual	8 Nome do Paciente						9 Data de Nascimento	
	10 (ou) Idade		11 Sexo		12 Destino		13 Raça/Cor	
	1 - Menor 2 - Do 3 - Mãe 4 - Mãe		M - Masculino F - Feminino I - Ignorado				1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 9 - Ignorado	
	14 Escolaridade							
	15 Número do Cartão SUS				16 Nome da mãe			
Endereços de Residência	17 UF		18 Município de Residência		Código (IBGE)		19 Distrito	
	20 Bairro		21 Logradouro (rua, avenida, ...)				Código	
	22 Número		23 Complemento (apto., casa, ...)		24 Geo campo 1			
	25 Geo campo 2				26 Ponto de Referência		27 CEP	
	28 (DDD) Telefone				29 Zona		30 País (se residente fora do Brasil)	
			1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado					
	Dados Complementares							
	Antecedentes Epist. da gestante / mãe	31 Idade da mãe		32 Raça/cor da mãe		33 Ocupação da mãe		
Anos		1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 9 - Ignorado						
34 Escolaridade								
0 - Analfabeto 1 - P a P a mãe incompleta de EF (artigo parâmetro ou F grau) 2 - P a mãe completa de EF (artigo parâmetro ou F grau) 3 - P a P a mãe incompleta de EF (artigo parâmetro ou F grau) 4 - P a mãe totalmente completa (artigo parâmetro ou F grau) 5 - Grau médio incompleto (artigo coletivo ou 2º grau) 6 - Grau médio completo (artigo coletivo ou 2º grau) 7 - Ensino superior incompleto 8 - Ensino superior completo 9 - Ignorado 10 - Não se aplica								
35 Realizou Pré-Natal nesta gestação		36 UF		37 Município de Realização do Pré-Natal		Código (IBGE)		
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado								
38 Unidade de Saúde de realização do pré-natal								
39 Diagnóstico de sífilis materna								
1 - Durante o pré-natal 2 - No momento do parto ou parto 3 - Após o parto 4 - Não realizado 9 - Ignorado								
Dados do Lab. de gestante / mãe	40 Teste não treponêmico no parturiente/gestante			41 Título		42 Data		
	1 - Reagente 2 - Não reagente 3 - Não realizado 9 - Ignorado			t:				
43 Teste confirmatório treponêmico no parturiente/gestante								
1 - Reagente 2 - Não reagente 3 - Não realizado 9 - Ignorado								
Trat. da gestante / mãe	44 Esquema de tratamento			45 Data do início do Tratamento		46 Par cel(s) tra(s) do(s) com consistência na gestante		
	1 - Adequado 2 - Inadequado 3 - Não realizado 9 - Ignorado					1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		

ANEXO D – Ficha de investigação de sífilis congênita (folha 2)

AGEP Esp. Inf. da Criança	47 UF	48 Município de nascimento / aborto / nascimento	Código (IBGE)	49 Local de Nascimento (Maternidade/Hospital)	Código		
	50 Teste não treponêmico - Sangue Periférico 1- Reagente 2- Não reagente 3- Não realizado 9- Ignorado					51 Título	52 Data
Inf. do L. Laboratório da Criança	53 Teste treponêmico (após 18 meses) 1- Reagente 2- Não reagente 3- Não realizado 4- Não se aplica 9- Ignorado					54 Data	
	55 Teste não treponêmico - Líquor 1- Reagente 2- Não reagente 3- Não realizado 9- Ignorado					56 Título	57 Data
	58 Titulação ascendente 1- Sim 2- Não 3- Não realizado 9- Ignorado					59 Evidência de <i>Treponema pallidum</i> 1- Sim 2- Não 3- Não realizado 9- Ignorado	
	60 Alteração Líquórica 1- Sim 2- Não 3- Não realizado 9- Ignorado					61 Diagnóstico Radiológico da Criança: Alteração do Exame dos Ossos Longos 1- Sim 2- Não 3- Não realizado 9- Ignorado	
Inf. do Clínico da Criança	62 Diagnóstico Clínico 1- Assintomático 2- Não se aplica 3- Não realizado 9- Ignorado		63 Presença de sinais e sintomas 1- Sim 2- Não 3- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Icterícia <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Esplenomegalia <input type="checkbox"/> Osteocondrite <input type="checkbox"/> Outros _____ <input type="checkbox"/> Rinite muco-sanguinolenta <input type="checkbox"/> Hepatomegalia <input type="checkbox"/> Lesões Cutâneas <input type="checkbox"/> Pseudoparotidite				
	64 Esquema de tratamento 1- Penicilina G cápsula 100.000 a 150.000 UI/kg/dia - 10 dias 2- Penicilina G potássio 50.000 UI/kg/dia - 10 dias 3- Penicilina G benzatina 50.000 UI/kg/dia 4- Outro esquema _____ 5- Não realizado 9- Ignorado						
Evolução	65 Evolução do Caso 1- Vivo 2- Óbito por sífilis congênita 3- Óbito por outras causas 4- Aborto 5- Natimorto 9- Ignorado					66 Data do Óbito	
	Observações Adicionais:						
Investigador	Município / Unidade de Saúde				Código da Unid. de Saúde		
	Nome		Função		Assinatura		
INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO Nenhum campo deverá ficar em branco. Na ausência de informação, usar categoria ignorado. 7 - Anotar a data de diagnóstico em dia, evidência laboratorial e/ou clínica da doença de acordo com a definição de caso vigente no momento da notificação. 8 - Nome do Paciente: preencher com o nome completo da criança (sem abreviações); se desconhecido, preencher com: Filho de: (o nome da mãe). 9 - Data de nascimento: deverá ser anotada em números correspondentes ao dia, mês e ano. 10 - Mãe: anotar a idade somente se a data de nascimento for desconhecida. 40 - 50 - 55 - Serologia não treponêmica: VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) e RPR (Rapid Plasma Reaction); indicadas para a triagem e seguimento terapêutico. 43 - 51 - PTA-Abu (Fluorescent Treponemal Antibody-absorption), MHA-Tp (Microhemagglutination <i>Treponema pallidum</i>), TPHA (<i>Treponema pallidum</i> Hemagglutination), ELISA (Enzyme-Linked Immunosorbent Assay); indicadas na confirmação diagnóstica e controle de resultados de testes não-treponêmicos falsos positivos. Em crianças, somente 18 meses de idade, a performance dos testes treponêmicos pode não ser adequada para a definição diagnóstica. 44 - Esquema de Tratamento da mãe: É todo tratamento completo, com penicilinas e adequado para a fase clínica da doença, instituído pelo menos 30 dias antes do parto e parvito tratado concomitantemente com a gestante. Esquema de Tratamento Inadequado: * É todo tratamento feito com qualquer medicamento que não a penicilina; ou tratamento incompleto, mesmo tendo sido feito com penicilina; ou tratamento não adequado para a fase clínica da doença; ou a interrupção do tratamento com menos de 30 dias antes do parto; ou elevação dos títulos após o tratamento, no seguimento; ou quando o(s) parvito(s) não foi(ram) tratado(s) ou foi(ram) tratado(s) inadequadamente, ou quando não se tem essa informação disponível. 53 - Referir-se ao resultado de teste treponêmico confirmatório, realizado após os 18 meses de idade da criança. Informar - Não se aplica - quando a idade da criança for menor que 18 meses. 58 - Titulação ascendente - Refere-se à comparação dos títulos da serologia não treponêmica da criança após cada teste realizado durante o esquema de seguimento (VDRL com Inex, 1, 6, 12 e 18 meses). 59 - Evidência de <i>T. pallidum</i> - Registrar a identificação de <i>Treponema pallidum</i> por microscopia em material colhido em placenta, lesão cutâneo-mucosa da criança, corio e membranas, ou a serologia, pela técnica de campo escuro, imunofluorescência ou outro método específico. 60 - Alteração líquórica - Informar detecção de alterações na celularidade e/ou proteínas ou outra alteração específica no líquor da criança. 63 - Em relação ao tratamento da criança com sífilis congênita consultar o Manual de Sífilis Congênita - Diretrizes para o Clínico, 2005. 65 - Informar a evolução do caso de sífilis congênita: Considera-se óbito por sífilis congênita - o caso de morte do recém-nato, após o nascimento com vida, filho de mãe com sífilis não tratada ou tratada inadequadamente. Considera-se Aborto - toda perda gestacional, até 22 semanas de gestação ou com peso menor ou igual a 500 gramas. Considera-se Natimorto - todo feto morto, após 22 semanas de gestação ou com peso maior que 500 gramas.							
SÍFILIS CONGÊNITA - CENICEN - CONS. NR SINAN NET - SVS 05/12/2007							