

MINISTÉRIO DA SAÚDE

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

Fiocruz Mato Grosso do Sul



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

ZULEICA DA SILVA TIAGO

**SÍFILIS ADQUIRIDA, SÍFILIS EM GESTANTE E SÍFILIS CONGÊNITA NA
POPULAÇÃO INDÍGENA DO MATO GROSSO DO SUL: ANÁLISE
COMPARATIVA ENTRE AS NOTIFICAÇÕES NO SINAN E DSEI-MS.**

CAMPO GRANDE

2016

Zuleica da Silva Tiago

**SÍFILIS ADQUIRIDA, SÍFILIS EM GESTANTE E SÍFILIS CONGÊNITA NA
POPULAÇÃO INDÍGENA DO MATO GROSSO DO SUL: ANÁLISE
COMPARATIVA ENTRE AS NOTIFICAÇÕES NO SINAN E DSEI-MS.**

Dissertação apresentada como requisito para obtenção do título de mestre em Saúde da Família pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Orientador: Dr. Rivaldo Venâncio da Cunha. Co-orientador: Dr. Rui Arantes

CAMPO GRANDE

2016

Dedico este Trabalho a todos os povos indígenas do Brasil, à minha família pelo apoio incondicional, especialmente a meu pai Estevinho e minha mãe Zenaide e a minha querida avó Leda pelos cantos em Terena de alegria e incentivo nos estudos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço imensamente ao Hanaiti Itukó'oviti, ao criador por sempre me acompanhar em todo momento.

Ao orientador Dr. Rivaldo Venâncio da Cunha.

Ao co-orientador Dr. Rui Arantes, agradeço pela paciência em suas correções, oferecendo importantes contribuições ao longo da elaboração da dissertação. **Ainapó Yakoe!**

A minha família, meus amigos, colegas de mestrado pela torcida na caminhada da realização da pesquisa.

Ao Luiz Eloy pelo apoio incondicional.

Ao Distrito Sanitário Especial Indígena de Mato Grosso do Sul, Conselho Distrital de Saúde Indígena e Secretaria do Estado de Saúde pelas contribuições na coleta de dados.

A Samara Graeff, coordenadora do programa Saúde Sexual, pela importante contribuição criteriosa na coleta de dados.

A Renata Picoli pelas suas contribuições.

A Rede de Saberes, Eva Ferreira, pelo apoio e incentivo.

Yexoa itukóvotiye ne Xúmono yoko Súkirikeanu?

Koyúhoa neko yékotenhiko têrenoe yótinovo híyokexea kipaexóti hiná'iyea iha poi tiríbu NE xúmono koane ne Súkirikeanu. Itea kixoku itúkeovo xâne, ene kixó'eko ne xúmono yoko súkirikeanu. Enepo xúmono mahi xâne ákoti ipuhákapu, koane móhiti. Kene súkirikeanu mahi xâne ipúhokovoti, ako ikámahixa xâne.

RESUMO

A Sífilis continua sendo um grave problema de saúde pública, atingindo cerca de 12 milhões de pessoas no mundo, anualmente (OMS, 2008). A subnotificação dos casos de sífilis é um problema recorrente em diversos países e constituem um dos principais fatores que contribuem para a persistência da sífilis como um problema de saúde pública na América Latina e Caribe. O estado do Mato Grosso do Sul, é o segundo maior estado do Brasil em número de indígenas, com 77.025 pessoas autodeclaradas indígenas, das quais 61.158 vivem em aldeias (79,4%). O presente estudo descreve a incidência e a distribuição de Sífilis em Gestante, Congênita e Adquirida na população indígena que vive nas aldeias do Mato Grosso do Sul por meio da análise de duas fontes de dados secundários, uma oriunda do SINAN e outra dos registros da Área Técnica de Saúde Sexual e Infecção Sexualmente Transmissíveis do DSEI-MS, no período de 2011 a 2014. Trata-se, portanto de um estudo descritivo de coorte retrospectivo. A comparação entre as duas fontes de dados permitiu identificar as subnotificações em cada uma delas e gerar uma planilha com o total de casos de Sífilis ocorridos entre 2011 e 2014, calcular as taxas de detecção e de incidência para cada tipo de sífilis, e avaliar a distribuição absoluta e relativa dos casos por Polo base e etnia. As taxas de incidência de Sífilis Congênita variaram de 6,0 casos/1.000 nascidos vivos para 10,7 casos/1.000 nascidos vivos. A taxa de incidência de Sífilis em Gestante mostrou-se elevada para todos os anos do estudo, o maior valor ocorreu em 2013 quando a incidência foi de 45,5/1.000 nascidos vivos. A análise da distribuição dos casos de Sífilis (adquirida, congênita e em gestantes) entre indígenas no Mato Grosso do Sul mostrou uma concentração significativa da doença na Região Sul do estado (91,3%), em especial, nos Polos Base de Amambaí e Iguatemi. Esses dois Polos Base juntos concentram 65,3% dos casos de Sífilis em Gestantes e 63,6% dos casos de Sífilis Congênita. Do total de 473 casos de todos os tipos de Sífilis registrados nas duas fontes de dados entre 2011 e 2014, as maiores taxas subnotificações ocorreram no SINAN quando comparado ao DSEI-MS. Para a Sífilis em gestantes as subnotificações foram de 45,9% no SINAN e 15,2%, no DSEI-MS. Em relação à Sífilis Adquirida, 42,2% e 35,9% e Sífilis Congênita 33,3% e 19,7%, respectivamente. O presente estudo demonstrou que a sífilis constitui um grave problema de saúde pública entre os povos indígenas do Mato Grosso do Sul, principalmente entre os Guarani Nhandeva e Guarani Kaiowá. As características epidemiológicas da doença na população, determinadas por fatores socioeconômicos e culturais específicos impõe desafios na organização e estruturação dos serviços de saúde para fortalecer a vigilância epidemiológica da sífilis e diminuir a incidência da doença entre indígenas no Mato Grosso do Sul.

Palavras-chave: Sistemas de Informação em Saúde, Sífilis, Populações Indígenas.

ABSTRACT

Syphilis remains a serious public health problem, affecting about 12 million people worldwide each year (WHO, 2008). The underreporting of syphilis cases are a recurrent problem in many countries and are one of the main factors contributing to the persistence of syphilis as a public health problem in Latin America and the Caribbean. In Brazil, the basic health care of indigenous peoples is responsible of the Special Secretariat for Indigenous Health (SESAI), from Ministry of Health, that manages the Indigenous Health care Subsystem inside the Brazilian Unified Health System (SUS) (SASI-SUS) through Special Indigenous Health Districts (DSEI). The state of Mato Grosso do Sul is the second largest state in Brazil in number of indigenous people, with 77,025 self-declared indigenous people, of whom 61,158 live in indigenous villages (79.4%). The Special Indigenous Sanitary District of Mato Grosso do Sul (DSEI-MS) is the largest DSEI of Brazil, responsible for primary health care in 75 villages and 26 seats. This study aimed to describe the incidence and distribution of Syphilis in Pregnant Women, Congenital Syphilis and Acquired Syphilis in the indigenous population living in the villages from Mato Grosso do Sul state. Two sources of secondary data were used, one derived from the SINAN (Information System for Reportable Diseases) and other from records of Technical Area of Sexual Health and Sexually Transmitted Infections of DSEI-MS, in the period from 2011 to 2014. This is therefore a descriptive and retrospective cohort study. The comparison between the two data sources allowed identify underreporting in each of them and generate a spreadsheet with all cases of syphilis to calculate the incidence rates for each type of syphilis, and evaluate the absolute and relative distribution of cases by Polo base and ethnicity. The Congenital Syphilis incidence rates ranged from 6.0 cases/1,000 live births to 10.7 cases/1,000 live births. Syphilis incidence rate in Pregnant Women was high for all years of the study, the highest occurred in 2013 when the incidence was 45.5/1,000 live births. Analysis of the distribution of cases of Syphilis (acquired, congenital and in pregnant women) among Indigenous in Mato Grosso do Sul show a significant concentration of the disease in the southern region of the state (91.3%), especially in Amambai and Iguatemi Polos base. These two concentrate together 65.3% of syphilis cases in pregnant women and 63.6% of congenital syphilis. The total of cases of all types of syphilis recorded in the two data sources between 2011 and 2014 was 473, the highest underreporting cases occurred in SINAN compared to DSEI-MS. For Syphilis in pregnant women underreporting were 45.9% in the SINAN and 15.2% in DSEI-MS. Regarding Acquired Syphilis, 42.2% and 35.9% and Congenital Syphilis 33.3% and 19.7%, respectively. This study showed that syphilis is a serious public health problem among indigenous peoples of Mato Grosso do Sul, especially among the Guarani Nhandeva and Guarani Kaiowá indigenous groups. The epidemiological characteristics of the disease in the population, determined by socioeconomic and cultural factors specific create challenges in organizing and structuring of health services to strengthen epidemiological surveillance of syphilis and to decrease disease incidence among indigenous people in Mato Grosso do Sul.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Número de casos de sífilis em gestantes indígenas assistidas pelo DSEI-MS distribuídos por Polo Base, aldeia, município, 2011-2014.	42
Tabela 2 - Número absoluto e relativo dos casos sífilis adquirida na população indígena assistida pelo DSEI-MS, distribuídos por Polo Base, aldeia, município e sexo, 2011-2014.	43
Tabela 3 - Distribuição dos casos de sífilis congênita por Polo Base, aldeia e município, 2011-2014.	44
Tabela 4 - Taxa anual de detecção de sífilis congênita e sífilis em gestante (por mil nascidos vivos) na população indígena assistida pelo DSEI-MS, 2011-2014.	45
Tabela 5 - Distribuição por faixa etária dos casos de sífilis em gestantes indígenas assistidas pelo DSEI-MS, 2011-2014.	45
Tabela 6 - Distribuição por faixa etária e sexo dos casos de sífilis adquirida em indígenas assistidas pelo DSEI-MS, 2011-2014.	46
Tabela 7 - Período gestacional de diagnóstico de sífilis em gestantes assistidas pelo DSEI-MS, 2011-2014.	47
Tabela 8 - Número de casos de sífilis registrados apenas no DSEI-MS, notificados somente no SINAN, presentes em ambas as fontes e suas subnotificações, 2011-2014.	48
Tabela 9 - Número de casos registrados no DSEI-MS, notificados no SINAN e porcentagens de notificação e subnotificação entre indígenas para cada uma das fontes de acordo com o Polo Base, a doença e o ano, 2011-2014.	50

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	REVISÃO LITERÁRIA	13
	2.1 SÍFILIS	13
	2.1.1 Classificação da Sífilis	13
	2.1.2 Fases da Sífilis	14
	2.1.3 Sífilis Congênita, Sífilis em Gestante e Sífilis Adquirida	14
	2.2 O SUBSISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA	17
	2.3 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS POVOS INDÍGENAS NO BRASIL	19
	2.4 A POPULAÇÃO INDÍGENA DE MATO GROSSO DO SUL	20
	2.4.1 Guarani e Kaiowa	26
	2.4.2 Terena	27
	2.4.3 Kadiwéu	27
	2.4.4 Guató	27
	2.4.5 Ofaié	28
	2.4.6 Kinikinau	28
	2.4.7 Atikum	29
	2.5 INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS	29
	2.6 CONDUTA DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR DE SAÚDE INDÍGENA QUANTO À SÍFILIS	30
	2.7 SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS E NOTIFICAÇÃO	31
	2.8 SUBNOTIFICAÇÃO E IMPLICAÇÕES	32
	2.9 FLUXOGRAMA DAS NOTIFICAÇÕES DE SÍFILIS OCORRIDAS NA POPULAÇÃO INDÍGENA	34
3	OBJETIVO	36
	3.1 OBJETIVO GERAL	36
	3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	36

4	MATERIAIS E MÉTODOS	
4.1	MODELO DE ESTUDO	37
4.2	LOCAL E PERÍODO DA PESQUISA	37
4.3	POPULAÇÃO DE ESTUDO	37
4.4	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	37
4.5	COLETA DE DADOS NO SINAN	38
4.6	COLETA DE DADOS NO DSEI-MS	38
4.7	ANÁLISE DE DADOS	39
5	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	40
6	RESULTADOS	41
7	DISCUSSÃO	51
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	57
9	RECOMENDAÇÕES	58
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	59
	APÊNDICE A	64
	ANEXO A	65
	ANEXO B	68
	ANEXO C	69
	ANEXO D	70
	ANEXO E	71
	ANEXO F	73
	ANEXO G	74

1 INTRODUÇÃO

As Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) são transmitidas pelo contato direto com o indivíduo contaminado ou através de transmissão vertical entre mãe e filho. Os casos estão restritos às pessoas sexualmente ativas, atingindo homens e idosos, porém as mulheres são mais susceptíveis e vulneráveis devido à anatomia do órgão reprodutor. Entre as complicações associadas às IST estão: infertilidade, transmissão vertical, perdas gestacionais ou doenças congênitas e o aumento do risco de infecção pelo vírus HIV (BRASIL, 2006).

Segundo o Ministério da Saúde (2012) foram notificados no Sistema de Informação de Agravos e Notificação (SINAN) entre 2005 e 2012, 57.700 casos de sífilis em gestante no país. Na região Centro-Oeste foram notificados 1.329 casos de sífilis em gestante. Em relação à sífilis congênita foram estimados 80.041 casos no país de 1998 a 2012, sendo que na região Centro-Oeste foram registrados no SINAN, 5.024 casos no mesmo período. O diagnóstico precoce e o tratamento adequado são fundamentais para a prevenção da sífilis congênita.

Sonda et al. (2013) destaca a sífilis como uma das doenças de maior prevalência por transmissão vertical no Brasil. Não podendo deixar de considerar a associação da sífilis com a infecção pelo vírus HIV. Um dos aspectos relacionados à elevada incidência é o não tratamento e notificação dos parceiros sexuais, mantendo a cadeia de transmissão. Assim essa doença continua alvo de estudos para novas práticas de prevenção.

A notificação de agravos é a comunicação por profissional de saúde ou qualquer cidadão feita à autoridade sanitária, com a finalidade de informar a ocorrência de um agravo de notificação compulsória. A notificação de caso é fundamental para a vigilância epidemiológica, possibilitando a identificação de indivíduos que apresenta o agravo, de forma a padronizar critérios para o monitoramento das condições de saúde e para a descrição da ocorrência desse evento (KOMKA e LAGO, 2007).

Os casos de IST diagnosticados pelas Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) no âmbito do DSEI-MS são notificados em fichas do SINAN, conforme a Portaria nº 204 de 17 de Fevereiro de 2016, que por sua vez são enviados ao Polo Base para registro dos casos em planilhas eletrônicas, localmente chamadas de Consolidado Mensal, e encaminhadas para a Coordenação de Vigilância Epidemiológica dos municípios para serem lançadas no SINAN.

O Consolidado Mensal, assim como cópias das Fichas do SINAN são enviados ao DSEI-MS no início de cada mês para comunicação dos casos, formação de indicadores epidemiológicos e direcionamento de ações e estratégias de combate às doenças e agravos.

Diante dessas informações, o objetivo deste trabalho foi identificar o quantitativo de casos de Sífilis registrados pelo DSEI-MS e notificados no SINAN, assim como a concordância entre as duas fontes de registro de casos de sífilis para os indígenas aldeados do MS, procurando avaliar a proporção de subnotificação.

O conhecimento gerado a partir deste estudo poderá trazer benefícios na organização dos serviços, no aprimoramento da qualidade de registro e o maior conhecimento da dimensão da prevalência de sífilis congênita, sífilis em gestantes e sífilis adquirida na população indígena do Mato Grosso do Sul.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 SÍFILIS

Segundo Chin (2002) a sífilis é uma doença treponêmica aguda e crônica. Seu agente *Treponema pallidum*, subespécie *pallidum*, uma espiroqueta. O *T. pallidum*. Na sua fase inicial apresenta um número elevado de espiroquetas no local das lesões e/ou no sangue circulante facilitando a transmissão por relação sexual, vaginal, anal ou oral.

A evolução da doença é caracterizada por uma lesão primária ou sífilis primária. Posteriormente, se não tratada, evolui para uma forma secundária caracterizada por erupções envolvendo a pele e mucosas. Após longos períodos de latência, a sífilis secundária provoca lesões em pele, ossos e vísceras. Pode atingir o sistema nervoso central e sistema cardiovascular em sua fase terciária. A sífilis tem período de latência infectante prolongado que pode variar de 21 a 30 dias na fase primária e na fase terciária até 12 meses de evolução (CHIN, 2002).

2.1.1 Classificação da sífilis

A Sífilis continua sendo um grave problema de saúde pública, atingindo milhões de pessoas no mundo. Cerca de 12 milhões de pessoas são infectadas anualmente, mesmo existindo tratamento e ações de prevenção. A alta prevalência em mulheres na fase reprodutiva e a sífilis congênita podem estar associadas a falhas na assistência ao pré-natal. A sífilis também pode ser transmitida verticalmente de mãe para o filho durante a gestação (OMS, 2008; p. 6).

Calcula-se que anualmente dois milhões de casos de gravidez são afetados; cerca de 25% destes casos resultam em nati-mortos ou abortos espontâneos, e outros 25% de recém-nascidos têm baixo peso ao nascer ou infecção grave, estando os dois casos associados a um maior risco de morte perinatal. Contudo, o fardo da sífilis congênita ainda é geralmente subestimado (OMS, 2008; p. 6).

2.1.2 Fases da sífilis

Sífilis Primária: cancro duro, caracterizada por uma lesão erosada ou ulcerada, única e indolor, tendo fundo limpo. No homem se localiza na glândula e sulco bálano-prepucial e na mulher geralmente nos pequenos lábios, paredes vaginais e colo uterino, a lesão apresenta um número elevado de espiroquetas, facilitando a transmissão. No período de duas ou quatro semanas o cancro duro regride progressivamente (HINRICHSEN, 2005).

Sífilis Secundária: geralmente manifesta-se 6 a 8 semanas após desaparecimento espontâneo do cancro duro. Caracterizada por erupção macular, de coloração rósea, evoluindo para lesões papulosas, papulo-escamosas e placas. A superfície palmo-plantar é frequentemente afetada, as lesões localizadas nessas regiões são típicas da sífilis secundária (VERONESI, 2005).

Sífilis Terciária: Aproximadamente um terço das pessoas com sífilis latente não tratada (ausência de manifestações clínicas) desenvolverá sífilis terciária. As principais manifestações clínicas são cutâneas, cardiovasculares e neurológicas (neurosífilis) (VERONESI, 2005).

2.1.3 Sífilis Congênita, Sífilis em Gestante e Sífilis Adquirida

A sífilis congênita trata-se de um evento sentinela a nível nacional, podendo ser evitada por ações de saúde eficazes e obriga a investigação retrospectiva dos casos para obter informações sobre a assistência prestada e pela propositura de ações e medidas pertinentes (DOMINGUES et al., 2013).

Transmitida via transplacentária pelo *T. pallidum*, a transmissão é possível em qualquer fase da gestação, sendo mais provável que ocorra na primeira e segunda fase da doença, podendo atingir 100% de probabilidade de transmissão vertical. Tais possibilidades podem ocorrer quando a gestante não tem tratamento adequado (SONDA et al., 2013).

A infecção durante a gravidez pode resultar em parto prematuro, morte intra-uterina, morte neonatal ou sífilis congênita. A sífilis congênita pode ser dividida em duas fases, sendo elas a sífilis precoce e sífilis tardia. As manifestações da sífilis precoce ocorrem

nos dois primeiros anos de vida, são as lesões cutâneas similares à fase secundária. E a sífilis tardia ocorre depois de dois anos de vida correspondendo à sífilis terciária (VERONESI, 2005).

A definição de caso é uma ação que possibilita a identificação dos indivíduos que apresentam a doença. Representa o conjunto específico de critério as quais o indivíduo deve atender para ser considerada uma doença sob investigação, podendo ser mudado ao longo do tempo pela expansão de conhecimentos específicos, avaliação complementar, alterações do contexto epidemiológico (TAYRA et al., 2007).

Quadro 1 - Critérios para a definição do caso de sífilis congênita.

<p>Primeiro Critério</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Criança cuja mãe apresente, durante o pré-natal ou no momento do parto, teste para sífilis não treponêmico reagente com qualquer titulação e teste treponêmico reagente, que não tenha sido tratada ou tenha recebido tratamento inadequado; - Criança cuja mãe não foi diagnosticada com sífilis durante a gestação e, na impossibilidade de a maternidade realizar o teste treponêmico, apresente teste não treponêmico reagente com qualquer titulação no momento do parto; - Criança cuja mãe não foi diagnosticada com sífilis durante a gestação e, na impossibilidade de a maternidade realizar o teste não treponêmico, apresente teste treponêmico reagente no momento do parto. - Criança cuja mãe apresente teste treponêmico reagente e teste não treponêmico não reagente no momento do parto, sem registro de tratamento prévio.
<p>Segundo critério</p>	<p>Todo indivíduo com menos de 13 anos de idade, com pelo menos uma das seguintes evidências sorológicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Titulações ascendentes (testes não treponêmicos); - Testes não treponêmicos reagentes após seis meses de idade (exceto em situação de seguimento terapêutico); - Testes treponêmicos reagentes após 18 meses de idade;

	<ul style="list-style-type: none"> - Títulos em teste não treponêmico maiores do que os da mãe, em lactentes; - Teste não treponêmico reagente com pelo menos uma das alterações: clínica, líquórica ou radiológica de sífilis congênita.
Terceiro critério	Aborto ou natimorto cuja mãe apresente teste para sífilis não treponêmico reagente com qualquer titulação ou teste treponêmico reagente, realizados durante o pré-natal, no momento do parto ou curetagem, que não tenha sido tratada ou tenha recebido tratamento inadequado.
Quarto critério	Toda situação de evidência de infecção pelo <i>Treponema pallidum</i> em placenta ou cordão umbilical e/ou amostra da lesão, biopsia ou necropsia de criança, aborto ou natimorto.

Fonte: Ministério da Saúde, 2015

Quadro 2 - Critérios para definição de caso de sífilis em gestantes.

Caso suspeito	Gestante que durante o pré-natal apresente evidência clínica de sífilis, ou teste não treponêmico reagente com qualquer titulação.
Caso confirmado 1	Gestante que apresente teste não treponêmico reagente com qualquer titulação e teste treponêmico reagente, independentemente de qualquer evidência clínica de sífilis, realizados durante o pré-natal.
Caso confirmado 2	Gestante com teste treponêmico reagente e teste não treponêmico não reagente ou não realizado, sem registro de tratamento

	prévio.
--	---------

Fonte: Ministério da Saúde, 2015

Quadro 3 - Critérios para definição de casos de sífilis adquirida

Caso confirmado	Todo indivíduo com evidência clínica de sífilis primária ou secundária (presença de cancro duro ou lesões compatíveis com sífilis secundária), com teste não treponêmico reagente com qualquer titulação e teste treponêmico reagente, OU indivíduo assintomático com teste não treponêmico reagente com qualquer titulação e teste treponêmico reagente.
------------------------	---

Fonte: Ministério da Saúde, 2015

2.2 O SUBSISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA

O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI) está vinculado ao SUS e organizado em 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) em todo o Brasil. O DSEI é um modelo de organização de serviços orientado para o espaço etno-cultural, dinâmico, geográfico, populacional e administrativo, que contemplam um conjunto de atividades técnicas, organizando redes de serviços na atenção básica de saúde dentro de áreas indígenas (BRASIL, 2002).

As equipes de saúde dos distritos são compostas por médicos, enfermeiros, odontólogos, auxiliares de enfermagem e agentes indígenas de saúde, contando com a participação de antropólogos, educadores, engenheiros sanitaristas e outros especialistas e técnicos considerados necessários (BRASIL, 2002).

Em 2010 é foi decretada a criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), pasta do Ministério da Saúde que coordena e executa o processo de Gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena em Território Nacional. Tal decreto transferiu todas as ações de Saúde Indígena do âmbito da FUNASA para Ministério da Saúde (BRASIL, 2010).

A SESAI tem como objetivo a proteção, a promoção e a recuperação de saúde dos povos indígenas, bem como orientar as ações de atenção integral à saúde indígena e educação em saúde, segundo suas peculiaridades, perfil epidemiológico e condições sanitárias de cada DSEI, em consonância com as políticas e programas do SUS (BRASIL, 2010).

As ações de atenção básica à saúde nas populações indígenas do Mato Grosso do Sul estão sob responsabilidade do Distrito Sanitário Especial Indígena Mato Grosso do Sul. Ele atende uma população de 70.032 indígenas, distribuídas em 8 etnias: Guarani, Kaiowá, Terena, Kinikinaw, Kadiwéu, Atikum, Ofaié e Guató (DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL DE SAÚDE INDÍGENA, 2014).

O DSEI-MS é subdividido em 14 Polos Base com sede nos municípios de: Aquidauana, Miranda, Bodoquena, Bonito, Amambai, Caarapó, Dourados, Iguatemi, Antonio João, Paranhos, Tacuru, Corumbá, Brasilândia e Sidrolândia. Eles são unidades administrativas onde se deslocam a EMSI que atendem a população sob jurisdição de seu respectivo território (DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL DE SAÚDE INDÍGENA, 2014).

O DSEI-MS implantou em 2004, o programa de DST/AIDS e Hepatites Virais, hoje chamado de programa de Saúde Sexual e Infecções Sexualmente Transmissíveis. A partir de então, a EMSI passou a realizar de forma específica as ações de promoção, educação em saúde e prevenção dessas doenças, que envolvem a distribuição de preservativos, confecção de material educativo culturalmente adequado e mais recentemente em 2012 a implantação dos testes rápidos para sífilis, HIV, hepatites B e C. O programa também é responsável pela busca ativa de pessoas com sinais e sintomas para sua avaliação e tratamento (DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL DE SAÚDE INDÍGENA, 2010; 2012a).

É responsável ainda por coordenar e orientar o serviço das EMSI no que diz respeito às ações de prevenção, diagnóstico, tratamento e acompanhamento das IST, além de realizar as análises epidemiológicas locais e definição de estratégias.

No que diz respeito à notificação de agravos e doenças, o Distrito Sanitário Especial Indígena de Mato Grosso do Sul (DSEI-MS) segue as listas definidas pela Portaria nº 204 de 17 de Fevereiro de 2016.

O fluxo da notificação inicia-se na aldeia a partir do diagnóstico ou suspeita de caso, seguido pelo preenchimento das Fichas do SINAN pelas Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) que atuam nas aldeias. Posteriormente, as Fichas são encaminhadas ao Polo Base de referência, que as consolida às demais e as envia para a Coordenação Municipal de Vigilância Epidemiológica do município em que se localiza a aldeia, para serem digitadas no SINAN (DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL DE SAÚDE INDÍGENA, 2013).

Simultaneamente, o registro quantitativo dos casos é realizado pelo Polo Base e inserido em um arquivo de Excel[®], localmente chamado de Consolidado Mensal, e enviado para a Divisão de Atenção à Saúde Indígena (DIASI) do DSEI-MS, onde todas as Áreas Técnicas, inclusive a de Saúde Sexual, analisam os dados recebidos (DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL DE SAÚDE INDÍGENA, 2013).

Cópias das Fichas do SINAN também são encaminhadas ao DSEI-MS, propiciando a comparação com os registros quantitativos do Consolidado Mensal. O encaminhamento dessas fichas para os dois serviços, Município e DSEI, assim como o seu respectivo registro, garantirá a qualidade das informações, diminuindo as possíveis subnotificações.

2.3 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS POVOS INDÍGENAS NO BRASIL

A população indígena do Brasil corresponde a 817 mil pessoas, divididas em 260 povos, falantes de 170 línguas identificadas (IBGE, 2012).

Historicamente o perfil morbi-mortalidade indígena no Brasil tem sido dominado pelas doenças infecciosas e parasitárias. É extensamente documentada a ocorrência de epidemias por doenças infecciosas durante o primeiro contato entre indígenas e europeus, como gripe e sarampo, que, em alguns casos provocaram o extermínio de aldeias inteiras, comprometendo a continuidade cultural de várias etnias indígenas (COIMBRA; SANTOS, 2001).

A tuberculose, por exemplo, foi uma das principais endemias que acometeu os povos indígenas do Brasil e ainda tem ampla distribuição entre indígenas. A relevância da malária na população indígena também é inquestionável, afetam grupos da Amazônia e no Centro-Oeste, associada especialmente a fluxos migratórios, atividades de mineração, garimpos e desmatamento. Também ocorrem elevadas taxas de morbidade e mortalidade por parasitoses intestinais (COIMBRA; SANTOS, 2001).

A Comissão Nacional sobre determinantes sociais da saúde (CNDSS) (2008; p. 123), afirma que:

O conhecimento do perfil epidemiológico em transição dos povos indígenas no Brasil, considerando a grande diversidade étnica que os caracteriza, reveste-se de suma importância para orientar a organização, planejamento e melhoria da qualidade dos serviços de saúde. Em geral, esses serviços encontram-se voltados para lidar

com determinados grupos de doenças, sobretudo as infecciosas e parasitárias, que, historicamente, têm (ou tiveram) maior peso na morbidade e mortalidade indígena (2008; p. 123)

O surgimento das doenças crônicas não transmissíveis em indígenas como obesidade, hipertensão arterial, diabetes mellitus e câncer está relacionado às modificações socioeconômicas, ambientais e culturais que impactam na forma de subsistência na dieta, no padrão de atividade física, dentre outros fatores (CNDSS, 2008).

Conforme Cardoso (2014) as doenças mais frequentes entre os povos indígenas são as doenças infecciosas e parasitárias, também do sistema respiratório, e os índices de desnutrição em crianças e mulheres indígenas continuam altos no Brasil. Isso demonstra que o modelo médico assistencial ainda não consegue dar conta das demandas e mesmo com as ações básicas em saúde para essas populações ainda persiste um cenário de doenças carenciais e de doenças infecto-parasitário.

A Organização Internacional do Trabalho declarou que o presente perfil epidemiológico dos povos indígenas está associado aos altos índices de pobreza, desemprego, analfabetismo, migração, exclusão social, falta de território, destruição do ecossistema, alterando a dinâmica de vida destes povos. Fatores herdados da colonização são determinantes agravados pelo racismo estrutural e a discriminação, tornando-os vulneráveis a problema de saúde (INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION, 2009).

2.4 A POPULAÇÃO INDÍGENA DE MATO GROSSO DO SUL

O Estado de Mato Grosso do Sul apresenta o segundo maior contingente de indígenas no Brasil, superado apenas pelo estado de Amazonas. São oito as principais etnias presentes no Mato Grosso do Sul: Guarani, Kaiowá, Terena, Kinikinaw, Kadiwéu, Atikum, Ofaié e Guató.

Mato Grosso do Sul tem se identificado no cenário nacional pelos conflitos por terra e outras formas de violência que assolam os povos indígenas. Com a população em crescimento demográfico e as terras reduzidas, os recursos naturais tornam-se escassos e insuficientes para manter as condições mínimas de reprodução material e cultural desses povos (BANDUCCI; URQUIZA, 2012).

Cada etnia possui suas próprias características socioculturais, linguísticas, demográficas, históricas e condições de vida. O perfil epidemiológico dos indígenas no Mato Grosso do Sul é marcado pela mortalidade por causas externas, principalmente homicídios e suicídios, frequente no povo Guarani. Destacam-se ainda os óbitos por desnutrição que teve grande repercussão na mídia. Entre os indígenas se destacaram as doenças do aparelho respiratório e as doenças infecto-parasitárias foram as mais frequentes no atendimento ambulatorial (KADAB; PÍCOLI; ARANTES; 2011).

Óbitos por doenças infecciosas e parasitárias são as causas mais importantes, ao passo que as doenças crônicas degenerativas apresentam poucos casos, tais resultados refletem a dinâmica da composição populacional durante longo período de tempo (FERREIRA; MATSUO; SOUZA, 2011).

O estudo sobre “Desigualdades sociais e tuberculose: análise segundo raça/cor, Mato Grosso do Sul”, apresentou a situação epidemiológica de Tuberculose no estado e revelou importantes desigualdades nas características relativas ao adoecimento. Das notificações entre 2001 e 2009, 15,6% eram de indígenas, a doença predominava em homens e maior concentração em adultos jovens (BASTA et al., 2013).

O quadro a seguir demonstra a população indígena de Mato Grosso do Sul, das oito etnias que vivem no estado, os Guarani Ñhandeva, os Guarani Kaiowá e os Terena são as mais numerosas, juntas compreendem 96% da população indígena do MS.

Quadro 4 – Caracterização demográfica dos povos indígenas do DSEI Mato Grosso do Sul.

Polo Base	Município da Aldeia	Aldeia	Total		
			Aldeia	Município da Aldeia	Polo Base
Amambaí	Amambaí	Amambaí	7.031	8.991	12.953
		Jaguari	358		
		Limão Verde	1.602		
	Aral Moreira	Guayviry	873	873	
		Guassuty			
	Coronel Sapucaia	Taquapery	3.089	3.089	
		Acampamento Kurusu Amba			
Antônio João	Antônio João	Campestre	609	1.121	
		Cerro Marangatu	512		
	Bela Vista	Pirakuá	495	495	
	Ponta Porã	Kokue-Y	160	472	
		Lima Campo	312		
Aquidauana	Anastácio	Aldeinha	398	398	
	Aquidauana	Água Branca	563	4.959	
		Bananal	1.109		

		Colônia Nova	143		
		Córrego Seco	162		
		Imbirussú	172		
		Lagoinha	571		
		Limão Verde	1.161		
		Morrinhos	300		
		Acampamento Esperança	42		
		Ypegue	736		
	Nioaque	Água Branca Nioaque	287	1.413	
		Brejão	537		
		Cabeceira	298		
Taboquinha		291			
Bodoquena	Porto Murтинho	Alves de Barros	839	968	968
		Campina	106		
		Córrego de Ouro	23		
Bonito	Porto Murтинho	Barro Preto	55	587	661
		São João	323		
		Tomásia	209		
	Guia Lopes da Laguna	Cerro Y	74	74	
Caarapó	Caarapó	Caarapó	4.694	4.849	6.290
		Guira-Roka	80		
		Pindoroky	75		
	Juti	Jarará	289	572	
		Taquara	283		
	Laguna Carapã	Guaimbé	445	869	
Rancho Jacaré		424			
Brasilândia	Brasilândia	Ofaié	105	105	105

Campo Grande	Campo Grande	Marçal de Souza	51	3.149	3.149	
		Urbanizado	3.029			
	Rochedo	Bálsamo	69			
Corumbá	Corumbá	Uberaba	165	165	165	
Dourados	Douradina	Acampamento Guyra Kamby	80	875	15.186	
		Acampamento Tekohara-Ita-Y	185			
		Panambi	610			
	Dourados	Dourados	Acampamento Ithaum	73		13.833
			Acampamento Picadinha	33		
			Acampamento Pakuriti	6		
			Acampamento Curral de Arame	7		
			Acampamento Mudas Ms	91		
			Acampamento Nhuverá	101		
			Acampamento Boqueirão	34		
			Bororó	6.341		
			Jaguapirú	6.753		
			Panambizinho	347		
	Rio Brilhante	Rio Brilhante	Acampamento Aroeira	155		155
			Acampamento Jhuicua			
			Acamp Nhanderu Laranjeira			
			Acampamento Sr. Wilson			
Maracaju	Maracaju	Sucuri	323	323		
Iguatemi	Eldorado	Cerrito	488	488	5.106	
	Japorã	Acampamento Yvy Katu	350	350		
		Porto Lindo	3.946	3.946		
	Iguatemi	Iguatemi	Acampamento Pyelito Kuê	151		151

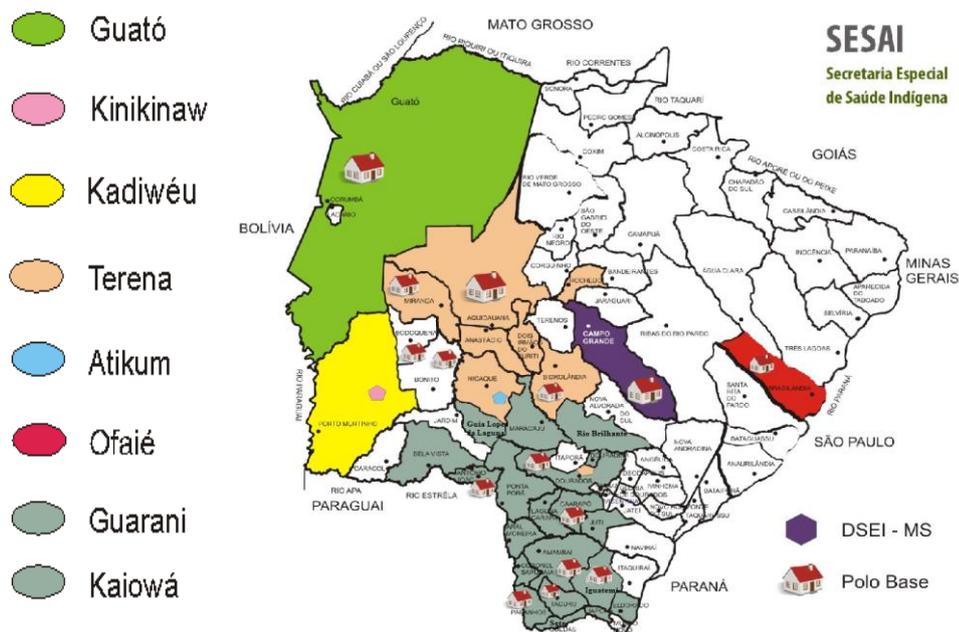
	Sete Quedas	Acampamento Sombreiro	171	171		
Miranda	Miranda	Argola	651	7357	7.357	
		Babaçu	620			
		Cachoeirinha	1.606			
		Lagoinha	137			
		Lalima	1.436			
		Acampamento Mãe Terra	222			
		Moreira	1.123			
		Morrinho	341			
		Passarinho	1.221			
Paranhos	Paranhos	Arroio Corá	537	4924	4.924	
		Paraguassú	761			
		Pirajuí	2.219			
		Potrero-Guassu	726			
		Sete Cerros	681			
		Acampamento Ypoy Yvakatu				
Sidrolândia	Dois Irmãos do Buriti	Água Azul	302	2.236	4.436	
		Barrerinho	107			
		Nova Buriti	256			
		Buriti	953			
		Olho D'água	212			
		Oliveira	155			
		Recanto	251			
	Sidrolândia	Sidrolândia	Córrego Do Meio	574		2.200
			Lagoinha	309		
			Acampamento 10 De Maio	64		
			Tereré	952		
		Nova Tereré	301			

Tacuru	Tacuru	Jaguapiré	912	3.023	3.023
		Sassoró	2.111		
15	31	99	73.181	73.181	73.181

Fonte: SIASI -SESAI/DSEI-MS (Janeiro A Junho/2014)

Conforme a figura 1 abaixo demonstra as diferenças de localização de terras indígenas das oito etnias do estado.

Figura 1. Mapa do DSEI Mato Grosso do Sul



Fonte: Sanitário Especial Indígena, 2014

2.4.1 Guarani e Kaiowá

O povo Guarani é o mais numeroso de Mato Grosso do Sul. No território brasileiro se encontram três subgrupos: os M'byá, os Kaiowá e os Ñandeva. Conforme Brand (2004), tais povos historicamente têm características semelhantes, no que se refere à distribuição, quantidade de famílias, organização social, econômica, política e religiosa. São núcleos de famílias autônomas, caracterizado pela constante mobilidade. Essa mobilidade constitui uma

estratégia de manejo ambiental, assim evitando esgotamento de recursos naturais, e também importante recurso para enfrentamento de conflitos internos.

A partir da década de 1950, acentuam-se empreendimentos agropecuários, que acentuaram o processo de desmatamento e de confinamento dos indígenas em áreas restritas. A perda territorial obrigou os povos indígenas a se acomodarem em espaços extremamente exíguos, para um continente populacional muito superior ao padrão de ocupação territorial conhecido pelo Kaiowá e Guarani (BRAND, 2004).

2.4.2 Terena

O povo Terena pertence ao do tronco linguístico Aruak, e vive atualmente em terras indígenas demarcadas pelo Serviço de Proteção ao Índio (SPI), nas primeiras décadas do século XX. Os índios Terena têm maior participação ativa nas instituições da sociedade nacional, como no caso de funcionários públicos e missionários indígenas (PEREIRA, 2007).

A inserção do Terena nas cidades, agregando sua cultura a cultura não-indígena, é uma característica que os permitiu conquistar espaço na política e no comércio, assim também se observa a presença de vereadores nas Câmaras do município que habitam (PEREIRA, 2009).

2.4.3 Kadiwéu

O povo Kadiwéu é conhecido como cavaleiros, por sua destreza na montaria. Lutaram pelo Brasil na guerra do Paraguai, razão pela qual tiveram suas terras reconhecidas. A terra indígena desse povo é a maior extensão territorial do estado (INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL, 2015).

Os Kadiwéus se tornaram conhecidos pela sua arte, em especial pela pintura corporal de riqueza e complexidade admiráveis que hoje em dia é aplicada em superfícies planas como couros e cerâmicas para decoração. Sua arte vem sendo utilizada para seu sustento, sendo vendida para turistas e visitantes (BITTAR, 2000).

2.4.4 Guató

São de família linguística de Guató, conhecido como índios canoieiros e assim considerados povos do pantanal. A região é diferente de todas as terras indígenas do estado, localizando-se numa ilha ao longo das margens do rio Paraguai. Na década de 1940 a 1950 foram expulsos de seu território, assim comprometendo a continuidade cultural e a diminuição da população indígena. Quanto às atividades produtivas da atualidade, os Guató pescam, caçam, coletam e praticam a agricultura (INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL, 2015).

O povo Guató é um dos povos remanescentes que sempre habitavam em terras sul-mato-grossenses, mantém contato com a sociedade desde o século XV, porém sem deixar seu modo peculiar e intimamente ligado a uma das maiores áreas da região do rio Paraguai (ESBRANA, 2010).

Segundo dados do DSEI-MS, a população total do povo Guató é de 165 indígenas, vivendo na aldeia Uberaba, município de Corumbá.

2.4.5 Ofaié

São classificados como da família Ofaié. No início do século XX eram milhares e habitavam a margem direita do rio Paraná. Na década de 90, suas terras foram ocupadas por pecuaristas, assim restaram poucos sobreviventes. No entanto hoje a terra indígena Ofaié-xavante é situada no município de Brasilândia, em que foi declarada de posse permanente dos indígenas (INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL, 2015).

Os Ofaié passaram praticamente invisíveis aos olhos da história mais ampla que procurou explicar a construção do estado de Mato Grosso do Sul. Os indígenas do povo Ofaié a ocuparam longo espaço no tempo e na história, existiram, resistiram e romperam com a lógica e a moral dos senhores baseada no mando, na força e violência (DUTRA, 2007).

2.4.6 Kinikinau

São de família linguística Aruak, semelhante ao Terena, vivem atualmente ao sudeste da reserva indígena Kadiwéu, município de Porto Murtinho, alguns também residem em outras aldeias de Mato Grosso do Sul. Por muito tempo se autodeclararam como Terena, no qual possuem características de vínculos históricos e culturais. Nos últimos anos, os Kinikinau vêm reivindicando a sua singularidade étnica e a reconquista de seu território tradicional (INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL, 2015).

São reconhecidos historicamente como índios laboriosos, grande agricultores elevam a importância da terra e através do seu trabalho e a convivência com o ciclo da natureza se torna o ciclo da vida (VILHALVA, 2004).

2.4.7 Atikum

Considerados caboclos da região de Pernambuco, reivindicaram seu território a partir da informação com seus parentes Tuxá. Foi reconhecido pelo SPI, assim criando novas reservas, como condição para o reconhecimento, SPI impôs a demonstração do ritual toré, assim atestando a consciência étnica. Os Atikum migraram do estado de Pernambuco, para o estado de Mato Grosso do Sul. Atualmente vive próxima a terra indígena da aldeia Brejão no município de Nioaque (INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL, 2015).

2.5 INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

Segundo Domingues et al. (2014) que realizaram a pesquisa de prevalência de sífilis na gestação e na testagem pré-natal no estudo “Nascer no Brasil”, a cobertura de assistência ao pré-natal alcança valores superiores a 90,0%. Sendo que as coberturas baixas foram observadas na região norte e entre mulheres de menor escolaridade e as indígenas, possivelmente decorrentes de barreiras de acesso geográficas, culturais e sociais. As gestantes sem assistência no pré-natal apresentaram a maior prevalência de sífilis na gestação.

Em relação à infecção pelo *T. pallidum* foram registrados pelo SINAN, no período de 2005 a 2014, 1.209 casos entre gestantes indígenas no Brasil, quanto à sífilis congênita foram 335 casos no período de 2007 a 2014 (BRASIL, 2015).

Para Carvalho, Cho e Flores (2011), existem poucos trabalhos publicados sobre IST em populações indígenas do Brasil. A dificuldade de levantamento dos dados é explicada, fundamentalmente, pelas dificuldades relativas à extensa área geográfica do País, dificultando o deslocamento, impedimentos culturais, e até mesmo poucos conhecimentos a respeito das comunidades indígenas.

No período de 2001 a 2005 foi observado o aumento do número de notificação das infecções sexualmente transmissíveis entre indígenas, no Mato Grosso do Sul, o que se pode atribuir à campanha de exames preventivos de câncer do colo uterino, no final de 2002, os profissionais atuantes em aldeias indígenas receberam capacitação de abordagem sindrômica em infecções sexualmente transmissíveis, no qual foram capacitados para diagnosticar e tratar as IST (FERRI; GOMES, 2011).

O principal objetivo da abordagem sindrômica, é facilitar a identificação de uma ou mais síndromes para então manejá-las de forma adequada. São elaborados por fluxogramas, assim conduzindo as decisões e ações que precisam ser tomadas, levando a condição ou condições que devam ser tratadas, tornando possível a assistência aos portadores de IST (MOHERDAUI, 2000).

No período de 2001 a 2014 foram identificados 103 casos de HIV em Mato Grosso do Sul. Foi observada uma expansão da infecção pelo HIV no período analisado com as taxas de incidência apresentando uma tendência crescente ao longo dos anos (2,0/100 mil em 2001 a 15/100 mil em 2014). As taxas de prevalência apresentaram aumento constante no período (2,0/100 mil em 2001 e 65,6/100 mil em 2015). A maior parte dos casos foi diagnosticada na faixa etária entre 20 a 39 anos (42,7%), do sexo feminino (59,2%), e da etnia Kaiowá (52,4%), com ensino fundamental incompleto (46,6%). Das mulheres, 49, 2% foram diagnosticadas durante o pré-natal. A região sul do estado concentra 78,6% dos casos registrados. Desses casos, 44,4% estão nas aldeias do polo base de Dourados. A autora constatou a baixa capacidade do Subsistema de atenção à saúde em realizar diagnóstico oportuno e tratamento precoce uma vez que na época do diagnóstico a maior parte dos pacientes já apresentava déficit imunológico, com rápida evolução para AIDS e também para o óbito (GRAEFF, 2015).

2.6 CONDUTA DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR DE SAÚDE INDÍGENA QUANTO À SÍFILIS

Os casos de sífilis nas aldeias indígenas de Mato Grosso do Sul, podem ser diagnosticados a partir do acompanhamento pré-natal nas gestantes ou a partir das consultas médicas, consultas de enfermagem, e as ações de testagem rápida realizadas nas unidades de saúde das aldeias. É importante afirmar que com a execução dos testes rápidos como triagem diagnóstica aumentou a cobertura de busca de casos (DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL DE SAÚDE INDÍGENA, 2013).

É recomendada a utilização apenas de teste rápido e tratamento imediato para as populações indígenas por serem de difícil acesso, se não houver disponibilidade de outros exames (BRASIL, 2015).

Os casos de Sífilis são tratados clinicamente segundo a definição de tratamento adequado do “Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis” do Ministério da Saúde, ou seja, gestante e parceiro tratados concomitantemente com mais de um mês de antecedência para o parto (BRASIL, 2015).

Quando as gestantes iniciam o pré-natal são realizados vários tipos de exames. Se confirmado o diagnóstico da sífilis, o tratamento do parceiro e a oferta de exames devem ser feita de forma imediata. Infelizmente, grande parte dos profissionais não se preocupa em envolver o parceiro durante a consulta do pré-natal sendo que seria um facilitador para que houvesse a adesão do tratamento do seu parceiro (SCHMEING, 2012).

2.7 SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS E NOTIFICAÇÃO

O Sistema de Informação de Agravos e Notificação (SINAN), desenvolvido na década de 90, tem como o objetivo a coleta e o processamento dos dados sobre agravos de notificação em todo território nacional (BRASIL, 2014). O SINAN é alimentado, principalmente, pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória (BRASIL, 2014).

O sistema fornece informações para a análise do perfil de morbidade e contribui, dessa forma, para tomada de decisões nos níveis municipal, estadual e federal. O SINAN é estruturado dentro de uma concepção norteada pela padronização de conceitos de definição de caso. A transmissão de dados é realizada a partir da organização hierárquica das esferas de governo. O acesso à base de dados gerados na rotina do Sistema Nacional de Vigilância é

fundamental tanto para conhecimentos do perfil epidemiológico como para a disseminação rápida dos dados e atuação da vigilância epidemiológica das diferentes esferas do Sistema Único de Saúde (SUS) (LAGUARDIA et al., 2004).

Apesar de ter sido implantando em 1993, somente em 1998 foi regulamentado e sua alimentação tornou-se obrigatória em todo território nacional. Tendo como objetivo coletar, transmitir e disseminar informações geradas por todas as unidades federativas auxiliando as ações da vigilância epidemiológica em todo o país (BRASIL, 2007).

O SINAN foi concebido, originalmente, para armazenar, a partir de instrumentos e códigos de acesso padronizados em nível nacional, as informações de doenças de notificação compulsória (ANEXO A), sendo permitidas às unidades federadas incluir notificações de outros agravos, adequando o sistema ao perfil epidemiológico de populações distintas (LAGUARDIA et al., 2004).

As fichas de alimentação do SINAN são preenchidas pelo profissional de saúde que diagnostica e acompanha as doenças notificáveis, que devem preencher todas as informações, inclusive as de raça/cor. Segundo Braz et al. (2013), o campo raça/cor nos sistemas de informação fornecem dados importantes, é um índice que pode melhorar no desempenho do SUS, para identificar as diferenças nas necessidades de saúde de grupos específicos, possibilitando o melhor acerto nas ações da situação real.

É importante destacar a relevância do campo cor/raça nos sistemas de informação da saúde, para o estudo do perfil epidemiológico dos diferentes grupos populacionais. A autodeclaração é única forma possível de atribuir as características de raça/cor aos dados de saúde (CEINFO, 2011).

2.8 SUBNOTIFICAÇÃO E IMPLICAÇÕES

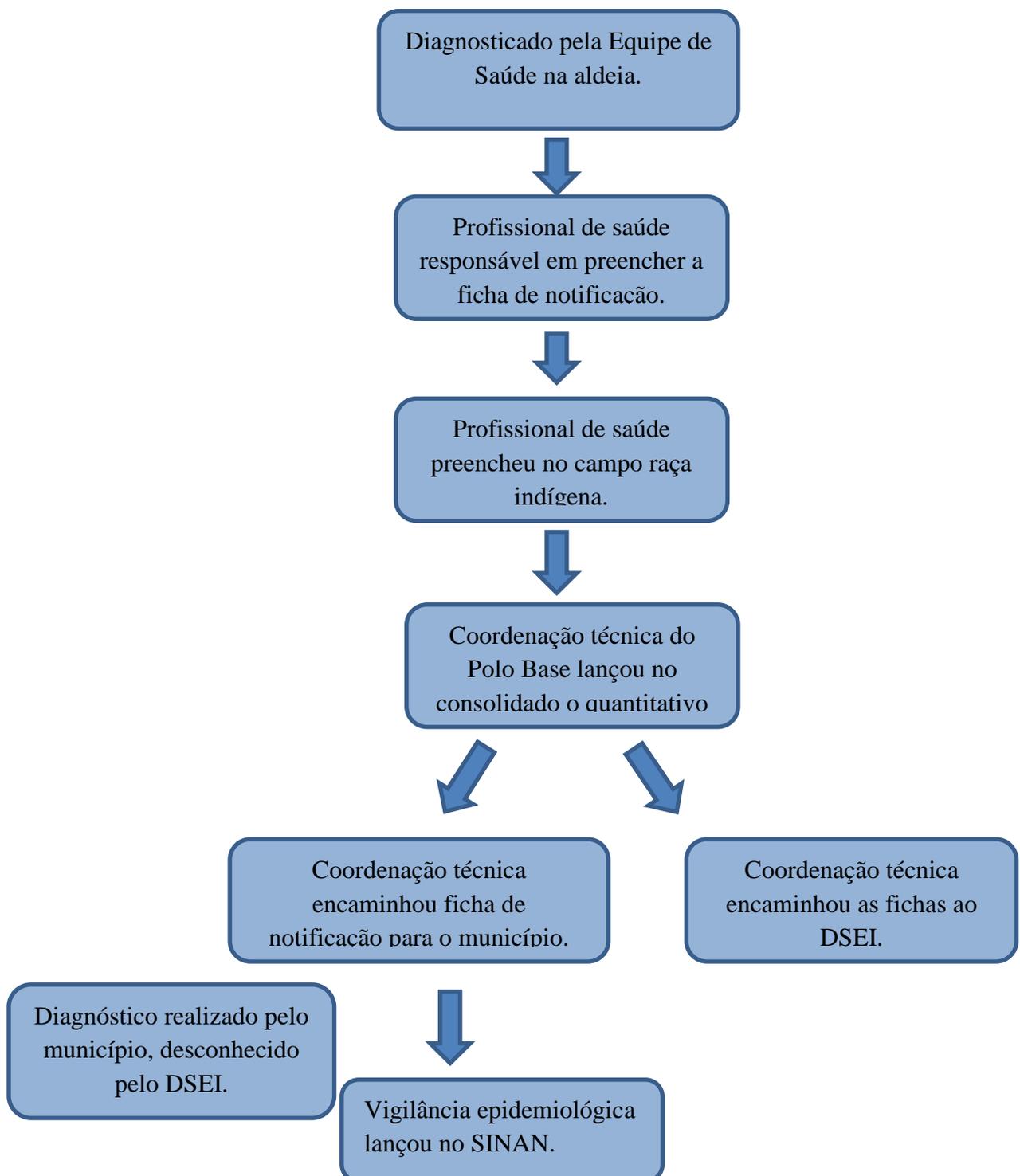
Os municípios são responsáveis por lançarem no SINAN as notificações de doenças e agravos notificáveis. São notificados anualmente 4,5 mil casos de sífilis congênita no Brasil, mas estima-se que o número exato seja muito maior, podendo chegar a 48 mil casos. A subnotificação de sífilis congênita é, portanto muito elevada e indica a magnitude deste problema, com grande impacto social, e gerando custos para o sistema de saúde do país (KOMKA; LAGO, 2007).

A sífilis congênita é uma causa de morbidade importante para criança e também para mortalidade perinatal. Na atenção primária quando acontece caso de sífilis em gestante, é o momento da ocorrência da notificação, investigação e tratamento (SARACENI; MIRANDA, 2012).

Alguns fatores podem estar relacionados a não notificação e à baixa qualidade da informação coletada que alimenta o Sistema de Informação e Agravos da Notificação. É comum a não notificação dos casos pelo profissional médico, especialmente nos atendimentos da rede privada (GONÇALVES et al., 2008). A capacitação tanto dos profissionais que trabalham com a vigilância epidemiológica como daqueles que trabalham na assistência poderia aumentar o entendimento e o compromisso destes profissionais sobre a importância da notificação dos agravos. Desta forma os dados gerados pelos sistemas de informação traduziriam o que acontece realmente nos serviços de saúde, facilitando o planejamento de ações de saúde a partir de uma situação real (SARACENI et al., 2005).

No caso dos povos indígenas de Mato Grosso do Sul, o programa de Saúde Sexual do DSEI MS tem observado uma incongruência de informações entre os registros de casos realizados pelas suas equipes de saúde e aqueles lançados no SINAN. Segundo informações apontadas pelo serviço.

2.9 FLUXOGRAMA DAS NOTIFICAÇÕES DE SÍFILIS OCORRIDAS NA POPULAÇÃO INDÍGENA





Vigilância epidemiológica
lançou no SINAN e marcou
campo raça/cor.

Para a organização da vigilância epidemiológica é importante considerar o fluxograma das seguintes etapas:

- Ocorre diagnóstico pela equipe de saúde da aldeia.
- O profissional de saúde é responsável por preencher a ficha de notificação e marcar o campo raça indígena.
- A coordenação técnica do Polo Base lança em planilha específica do consolidado o quantitativo de casos durante o mês. A coordenação técnica é responsável de encaminhar as fichas para o Distrito Sanitário Especial Indígena e também encaminhar à Secretaria municipal de saúde/vigilância epidemiológica do seu município.
- Acontecem casos de notificação diagnosticada pelo município, sendo desconhecida pelo DSEI.
- É de responsabilidade de a vigilância epidemiológica lançar as fichas de notificação no SINAN e marcar no campo raça indígena.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

- Realizar uma análise comparativa entre os dados do SINAN e do DSEI-MS em relação às notificações dos casos de sífilis em gestante, sífilis congênita e sífilis adquirida.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever as características sociodemográficas dos casos de sífilis congênita, sífilis em gestantes e sífilis adquirida registradas no programa de Saúde Sexual DSEI-MS e no SINAN.
- Identificar a existência de subnotificação de casos dessas doenças em indígenas do MS no DSEI-MS e no SINAN.
- Avaliar a porcentagem de casos de sífilis em gestante, sífilis congênita e sífilis adquirida subnotificados no SINAN e no programa de Saúde Sexual do DSEI-MS para o período de 2011 a 2014.
- Verificar o período gestacional em que ocorreu o diagnóstico nas gestantes notificadas com sífilis.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 MODELO DE ESTUDO

Estudo quantitativo, descritivo de corte retrospectivo. Os dados foram obtidos de duas fontes secundárias, uma a partir das notificações compulsórias fornecidas pelo banco de dados de Sistema de Informação de Agravos e Notificação (SINAN)/Coordenação da Secretaria do Estado de Saúde, e a outra fonte foi o banco de dados fornecido pela Coordenação Técnica do programa de Saúde Sexual do Distrito Sanitário Especial Indígena Mato Grosso do Sul.

4.2 LOCAL E PERÍODO DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada na Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul e no Distrito Sanitário Especial Indígena Mato Grosso do Sul, por meio da coleta de dados secundários referentes à indígenas diagnosticados com Sífilis Adquirida, Sífilis em Gestante e Sífilis Congênita.

As informações coletadas compreendem os anos de 2011 a 2014.

4.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO

A população de estudo foi a população indígena do Mato Grosso do Sul residentes em aldeias rurais.

4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Inclusão: todos os casos de sífilis em gestante, sífilis congênita, sífilis adquirida registrados nos Consolidados da Saúde Indígena do DSEI-MS e ou notificados no SINAN registrados no período de 2011 a 2014.

Exclusão: indígenas residentes nos centros urbanos, casos de recidiva, registros duplicados. Reingresso após abandono.

4.5 COLETA DE DADOS NO SINAN

Inicialmente foram identificados os municípios do Mato Grosso do Sul que têm população indígena, e posteriormente selecionadas as notificações de sífilis adquirida, sífilis em gestante e sífilis congênita pela variável raça/cor indígena ocorridas nestes municípios. Estas notificações foram organizadas em planilhas eletrônicas com identificação pessoal e com informações referentes ao sexo, data de nascimento, local de moradia.

4.6 COLETA DE DADOS NO DSEI-MS

Os dados referentes às doenças de interesse foram obtidos a partir de uma planilha eletrônica onde estão registradas as ocorrências de IST em cada aldeia, Polo Base, município de ocorrência, assim como as informações individuais sobre, sexo, data de nascimento, data do diagnóstico, data de notificação e tipo de doença. Esta planilha foi fornecida pela Coordenação Técnica de Saúde Sexual do DSEI-MS.

A partir da planilha foram selecionados os casos de sífilis em gestante, sífilis congênita e sífilis adquirida para o período de 2011 a 2014. Os casos foram organizados de acordo com ano de ocorrência, Polo Base e aldeia de moradia.

4.7 ANÁLISE DOS DADOS

Foi realizada uma análise da concordância entre as notificações oriundas das duas fontes secundárias de dados, quais sejam o SINAN e Programa de Saúde Sexual do Distrito Sanitário Especial Indígena do Mato Grosso do Sul.

Etapas realizadas para as comparações dos dados:

- A Gerência Técnica do SINAN filtrou as notificações da sífilis do banco de dados estadual pela variável raça/cor indígena, e as encaminhou ao DSEI-MS;
- No DSEI-MS foram excluídos os indígenas residentes de aldeias urbanas, permanecendo somente os residentes em aldeias rurais.
- Os casos de sífilis registrados no SINAN foram comparados nominalmente e pela data de nascimento como os casos registrados nos Consolidados do Programa de Saúde Sexual do DSEI-MS. Esta comparação foi realizada pela Coordenadora Técnica do Programa que tem acesso aos dados completos e pode fazer a comparação nominal do registro de casos notificados nas duas fontes de informação. A outra fase desta comparação foram a partir dos casos notificados, para cada uma das doenças analisadas, foram contabilizados em três categorias: aqueles registrados somente no DSEI, os registrados apenas no SINAN e os registrados nos dois sistemas. A soma das três categorias resulta no total de casos para o período.
- Os casos foram descritos em tabelas, analisados considerando a frequência de casos, Polo Base, aldeia, município, sexo, data de nascimento, data do diagnóstico, data de notificação e doença.

5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A pesquisa respeitou os preceitos éticos do Conselho Nacional de Saúde da Resolução Nº 466, de 12 de Dezembro de 2012. O projeto de pesquisa foi encaminhado ao CEP e CONEP e aprovado sob o número do parecer: 1.453.383/2016.

Também foi solicitada uma autorização à Secretaria do Estado de Saúde à Secretaria Especial de Saúde Indígena SESAI DSEI-MS, assim como uma autorização do Conselho Distrital de Saúde Indígena/CONDISI.

6 RESULTADOS

Na Tabela 1, estão distribuídos os casos de sífilis em gestante ocorridos no período de 2011 a 2014, entre indígenas. O total de casos de sífilis registrado foi de 316 casos entre a planilha do DSEI e notificações do SINAN, além de outros 27 casos incluídos apenas por registro quantitativo nos consolidados que os Polos Base encaminham ao DSEI, totalizando 343 casos. Os casos se concentraram na região Sul do estado onde predomina a etnia Guarani e Kaiowá. Dos 343 casos de sífilis registrados a maior porcentagem foi no Polo Base de Amambai com 158 casos (33,8%), em sua maioria na aldeia Amambai.

Tabela 1 - Número de casos de sífilis em gestantes indígenas assistidas pelo DSEI-MS distribuídos por Polo Base, aldeia, município, 2011-2014

Polo Base	Aldeia	Município	N	%
Amambai	Amambai	Amambai	116	33,8
	Taquapery	Coronel Sapucaia	20	5,8
	Limão Verde	Amambai	11	3,2
	Jagari	Amambai	2	0,6
	Jaraguary	Amambai	1	0,3
	Não especificada	Amambai	8	2,3
Iguatemi	Porto Lindo	Japorã	47	13,7
	Cerrito	Eldorado	4	1,2
	YvyKatu	Japorã	2	0,6
	Sombbrero	Sete Quedas	1	0,3
	Não especificada	Iguatemi	12	3,5
Dourados	Bororó	Dourados	17	5,0
	Jaguapirú	Dourados	9	2,6
	Laranjeira	Rio Brilhante	1	0,3
	Acamp. Boqueron	Dourados	1	0,3
	Não especificada	Dourados	1	0,3
Paranhos	Pirajui	Paranhos	11	3,2
	ProteroGuasú	Paranhos	5	1,5
	Paraguassú	Paranhos	4	1,2
	Arroio Corá	Paranhos	3	0,9
	Sete Cerros	Paranhos	1	0,3
	Não especificada	Paranhos	2	0,6
Caarapó	Tey Kue	Caarapó	14	4,1
	Rancho Jacaré	Laguna Carapã	2	0,6
	Guaimbe	Laguna Carapã	1	0,3
	GuaimbePery	Laguna Carapã	1	0,3
	Jarará	Juti	1	0,3
	Não especificada	Caarapó	1	0,3
Tacuru	Jaguapiré	Tacuru	8	2,3
	Sassoró	Tacuru	8	2,3
Aquidauana	Aldeinha	Anástacio	4	1,2
	Ipegue	Aquidauana	2	0,6
	Lagoinha	Aquidauana	1	0,3
	Brejão	Nioaque	1	0,3
	Não especificada	Aquidauana	2	0,6
Antonio João	Campestre	Antonio João	2	0,6
	Lima Campo	Ponta Porã	1	0,3
	Kokue-y	Ponta Porã	1	0,3

	Não especificada	Antonio João	1	0,3
Bonito	Tomázia	Porto Murinho	2	0,6
	São João	Porto Murinho	2	0,6
Miranda	Moreira	Miranda	2	0,6
	Babaçu	Miranda	1	0,3
Sidrolândia	Água Azul	Dois Irmãos Buriti	1	0,3
	Recanto	Dois Irmãos Buriti	1	0,3
	Não especificada	Não especificada	2	0,6
Bodoquena	Alves de Barro	Porto Murinho	1	0,3
	Não especificada	Bodoquena	1	0,3
Total			343	100 %

Fonte: SINAN e DSEI-MS, 2011 a 2014

Na tabela 2, estão distribuídos os casos sífilis adquirida por Polo Base, aldeia, município e sexo. No período foram observados 64 casos de sífilis adquirida, sendo 34 (53,1%) no sexo feminino e 30 (46,9%) no sexo masculino. A aldeia Amambai localizada no Polo Base e no município de Amambai apresenta o maior número de casos 18 casos (56,1%). Em seguida de Polo Base de Iguatemi, na aldeia Porto Lindo, município de Japorã, totalizando 10 (30,6%). Em outros Polos são menos de 8 casos.

Tabela 2 - Número absoluto e relativo dos casos sífilis adquirida na população indígena assistida pelo DSEI-MS, distribuídos por Polo Base, aldeia, município e sexo, 2011-2014

Polo Base	Aldeia	Município	M		F		Total	
			N	%	N	%	N	%
Amambai	Amambai	Amambai	8	26,7	10	29,4	18	28,1
	Taquapery	Coronel Sapucaia	1	3,3	1	2,9	2	3,1
Iguatemi	Porto Lindo	Japorã	3	10,0	7	20,6	10	15,6
	Acamp. Remanso	Japorã	0	0,0	1	2,9	1	1,6
	IvyKatu	Japorã	0	0,0	1	2,9	1	1,6
	Acamp. Sombreiro	Sete Quedas	0	0,0	1	2,9	1	1,6
Caarapó	Caarapó	Caarapó	6	20,0	1	2,9	7	10,9
	Jarará	Juti	0	0,0	1	2,9	1	1,6
Sidrolândia	Terére	Sidrolândia	1	3,3	2	5,9	3	4,7
	Buriti	Sidrolândia	1	3,3	0	0,0	1	1,6
	Água Azul	Dois Irmãos Buriti	0	0,0	2	5,9	2	3,1
Aquidauana	Ipegue	Aquidauana	2	6,7	0	0,0	2	3,1
	Corrego Seco	Aquidauana	1	3,3	1	2,9	2	3,1
	Água Branca	Aquidauana	0	0,0	1	2,9	1	1,6
Paranhos	Paraguassu	Paranhos	1	3,3	2	5,9	3	4,7
	Pirajuí	Paranhos	2	6,7	0	0,0	2	3,1
Tacuru	Sassoró	Tacuru	0	0,0	2	5,9	2	3,1
	Jaguapiré	Tacuru	1	3,3	0	0,0	1	1,6

Bonito	Tomázia	Porto Murtinho	2	6,7	0	0,0	2	3,1
Dourados	Não especificada	Dourados	0	0,0	1	2,9	1	1,6
Antonio João	Campestre	Antonio João	1	3,3	0	0,0	1	1,6
Total			30	46,9	34	53,1	64	100,0

Fonte: SINAN e DSEI-MS, 2011 a 2014.

A tabela 3 mostra a distribuição dos casos de sífilis congênita na população indígena assistidas pelo DSEI-MS período de 2011 a 2014. Foram registrados 66 casos, sendo que a maioria dos casos no polo de Amambai 39,4%, seguido pelo polo de Iguatemi com 24,2% dos casos.

Tabela 3 - Distribuição dos casos de sífilis congênita por Polo Base, aldeia e município, 2011-2014

Polo Base	Aldeia	Município	N	%	Total dos Polos	
					N	%
Amambai	Amambai	Amambai	18	27,3	26	39,4
	Limão Verde	Amambai	6	9,1		
	Taquapery	Coronel Sapucaia	2	3,0		
Iguatemi	Porto Lindo	Japorã	15	22,7	16	24,2
	Acamp. Sombrerito	Sete Quedas	1	1,5		
Dourados	Bororó	Dourados	5	7,6	6	9,1
	Jaguapirú	Dourados	1	1,5		
Tacuru	Jaguapiré	Tacuru	4	6,1	5	7,6
	Sassoró	Tacuru	1	1,5		
Caarapó	Caarapó	Caarapó	3	4,5	5	7,6
	Jarará	Juti	1	1,5		
	Guaimbe	Laguna Carapã	1	1,5		
Aquidauana	Ipegue	Aquidauana	1	1,5	3	4,5
	Aldeinha	Anastácio	1	1,5		
	Brejão	Nioaque	1	1,5		
Sidrolândia	Terére	Sidrolândia	1	1,5	2	3,0
	Recanto	Dois Irmãos Buriti	1	1,5		
Paranhos	Pirajuí	Paranhos	2	3,0	2	3,0
Bonito	Tomázia	Porto Murtinho	1	1,5	1	1,5
Total			66	100	66	100

Fonte: SINAN e DSEI-MS, 2011 a 2014.

Na tabela 4 estão expressas as taxas anuais de detecção de sífilis por mil nascidos vivos para o período de 2011 a 2014. As taxas variaram de 6,0 a 10,7 por mil nascidos vivos no período. Enquanto a taxa em sífilis em gestante variou de 40,3 a 45,5 por mil nascidos vivos no período.

Tabela 4 - Taxa anual de detecção de sífilis congênita e sífilis em gestante (por mil nascidos vivos) na população indígena assistida pelo DSEI-MS, 2011-2014

Ano	Nascidos vivos	Sífilis congênita	Taxa	Sífilis em Gestante	Taxa
2011	2.206	19	8,6	89	40,3
2012	1.992	12	6,0	86	43,2
2013	1.958	21	10,7	89	45,5
2014	1.922	17	8,8	79	41,1

Fonte: SINAN e DSEI-MS.

A tabela 5 apresenta a distribuição por faixa etária dos casos de sífilis em gestantes indígenas assistidas pelo DSEI-MS. A maior parte dos casos ocorreu na faixa etária de 20 a 29 anos que apresentou 209 gestantes (60,9%). Seguida de 30 a 39 anos com 56 casos (16,3%) e em 27 (7,9%) gestantes que foram dos quantitativos do consolidado não continham informação de faixa etária.

Tabela 5 - Distribuição por faixa etária dos casos de sífilis em gestantes indígenas assistidas pelo DSEI-MS, 2011-2014

Faixa etária	N	%
10-14	6	1,7
15-19	39	11,4
20-29	209	60,9
30-39	56	16,3

40-49	5	1,5
+50	1	0,3
Sem informação	27	7,9
Total	343	100

Fonte: SINAN e DSEI-MS, 2011 a 2014.

A tabela 6 contém a distribuição dos casos por faixa etária de sífilis adquirida que totalizou 64 casos, a maioria na faixa etária de 20 a 29 anos de idade, correspondendo ao sexo masculino 14 casos (46,7%) e ao sexo feminino 18 casos (52,9%).

Tabela 6 - Distribuição por faixa etária e sexo dos casos de sífilis adquirida em indígenas assistidas pelo DSEI-MS, 2011-2014

Faixa etária	Masculino (N)	%	Feminino (N)	%	Total
10-14	0	0	1	2,9	1
15-19	4	13,3	5	14,7	9
20-29	14	46,7	18	52,9	32
30-39	6	20,0	6	17,6	12
40-49	2	6,7	3	8,8	5
+50	4	13,3	1	2,9	5
Total	30	100	34	100	64

Fonte: SINAN e DSEI-MS, 2011 a 2014.

A tabela 7 apresenta o período gestacional do diagnóstico de sífilis em gestantes

Polo Base	Nº de casos registrados	Período gestacional de notificação									
		1º trimestre		2º trimestre		3º trimestre		Sem informação		Total com informação	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Amambai	115	36	33,0	56	51,4	17	15,6	6	5,2	109	94,8
Iguatemi	32	3	10,0	18	60,0	9	30,0	2	6,3	30	93,8
Dourados	16	4	30,8	6	46,2	3	23,1	3	18,8	13	81,3
Tacuru	12	1	9,1	5	45,5	5	45,5	1	8,3	11	91,7
Paranhos	4	0	0	4	100,0	0	0	0	0	4	100
Caarapó	19	4	21,1	11	57,9	4	21,1	0	0	19	100
Aquidauana	3	1	50,0	0	0	1	50,0	1	33,3	2	66,7
Sidrolândia	2	0	0	2	100,0	0	0	0	0	2	100
Miranda	2	1	50,0	1	50,0	0	0	0	0	2	100
Bodoquena	1	0	0	0	0	0	0	1	100	0	0
Bonito	1	0	0	1	100,0	0	0	0	0	1	100
Total	207	50	25,9	104	53,9	39	20,2	14	6,8	193	93,2

indígenas no DSEI-MS, de acordo com o trimestre em que ocorreu o registro.

Foram identificadas 207 cópias das fichas de notificação no DSEI-MS, onde destas, somente 193 (93,2%) fichas continham a informação sobre o trimestre da gestação, e 14 (6,8%) não continha essa informação.

Tabela 7 - Período gestacional de diagnóstico de sífilis em gestantes assistidas pelo DSEI-MS, 2011-2014

Fonte: DSEI-MS.

Na tabela 8 estão distribuídas o número de casos de sífilis notificados em cada uma das fontes de informação, assim como a porcentagem de notificação e subnotificação em relação ao total de casos ocorridos em cada ano. Em 2011, dos 89 casos de sífilis ocorridos nas aldeias do MS, 30 casos foram notificados apenas no DSEI, 47 casos nos dois sistemas e 12 casos apenas no SINAN. Portanto, dos 89 casos de sífilis em gestante, o DSEI notificou 77, o que corresponde a uma subnotificação de 13,5%. O SINAN registrou apenas 59 casos, o que corresponde a uma subnotificação de 33,7%. A subnotificação de sífilis adquirida no SINAN em 2011 chegou a 55,6% dos casos ocorridos.

Tabela 8 – Número de casos de sífilis registrados apenas no DSEI-MS, notificados somente no SINAN, presentes em ambas as fontes e suas subnotificações, 2011-2014

ANO	SÍFILIS	DSEI e				SINAN		TOTAL	SUB	
		DSEI	%	SINAN	%	%	%		SUBDSEI	SINAN
2011	Sífilis em gestante	30	33,7	47	52,8	12	13,5	89	13,5	33,7
	Sífilis adquirida	5	55,6	1	11,1	3	33,3	9	33,3	55,6
	Sífilis congênita	7	36,8	9	47,4	3	15,8	19	15,8	36,8
2012	Sífilis em gestante	38	50,0	22	28,9	16	21,1	76	21,1	50,0
	Sífilis adquirida	6	27,3	8	36,4	8	36,4	22	36,4	27,3
	Sífilis congênita	3	25,0	7	58,3	2	16,7	12	16,7	25,0
2013	Sífilis em gestante	32	44,4	24	33,3	16	22,2	72	22,2	44,4
	Sífilis adquirida	10	55,6	3	16,7	5	27,8	18	27,8	55,6
	Sífilis congênita	9	42,9	9	42,9	3	14,3	21	14,3	42,9
2014	Sífilis em gestante	45	57,0	30	38,0	4	5,1	79	5,1	57,0
	Sífilis adquirida	6	40,0	2	13,3	7	46,7	15	46,7	40,0
	Sífilis congênita	3	17,6	6	35,3	8	47,1	17	47,1	17,6

Fonte: SINAN e DSEI-MS, 2011 a 2014.

Em 2012 verifica-se que a subnotificação da sífilis adquirida foi menor no SINAN que no DSEI, correspondendo a 27,3% no SINAN e 36,4% no DSEI.

Em 2013 verifica-se que a subnotificação de todos os tipos de sífilis foi maior no SINAN, quando comparado às subnotificações do DSEI. No caso da sífilis adquirida o SINAN deixou de notificar 55,6% dos casos. Em relação à sífilis congênita o SINAN não registrou 42,9% dos casos. No DSEI a maior número de subnotificação foi da sífilis adquirida com 27,8% dos casos.

Em 2014, no DSEI, a subnotificação dos casos de sífilis em gestante foi bem pequena, correspondendo a 5,1% dos casos. Entretanto a porcentagem de subnotificação dos casos de sífilis adquirida e sífilis congênita foi de 46,7% e 47,1% respectivamente. Neste ano o SINAN deixou de notificar 57% dos casos de sífilis em gestante e 40% dos casos de sífilis adquirida.

A tabela 9 apresenta o número total de casos dos diferentes tipos de sífilis e os valores absolutos e relativos de notificação e subnotificação de casos distribuídos por Polo Base no período de 2011 a 2014. A maioria dos casos de subnotificação para todos os tipos de sífilis, tanto no DSEI quanto no SINAN ocorreram nos Polos Bases de Amambai, Iguatemi e Dourados.

Tabela 9 - Número de casos registrados no DSEI-MS, notificados no SINAN e porcentagens de notificação e subnotificação entre indígenas para cada uma das fontes de acordo com o Polo Base, a doença e o ano, 2011-2014

POLO BASE	TIPO DE SÍFILIS	DSEI		DSEI e SINAN		SINAN		TOTAL	SUB DSEI	SUB SINAN
		N	%	N	%	N	%	N	%	%
Amambai	Sífilis em gestante	106	69,7	32	21,1	14	9,2	152	9,2	69,7
	Sífilis adquirida	15	75,0	1	5,0	4	20,0	20	20,0	75,0
	Sífilis congênita	16	59,3	7	25,9	4	14,8	27	14,8	59,3
Iguatemi	Sífilis em gestante	5	9,3	42	77,8	7	13,0	54	13,0	9,3
	Sífilis adquirida	3	23,1	4	30,8	6	46,2	13	46,2	23,1
	Sífilis congênita	3	18,8	12	75,0	1	6,3	16	6,3	18,8
Dourados	Sífilis em gestante	15	51,7	12	41,4	2	6,9	29	6,9	51,7
	Sífilis adquirida	1	100	0	0	0	0	1	0	100
	Sífilis congênita	0	0	0	0	6	100	6	100	0
Tacuru	Sífilis em gestante	1	6,3	13	81,3	2	12,5	16	12,5	6,3
	Sífilis adquirida	0	0	2	66,7	1	33,3	3	33,3	0
	Sífilis congênita	0	0	5	100	0	0	5	0	0
Paranhos	Sífilis em gestante	5	20,8	5	20,8	14	58,3	24	58,3	20,8
	Sífilis adquirida	0	0	0	0	5	100	5	100	0
	Sífilis congênita	0	0	2	100	0	0	2	0	0
Caarapó	Sífilis em gestante	7	36,8	10	52,6	2	10,5	19	10,5	36,8
	Sífilis adquirida	3	37,5	5	62,5	0	0	8	0	37,5
	Sífilis congênita	2	40,0	2	40,0	1	20,0	5	20,0	40,0
Aquidauana	Sífilis em gestante	1	12,5	3	37,5	4	50,0	8	50,0	12,5
	Sífilis adquirida	0	0	2	40,0	3	60,0	5	60,0	0
	Sífilis congênita	1	25,0	2	50,0	1	25,0	4	25,0	25,0
Sidrolândia	Sífilis em gestante	1	50,0	1	50,0	0	0	2	0	50,0
	Sífilis adquirida	4	66,7	0	0	2	33,3	6	33,3	66,7
	Sífilis congênita	0	0	0	0	3	100	3	100	0
Bonito	Sífilis em gestante	1	25,0	1	25,0	2	50,0	4	50,0	25,0
	Sífilis adquirida	1	50,0	0	0	1	50,0	2	50,0	50,0
	Sífilis congênita	0	0	1	100,0	0	0	1	0	0
Antônio João	Sífilis em gestante	3	75,0	1	25,0	0	0	4	0	75,0

	Sífilis adquirida	0	0	0	0	1	100	1	100	0
	Sífilis congênita	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Miranda	Sífilis em gestante	0	0	2	66,7	1	33,3	3	33,3	0
	Sífilis adquirida	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Sífilis congênita	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Bodoquena	Sífilis em gestante	0	0	1	100	0	0	1	0	0
	Sífilis adquirida	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Sífilis congênita	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Fonte: SINAN e DSEI-MS, 2011 a 2014.

7 DISCUSSÃO

A sífilis é um grave problema de saúde pública entre a população indígena no Mato Grosso do Sul. Entre 2011 e 2014, o número de casos de sífilis em gestantes indígenas notificados no SINAN em todo o Brasil foi de 517 casos (BRASIL, 2015). No Mato Grosso do Sul, somando as notificações do SINAN com os registros do DSEI-MS o presente estudo verificou um total de 343 casos no mesmo período, indicando a possível existência de mais casos em diversas partes do Brasil que não foram contabilizadas pelo SINAN.

A maioria dos casos de sífilis adquirida, congênita e em gestantes notificados em indígenas do Mato Grosso do Sul ocorreu entre o povo Guarani Kaiowá. O Polo Base de Amambai concentrou a maioria dos casos, seguidos dos Polos Iguatemi e Dourados, todos na região sul do estado. Ferri e Gomes (2011), já apontavam que a grande parte das notificações de IST em indígenas no Mato Grosso do Sul concentrava-se na região sul do estado, entre a etnia Guarani e Kaiowá, principalmente nas aldeias próximas às cidades.

Em relação à Sífilis entre indígenas, os poucos estudos desenvolvidos no Mato Grosso do Sul indicam que as taxas de detecção da doença têm aumentado significativamente nos últimos anos principalmente na região sul do estado. O aumento do número de casos está associado à estruturação do Programa de Saúde Sexual e IST no Distrito Sanitário Especial Indígena do Mato Grosso do Sul (DSEI-MS) que aumentou a cobertura diagnóstica ao longo dos anos. Os dados do DSEI-MS e do SINAN e os poucos estudos desenvolvidos indicam que as IST e particularmente a Sífilis constituem um grave problema de saúde pública entre indígenas do Mato Grosso do Sul (CANDIDO, 2012; SANTOS, 2009; FERRI & GOMES, 2014; SANTOS, 2012).

A pesquisa realizada por Santos (2012) que avaliou as notificações do SINAN para casos de sífilis em gestantes no município de Amambai revelou um grande número de

notificações em mulheres indígenas no período de 2007 a 2010. Segundo a autora, é necessário que se realizem ações e estratégias que levem em consideração as particularidades culturais da população indígena local, assim como os determinantes sociais que afeta essa população. Menciona ainda que um possível fator que dificulta o trabalho de prevenção e controle da doença é a presença de aldeias em área de fronteira com o Paraguai, pois muitas vezes o fluxo desordenado de moradores das aldeias para o outro país pode influenciar o acompanhamento oferecido à gestante.

A sífilis, quando não tratada, é uma das ISTs que pode causar grandes danos à gestante e aos seus conceptos podendo provocar parto prematuro, morte intrauterina, morte neonatal ou sífilis congênita. Embora tenha tratamento eficaz e de baixo custo, com excelentes possibilidades de cura, ainda persiste como grave problema de saúde pública. A presença da infecção materna reflete na persistência de sífilis congênita, e devido à sua magnitude sequer pode ser chamada de evento sentinela, ou seja, prevenível, que poderia ser evitado por ações de saúde eficazes na atenção básica, realizadas na rotina do pré-natal (MAGALHÃES et al., 2011).

O problema da sífilis em gestantes indígenas no Mato Grosso do Sul é persistente. O estudo realizado por Candido (2012) sobre sífilis em gestantes na faixa de fronteira do Mato Grosso do Sul mostrou alta prevalência de gestantes indígenas que moravam na região de fronteira de Mato Grosso do Sul com Paraguai sendo que, 36,4% dos casos em 2007 eram em gestantes indígenas. Apesar do presente estudo ter observado uma pequena queda na incidência de sífilis em gestantes no período, ela ainda pode ser considerada alta uma vez que em 2014 foram registrados 79 novos casos.

Os dados do DSEI-MS indicam que em média 80% dos parceiros das gestantes notificadas foram tratados adequadamente no período do estudo, conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às pessoas com Infecção Sexualmente Transmissíveis do Ministério da Saúde que preconiza que o tratamento dos parceiros seja feito concomitantemente com o das gestantes e em até 30 dias para o parto (DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA, 2011; 2012; 2013).

A taxa de detecção de sífilis congênita na presente pesquisa apresentou a tendência de queda de 2011 para 2012 e no ano de 2013 correspondeu a 10,7 por mil nascidos vivos, foi a maior taxa no período de 4 anos. Nos últimos anos o DSEI-MS, a taxa foi superior de 6,0 por mil nascidos vivos. Isso demonstra que a gravidade de situação na Saúde Indígena se encontra superior a média nacional com segundo os dados do Ministério da Saúde com 4,7 por mil nascidos vivos em 2013 (BRASIL, 2015).

Quanto à taxa de detecção de sífilis em gestante em indígenas de Mato Grosso do Sul, a maior taxa foi registrada em 2013 com 45,5 por mil nascidos vivos e a menor taxa em 2011 com 40,3 por mil nascidos vivos. Demonstrando taxas elevadas quando comparadas à média nacional e a estadual que corresponderam a 7,4 por mil nascidos vivos em 2013, e a 16,7 por mil nascidos respectivamente (BRASIL, 2015).

A grande diferença entre o número de notificações de sífilis em gestante e a relação das notificações de sífilis adquirida aponta para a dificuldade dos serviços de atenção básica em contatar, tratar e notificar os parceiros das respectivas gestantes. Este é um fator preponderante na manutenção do círculo de transmissão da doença e na persistência dos elevados níveis de incidência de sífilis tanto em gestantes como em recém-nascidos (CAMPOS et al., 2012).

Dos 343 casos de sífilis em gestantes indígenas registrados, apenas 207 cópias das fichas de notificação estavam arquivadas no DSEI-MS. Vale ressaltar que o envio das fichas de notificação é obrigatório somente entre Polos e municípios, uma vez que os municípios são responsáveis por fazer a gestão do SINAN. O envio das mesmas ao DSEI-MS é facultativo e realizado a fim de qualificar e comparar as informações quantitativas que chegam até o mesmo.

Uma planilha em Excel, com variáveis descritivas de alguns dos campos contidos nas fichas do SINAN também é instrumento de trabalho da Coordenação Técnica do Programa de Saúde Sexual do DSEI-MS, essa sim de envio obrigatório entre Polos e DSEI-MS, que possibilitou a comparação entre SINAN e DSEI-MS.

A análise do período gestacional em que ocorreu o diagnóstico de sífilis nas gestantes registradas nas fichas de notificação demonstrou que a maioria dos casos são detectados tardiamente. Cerca de 74% dos diagnósticos de sífilis ocorreram a partir do segundo trimestre de gravidez (54% no segundo trimestre e 20% no terceiro trimestre). Esta situação não é muito diferente do que ocorre nacionalmente, os dados do SINAN de 2013 mostram que 31,3% das notificações ocorreram no segundo trimestre da gravidez e 36,3% no terceiro (BRASIL, 2015).

A distribuição dos casos notificados por faixa etária mostra que, a maior concentração dos casos (80%) ocorre em gestantes abaixo dos 30 anos de idade. A maior prevalência de casos nesta faixa etária também é observada em outros estudos e também nos dados do SINAN para todo o Brasil (RAMOS Jr et al., 2009; BRASIL, 2015).

A redução da incidência de sífilis em gestantes requer a qualificação da assistência ao pré-natal para garantir maior cobertura das consultas de pré-natal, o diagnóstico

e tratamento da sífilis ainda no primeiro trimestre da gravidez e também o tratamento dos parceiros. A identificação dos casos de sífilis em gestantes impacta diretamente na prevalência de casos de sífilis congênita (SÃO PAULO, 2011; SCHMEING, 2012).

Entre 2011 e 2014 foram notificados no SINAN 140 casos de sífilis congênita em indígenas no Brasil (BRASIL, 2015). Considerando as informações do banco estadual do SINAN e do DSEI-MS levantadas no presente estudo foi verificado que, no mesmo período, ocorreram 66 casos de sífilis congênita entre indígenas no Mato Grosso do Sul.

Dentre os casos notificados no Mato Grosso do Sul, o Polo de Amambai concentrou 39,4% dos casos, seguido de Iguatemi com 24,2%. A elevada prevalência de sífilis congênita na população indígena do Mato Grosso do Sul, especificamente nos Polos de Amambai e Iguatemi confirmam a fragilidade da atenção ao pré-natal das mulheres indígenas nesta região.

Estratégias para a redução da sífilis em gestantes e conseqüentemente da sífilis congênita envolvem reorganização dos serviços de atenção básica e de pré-natal e a garantia de insumos necessários para a realização de diagnóstico e tratamento dos casos (BRASIL, 2006; MAGALHÃES et al., 2011).

O presente estudo identificou 30 casos de sífilis adquirida no sexo masculino e 34 no sexo feminino no período de 2011 a 2014, a maioria dos casos nos Polos Base de Amambai e Iguatemi. Como destacado acima, a diferença entre o número de notificações de sífilis em gestante e sífilis adquirida indica uma grande quantidade de não notificação dos casos de sífilis adquirida nos parceiros das gestantes.

O estudo de Schmeing (2012), que avalia as práticas profissionais em relação à sífilis e ao pré-natal na rede pública de saúde e também na área indígena do município de Amambai relata que existe uma grande dificuldade em localizar e tratar os homens indígenas, por causa de sua longa permanência fora da aldeia trabalhando nas usinas alcooleiras.

A elevada ocorrência da Sífilis em indígenas no Mato Grosso do Sul pode estar relacionada há inúmeros fatores que determinam maior vulnerabilidade, principalmente dos Povos indígenas que habitam a Região Sul do estado, os Guarani e Kaiowá. A distribuição geográfica na área de fronteira entre Brasil e Paraguai, assim como a intensa mobilidade dos indígenas entre as aldeias é um fator que deve ser levado em consideração pois dificulta o acompanhamento dos pacientes, principalmente das mulheres indígenas durante a gravidez. O complexo e desfavorável cenário socioeconômico no qual os Guarani e Kaiowá estão inseridos também impacta fortemente sobre a vulnerabilidade epidemiológica destes povos às doenças infecto contagiosas. O processo de contato vivenciado pelos Povos indígenas do

Brasil e especificamente os do Mato Grosso do Sul foi extremamente devastador sob o ponto de vista da sustentabilidade econômica, social, ambiental e até mesmo cultural destes grupos. No Mato Grosso do Sul este processo resultou em perda dos territórios originais, concentração demográfica e desestruturação socioeconômica (BRAND, 1998; BRAND, PÍCOLI; 2006).

A busca ativa para tratamento dos parceiros é uma estratégia importante que deve ser considerada pelas equipes de saúde indígena para diminuir a prevalência de sífilis em todas suas variações. O envolvimento dos parceiros também impacta no tratamento adequado das gestantes e conseqüentemente na diminuição da transmissão vertical para os recém-nascidos (CAMPOS et al., 2012).

Um dos principais objetivos do presente estudo foi realizar uma análise comparativa entre os dados do SINAN e do DSEI-MS em relação às notificações dos casos de sífilis em gestante, sífilis congênita e sífilis adquirida. Quando comparados o número de casos de sífilis em gestantes notificados em cada uma das fontes de dados é possível verificar que a notificação no SINAN é muito menor do que a realizada pelo DSEI-MS.

A subnotificação de sífilis em gestantes no SINAN chega a 50% em 2012, 44,4% em 2013 e 57% em 2014. A quantidade de subnotificações de casos de sífilis adquirida é elevada nos dois sistemas, chegando a 46,7% em 2014 de subnotificação no DSEI-MS e 40% no SINAN em 2014. O SINAN apresentou uma maior quantidade de subnotificações de casos de sífilis congênita em relação ao DSEI entre 2011 e 2013, somente em 2014 que esta tendência de inverteu e o DSEI não registrou 47,1 % dos casos.

A análise comparativa entre as duas fontes de dados demonstra que as subnotificações ocorrem em ambas as fontes SINAN e DSEI-MS. O DSEI apresentou maior porcentagem de subnotificações de casos somente em 2012 e 2014 para casos de sífilis adquirida e em 2014 para sífilis congênita. As maiores porcentagens de subnotificação do SINAN ocorreram nos municípios de Amambai e Caarapó. E as maiores porcentagens de subnotificações no DSEI ocorreram nos Polos de Iguatemi e Paranhos.

O não registro dos casos pelo DSEI-MS não significa necessariamente que os mesmos não foram diagnosticados, tratados e seguidos pelos Polos Base, assim como o não registro no SINAN não significa que os Polos não tenham enviado as fichas aos municípios.

As subnotificações podem estar relacionadas às falhas no preenchimento das fichas que chegam incompletas aos municípios e portanto impedem a identificação correta do caso, ou podem estar relacionadas à interrupção do fluxo de informações durante o caminho que vai do diagnóstico na aldeia até seu destino final que é o SINAN e ou do DSEI-MS.

Segundo Saraceni et al. (2005) que avaliou a confiabilidade do SINAN a partir das campanhas para eliminação da sífilis congênita no município do Rio de Janeiro em 1999 e 2000, o percentual de campos não preenchidos ou ignorados nas fichas de notificação do SINAN é muito alto. A autora chama a atenção para a variável “raça/cor” da criança, que chegou a não ser preenchida em 100% dos casos. Esta é uma variável extremamente importante para definição de caso de sífilis congênita segundo raça/cor.

Conforme o Ministério da Saúde a subnotificação de casos de sífilis em gestante e sífilis congênita é mencionada como um dos principais problemas no controle da sífilis, pois sabe-se que os números informados, apesar de serem altos, estão abaixo da realidade indicando falhas no repasse de informações para sistema nacional de notificação (BRASIL, 2010).

A quantidade de subnotificações observadas neste estudo ocorridas no SINAN podem ser explicadas em boa parte por falhas no fluxograma de notificações entre as aldeias, DSEI e município. Segundo o relatório de Gestão do DSEI-MS (DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA, 2013), a quebra do fluxo pode ocorrer entre a aldeia, Polo Base e DSEI ou entre o Polo Base e o município. Também pode ocorrer da ficha de notificação chegar até o município e este simplesmente não digitá-la no SINAN. Existem, portanto diversas possibilidades de perda de informações durante a transferência dos dados.

Mesmo com as altas porcentagens de subnotificações dos casos de sífilis observadas no SINAN, os dados aqui apresentados mostram a gravidade do problema para a população indígena do Mato Grosso do Sul. As subnotificações dos casos tanto nos registros do DSEI como no SINAN encobrem a real dimensão e magnitude da infecção na população.

A análise dos casos de subnotificação de sífilis aqui apresentada só foi possível com a colaboração do DSEI-MS, especificamente da área técnica responsável pelo Programa Saúde Sexual. Esta colaboração permitiu identificar a magnitude das subnotificações e os municípios e Polos Base onde o problema ocorre de forma mais expressiva. Estas informações certamente terão reflexos na organização e planejamento do serviço e na adoção de estratégias adequadas para enfrentamento e prevenção da doença.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo avaliou a incidência e a distribuição dos casos de sífilis na população indígena que residem nas aldeias do Mato Grosso do Sul. Ao analisar duas fontes de dados distintas, o presente estudo conseguiu minimizar as perdas dos registros em cada uma das fontes separadamente e estimar a carga da doença na população e a magnitude das subnotificações nos dados do DSEI-MS e nos dados do SINAN de forma mais precisa.

As taxas de incidência da sífilis em gestantes e sífilis congênita é bastante alta em indígenas do Mato Grosso do Sul, chegam a ser o dobro daquelas verificadas para a população geral no mesmo período. A grande maioria dos casos de sífilis se concentram-na região Sul do estado, predominantemente entre as etnias Guarani Ñandeva e Guarani Kaiowá.

O SINAN apresentou taxas elevadas de subnotificação de sífilis entre indígenas no Mato Grosso do Sul. As subnotificações no SINAN foram bastante elevadas para sífilis em gestante e sífilis congênita, o que demonstra falhas na alimentação das informações pelos municípios que podem estar relacionadas à interrupção no fluxo de informações entre os Polos base e unidades notificadoras ou ao preenchimento incorreto das fichas de notificação.

As diferenças entre o número de casos registrados de sífilis em gestantes e sífilis adquirida mostra que o DSEI-MS não está notificando os casos de sífilis nos parceiros das gestantes. Levando em consideração a sífilis em gestantes e sífilis congênita, as subnotificações nos registros de caso do DSEI-MS superaram as do SINAN nos Polos de Iguatemi, Paranhos, Dourados, Tacuru, o que reforça a necessidade de acompanhamento e treinamento das equipes de saúde nestes Polos para tentar minimizar o problema.

Os resultados do presente estudo chama a atenção para a necessidade da capacitação e treinamento das equipes de saúde que atuam nas aldeias para diagnosticar, tratar e notificar adequadamente os casos de sífilis na população indígena do Mato Grosso do Sul. A elevada

subnotificação da doença no SINAN também aponta o estabelecimento de estratégias que facilitem o fluxo de informações entre aldeias e unidades notificadoras dos municípios, que garantam a correta alimentação do Sistema.

O presente estudo demonstrou que a sífilis constitui um grave problema de saúde pública entre os povos indígenas do Mato Grosso do Sul, principalmente entre os Guarani Ñhandeva e Guarani Kaiowá. As características epidemiológicas da doença na população, determinadas por fatores socioeconômicos e culturais específicos impõe desafios para organização e estruturação dos serviços de saúde para fortalecer a vigilância epidemiológica sífilis e diminuir a incidência da doença entre indígenas no Mato Grosso do Sul. Dentre os principais desafios destacam-se a sensibilização de gestores e trabalhadores sobre a gravidade do problema, a capacitação técnica das equipes de saúde que atuam nas aldeias e também nos municípios do estado e o desenvolvimento de ações de educação e promoção de saúde e prevenção das infecções sexualmente transmissíveis para diminuir a transmissão da doença na população.

9 RECOMENDAÇÕES

O presente estudo demonstrou que a sífilis constitui um grave problema de saúde pública entre os povos indígenas do Mato Grosso do Sul e que está sendo mascarado pelas subnotificações de casos. Recomenda-se, a partir dos resultados do presente estudo, a capacitação técnica das equipes de saúde que atuam nas aldeias e também nos municípios do Estado para informa-los a respeito da gravidade do problema, para fortalecer a vigilância epidemiológica da sífilis entre indígenas e diminuir as subnotificações de casos da doença. Além disso, faz-se necessário o desenvolvimento de ações de educação e promoção de saúde e de prevenção das infecções sexualmente transmissíveis para diminuir a transmissão da doença na população.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BANDUCCI, A. Jr; URQUIZA, A H. A. **Povos Indígenas e o Turismo em Mato Grosso do Sul: Descaso e Improviso**. Cadernos Leme. Vol4. Campina Grande: 2012.

BASTA, P. C.; MARQUES, M.; OLIVEIRA, R. L.; CUNHA, E. A. T.; RESENDES, A. P. C.; SANTOS, R. S. **Desigualdades sociais e a tuberculose: análise segundo raça/cor, Mato Grosso do Sul**. Revista de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro: 2013.

BITTAR, Y. **O estilo Kadiwéu**. São Paulo: 2000.

BRAND, A. **Os complexos caminhos de luta pela terra entre os Kaiowá e os Guarani no MS**. Ano 4. N 6. Pag. 137-150. Campo Grande: 2004. Disponível em: <ftp://neppi.ucdb.br/pub/tellus/tellus6/TL6_antonio_brand.pdf>. Acesso em 10 de Agosto de 2015.

BRAND AJ, PÍCOLI, RP. **Mortalidade Infantil entre os Kaiowá e Guarani no Mato Grosso do Sul. Povos Indígenas no Brasil**. 2001/2005. Inst Soc. 2006

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 204 de 17 de Fevereiro de 2016**. Brasília: 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral as Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis**. Brasília: 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **SESAI**: Secretaria Especial de Saúde Indígena. 2010. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/conheca-a-secretaria-sesai>>. Acesso em 12 de Janeiro 2016.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 1271. De 6 de Junho de 2014**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html>. Acesso em 10 de Outubro de 2015.

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico Sífilis**. Ano 1. Nº 1. Brasília: 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico Sífilis**. Ano IV. Nº 1. Brasília: 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Notificação de Agravos de Notificação – SINAN: Normas e Rotinas**. 2ed. Brasília: 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis**. 4 ed. Brasília: Programa Nacional de DST e Aids, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. Brasília 2 ed., 2002.
- BRAZ, R. M.; OLIVEIRA, P. T. R.; REIS, A. T.; MACHADO, N. M. S. **Avaliação da completude da variável raça/cor nos sistemas nacionais de informação em saúde para aferição da equidade étnico-racial em indicadores usados pelo Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde**. Saúde em Debate v. 37, n. 99, p. 554-562. Rio de Janeiro: 2013.
- CAMPOS, A.L.A.; ARAÚJO, M.A.L.; MELO,S.P.; ANDRADE, R.F.V.; GONÇALVES, M.L.C. **Sífilis em parturientes: aspectos relacionados ao parceiro sexual**. Instituto de pesquisa clínica Evandro Chagas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.
- CANDIDO, G. **Sífilis em gestantes na faixa de fronteira do Mato Grosso do Sul, 2007 a 2010**. Dissertação de Mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Rio de Janeiro: 2012.
- CARDOSO, M. D. **Saúde e povos indígenas no Brasil: notas sobre alguns temas equívocos na política atual**. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro: 2014.
- CARVALHO, N. S.; CHO, R.; FLORES; L. P. **DST em populações indígenas no Brasil – Análise Crítica e Revisão de Literatura**. UFPR, Paraná: 2011. Disponível em: <<http://www.dst.uff.br/revista23-3-2011/7.%20DST%20em%20Populacoes%20Indigenas%20no%20Brasil.pdf>>. Acesso em 13 de Setembro de 2014
- CEINFO. Coordenação de Epidemiologia e Informação. **Análise do quesito raça/cor a partir dos sistemas de informação do SUS**. Boletim Ceinfo. Ano VI, nº 5. São Paulo: 2011. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/publicacoes/Boletim_Raca_Cor.pdf>. Acesso em 20 de Setembro de 2014.
- CHIN, J. **Manual de Controle das Doenças Transmissíveis**. 17 ed. Porto Alegre: Artmed, 2002
- COIMBRA, C E. A. Jr; SANTOS, R. V. **Perfil Epidemiológico da População Indígena no Brasil: Considerações Gerais**. Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2001.
- Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). **As causas Sociais das Iniquidades em Saúde no Brasil. Relatório**. Abril: 2008.

DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA MATO GROSSO DO SUL. Secretaria Especial de Saúde Indígena. Ministério da Saúde. Sistema de Informação da Saúde Indígena. **Caracterização demográfica, étnico-cultural dos povos indígena do DSEI Mato Grosso do Sul em junho de 2014.** Campo Grande: Ministério da Saúde, 2014.

DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA MATO GROSSO DO SUL. Divisão de Atenção à Saúde Indígena. **Consolidado Mensal dos Polos Base.** Campo Grande; 2011.

DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA MATO GROSSO DO SUL. Divisão de Atenção à Saúde Indígena. **Consolidado Mensal dos Polos Base.** Campo Grande; 2012.

DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA MATO GROSSO DO SUL. Divisão de Atenção à Saúde Indígena. **Consolidado Mensal dos Polos Base.** Campo Grande; 2013.

DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA MATO GROSSO DO SUL. **Situação das DST/AIDS e das Referências para Atenção nos Serviços de Média e Alta Complexidade no Distrito Sanitário Especial Indígena Mato Grosso do Sul.** Campo Grande: 2013.

DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA DE MATO GROSSO DO SUL. Secretaria Especial de Saúde Indígena. Ministério da Saúde. **Relatório anual de Gestão DSEI/MS 2010.** Campo Grande: Ministério da Saúde, 2010.

DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA DE MATO GROSSO DO SUL. Secretaria Especial de Saúde Indígena. Ministério da Saúde. **Relatório da I capacitação para executores de teste rápido para HIV e sífilis.** Campo Grande: Ministério da Saúde, 2012a.

DOMINGUES, R. M. S. M.; SZWARCOWALD, C. L.; SOUZA Jr, P. R. B.; LEAL, M. C. **Prevalência de sífilis na gestação e testagem pré-natal: Estudo nascer no Brasil.** Revista de Saúde Pública, vol. 48. São Paulo: 2014.

DOMINGUES, R.M. S. M.; SARACENI, V.; Z, M. A. H.; LEAL, M. C. **Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal.** Revista de Saúde Pública. Rio de Janeiro: Fiocruz: 2013.

DUTRA, C. A. S. **O território Ofaié pelos caminhos da história.** Revista história e reflexão. Vol1. N.2. UFGD. Dourados: 2007.

ESBRANA, M. V. S. **A cultura indígena Guató em vídeos/documentários e filmes: abordagem histórico-cultural.** UFMS: 2010.

FERREIRA, M, E. V.; MATSUO, T.; SOUZA, R. K. T. **Aspectos demográficos e mortalidade das populações indígenas do estado de Mato Grosso do Sul, Brasil.** Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro: 2011.

FERRI, E. K.; GOMES, A. M.. **Doenças sexualmente transmissíveis e aids entre indígenas do Distrito Sanitário Especial Indígena do Mato Grosso do Sul de 2001 a 2005.** Saúde Coletiva, vol. 8, núm. 47. São Paulo: Bolina, 2011.

GONÇALVES, V. F.; KERR, L. R. F. S.; MOTA, R. M. S.; MOTA, J. M. A. **Estimativa de Subnotificação de casos de Aids em uma capital do Nordeste**. Revista Brasileira de Epidemiologia. Ceará: 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2008000300003>. Acesso em 10 de Outubro de 2015.

GRAEFF, S. V. B. **O vírus da Imunodeficiência Humana na população indígena do estado de Mato Grosso do Sul**. Dissertação de Mestrado. UFMS. Campo Grande: 2015.

HINRICHSEN, S. L. **DIP - Doenças Infecciosas e Parasitárias**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

Instituto Socioambiental. **Povos Indígenas no Brasil**. 2015. Disponível em: <<http://pib.socioambiental.org/pt>> Acesso em 12 de Agosto de 2015.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Os indígenas no censo demográfico 2010: primeiras considerações com base no quesito cor e raça**. Rio de Janeiro: 2012.

INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION. **Indigenous and tribal peoples' rights in practice**. A guideline to the convention n.196. Geneva: ILO, 2009. Disponível em: <http://pro169.org/res/materials/en/general_resources/IPsRightsInPractice-singlepages.pdf>. Acesso em: 12 de Outubro de 2015.

KADAB, J. F.; PÍCOLE, R. P.; ARANTES, R. In: GENIOLE, L. A. I.; KODJAOGLANIAN, V. L.; VIEIRA, C. C. A. (Org). **A Saúde da Família Indígena**. Módulo Optativo 2. Ed. UFMS. Fiocruz. Campo Grande: 2011.

KOMKA, M. R.; LAGO, E. G. **Sífilis congênita: Notificação e realidade**. Scientia Médica. V.17, n. 4. Porto Alegre: 2007

LANGUARDIA, J.; DOMINGUES, C. M. A.; CARVALHO, C.; LAUERMAN, C. R.; MACÁRIO, E.; GLATT, R. **Sistema de Informação de Agravos e Notificação (Sinan): desafios no desenvolvimento de um sistema de informação em saúde**. Epidemiologia e Serviços de Saúde 2004, pag. 135 – 147. Rio de Janeiro: 2004. Disponível em: <http://disciplinas.stoa.usp.br/pluginfile.php/7521/mod_resource/content/1/artigoSinan.pdf>. Acesso em 13 de Setembro de 2014.

MAGALHÃES, D. M. S.; KAWAGUCHI, I. A. L.; DIAS, A.; CALDERON, I. M. P. **Sífilis na gestação e sua influência na morbimortalidade materno-infantil**. Com. Ciências da Saúde. São Paulo: 2011

MOHERDAUI, F. **Abordagem Sindrômica das Doenças Sexualmente Transmissíveis**. Informe Técnico. DST: 2000. Disponível em: <<http://www.dst.uff.br/revista12-4-2000/06abordagensindromica.pdf>>. Acesso em 20 de Setembro de 2014.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Eliminação Mundial da Sífilis Congênita: fundamento Lógico e estratégia para ação**. 2008. Disponível em:

<http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789248595851_por.pdf>. Acesso em 13 de Outubro de 2014.

PEREIRA, L. M. ***Os Terena de Buriti: as formas organizacionais, territorialização da identidade étnica.*** Dourados: Editora da UFGD, 2009.

PEREIRA, L. M. A **Importância das noções de etiqueta e civilidade na constituição do ethos Terena e na transmissão do conhecimento entre gerações.** X Simpósio internacional processo civilizador. São Paulo: 2007. Disponível em <http://www.uel.br/grupo-estudo/processoscivilizadores/portugues/sitesanais/anais10/Artigos_PDF/Levi_Pereira.pdf>. Acesso em 12 de Agosto de 2015.

RAMOS, A.V.A.; JÚNIOR RAMOS A. N. R. **Transmissão Vertical de doenças: aspectos relativos ao vírus da Imunodeficiência Humana e ao Treponema Pallidum em Fortaleza, Ceará, Brasil.** Revista APS, v. 12, n. 2, P 194–203, Abr./Jun. 2009.

SANTOS, V. L. **Avaliação do grau de implementação do programa DST AIDS no Distrito Sanitário Especial Indígena de Mato Grosso do Sul – Distrito de Dourados.** Dissertação. 2009: Campo Grande: Fiocruz, 2009.

SANTOS, E. J. L. **Avaliação do SINAN para casos de Sífilis em gestantes no município de Amambai – MS no período de 2007 a 2010.** Dissertação de Mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro: 2012.

SÃO PAULO. Centro de Referência e Treinamento em DST/AIDS/ Programa Estadual Coordenadoria de Controle de Doenças. Informes Técnicos Institucionais. **Eliminação da transmissão vertical do HIV e da sífilis no Estado de São Paulo.** Revista de Saúde Pública: 2011.

SARACENI, V; MIRANDA, A. E. **Relação entre a cobertura da Estratégia de Saúde da Família e o diagnóstico de sífilis na gestação e sífilis congênita.** Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro: 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n3/09.pdf>>. Acesso em 13 de Agosto de 2015.

SARACENI, V.; VELLOZO, V.; LEAL, M. C.; HARTZ, Z. M. A. **Estudo de confiabilidade do SINAN a partir das campanhas para eliminação da sífilis congênita no município do Rio de Janeiro.** Revista Brasileira de Epidemiologia. Rio de Janeiro: 2005.

SCHMEING, L.M.B. **Sífilis e pré-natal na rede pública de saúde e na área indígena de Amambai/MS: conhecimento e prática dos profissionais.** Dissertação de mestrado. Fundação Osvaldo Cruz: 2012.

SONDA, E. C.; RICHTER, F. F.; BOSCHETTI, G.; CASASOLA, M. P.; KRUMEL, C. F.; MACHADO, C. P. H. **Sífilis congênita: uma revisão de Literatura.** Artigo de Revisão. Revista de Epidemiologia e Controle da Infecção. Ano III - Volume 3, Número 1, 2013.

TAYRA, A.; MATIDA, L. H.; SARACENI, V.; PAZ, L. C.; RAMOS, A. N. **Duas décadas de vigilância epidemiológica da sífilis congênita no Brasil: a propósito das definições de caso.** DST Doenças Sex. Transm. São Paulo: 2007.

VERONESI. **Tratado de Infectologia.** Editor científico Roberto Focaccia. São Paulo: Atheneu, 2005.

VILHALVA, S. **Kinikinau: valorizando a história e pedagogia de um povo.** Arara Azul: 2004. Disponível em: <http://editora-arara-azul.com.br/site/edicao/85>>. Acesso em 10 de Janeiro de 2015.

APÊNDICE A

Justificativa da Ausência do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Título: AVALIAÇÃO DAS NOTIFICAÇÕES DA SÍFILIS CONGÊNITA, SÍFILIS EM GESTANTE E SÍFILIS ADQUIRIDA NA POPULAÇÃO INDÍGENA DE MATO GROSSO DO SUL REALIZADAS NO SINAN E NO DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA.

Pesquisadora: Zuleica da Silva Tiago

Não será necessário o uso do TCLE. A pesquisa trata-se de um estudo quantitativo de coorte retrospectivo. Os dados serão obtidos de duas fontes secundárias, a partir das notificações compulsórias informadas ao Sistema de Informação e Agravos de Notificação (SINAN)/Coordenação da Secretaria do Estado de Saúde, e do Programa de Saúde Sexual do subsistema de atenção a saúde indígena, DSEI – MS. O período de análise será entre 2011 a 2014. Serão coletadas do SINAN as notificações de sífilis congênita, sífilis em gestantes e sífilis adquirida, nos municípios com população indígena Mato Grosso do Sul.

O Protocolo de Pesquisa será avaliado pelo Comitê de Ética e Pesquisa.

O Conselho Nacional de Saúde afirma que o TCLE não é necessário nos casos em que seja impossível registrar o consentimento livre e esclarecido (Res. CNS 196/96-IV.3.c).

Assumo a responsabilidade pelas informações apresentadas.

Assinatura, data

ANEXO A

Lista de Doenças e Agravos de Notificação Compulsória.

1. a. Acidente de trabalho com exposição a material biológico
- b. Acidente de trabalho: grave, fatal e em crianças e adolescentes
2. Acidente por animal peçonhento
3. Acidente por animal potencialmente transmissor da raiva
4. Botulismo
5. Cólera
6. Coqueluche
7. a. Dengue - Casos
- b. Dengue - Óbitos
8. Difteria
9. Doença de Chagas Aguda
10. Doença de Creutzfeldt-Jakob (DCJ)
- 11 a. Doença Invasiva por "Haemophilus Influenza"
- b. Doença Meningocócica e outras meningites
12. Doenças com suspeita de disseminação intencional: Antraz pneumônico Tularemia
Varíola

13. Doenças febris hemorrágicas emergentes/reemergentes: Arenavírus, Ebola, Marburg Lassa Febre purpúrica brasileira
14. a. Doença aguda pelo vírus Zika
- b. Doença aguda pelo vírus Zika em gestante
- c. Óbito com suspeita de doença pelo vírus Zika
15. Esquistossomose
16. Evento de Saúde Pública (ESP) que se constitua ameaça à saúde pública (ver definição no Art. 2º desta portaria)
17. Eventos adversos graves ou óbitos pós-vacinação
18. Febre Amarela
19. a. Febre de Chikungunya
- b. Febre de Chikungunya em áreas sem transmissão
- c. Óbito com suspeita de Febre de Chikungunya
20. Febre do Nilo Ocidental e outras arboviroses de importância em saúde pública
21. Febre Maculosa e outras Rickettsioses
22. Febre Tifoide
23. Hanseníase
24. Hantavirose
25. Hepatites virais
26. HIV/AIDS - Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana ou Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
27. Infecção pelo HIV em gestante, parturiente ou puérpera e Criança exposta ao risco de transmissão vertical do HIV
28. Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)
29. Influenza humana produzida por novo subtipo viral
30. Intoxicação Exógena (por substâncias químicas, incluindo agrotóxicos, gases tóxicos e metais pesados)
31. Leishmaniose Tegumentar Americana
32. Leishmaniose Visceral
33. Leptospirose
34. a. Malária na região amazônica

- b. Malária na região extra Amazônica
- 35. Óbito: Infantil Materno
- 36. Poliomielite por poliovirus selvagem
- 37. Peste
- 38. Raiva humana
- 39. Síndrome da Rubéola Congênita
- 40. Doenças Exantemáticas: Sarampo Rubéola
- 41. Sífilis: Adquirida Congênita Em gestante
- 42. Síndrome da Paralisia Flácida Aguda
- 43. Síndrome Respiratória Aguda Grave associada a Coronavírus SARS-CoV MERS- CoV
- 44. Tétano: Acidental Neonatal
- 45. Toxoplasmose gestacional e congênita
- 46. Tuberculose
- 47. Varicela - caso grave internado ou óbito
- 48. a. Violência doméstica e/ou outras violências
- b. Violência sexual e tentativa de suicídio

ANEXO B**AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE MATO GROSSO DO SUL PARA COLETA DE DADOS**

Serviço Público Federal
Ministério da Educação
Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul



Campo Grande, 28 de Novembro de 2014.

Senhor Secretário,

Considerando a aprovação do projeto intitulado: **Avaliação das notificações da sífilis congênita, sífilis em gestante e HIV/Aids na população indígena de Mato Grosso do Sul realizadas no SINAN e no Distrito Sanitário Especial Indígena**, no Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, venho solicitar autorização para que seja concedida coleta de dados junto aos servidores da Vigilância Epidemiológica/ Sistema de Informação de Agravos e Notificação. Para tanto preciso de sua autorização para obter informações referentes às notificações de sífilis congênita, sífilis em gestante e HIV/Aids em Indígenas do estado de Mato Grosso do Sul. Asseguro sigilo das informações em termos da garantia do anonimato dos sujeitos integrantes da pesquisa.

Para perguntas ou dúvidas referentes ao estudo ligue para (67) 96052519,
Zuleica da Silva Tiago

ANEXO C

AUTORIZAÇÃO DO CONSELHO DISTRITAL DE SAÚDE INDÍGENA-MS PARA COLETA DE DADOS



Serviço Público Federal
Ministério da Educação
Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul



Campo Grande, 04 de Dezembro de 2014.

Senhor Presidente do Conselho,

Considerando a aprovação do projeto intitulado: **Avaliação das notificações da sífilis congênita, sífilis em gestante e HIV/Aids na população indígena de Mato Grosso do Sul realizadas no SINAN e no Distrito Sanitário Especial Indígena**, no Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, venho solicitar autorização para que seja concedida coleta de dados junto à Coordenação do programa de Doenças Sexualmente Transmissíveis/Aids. Para tanto preciso de sua autorização para obter informações referentes às notificações de sífilis congênita, sífilis em gestante e HIV/Aids em Indígenas do estado de Mato Grosso do Sul. Asseguro sigilo das informações em termos da garantia do anonimato dos sujeitos integrantes da pesquisa.

Para perguntas ou dúvidas referentes ao estudo ligue para (67) 96052519, Zuleica da Silva Tiago.

Declaro e autorizo a realização deste estudo.

ANEXO D



MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria Especial de Saúde Indígena/Distrito Sanitário Especial Indígena
Rua Prof. Luiz Alexandre de Oliveira, 689, Royal Park, CEP: 79021-430
Fone: (67)3326-6885/Fax (67)3326-2677

CARTA DE AUTORIZAÇÃO PRÉVIA À PESQUISA

Eu, Hilário da Silva, Coordenador do Distrito Sanitário Especial Indígena de Mato Grosso do Sul – DSEI/MS tenho ciência e autorizo a realização da pesquisa de Pós-Graduação intitulada “**Avaliação das notificações das sífilis congênita, sífilis em gestante e HIV/Aids na população indígena de Mato Grosso do Sul realizadas no SINAN e no Distrito Sanitário Especial Indígena**”, sob a responsabilidade da pesquisadora Zuleica das Silva Tiago que a desenvolverá através da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – UFMS.

Para isto, serão disponibilizados a pesquisadora o uso do espaço físico do DSEI-MS, além do uso de banco de dados do Sistema de Informação da Saúde Indígena - SIASI, consolidados e outros documentos necessários à sua pesquisa.

Informo que se trata de autorização prévia, onde sua execução está condicionada à aprovação da referida pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMS e pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP.

Por fim, reitero que a pesquisa se condicionará a não expor os indígenas pesquisados e os profissionais do DSEI-MS, assim como não implicará qualquer ônus para o Distrito, e que o mesmo não deverá ser responsabilizado pelo desenvolvimento e execução da pesquisa.

Temos em que, concede Autorização Prévia.

Campo Grande, 26 de Dezembro de 2014.

ANEXO E

República Federativa do Brasil
Ministério da SaúdeSINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

N°

FICHA DE NOTIFICAÇÃO / INVESTIGAÇÃO SÍFILIS CONGÊNITA

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 seis meses de idade (exceto em situação de seguimento terapêutico); e/ou testes treponêmicos reagentes após 18 meses de idade; e/ou títulos em teste não treponêmico maiores do que os da mãe. Em caso de evidência sorológica 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 *Treponema pallidum* em placenta ou cordão umbilical e/ou amostra da lesão, biópsia ou necropsia de criança, aborto ou natimorto.

Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual		
	2	Agravado/doença		Código (CID10)	3 Data da Notificação	
	SÍFILIS CONGÊNITA		A 5 0.9			
	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	1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante	13 Raça/Cor	
	14	Escolaridade		1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 9 - Ignorado		
Dados de Residência	15	Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe		
	17 UF	18	Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito	
	20	Bairro		21	Logradouro (rua, avenida,...)	
	22	Número		23	Complemento (apto., casa, ...)	
	24	Geo campo 1		Código		
	25	Geo campo 2		26	Ponto de Referência	
	27	CEP				
	28 (DDD) Telefone	29	Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	30 País (se residente fora do Brasil)		
Dados Complementares						
31	Idade da mãe		32	Raça/cor da mãe	33	Ocupação da mãe

Ant. Epidem. da Criança	47 UF	48 Município de nascimento / aborto / natimorto	Código (IBGE)	49 Local de Nascimento (Maternidade/Hospital)	Código
Dados do Laboratório da Criança	50 Teste não treponêmico - Sangue Periférico	1-Reagente 2-Não reagente 3-Não realizado 9-Ignorado		51 Título	52 Data
	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 Liquórica	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
Dados Clínicos da Criança	62 Diagnóstico Clínico	1 - Assintomático 3 - Não se aplica 2 - Sintomático 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"/> Outro _____ <input type="checkbox"/> Rinite muco-sanguinolenta <input type="checkbox"/> Hepatomegalia <input type="checkbox"/> Lesões Cutâneas <input type="checkbox"/> Pseudoparalisia			
Tratamento	64 Esquema de tratamento 1 - Penicilina G cristalina 100.000 a 150.000 UI/Kg/dia - 10 dias 2 - Penicilina G procaina 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 ignorada.

7 - Anotar a data do diagnóstico ou da 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 do nascimento: deverá ser anotada em números correspondentes ao dia, mês e ano.

10 - Idade: anotar a idade somente se a data de nascimento for desconhecida.

40 - 50 - 55 - Sorologia não treponêmica: VDRL (Venereal Diseases Research Laboratory) e RPR (Rapid Plasma Reagin): indicados para a triagem e seguimento terapêutico.

43 - 53 - FTA-Abs (Fluorescent Treponemal Antibody-absorption), MHA-Tp (Microhemaglutination Treponema pallidum), TPHA (Treponema pallidum Hemagglutination), ELISA (Enzyme-Linked Immunosorbent Assay): indicados na confirmação diagnóstica e exclusão de resultados de testes não treponêmicos falsos positivos. Em crianças, menores 18 meses de idade, a performance dos testes treponêmicos pode não ser adequada para

definição diagnóstica.

ANEXO F

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		Código (CID10)	3 Data da Notificação
	SÍFILIS EM GESTANTE		O98.1	
	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 Raça/Cor
	1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	F - Feminino	1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional Ignorada 9- Ignorado	1- Branca 2- Preta 3- Amarela 4- Parda 5- Indígena 9- Ignorado
14 Escolaridade		15 Número do Cartão SUS		
0- Analfabeto 1- 1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2- 4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3- 5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4- Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5- Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6- Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7- Educação superior incompleta 8- Educação superior completa 9- Ignorado 10- Não se aplica		16 Nome da mãe		
Dados 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 do Caso				
Id. gestante	31 Ocupação			
	32 UF	33 Município de realização do Pré-Natal	Código (IBGE)	34 Unidade de realização do pré-natal: Código

ANEXO G

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE INVESTIGAÇÃO **SÍFILIS ADQUIRIDA**

Nº

CASO SUSPEITO DE SÍFILIS ADQUIRIDA: indivíduo com evidência clínica de sífilis e/ou sorologia não treponêmica reagente.
CASO CONFIRMADO DE SÍFILIS ADQUIRIDA: indivíduo com sorologia treponêmica reagente.

Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual		
	2	Agravado/doença		Código (CID10)	3 Data da Notificação	
	SÍFILIS ADQUIRIDA		A53.9			
	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	6	13 Raça/Cor	
	1- Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	<input type="checkbox"/>	6 - Não se aplica	1- Branca 2- Preta 3- Amarela 4- Parda 5- Indígena 9- Ignorado	
14	Escolaridade					
0- Analfabeto 1- 1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2- 4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3- 5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4- Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5- Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6- Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7- Educação superior incompleta 8- Educação superior completa 9- Ignorado 10- Não se aplica						
15	Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe			
Dados de Residência	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)	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
28	(DDD) Telefone		29	Zona	30 País (se residente fora do Brasil)	
				1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		
Dados Complementares do Caso						
Dados clínicos e epidemiológicos	31	Ocupação				
	32	Antecedente de sífilis		33 Se sim, o tratamento foi realizado?		
	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			
34	Comportamento Sexual					
1 - Relações sexuais com homens		2 - Relações sexuais com mulheres				
3 - Relações sexuais com homens e mulheres		9 - Ignorado				
Resultado dos Exames						

Observações adicionais

Investigador	Município/Unidade de Saúde	Cód. da Unid. de Saúde	
	Nome	Função	Assinatura

OBSERVAÇÕES:

Considera-se a data de notificação como sendo data de preenchimento da ficha de notificação e a data de diagnóstico como sendo a data da coleta de material para exame laboratorial ou da evidencia clínica.

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO: Nenhum campo deverá ficar em branco.

31 - Informar a ocupação do indivíduo no momento do diagnóstico. Refere-se à atividade exercida pelo paciente no setor formal, informal ou autônomo ou sua última atividade exercida quando paciente for desempregado. O ramo de atividade econômica do paciente refere-se às atividades econômicas desenvolvidas nos processos de produção do setor primário (agricultura e extrativismo); secundário (indústria) ou terciário (serviços e comércio).

32 - Informar se o paciente no passado já teve sífilis. O relato do paciente será considerado.

33 - Caso tenha antecedente, informar se o tratamento foi realizado.

34 - Informar o comportamento sexual.

35 - Teste de sorologia não treponêmica indicada para triagem (VDRL - Venereal Diseases Research Laboratory ou RPR - Rapid Plasma Reagin)

36 - Informar a titulação do teste VDRL ou RPR.

37 - Informar a data da coleta do teste

38 - FTA-Abs (Fluorescent Treponemal Antibody-absorption), MHA-Tp (Microhemagglutination Treponema pallidum Assay), TPHA (Treponema pallidum Hemagglutination Assay), ELISA (Enzyme-Linked Immunosorbent Assay), testes rápidos para diagnóstico de sífilis (testes imunocromatográficos).

39 - Registrar a classificação clínica para sífilis:

- 1 - sífilis primária - cancro duro;
- 2 - sífilis secundária – lesões cutâneo-mucosas (roséolas, sífilides papulosas, condiloma plano, alopecia);
- 3 - sífilis terciária – lesões cutâneo-mucosas (tubérculos ou gomas); alterações neurológicas (tabes dorsalis, demência); alterações cardiovasculares (aortite sífilítica, aneurisma aórtico); alterações articulares (artropatia de Charcot);
- 4 - sífilis latente - fase assintomática o diagnóstico apenas é obtido por meio de reações sorológicas.

40 - Esquema de tratamento:

- Sífilis primária: penicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, em dose única (1,2 milhão U.I. em cada glúteo).
- Sífilis secundária e latente recente: penicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, repetida após 1 semana. Dose total de 4,8 milhões U.I.
- Sífilis tardia (latente e terciária): penicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, semanal, por 3 semanas. Dose total de 7,2 milhões U.I.

41 - Informar a data do início do tratamento.

42 - Informe a classificação final do caso. Considera-se caso confirmado o indivíduo com sorologia treponêmica reagente. Somente considera-se

