



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
CAMPUS UNIVERSITÁRIO MINISTRO PETRÔNIO PORTELA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO SAÚDE DA MULHER

OZIRINA MARIA DA COSTA

ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL DAS GESTANTES COM SÍFILIS ASSISTIDAS PELA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM TERESINA-PI

TERESINA - PIAUÍ

2017

OZIRINA MARIA DA COSTA

**ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL DAS GESTANTES COM SÍFILIS ASSISTIDAS PELA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM TERESINA-PI**

Dissertação submetida à avaliação da
Banca Examinadora para obtenção do
título de Mestre em Saúde da Mulher.

Orientador: Prof. Dr. Anderson Nogueira
Mendes

TERESINA – PIAUÍ

2017

FICHA CATALOGRÁFICA
Universidade Federal do Piauí
Biblioteca Comunitária Jornalista Carlos Castello Branco
Divisão de Processos Técnicos

C837a Costa, Ozirina Maria da.
Assistência pré-natal das gestantes com sífilis
assistidas pela estratégia saúde da família em Teresina –
PI / Ozirina Maria da Costa. – 2017.
79 f.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do
Piauí, Programa de Pós-Graduação em Saúde da Mulher,
Teresina, 2017.

Orientação: Prof. Dr. Anderson Nogueira Mendes

1. Sífilis. 2. Pré-Natal – Cuidados. I. Título.

CDD 616.951 3

OZIRINA MARIA DA COSTA

**ASSISTÊNCIA PRÉ- NATAL DAS GESTANTES COM SÍFILIS ASSISTIDAS PELA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM TERESINA-PI.**

Dissertação submetida à avaliação da Banca
Examinadora para a obtenção do título de
mestre em Saúde da Mulher.

Orientador: Prof. Dr. Anderson Nogueira
Mendes

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Anderson Nogueira Mendes (Orientador)
(UFPI)

Profa. Dra. Lis Cardoso Marinho Medeiros
(UFPI)

Profa. Dra. Maria do Carmo de Carvalho e Martins
(CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPÍ)

Dedico este trabalho aos meus pais, ao meu esposo,
às minhas irmãs e aos meus filhos por fazerem parte
deste sonho que se transformou em realidade.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter me proporcionado a oportunidade de participar de um mestrado tão importante para minha qualificação pessoal e profissional.

Aos meus pais, pelo amor, amizade, disponibilidade e orgulho pelo alcance dos meus objetivos.

À minha irmã, Concita, pela amizade, ajuda incondicional seja nas questões literárias ou familiares.

Ao meu esposo Sérgio, pelo amor, companheirismo, pela ajuda na coleta de dados e com nossos filhos nos momentos de minha ausência.

Ao meu filho, José Victor, pela ajuda e palavras verdadeiras sempre que foram necessárias.

Ao meu filho, João Pedro, pelo companheirismo, ajuda técnica e pelo abraço a cada chegada após um dia de trabalho ou de estudo.

Ao meu filho, Francisco Leonardo, pela pureza e o abraço de todos os dias.

Aos amigos da Maternidade Dona Evangelina Rosa e da Fundação Municipal de Saúde pelo apoio.

Ao meu orientador Prof. Dr. Anderson Nogueira Mendes, pela disponibilidade, incentivo e por proporcionar reflexão sobre o processo de uma pesquisa.

À profa. Dra. Maria do Carmo de Carvalho e Martins, por ter concordado com o tema.

À profa. Lis Medeiros, pelo espírito empreendedor de vencer obstáculos e concretizar sonhos.

A todos os amigos mestrando, por termos caminhado juntos e unidos nessa trajetória de dois anos, um sendo alicerce para o outro.

RESUMO

A sífilis é uma infecção bacteriana, de caráter sistêmico, de fácil diagnóstico e curável. Tem como principal via de transmissão o contato sexual, seguida pela transmissão vertical, em que a doença pode ser transmitida ao feto, com graves implicações. Mesmo com todas as recomendações do Ministério da Saúde (MS), há um aumento do número de casos de sífilis congênita a cada ano. Diante desse aspecto, o presente estudo avaliou a assistência pré-natal prestada às gestantes diagnosticadas com sífilis atendidas pela Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de Teresina-PI. Foi realizado um estudo observacional com abordagem quantitativa descritiva. Foram analisados os dados do Sistema Nacional de Informação de Agravos de Notificação, prontuários da gestante e do recém-nascido (RN), formulário do Sistema de acompanhamento do programa de humanização no pré-natal e nascimento (SISPRENATAL), ficha de acolhimento e avaliação com classificação de risco, cartão da gestante e do RN de 62 mulheres diagnosticadas com Sífilis na gestação entre 2013 e 2015 em Teresina-PI. Quanto ao perfil sociodemográfico, a maioria das mulheres tinham em média 23 anos, eram procedentes da zona urbana do município, casadas ou em união estável, de cor parda, com sete anos de estudo em média. As mulheres analisadas realizaram o pré-natal com a equipe da ESF, sendo que a maioria realizou menos de seis consultas, número inferior ao preconizado pelo MS, e a maioria não estava cadastrada no SISPRENATAL. O diagnóstico foi realizado em 85,5% dos casos durante o pré-natal, com predomínio da forma clínica Sífilis Latente. Apenas 41,69% das mulheres realizou o 2º VDRL. Em 82,3% dos casos, o tratamento prescrito estava de acordo com as recomendações do MS, mas o parceiro foi tratado corretamente somente em 59,7% dos casos, porcentagem abaixo da preconizada. Quanto às condições de nascimento, houve um aborto, um óbito fetal e um óbito infantil. A maioria dos nascidos vivos nasceu à termo, com peso adequado para a idade gestacional. A metade dos nascidos vivos foi diagnosticada como sífilis congênita e, destes, 77,4% foram hospitalizados após o nascimento. Apesar da realização do pré-natal por essas gestantes, o presente estudo identificou falhas em alguns procedimentos que não foram realizados de acordo com o preconizado pelo MS. Essas falhas podem ter contribuído para o desfecho insatisfatório dos casos de sífilis, com o nascimento de crianças com sífilis congênita. A fim de minimizar o impacto negativo desse desfecho, uma cartilha socioeducativa foi criada para auxiliar na ação direta pré-natal. A cartilha teve como propósito promover a conscientização das gestantes quanto à problemática da doença e, assim, tentar reduzir o número de casos futuros de sífilis congênita, servindo como abordagem complementar àquela preconizada pelo MS.

Descritores: Sífilis, Sífilis Congênita, Cuidado Pré-Natal, Gravidez.

ABSTRACT

Syphilis is a bacterial infection, systemic in character, easy to diagnose and curable. Its main route of transmission is sexual contact, followed by vertical transmission, in which a disease can be transmitted to the fetus, with serious implications. Even with all the recommendations of the Ministry of Health (MH), there is an increase in the number of cases of congenital syphilis each year. Considering this aspect, the present study evaluated prenatal care provided to pregnant women diagnosed with syphilis, who were treated by the Family Health Strategy (FHS) in the city of Teresina-PI. An observational study with quantitative descriptive approach was carried out. The data of the National System of Information of Notification Diseases, records of the pregnant woman and the newborn, form of the Monitoring System of the prenatal and birth humanization program (SISPRENATAL), reception and evaluation form with risk classification, card of the pregnant woman and the newborn of 62 women diagnosed with syphilis during pregnancy between 2013 and 2015 in Teresina-PI. As for the sociodemographic profile, the majority of the women had a mean of 23 years, were from the urban area of the municipality, married or in a stable union, of brown color, with seven years of study on average. The women studied underwent prenatal care with the FHS team, with the majority having less than six visits, a number lower than that recommended by the MH, and the majority were not registered in SISPRENATAL. The diagnosis was made in 85.5% of the cases during the prenatal period, with a predominance of the clinical form Syphilis Latente. Only 41.69% of the women performed the 2nd VDRL. In 82.3% of the cases, the prescribed treatment was in accordance with the MH recommendations, but the partner was treated correctly only in 59.7% of the cases, percentage below recommended. As for the conditions of birth, there was an abortion, a fetal death and a child's death. The majority of live births were born at term, with weight appropriate for gestational age. Half of the live births were diagnosed as congenital syphilis, of which 77.4% were hospitalized after birth. Despite the prenatal accomplishment by these pregnant women, the present study identified flaws in some procedures that were not performed according to the recommended by the MH. These failures may have contributed to the unsatisfactory outcome of syphilis cases with the birth of children with congenital syphilis. In order to minimize the negative impact of this outcome, a socioeducative booklet was created to assist in prenatal direct action. The purpose of the booklet was to promote the awareness of pregnant women about the problem of the disease and, thus, to try to reduce the number of future cases of congenital syphilis, serving as complementary approach to that advocated by MH.

Descriptors: Syphilis, Congenital Syphilis, Prenatal Care, Pregnancy.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização socioeconômica das gestantes com diagnóstico de sífilis (n=62) estabelecido no período de 2013 a 2015. Teresina, PI, Brasil, 2017.....	28
Tabela 2 – Assistência prestada às gestantes com diagnóstico de sífilis (n=62) estabelecido no período de 2013 a 2015. Teresina, PI, Brasil, 2017.....	29
Tabela 3 – Dados sobre o tratamento da gestante com diagnóstico de sífilis e do seu parceiro (n=62) estabelecido no período de 2013 a 2015 Teresina, PI, Brasil, 2017.....	31
Tabela 4 – Dados referentes ao pré-natal das gestantes com diagnóstico de sífilis (n=62) estabelecido no período de 2013 a 2015. Teresina, PI, Brasil, 2017.....	32
Tabela 5 - Características Obstétricas das gestantes com diagnóstico de sífilis (n=62) estabelecido no período de 2013 a 2015. Teresina, PI, Brasil, 2017.....	33
Tabela 6 – Características Clínicas das gestantes com diagnóstico de sífilis (n=62) estabelecido no período de 2013 a 2015. Teresina, PI, Brasil, 2017.....	34
Tabela 7 – Exames realizados durante o pré-natal das gestantes com diagnóstico de sífilis (n=62) estabelecido no período de 2013 a 2015. Teresina, PI, Brasil, 2017.....	35
Tabela 8 – Situação vacinal das gestantes com diagnóstico de sífilis (n=62) estabelecido no período de 2013 a 2015. Teresina, PI, Brasil, 2017.....	36
Tabela 9 - Assistência aos recém-nascidos das gestantes com diagnóstico de sífilis (n=62) estabelecido no período de 2013 a 2015. Teresina, PI, Brasil, 2017.....	37
Tabela 10 - Associação entre o diagnóstico de sífilis congênita do recém-nascido e o tratamento concomitante da gestante e do seu parceiro estabelecido no período de 2013 a 2015. Teresina, PI, Brasil, 2017.....	38

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ELISA	Enzyme-Linked Immunosorbent Assay
EQL	Electrochemiluminescence
ESF	Estratratégia Saúde da Família
FTA – Abs	Fluorescent Treponemal Antibody – Absorption
HIV	Human Immunodeficiency Virus
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
RN	Recém-Nascido
RPR	Reagina Plasmática Rápida
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SISPRENATAL	Sistema de acompanhamento do programa de humanização no pré-natal e nascimento
TPHA	<i>Treponema pallidum</i> Haemagglutination Test
TRUST	Toluidine Red Unheated Serum Test
UBS	Unidade Básica de Saúde
VDRL	Venereal Disease Research Laboratory
WHO	World Health Organization
WR	Wasserman Reaction

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 OBJETIVOS	13
2.1 Geral	13
2.2 Específicos	13
3 REFERENCIAL TEÓRICO	14
3.1 Sífilis na gestante e Sífilis congênita	14
3.2 Assistência pré-natal.....	21
4 METODOLOGIA	24
4.1 Delineamento do estudo.....	24
4.2 Local e período do estudo.....	24
4.3 População e amostra	24
4.4 Instrumentos para coleta de dados	25
4.5 Procedimentos para análise de dados	25
4.6 Operacionalização do estudo	26
4.7 Aspectos éticos e legais	26
5 RESULTADOS	28
6 DISCUSSÃO	39
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	49
REFERÊNCIAS	50
APÊNDICES	55
APÊNDICE A - Formulário de coleta de dados.....	56
APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre de Esclarecimento.....	60
APÊNDICE C - Termo de Assentimento Livre e Esclarecido.....	62
APÊNDICE D – Carta de Encaminhamento de Projeto de Pesquisa.....	64
APÊNDICE E - Termo de Consentimento de Uso de Dados.....	65
APÊNDICE F - Cartilha Educativa.....	66
ANEXOS	74
ANEXO A - Declaracao de Autorização de Instituição Coparticipante.....	75
ANEXO B - Parecer Consubstanciado do CEP.....	76

1 INTRODUÇÃO

As Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) são causadas por mais de 30 agentes etiológicos (vírus, bactérias, fungos e protozoários), sendo principalmente transmitidas de uma pessoa a outra por contato sexual e, de forma eventual, por via sanguínea. A transmissão pode acontecer ainda, como consequência de uma IST, da mãe para a criança durante a gestação, o parto ou a amamentação (BRASIL, 2015a).

Segundo estimativas da *World Health Organization* (WHO, 2013), mais de um milhão de pessoas adquirem uma IST diariamente. Estima-se que 500 milhões de pessoas adquirem uma das IST curáveis, dentre elas a sífilis.

A sífilis é uma infecção bacteriana, de caráter sistêmico, curável e exclusiva do ser humano. Trata-se de uma doença da antiguidade, cujo agente etiológico foi descoberto em 1905, uma bactéria gram-negativa do grupo das espiroquetas denominada *Treponema pallidum*. Tem como principal via de transmissão o contato sexual, seguido pela transmissão vertical que ocorre quando a gestante com sífilis deixa de ser tratada ou é tratada inadequadamente a doença é transmitida ao feto, com graves implicações (BRASIL, 2015a).

Em gestantes, a sífilis pode ser transmitida para o feto (transmissão vertical), com mais frequência intra-útero (com taxa de transmissão de até 80%), o *T. pallidum* atravessa facilmente a placenta. A transmissão pode ocorrer em qualquer fase da gravidez. Apesar de também ser possível sua ocorrência na passagem do feto pelo canal do parto. A probabilidade da infecção fetal é influenciada pelo estágio da sífilis na mãe e pela duração da exposição fetal ao agente etiológico. Desta forma, a transmissão é maior quando a mulher apresenta sífilis primária ou secundária durante a gestação. A sífilis congênita provoca de 30-50% de morte intra-útero, ou de parto pré-termo e morte após o nascimento (BRASIL, 2015a; KINGSTON *et al.*, 2015).

A persistência da sífilis congênita como problema de saúde pública no Brasil está relacionada com desigualdades regionais e sociais no acesso das gestantes aos serviços de saúde, e também a outros descuidos na assistência pré-natal, tais como oportunidades perdidas no diagnóstico e tratamento (DOMINGUES *et al.*, 2014).

Um estudo transversal realizado no Rio de Janeiro, que tratou da qualidade da assistência pré-natal relacionado à sífilis congênita encontrou como lacunas na assistência das gestantes: início tardio do pré-natal e ausência de diagnóstico na gravidez e de tratamento dos parceiros (DOMINGUES *et al.*, 2013). Sabe-se que o acesso precoce ao diagnóstico e ao

tratamento adequado da sífilis nas gestantes são processos fundamentais para a prevenção da sífilis congênita, assim como o tratamento do parceiro.

De acordo com o Boletim Epidemiológico de Sífilis (2015), em 2013 foi observado um aumento considerável da notificação de sífilis em gestantes em relação ao ano de 2012, variando de 14,8% no Nordeste a 44,7% na região Sul. Esse aumento na notificação de casos no pré-natal pode estar relacionado ao fortalecimento dos serviços de pré-natal através da rede cegonha. No entanto, a maioria dos casos continua sendo detectada tardiamente.

Em 2011, no Reino Unido, cerca de uma mulher em 650 (0,15%) apresentou teste de rastreio pré-natal positivo. Destas, 46% tinham sido tratados de forma adequada para sífilis antes da concepção, 23% tinham testes falso-positivos e 21% foram diagnosticados e tratados para sífilis pela primeira vez durante aquela gestação (KINGSTON et al., 2015).

Em 2012, no Brasil, foi encontrada uma taxa de detecção de sífilis em gestante de cinco para 1.000 nascidos vivos; já em 2013, essa taxa chegou a 7,4 casos de sífilis em gestantes para cada 1.000 nascidos vivos. Quanto às unidades da federação, o Piauí foi o estado que apresentou o maior aumento da taxa de detecção de 2012 para 2013, que foi de 75,9% (BRASIL, 2012, 2015b).

A incidência de sífilis congênita, em 2013, apresentou uma taxa de 4,7 casos por 1.000 nascidos vivos no Brasil, sendo que a região Nordeste apresentou a maior incidência de casos, com 5,3 por 1.000 nascidos vivos (BRASIL, 2015b).

Conforme dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), os números de casos notificados de sífilis em gestantes residentes em Teresina foram de 28 casos em 2010, 35 casos em 2011, 69 em 2012, 118 em 2013, 94 em 2014 e 37 casos, em 2015 até o mês de maio, totalizando 381 casos de 2010 a maio de 2015. Já os números de casos de sífilis congênita notificados foram os seguintes: 15 casos em 2010, 25 casos em 2011, 43 casos em 2012, 76 casos em 2013, 95 casos em 2014, 71 casos em 2015, totalizando 325 casos (TERESINA, 2015).

A oferta da testagem para sífilis é obrigatória na primeira consulta pré-natal, e no terceiro trimestre de gestação, assim como as condutas de tratamento e acompanhamento das gestantes, conforme orientação do Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2013). Além disso, os profissionais de saúde são constantemente capacitados para orientar todas as gestantes acerca da doença, suas implicações, a importância da realização dos exames e adoção do tratamento adequado, incluindo seus parceiros sexuais, no entanto, há um aumento do número de casos de sífilis congênita a cada ano, como já explicitado anteriormente, indicando que devem estar ocorrendo falhas nessa assistência pré-natal.

Assim, pergunta-se: a assistência pré-natal de gestantes com sífilis atendidas na Estratégia Saúde da Família (ESF), no município de Teresina, contempla os critérios recomendado pelo MS de acesso ao diagnóstico, tratamento da gestante e do parceiro e acompanhamento até a resolução do parto, caracterizando-se como uma assistência efetiva e de qualidade?

2 OBJETIVOS

Geral

Avaliar a assistência pré-natal prestada às gestantes diagnosticadas com sífilis atendidas pela Estratégia Saúde da Família do município de Teresina-PI e propor medida socioeducativa para informação e controle da sífilis congênita.

Específicos

- Caracterizar as gestantes diagnosticadas com sífilis quanto aos aspectos socioeconômicos, clínicos e reprodutivos;
- Analisar a assistência prestada quanto à avaliação, diagnóstico e tratamento das gestantes com sífilis e parceiros;
- Identificar as condições e características dos recém-nascidos das gestantes com sífilis;
- Elaborar uma cartilha educativa sobre sífilis para gestantes atendidas na Estratégia Saúde da Família.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Sífilis na gestante e sífilis congênita

A sífilis é uma doença infectocontagiosa crônica, causada pelo *Treponema pallidum*, subespécie *pallidum*, bactéria espiroqueta que não se cora pela técnica de *Gram* e nem cresce em meio de cultivo artificial. Trata-se de um patógeno exclusivo do ser humano, sensível ao calor, a ambientes secos, a detergentes e antissépticos comuns (TAVARES; MARINHO, 2015).

A principal e mais importante via de transmissão da sífilis é a sexual (genital, oral e anal). O contágio por transfusão sanguínea é raro atualmente, devido à triagem rigorosa das bolsas de sangue, quanto à presença de agentes infecciosos, como o *T. pallidum*, e pelo pouco tempo de sobrevivência da bactéria fora do organismo humano, especialmente em baixas temperaturas, como as usadas para a conservação dessas bolsas. Ademais, o contágio por material perfurante contaminado acidental ou voluntariamente é factível. A sífilis pode ainda ser transmitida da mãe para o feto (intra-útero) ou pelo contato do concepto com as secreções maternas durante o parto (ADEGOKE e AKANNI, 2011; TAVARES e MARINHO, 2015).

A infecção pela bactéria causadora não confere imunidade protetora; isso significa que as pessoas poderão ser infectadas tantas vezes quantas forem expostas ao *T. pallidum*, já que não existe vacina contra a sífilis (BRASIL, 2016a).

Trata-se de uma doença de caráter universal sem predileção por raça ou sexo. A incidência da sífilis apresentou intenso declínio após a Segunda Guerra Mundial, mas ocorreu aumento do número de casos na década de 1960. Este fato está relacionado a vários fatores sociais e do comportamento humano, incluindo liberdade sexual, turismo sexual, uso de anticoncepcionais, homossexualismo entre outros (TAVARES; MARINHO, 2015).

A sífilis é uma das doenças sexualmente transmissíveis que mais causa danos às gestantes e seus conceptos. Embora tenha agente etiológico conhecido, modo de transmissão estabelecido, diagnóstico fácil e irrisório custo laboratorial e tratamento eficaz e de baixo custo, ainda persiste como um grave problema de saúde pública (MAGALHÃES *et al.*, 2011).

A sífilis pode ter evolução sistêmica desde sua fase inicial, podendo evoluir cronicamente com manifestações clínicas exuberantes ou discretas, entremeadas com períodos de silêncio clínico denominados de latências (TAVARES; MARINHO, 2015). Dessa forma, a maioria das pessoas com sífilis tende a não ter conhecimento da infecção, podendo transmitir aos seus contatos sexuais. Quando não tratada, a sífilis pode evoluir para formas mais graves,

costumando comprometer especialmente o sistema nervoso e o cardiovascular (BRASIL, 2015a).

O quadro clínico é variável com manifestações gerais e sinais de comprometimento simultâneo de múltiplos órgãos, como febre, icterícia, hepatoesplenomegalia, linfadenopatia generalizada e anemia, entre outros sinais (BRASIL, 2014a)

A sífilis adquirida pode ser classificada, pelo tempo de infecção e por suas manifestações clínicas. Segundo o tempo de infecção é classificada como sífilis adquirida recente (menos de um ano de evolução) e Sífilis adquirida tardia (mais de um ano de evolução) (BRASIL, 2015a).

De acordo com as manifestações clínicas, essa doença é classificada como sífilis primária, sífilis secundária, sífilis latente e sífilis terciária. A sífilis primária ocorre entre 10 a 90 dias após contato, em média três semanas, é caracterizada pelo cancro sífilítico na genitália, duro, indolor e linfadenopatia, geralmente três semanas após o contato. A lesão desaparece, sem cicatriz, em duas a seis semanas com ou sem tratamento (MONTENEGRO e REZENDE, 2015; BRASIL, 2015a).

Já a sífilis secundária manifesta-se seis semanas a seis meses após o contato, as lesões desaparecem sem cicatrizes em quatro a doze semanas, e caracteriza-se por lesões cutâneas mucosas sintomáticas, sintomas gerais como febre, mal-estar e perda de peso, que ocorrem em 50% dos pacientes; alguns apresentam ainda micropoliadenite, e pode haver envolvimento ocular, hepático e neurológico. A latente ou recente é assintomática, com testes imunológicos positivos (MONTENEGRO; REZENDE, 2015).

A sífilis latente tardia também é assintomática, com teste imunológico reagente. Sífilis terciária ocorre de dois a quarenta anos após contato, apresenta um quadro cutâneo destrutivo e formação de lesões granulomatosas (gomas sífilíticas) que podem ocorrer em qualquer órgão com acometimento cardiovascular, neurológico e ósseo (MONTENEGRO e REZENDE, 2015; BRASIL, 2015a).

A infectividade da sífilis por transmissão sexual é maior nos estágios iniciais (cerca de 60%), ou seja, nas fases primária, secundária e latente recente, reduzindo gradualmente com o passar do tempo na sífilis latente tardia e terciária. Isso ocorre devido à intensa multiplicação do patógeno e pela grande quantidade de treponemas nas lesões, comuns nas fases iniciais da infecção. Essas lesões são raras ou inexistentes por volta do segundo ano da infecção (BRASIL, 2015a).

A sífilis na gestação requer intervenção imediata, para que se reduza ao máximo a possibilidade de transmissão vertical (BRASIL, 2013). O *Treponema pallidum* acomete o

conceito em qualquer período da gestação e as manifestações clínicas estão relacionadas ao tempo da infecção materna, se anterior ou durante a gravidez, ao grau de imunidade adquirida pela gestante, a quantidade e virulência da bactéria e ao momento da transmissão da infecção ao feto (TAVARES; MARINHO, 2015).

Assim, a transmissão será maior nas fases iniciais da doença, quando há mais espiroquetas na circulação. A taxa de transmissão é de 70-100% nas fases primária e secundária, 40% na fase latente recente e 10% na latente tardia. Dessa forma, a transmissão é maior quando a mulher apresenta sífilis primária ou secundária durante a gestação. Podem existir consequências severas, como abortamento, partopré-terno, manifestações congênitas precoces ou tardias e/ou morte do conceito. Aproximadamente 50% das crianças infectadas estão assintomáticas ao nascimento (AVELLEIRA e BOTTINO, 2006; BRASIL, 2015a).

A sífilis congênita é um agravo de notificação compulsória no Brasil desde 1986, sendo considerada como um verdadeiro evento marcador da qualidade de assistência à saúde materno-fetal em razão da efetiva redução do risco de transmissão transplacentária, de sua relativa simplicidade diagnóstica e do fácil manejo clínico/terapêutico (BRASIL, 2013).

Quando a sífilis congênita manifesta-se antes dos dois primeiros anos de vida, é chamada sífilis congênita precoce e, quando após os dois anos, de sífilis congênita tardia. Os recém-nascidos podem apresentar no nascimento: exantema maculoso na face e extremidades, lesões bolhosas, *condiloma latum*, fissuras periorais e anais, rinite mucossangüinolenta. O conceito pode apresentar ainda: hepatoesplenomegalia, linfadenopatia, osteocondrite, periostite ou osteíte, anemia, hidropsia fetal (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).

Na doença tardia, as lesões são irreversíveis e o conceito pode apresentar: fronte olímpica, palato em ogiva, rágadesperiorais, tibia em sabre, dentes de *Hutchinson* e molares em formato de amora, ceratite, surdez e retardo mental (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).

Os testes utilizados para o diagnóstico da sífilis são divididos em duas categorias: exames diretos e testes imunológicos. Para a escolha dos testes, é importante considerar além dos testes disponíveis, o provável estágio da infecção. No início, quando ainda não houve tempo suficiente para a produção de anticorpos anti-*T. pallidum*, deve ser realizada a pesquisa direta do *T. pallidum*, pela microscopia de campo escuro (sensibilidade de 74% a 86%). Quando isso não é possível, a pesquisa do treponema pode ser realizada por imunofluorescência direta, exame de material corado e biópsias (BRASIL, 2015a).

Na microscopia de campo escuro, o material deve ser analisado imediatamente após a coleta da amostra, sendo levado ao microscópio com condensador de campo escuro, o que permite a visualização de *T. pallidum* ainda vivo e apresentando mobilidade. É o teste mais

eficiente para determinar o diagnóstico direto da sífilis e possui baixo custo (BRASIL, 2016a).

Os testes imunológicos são mais utilizados e dividem-se em treponêmicos e não treponêmicos (BRASIL, 2015a).

Os testes treponêmicos detectam anticorpos específicos produzidos contra os antígenos do *T. pallidum*, que são os primeiros a se tornarem reagentes, sendo importantes para a confirmação do diagnóstico. Na maioria das vezes, permanecem positivos mesmo após o tratamento, pelo resto da vida do paciente; por isso, não são indicados para o monitoramento da resposta ao tratamento (BRASIL, 2016). São exemplos de Testes treponêmicos (BRASIL, 2015a):

- Testes de hemaglutinação e aglutinação passiva (TPHA - *T. pallidum* Haemagglutination Test);
- Teste de imunofluorescência indireta (FTA-Abs- Fluorescent Treponemal Antibody-Absorption);
- Quimioluminescência (EQL - Electrochemiluminescence);
- Ensaio imunoenzimático indireto (ELISA - Enzyme-Linked Immunosorbent Assay).

A Portaria nº 77, de 12 de janeiro de 2012 regulamentou a realização de testes rápidos, na atenção básica, para a detecção de HIV (*human immunodeficiency virus*) e sífilis, no âmbito da atenção pré-natal para gestantes e suas parcerias, tendo como objetivo, a garantia do diagnóstico rápido e eficaz, com vistas ao melhor atendimento da população (BRASIL, 2012a).

Os testes rápidos (imunocromatográficos) são práticos e de fácil execução, com leitura do resultado em, no máximo, 30 minutos. Podem ser realizados com amostras de sangue total colhidas por punção venosa ou por punção digital (BRASIL, 2015a).

A revisão sistemática realizada por Rogozinska *et al.* (2016), enfatiza que os testes também podem dar um resultado positivo em várias outras doenças. Esses seriam considerados resultados falsos positivos e são preferidos a resultados falso negativos, assim há um maior benefício no tratamento excessivo de todos os pacientes com resultados positivos. Ao testar de forma antenatal para sífilis, imunocromatografia Testes como *DetermineTM* e *SD BioLineSyphilis 3.0* parecem ser opções aceitáveis, segundo essa revisão

sistemática que ainda sugere que em estudos futuros sejam realizadas comparações da precisão dos testes disponíveis.

Os testes não treponêmicos podem ser qualitativos ou quantitativos. Esses testes podem detectar anticorpos não específicos anticardiolipina para os antígenos do *T. pallidum*. O teste qualitativo indica a presença ou ausência de anticorpo na amostra, enquanto o teste quantitativo permite a titulação de anticorpos. Nesses casos, o resultado deve ser expresso em títulos (1:4, 1:8, 1:16, entre outros), sendo importante para o diagnóstico e monitoramento da resposta ao tratamento, em que, a queda do título é indicação de tratamento adequado (BRASIL, 2016a).

A reação de Wasserman (WR – *Wasserman Reaction*), a reagina plasmática rápida (RPR), o teste do Laboratório de Pesquisa de Doenças Venéreas (VDRL - *Venereal Disease Research Laboratory*) e o teste da toluidina vermelha com soro não aquecido (TRUST-*Toluidine Redunheated Serum Test*) são exemplos de testes não treponêmicos ou reaginas (OMS, 2015).

O mais utilizado é o VDRL que se baseia em uma suspensão antigênica composta por uma solução alcoólica contendo cardiolipina, colesterol e lecitina purificada e utiliza soroinativado como amostra. Se a infecção for detectada nas fases tardias da doença, são esperados títulos baixos (< 1:4), que podem persistir por meses ou anos. Nesses casos, sem registro de tratamento e sem data de infecção conhecida, a pessoa é considerada portadora de sífilis latente tardia, devendo ser adequadamente tratada (BRASIL, 2015a).

As amostras com títulos elevados podem apresentar resultados falso-negativos quando avaliadas sem uma diluição adicional (1:8 ou 1:16), devido ao “fenômeno prozona”, ou seja, falta de reatividade do teste realizado em uma amostra que, embora contenha anticorpos não-treponêmicos, apresenta resultado não reagente quando é testada sem diluir. Decorre da relação desproporcional entre as quantidades de antígenos e anticorpos presentes na reação não-treponêmica, gerando resultados falso-negativos (BRASIL, 2015a).

De acordo com o MS, para o diagnóstico de sífilis em gestante, podem ser utilizados os testes treponêmicos rápidos ou os testes treponêmicos convencionais (ELISA, FTA-Abs, TPHA, dentre outros) e os não treponêmicos (VDRL, RPR, TRUST, dentre outros). Toda gestante deve ser testada duas vezes para sífilis durante o pré-natal. Uma no primeiro trimestre de gravidez e a segunda no terceiro trimestre. A parceria sexual também deve ser testada. Além disso, é obrigatória, ainda, a realização de um teste, treponêmico ou não treponêmico, imediatamente após a internação para o parto na maternidade, ou em caso de abortamento (BRASIL, 2016a).

O uso de testes mais sensíveis e específicos para a sífilis melhorou o acesso ao diagnóstico dessa doença em locais com menos recursos e pode melhorar as estimativas globais de sífilis na gravidez e os resultados associados no futuro (HAM *et al.*, 2015).

Já para o diagnóstico da sífilis congênita, deve-se avaliar a história clínico-epidemiológica da mãe, realizar exame físico detalhado da criança e avaliar os resultados dos testes laboratoriais e dos exames radiológicos (BRASIL, 2016a).

Os exames laboratoriais para auxiliar o diagnóstico da sífilis congênita possuem particularidades de indicação e interpretação. Resultados reagentes em testes realizados em amostras de criança com menos de 18 meses devem ser sempre analisados juntamente com os resultados dos testes executados da mãe, pois deve-se considerar a possibilidade de transferência de anticorpos IgG maternos ao feto (BRASIL, 2016a).

Nos testes treponêmicos, um resultado negativo não exclui o diagnóstico de sífilis congênita. Um resultado reagente no teste não treponêmico em crianças com menos de 18 meses de idade só tem significado clínico se o título encontrado aumentar em duas diluições quando comparado ao título encontrado na amostra da mãe, e deve ser confirmado com uma segunda amostra que deverá ser coletada na criança (BRASIL, 2016a).

Todo teste deve ser realizado com o sangue do neonato, não sendo, portanto, indicada a utilização de amostra de sangue obtido do cordão umbilical. Nas situações em que a amostra do RN for não reagente, ou que o título encontrado na amostra do RN for menor ou igual ao título encontrado na amostra da mãe, o teste não treponêmico deve ser repetido após 1, 2, e 3 meses. Isso porque, caso ocorra a soroconversão ou detecção de aumento significativo de dois títulos ou mais, considera-se sífilis congênita. Uma segunda amostra deverá ser coletada da criança para repetição do teste e confirmação do diagnóstico. Na impossibilidade de ser feito o seguimento, o recém-nascido deve ser tratado (BRASIL, 2016a).

Em crianças maiores de 18 meses, o resultado de amostra reagente confirma a infecção. Crianças maiores de 18 meses que apresentem resultados não reagentes nos testes, não têm sífilis congênita; portanto, essa hipótese diagnóstica deve ser excluída. Em crianças que apresentem sinais clínicos da doença, a pesquisa direta do *T. pallidum* pode auxiliar no diagnóstico da sífilis congênita em amostras de material coletado de lesões cutâneo-mucosas ou de secreção nasal, ou ainda amostras de biópsia ou necropsia (BRASIL, 2016a).

Para definição do diagnóstico da sífilis congênita, também se recomenda que sejam realizados os exames complementares: hemograma, perfil hepático e eletrólitos; análise líquórica: células e proteínas; raios-X de ossos longos; avaliação oftalmológica e audiológica, além dos testes treponêmicos e não treponêmicos. (BRASIL, 2016a).

Dificuldades no rastreio e no diagnóstico da doença podem fazer com que a sífilis congênita seja negligenciada. Obstetras e pediatras devem reconhecer os sinais característicos, conhecer e aplicar os protocolos clínicos diagnosticar e tratar oportunamente esses casos (PATEL *et al.*, 2017).

A penicilina é o medicamento de escolha para o tratamento da sífilis, conforme recomendações apresentadas no quadro 1:

Quadro 1 - Recomendações para o tratamento da Sífilis.

Situação Clínica	Tratamento preconizado	Tratamento alternativo
Sífilis primária, sífilis secundária e latente recente (até um ano de duração)	Penicilina G benzatina, 2,4 milhões Unidades (UI), Intramuscular, (IM), dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo).	Doxiciclina 100 mg, Via Oral (VO), 2x/dia, por 15 dias (exceto para gestantes); Ceftriaxona 1g, IV ou IM, 1x/dia, por 8 a 10 dias para gestantes e não gestantes.
Sífilis latente tardia (mais de um ano de duração) ou latente com duração ignorada e sífilis terciária	Penicilina G benzatina, 2,4 milhões UI, IM, (1,2 milhão UI em cada glúteo), semanal, por três semanas. Dose total de 7,2 milhões UI.	Doxiciclina 100 mg, VO, 2x/dia, por 30 dias (exceto para gestantes); Ceftriaxona 1g, Intravenosa, (IV) ou IM, 1x/dia, por 8 a 10 dias para gestantes e não gestantes
Neurosífilis	Penicilina cristalina, 18-24 milhões UI/dia, IV, administrada em doses de 3-4 milhões UI, a cada 4 horas ou por infusão contínua, por 14 dias	Ceftriaxona 2 g, IV ou IM, 1x/dia, por 10 a 14 dias

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2015a.

No seguimento do paciente, os testes não treponêmicos devem ser realizados mensalmente nas gestantes. A ocorrência de diminuição dos títulos em torno de duas diluições em três meses, e três diluições em seis meses após a conclusão do tratamento indica sucesso terapêutico. A persistência de títulos baixos denomina-se cicatriz ou memória sorológica e pode durar anos ou a vida toda (BRASIL, 2015a).

Caso haja uma elevação de títulos em duas diluições ou mais (por exemplo, de 1:16 para 1:64), deve-se considerar a possibilidade de reinfecção ou reativação da infecção. Nesses casos, deve ser instituído um novo tratamento, estendido às parcerias sexuais, quando

necessário. Os testes treponêmicos não devem ser utilizados para o monitoramento da resposta ao tratamento (BRASIL, 2016a).

3.2 Assistência pré-natal

A presença de sífilis na gestante reflete uma falha na prevenção de ISTs e a persistência da doença congênita indica deficiência no pré-natal e assim, nas atividades básicas e de baixo custo necessárias à sua eliminação e que deveriam ser realizadas nas ações de rotina do cuidado na Atenção Básica (MAGALHÃES *et al.*, 2011).

A UBS constitui-se a porta de entrada preferencial da gestante no sistema de saúde. É o ponto de atenção estratégico para melhor acolher suas demandas, assegurando o vínculo entre gestante e equipe e um acompanhamento longitudinal e continuado, principalmente durante a gravidez (BRASIL, 2013).

A atividade de organizar as ações de saúde na Atenção Básica, orientadas pela integralidade do cuidado e em articulação com outros pontos de atenção, impõe a utilização de tecnologias que permitam integrar o trabalho das equipes das UBS (Unidade Básica de Saúde) com os profissionais dos demais serviços de saúde, para que possam contribuir com a solução dos problemas e que os usuários, principalmente as gestantes, consigam percorrer esse caminho de forma articulada e regulada (BRASIL, 2013).

A Atenção Básica é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização, próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada do sistema e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde e é considerada a coordenadora do cuidado (BRASIL, 2011b).

Para que a Atenção Básica consiga cumprir seu papel na Rede de Atenção à Saúde, é fundamental que a população reconheça que as UBS estão próximas a seu domicílio com agenda aberta para atender a população e podem resolver grande parte de suas necessidades em saúde (BRASIL, 2016a).

No contexto da assistência integral à saúde da mulher, a assistência pré-natal deve ser organizada para atender às reais necessidades das gestantes, mediante a utilização dos conhecimentos técnico-científicos existentes e dos recursos disponíveis mais adequados para cada caso. As ações de saúde devem estar voltadas para a cobertura de toda a população-alvo da área de abrangência da unidade de saúde assegurando continuidade no atendimento, no acompanhamento e na avaliação do impacto destas ações sobre a saúde materna e perinatal (BRASIL, 2013).

Dentre os 10 Passos para o Pré-Natal de Qualidade na Atenção Básica, é importante destacar o primeiro e terceiro passos, que são respectivamente: o início do pré-natal na Atenção Primária à Saúde até a 12ª semana de gestação; e toda gestante deve ter assegurado a solicitação, realização e avaliação em tempo oportuno do resultado dos exames preconizados no atendimento pré-natal (BRASIL, 2013).

Para uma assistência pré-natal efetiva, deve-se procurar garantir dentre outras ações: Identificação de todas as gestantes do território e o início precoce do acompanhamento pré-natal, garantir a possibilidade de que as mulheres realizem o teste de gravidez na unidade de saúde; realização do cadastro da gestante, após confirmada a gravidez, através do preenchimento da ficha de cadastramento do SISPRENATAL ou diretamente no sistema, fornecendo e preenchendo o Cartão da Gestante; com acompanhamento periódico, para assegurar seu seguimento durante toda a gestação e a realização de práticas educativas (BRASIL, 2013).

Dessa forma, é essencial a construção de vínculos entre o profissional de saúde e a gestante para que isso se reverbera em uma interação construída com base na confiança e no respeito, o que resulta em uma assistência pré-natal de qualidade, sendo necessária a realização de atividades de educação em saúde e orientações durante o pré-natal no intuito de estimular o cuidado e a promoção da saúde materna e neonatal (MARTINS, 2014).

Deve-se, ainda, garantir busca ativa das gestantes faltosas ao pré-natal e à consulta na primeira semana após o parto; além de registro das informações em prontuário, no Cartão da Gestante e no SISPRENATAL, abordando a história clínica perinatal, as intercorrências e as urgências/emergências que requeiram avaliação hospitalar (BRASIL, 2013).

Assim, o objetivo do acompanhamento pré-natal é proporcionar o desenvolvimento de uma gestação, sem impacto para a saúde materna, inclusive abordando aspectos psicossociais e as atividades educativas e preventivas permitindo, assim, o parto de um recém-nascido saudável e sem intercorrências (BRASIL, 2013).

Os cuidados assistenciais no primeiro trimestre são utilizados como um indicador maior da qualidade dos cuidados maternos. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o número adequado de consulta de pré-natal seria igual ou superior a 6 (seis) deve-se ter atenção especial às grávidas com maiores riscos.

As consultas deverão ser mensais até a 28ª semana, quinzenais entre 28 e 36 semanas e semanais no termo. Não ocorrendo, assim, alta do pré-natal (BRASIL, 2013).

Atualmente, a Rede Cegonha instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde, desde 2011, é o que regulamenta no Brasil a atenção ao pré-natal. Consistindo numa rede de

cuidados que visa assegurar à mulher o direito à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, garantindo à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis. Essa rede encontra-se organizada através de componentes: Pré-Natal, Parto e Nascimento, Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança (BRASIL, 2011a).

O componente PRÉ-NATAL compreende uma série de ações de atenção à saúde como: realização de pré-natal na UBS com captação precoce da gestante e qualificação da atenção; acolhimento às intercorrências, com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade; acesso ao pré-natal de alto risco em tempo oportuno; realização dos exames de rotina e acesso aos resultados em tempo oportuno; vinculação da gestante ao local em que será realizado o parto; implementação de programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva; prevenção e tratamento das IST/HIV/Aids e Hepatites dentre outras ações (BRASIL, 2011a).

Profissionais de Saúde que atuam diretamente com as gestantes necessitam de envolvimento e preparo técnico, além de uma escuta qualificada para conduzir o cuidado pré-natal tendo em vista a complexidade diagnóstica e assistencial do agravo. É preciso que esses profissionais exerçam seu papel de forma a minimizar um risco totalmente evitável mediante um diagnóstico oportuno, tratamento adequado e educação em saúde das gestantes e seus parceiros (CAVALCANTE *et al.*, 2017).

Em um estudo realizado em Londrina, a prática de intervenção educativa interferiu na melhoria da detecção precoce da sífilis gestacional, além de acarretar a redução da taxa de transmissão vertical e pode ter contribuído para eliminação da mortalidade específica por sífilis em menores de um ano em 2014 e 2015 (LAZARINI; BARBOSA, 2017).

Assim, faz-se necessário promover uma assistência pré-natal de qualidade no âmbito da ESF, que vise aos cuidados em saúde com a própria gestante, o parceiro e a família, além de um bom acompanhamento e avaliação pelos profissionais de saúde, resultando no bem-estar materno e neonatal (MARTINS, 2014).

4 METODOLOGIA

4.1 Delineamento do estudo

Foi realizado um estudo observacional de abordagem quantitativa descritiva.

4.2 Local e período do estudo

O estudo foi desenvolvido no município de Teresina, capital do estado do Piauí, que conta com uma população estimada de 830.223 habitantes, assistida por 243 equipes saúde da família, distribuídas em regiões de saúde: Centro/Norte, Sul, Leste/Sudeste (BRASIL, 2015c). Os dados foram coletados no período de novembro de 2016 a junho de 2017.

4.3 População e amostra

A população do estudo compreendeu as gestantes atendidas na Estratégia Saúde da Família e diagnosticadas com sífilis no período de 2013 a 2015. Em Teresina, foram notificados 373 casos, considerando os anos de 2013 (119), 2014 (105) e 2015 (149). Foram excluídas do estudo as mulheres que não tinham registro do endereço completo ou as que o endereço não constava no município de Teresina.

Foram utilizados como critérios de inclusão: ser gestante com diagnóstico de sífilis notificado no SINAN, no município de Teresina, no período de janeiro de 2013 a dezembro de 2015. Foram excluídas as gestantes que não foram localizadas por área de abrangência da ESF e as que não realizaram pré-natal. Para o cálculo amostral, utilizou-se a fórmula para populações finitas com base na estimativa da proporção populacional:

$$n = \frac{N \cdot p \cdot (1 - p) \cdot Z^2}{p \cdot (1 - p) \cdot Z^2 + (N - 1) \cdot E^2}$$

Onde N é o tamanho da população (373), p é a proporção de ocorrência do problema, para a qual considerou-se a taxa de sífilis em gestantes em 2013 de 5,1% (BRASIL, 2015b), Z é o valor da curva normal correspondente ao nível de confiança desejado (1,96) e representa o erro amostral máximo adotado (5%). Desta forma, a amostra mínima do estudo foi de 62 participantes. A amostragem foi probabilística aleatória com reposição.

Para coleta dos dados, foi elaborada uma lista com as gestantes diagnosticadas com sífilis no município de Teresina, que atenderam aos critérios de inclusão, para sorteio e composição da amostra. O sorteio foi realizado por meio do *software BioEstat*, versão 5.3. Aquelas que não realizaram o pré-natal ou não foram localizadas após duas tentativas de contato foram substituídas também por sorteio, até completar o quantitativo mínimo da amostra.

As fontes principais de dados foram o SINAN, os prontuários das pacientes e do RN, o cartão da gestante e do RN, a ficha de classificação de risco e a do SISPRENATAL. Quando as fontes de dados não contemplavam todas as variáveis, foram realizadas entrevistas com as mulheres selecionadas da amostra.

4.4 Instrumentos para coleta de dados

A coleta de dados foi realizada mediante formulário preenchido a partir de dados coletados em prontuários médicos e fichas de SISPRENATAL das participantes da pesquisa (APÊNDICE A). Para os casos em que não foi possível coletar todos os dados, realizou-se entrevistas com as mulheres para levantar aspectos que possibilitaram caracterizar o perfil sociodemográfico das participantes do estudo, a assistência prestada à mulher, dados do pré-natal e características da assistência prestada ao recém-nascido.

4.5 Procedimentos para análise de dados

Os dados obtidos foram digitados em dupla planilha no *Microsoft Excel*, foram transportados e analisados no programa *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 20.0. Para caracterização da população foi feito um estudo estatístico descritivo da amostra (n=62) através das distribuições de frequências absolutas (n) e relativas (%), medidas de tendência central (mínimo e máximo) e dispersão (média e desvio padrão).

Para verificar se as variáveis envolvidas são independentes (não relacionados), ou se existe alguma associação entre elas foi usado o Teste Qui-Quadrado com correção de Yates. Os dados foram tabulados em planilha eletrônica *Microsoft Office Excel* e analisados no programa *IBM StatisticalPackage for the Social Sciences* versão 20.0. O nível de significância adotado foi de 5%.

4.6 Operacionalização do estudo

Inicialmente, foram analisados os dados do SINAN, base municipal, conforme autorização da Fundação Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Teresina (ANEXO A), das gestantes com diagnóstico de sífilis notificadas no período de janeiro de 2013 a dezembro de 2015.

Foi realizado o sorteio aleatório das gestantes e em seguida, foram localizadas as unidades de saúde nas quais as mesmas realizaram o pré-natal e foram identificadas as equipes responsáveis pelo acompanhamento das gestantes.

Posteriormente, foi realizada a busca do prontuário na instituição onde foi prestada assistência durante o pré-natal e foram coletados os dados da gestante e do recém-nascido. Quando o prontuário e as fichas do SISPRENATAL não continham o registro dos dados necessários para o estudo, realizou-se busca dessas gestantes, através do endereço e da equipe da ESF que faz a cobertura da área na qual ela estava inserida, com o auxílio do Agente Comunitário de Saúde (ACS) da microárea, para realização de entrevista. Nesses casos foram entrevistadas 12 mulheres.

Após obter os resultados do estudo, foi elaborada uma Cartilha Educativa sobre Sífilis para gestantes que foi apresentada para o gestor municipal.

4.7 Aspectos éticos e legais

Foram observados os aspectos éticos das pesquisas envolvendo seres humanos como determina a Resolução nº 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012b). O estudo foi aprovado segundo parecer número 1.794.202 de 26 de outubro de 2016 (ANEXO A). O acesso ao banco de dados do SINAN e aos prontuários foi autorizado pela Comissão de Ética em Pesquisa da Fundação Municipal de Saúde de Teresina-PI (ANEXO B). Os participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B), e as menores de idade assinaram o Termo de Assentimento livre e esclarecido e o responsável pela gestante o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C) antes da coleta dos dados.

Os riscos do estudo foram mínimos e estavam relacionados com vazamento de informações e constrangimentos das participantes ao responder algum questionamento. Para minimizar tais riscos, os pesquisadores se comprometeram em proteger o sigilo das

informações por meio de adequada codificação dos instrumentos de coleta de dados e não deixando que outras pessoas tivessem acesso ao material.

Qualquer dado que pudesse identificar as participantes foi excluído na divulgação dos resultados da pesquisa e o material foi armazenado em lugar seguro sob os cuidados do pesquisador principal, garantindo o sigilo dos dados. Além disso, os dados foram recolhidos em um local restrito garantindo, assim, a privacidade.

O benefício da pesquisa foi colaborar para a compreensão das possíveis causas do aumento da incidência da sífilis congênita no município de Teresina, assim como contribuir com informações que possibilitará a formulação de estratégias que possam vir a melhorar o manejo clínico da sífilis na gestação.

5 RESULTADOS

Conforme descrito na Tabela 1, a média de idade das gestantes com sífilis foi de 23,1 ($\pm 7,1$) anos, com mínima de 14 e máxima de 40 anos, sendo que 25 (40,3%) tinham entre 15 a 19 anos. Em sua totalidade, eram procedentes da zona urbana do município de Teresina. Mais da metade das participantes eram casadas ou em uma união estável (54,8%) e a maioria era de cor parda (77,4%). Apresentaram, em média, 7,6 anos de estudo, com máximo de 16 anos. Mais da metade 34 (54,8%) informou não exercer atividade remunerada, e cerca de dois terços tinham renda familiar menor ou igual a um salário mínimo.

Tabela 1 – Caracterização socioeconômica das gestantes com sífilis (n=62) no período de 2013 a 2015. Teresina, PI, Brasil, 2017.

Variáveis	N	%
Faixa etária (anos)		
10 a 14	3	4,8
15 a 19	25	40,3
20 a 29	19	30,6
30 a 39	14	22,6
> 40	1	1,6
Média + Desvio Padrão	23,2 + 7,8	
IC95%	21,2 - 24,9	
Mínimo – Máximo	14 – 40	
Procedência		
Zona urbana de Teresina	62	100,0
Estado civil		
Solteira	28	45,2
Casada/união estável	34	54,8
Escolaridade		
Média + Desvio Padrão	7,6 + 3,3	
IC95%	6,8 - 8,5	
Mínimo – Máximo	0 – 16	
Cor/raça		
Branca	5	8,1
Preta	8	12,9
Parda	48	77,4
Amarela	1	1,6
Atividade remunerada		
Sim	28	45,2
Não	34	54,8

(Continua...)

Variáveis	N	%
Renda Familiar		
< 1 SM	5	22,5
1 SM	9	45,0
2 SM	18	20,0
3 SM	8	12,5

Fonte: Pesquisa Direta.

Conforme descrito na Tabela 2, todas gestantes com diagnóstico de sífilis (computadas de acordo com os critérios de inclusão e exclusão) realizaram o pré-natal na atenção básica do município, mas somente 29% apresentaram o número do SISPRENATAL. O diagnóstico de sífilis para a maioria das gestantes foi realizado principalmente durante o pré-natal (85,5%), sendo que 14,5% dos casos foram identificados no momento do parto.

Sobre a classificação clínica da sífilis, os resultados mostraram que 69,4% das gestantes apresentavam classificação clínica da forma latente, seguido das formas primária (16,1%) e terciária (8,1%).

Acerca do diagnóstico laboratorial para a sífilis, 90,3% das gestantes apresentaram resultado reagente para o teste não treponêmico no pré-natal e 51,6% das participantes apresentaram resultado reagente para o teste treponêmico, sendo que em 45,2% não foram realizados teste treponêmico. Em relação aos testes rápido, 8,1% realizaram teste rápido para gravidez; 6,5% fizeram o teste rápido de HIV e 21% realizaram teste rápido para sífilis.

Tabela 2 – Assistência prestada às gestantes com sífilis (n=62) no período de 2013 a 2015. Teresina, PI, Brasil, 2017.

Variáveis	N	%
Realizou pré-natal na gestação?		
Sim	62	100,0
Não	-	-
Número do SISPRENATAL		
Sim	18	29,0
Não	44	71,0
Diagnóstico de sífilis na gestante		
Durante o pré-natal	53	85,5
Momento do parto	9	14,5

(Continua...)

Variáveis	N	%
Classificação clínica		
Primária	10	16,1
Secundária	4	6,5
Terciária	5	8,1
Latente	43	69,4
Teste não treponêmico no pré-natal		
Reagente	56	90,3
Não reagente	2	3,2
Não realizado	4	6,5
Teste treponêmico no pré-natal		
Reagente	32	51,6
Não reagente	2	3,2
Não realizado	28	45,2
Realizou teste rápido de gravidez		
Sim	5	8,1
Não	57	91,9
Realizou teste rápido de HIV		
Sim	4	6,5
Não	58	93,5
Realizou teste rápido de Sífilis		
Sim	13	21,0
Não	49	79,0

Fonte: Pesquisa Direta.

A Tabela 3, descreve o tratamento da gestante e parceiro. No que se refere ao tratamento, 8,1% das gestantes não realizaram; para as que realizaram, o principal esquema prescrito foi Penicilina G benzatina 7.200.000 UI 51 (82,3%). Foi realizada busca ativa do parceiro em apenas 4,8% dos casos. Pouco mais da metade (58,1%) dos parceiros foram tratados concomitantemente às gestantes, sendo esquema mais prescrito também com Penicilina G benzatina 7.200.000 UI 24 38 (61,3%). Dos casos dentre os motivos para não tratamento do parceiro, os principais foram a ausência de contato com a gestante (14,5%) e quebra de esquema (16,1%).

Tabela 3 – Dados sobre o tratamento da gestante e do parceiro (n=62) no período de 2013 a 2015. Teresina, PI, Brasil, 2017.

	N	%
Esquema de tratamento prescrito (gestante)		
Penicilina G benzatina 2.400.000 UI	3	4,8
Penicilina G benzatina 4.800.000 UI	3	4,8
Penicilina G benzatina 7.200.000 UI	51	82,3
Não realizado	5	8,1
Realizou busca ativa do parceiro?		
Sim	3	4,8
Não	21	33,9
Não foi necessário	38	61,3
Parceiro tratado concomitante à gestante		
Sim	36	58,1
Não	26	41,9
Esquema de tratamento prescrito (parceiro)		
Penicilina G benzatina 2.400.000 UI	2	3,2
Penicilina G benzatina 4.800.000 UI	1	1,6
Penicilina G benzatina 7.200.000 UI	38	61,3
Não realizado	21	33,9
Motivo para não tratamento do parceiro		
Parceiro foi tratado	37	59,7
Parceiro não teve mais contato com a gestante	9	14,5
Parceiro não foi comunicado/convocado à UBS para tratamento	-	-
Parceiro foi comunicado/convocado à UBS para tratamento, mas não compareceu	2	3,2
Parceiro foi comunicado/convocado à UBS para tratamento, mas recusou o tratamento	2	3,2
Parceiro com sorologia não reagente	1	1,6
Outro	11	17,8

Fonte: Pesquisa Direta

A Tabela 4 descreve o acompanhamento das gestantes com sífilis. As gestantes realizaram de 1 a 10 consultas de pré-natal, sendo que apenas 42,1% realizaram seis ou mais consultas. Em sua maioria, (96,8%) tiveram gravidez com feto único e 83,9% não receberam visita de equipes da Estratégia Saúde da Família na gestação. Mais da metade referiu gestação anterior 53,2%. Apenas 14,5% tiveram uma gravidez planejada e somente 6,5% participaram de atividades educativas.

Tabela 4 – Dados referentes ao pré-natal das gestantes com sífilis (n=62) no período de 2013 a 2015. Teresina, PI, Brasil, 2017.

Variáveis	N	%
Número de consultas		
1,0	3	4,8
2,0	8	12,9
3,0	6	9,7
4,0	9	14,5
5,0	10	16,1
6,0	8	12,9
7,0	4	6,5
8,0	6	9,7
9,0	4	6,5
10,0	4	6,5
Tipo de gravidez		
Única	60	96,8
Gemelar	2	3,2
Tripla ou mais	0	0,0
A equipe da ESF realizou visita?		
Sim	10	16,1
Não	52	83,9
Gestação anterior?		
Sim	33	53,2
Não	29	46,8
Gravidez planejada?		
Sim	9	14,5
Não	35	56,5
Não informado	18	29,0
Participação em atividades educativas		
Sim	4	6,5
Não	58	93,5
Quantidade de encontros		
Nenhum	58	93,5
1,0	3	4,8
3,0	1	1,6

Fonte: Pesquisa Direta.

De acordo com a Tabela 5, a maioria das gestantes estavam na primeira gestação e 10 (16,1%) tiveram 1 aborto. A maior parte das mulheres teve um intervalo entre a gestação anterior e aquela do período do estudo superior a um ano (90,3%). O número de nascido vivo mínimo foi 1 e o máximo 4. Aproximadamente 22,6% das gestantes tiveram diagnóstico de sífilis em gestação anterior.

Tabela 5 –Características obstétricas das gestantes com sífilis (n=62) no período de 2013 a 2015. Teresina, PI, Brasil, 2017.

Variáveis	n	%
Final de gestação anterior menor que 1 ano		
Sim	6	9,7
Não	56	90,3
Número de gestações		
1	24	38,7
2	17	27,4
3	8	12,9
4	12	19,4
5	1	1,6
Número de abortos		
0	51	82,3
1	10	16,1
2	1	1,6
Número de nascidos vivos		
0	26	41,9
1	19	30,6
2	9	14,5
3	7	11,3
4	1	1,6
Diagnóstico de sífilis em gestação anterior		
Sim	14	22,6
Não	48	77,4

Fonte: Pesquisa Direta.

A Tabela 6 demonstra as características clínicas das gestantes com sífilis. Foram 21(33,9%) as gestantes que apresentaram alguma condição clínica ou risco, com destaque para drogadição (8,1%), hipertensão (4,8%), pré-eclâmpsia (4,8%), diabetes, (4,8%), tuberculose (4,8%), tabagismo (4,8%), seguido de HIV (1,6%), natimorto (1,6%), obesidade, (1,6%), etilismo 1(1,6%), prematuridade (1,6%).

Tabela 6 –Características clínicas das gestantes com sífilis (n=62) no período de 2013 a 2015. Teresina, PI, Brasil, 2017.

Variáveis	N	%
Presença de Condições clínicas		
Sim	21	33,9
Não	40	64,5
Não respondeu	1	1,6
Especificação das Condições clínicas		
Pré-eclâmpsia	2	3,2
Diabetes	2	3,2
Hipertensão	3	4,8
Drogadição	5	8,1
HIV	1	1,6
Natimorto	1	1,6
Obesidade	1	1,6
Prematuridade	1	1,6
R. mental	1	1,6
Tuberculose	2	3,2
Etilista	1	1,6
Tabagista	2	3,2

Fonte: Pesquisa Direta.

De acordo com a Tabela 7, as gestantes não realizaram exame conforme preconizado pelo MS. Foi verificado que 80,6% das gestantes fizeram a tipagem sanguínea e fator Rh, 72,6% realizaram glicemia primeiro exame e segundo exame, 69,4% realizaram sorologia para Hepatite B. 77,4% realizaram exame de urina e anti-HIV e ultrassom obstétrica e 82,3% fizeram hemograma.

A maioria das gestantes (83,9%), realizaram o 1º exame VDRL, e apenas 41,9% fizeram o 2º exame. Somente 21% fizeram o acompanhamento mensal do referido exame. A sorologia para toxoplasmose foi realizada em 72,6% das gestantes e a urocultura em apenas 1,6%. Apenas 3,2% realizaram Coombs indireto e parasitológico de fezes e nenhuma gestante realizou eletroforese de hemoglobina e exame de secreção vaginal.

Tabela 7 – Exames realizados durante o pré-natal das gestantes com sífilis (n=62) no período de 2013 a 2015. Teresina, PI, Brasil, 2017.

	Sim		Não	
	n	%	n	%
Tipagem sanguínea e Fator Rh	50	80,6	12	19,4
Glicemia de Jejum (1º exame)	45	72,6	17	27,4
Glicemia de Jejum (2º exame)	29	46,8	33	53,2
Sorologia + p/ Heb. B (HBsAg)	43	69,4	19	30,6
Urina	48	77,4	14	22,6
Anti-HIV	48	77,4	14	22,6
Ultrassom obstétrica	48	77,4	14	22,6
Hemograma	51	82,3	11	17,7
VDRL (1º exame)	52	83,9	10	16,1
VDRL (2º exame)	26	41,9	36	58,1
Acompanhamento do VDRL	13	21,0	47	75,8
Sorologia para Toxoplasmose	55	88,7	7	11,3
Urocultura	1	1,6	59	95,2
Exame de secreção vaginal	-	-	62	100,0
Eletroforese de hemoglobina	-	-	62	100,0
Coombs indireto	2	3,2	60	96,8
Parasitológico de Fezes	2	3,2	60	96,8

Fonte: Pesquisa Direta

A Tabela 8 descreve o perfil de vacinação, 56,5% eram vacinadas contra tétano, 11,3% foram imunizadas há mais de 5 anos, 12,9% apresentaram vacinação incompleta e 3,2% não foram vacinadas. Contra Hepatite B 38,7% estavam imunizadas, 3,2% não foram vacinadas e não havia registro para 50%. Apenas 25,8% foram vacinadas contra influenza, sendo que 24,2% não apresentaram registro.

Tabela 8 – Situação vacinal das gestantes com sífilis (n=62) no período de 2013 a 2015. Teresina, PI, Brasil, 2017.

	N	%
Vacinação: Antitetânica		
Não vacinada	4	6,5
Vacinação incompleta	8	12,9
Imunizada há menos de 5 anos	2	3,2
Imunizada há mais de 5 anos	7	11,3
Vacinada	35	56,5
Sem informação	6	8,6
Vacinação: Hepatite B		
Não vacinada	2	3,2
Vacinação incompleta	5	8,1
Vacinação completa	24	38,7
Sem informação	29	50
Vacinação: Influenza		
Sim	16	25,8
Não	31	50,0
Sem Informação	15	24,2

Fonte: Pesquisa Direta

A maioria das gestantes teve nascidos vivos (96,8%), sendo 12,9% classificados como pré-termo, enquanto 14,5% eram pequenos para a idade gestacional (Tabela 9). Foram computados 31 (50,0%) recém-nascidos diagnosticados com sífilis congênita e todos foram notificados no SINAN. Desses, (45,2%) realizaram tratamento adequado. Com relação às internações, 40,3% estiveram em unidade de terapia intensiva neonatal, unidade de cuidados intermediários ou alojamento conjunto para tratamento da sífilis. Destes recém-nascidos internados, um (1,6%) foi à óbito, por sífilis congênita.

Tabela 9 – Assistência ao recém-nascido das gestantes com sífilis (n=62) no período de 2013 a 2015. Teresina, PI, Brasil, 2017.

Variáveis	N	%
Condições de nascimento		
Nascido vivo	60	96,8
Aborto	1	1,6
Óbito fetal	1	1,6
Classificação do recém-nascido		
Pré-termo	8	12,9
A termo	53	85,5
Pós-termo	-	-
Não se aplica	-	-
Não respondeu	-	-
Sem informação	1	1,6
Adequação peso-idade		
Pequeno para a idade gestacional	9	14,5
Adequado para a idade gestacional	51	82,3
Grande para a idade gestacional	-	-
Não se aplica	1	1,6
Não respondeu	-	-
Sem informação	1	1,6
Recém-nascido diagnosticado com sífilis congênita?		
Sim	31	50,0
Não	30	48,4
Não se aplica	1	1,6
Foi notificado no SINAN?		
Sim	31	50,0
Não	-	-
Não foi diagnosticado/Não se aplica	31	50,0
Fez tratamento para sífilis congênita?		
Sim	28	45,2
Não	3	4,68
Não foi diagnosticado/Não se aplica	31	50,0
Internação do RN		
UTIN/UCI/ALCON	25	40,3
Não foi internado	6	9,7
Não se aplica	31	50,0
Em caso de óbito do recém-nascido, a causa foi a sífilis congênita?		
Sim	1	1,6
Não	-	-
Não se aplica	61	98,4

Fonte: Pesquisa Direta.

De acordo com a Tabela 10, houve associação estatisticamente significativa entre tratamento do parceiro concomitante com a gestante e ausência de sífilis no RN.

O tratamento dos parceiros concomitante a gestantes aumenta 26,7% para 73,3% o diagnóstico negativo para sífilis congênita.

Tabela 10 – Associação entre o diagnóstico de sífilis congênita do recém-nascido e o tratamento concomitante da gestante e parceiro no período de 2013 a 2015. Teresina, PI, Brasil, 2017.

Parceiro tratado concomitante à gestante	Recém-nascido diagnosticado com sífilis congênita?				p-valor ^a
	Sim		Não		
	N	%	N	%	
Sim	14	(45,2)	22	(73,3)	0,048*
Não	17	(54,8)	8	(26,7)	

Legenda: ^aTeste Qui-Quadrado*. Significativa ao nível de 5%.

Fonte: Pesquisa direta

6 DISCUSSÃO

A avaliação da assistência pré-natal das gestantes com sífilis revela um quadro de inadequação da assistência para a maioria das gestantes estudadas, desde o número de consultas, passando pelo tratamento do parceiro até o acompanhamento do VDRL.

A faixa etária predominante das gestantes com sífilis foi de 15 a 19 anos, corroborando com os resultados de um estudo realizado no Ceará por Mesquita *et al.* (2012). O Boletim Epidemiológico de Sífilis de 2016 no Brasil, na série histórica de 2005 a 2016 revelou que mais da metade das gestantes com sífilis gestacional apresentavam-se na referida faixa etária, demonstrando a prevalência em mulheres mais jovens (BRASIL, 2016).

Quanto à escolaridade, as gestantes analisadas apresentaram, em média, 7,6 anos de estudo. Esses resultados são coerentes com Saraceni *et al.* (2017) que em um estudo realizado em seis unidades federativas do Brasil encontrou no estado do Ceará a maioria de mulheres diagnosticadas com sífilis na gestação com menos de 8 anos de estudo. A baixa escolaridade representa condição de risco a diversos agravos, entre eles a sífilis, tanto no ponto de vista da prevenção, quanto da adesão ao tratamento.

A maioria das gestantes referiu ter cor da pele parda, semelhante ao encontrado também no Boletim Epidemiológico 2016 em que a maioria declarou ser da raça/cor parda (BRASIL, 2016c).

No presente estudo foi observado que a sífilis no período gestacional ocorre em mulheres jovens, com pouca escolaridade e baixa renda, corroborando com Cavalcante *et al.* (2017) e Magalhães *et al.* (2013). Ainda que não tenha relação direta com a doença, percebe-se que esse perfil populacional é vulnerável a doenças sexualmente transmissíveis pelo fato de pertencerem a um grupo etário de grande atividade sexual. É importante ressaltar também que a baixa escolaridade aliada à baixa renda pode ser considerada marcador de maior risco para exposição às ISTs, devido a um menor entendimento das medidas preventivas e ao menor acesso a essas medidas respectivamente (SERAFIM *et al.*, 2014). Isso demonstra a necessidade de uma ação direta nessa população de forma a esclarecer e realizar intervenção para informar sobre os riscos da doença.

Sobre a adesão ao pré-natal, os dados levantados neste estudo revelaram que todas as gestantes, participantes da pesquisa, realizaram pré-natal na atenção básica por meio da Estratégia Saúde da Família. De acordo com as diretrizes do MS, a atenção básica é considerada a porta de entrada preferencial do usuário no SUS, cuja assistência é desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado, sob forma de trabalho em equipe,

dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos, prevenidos e tratados (BRASIL, 2011). Desse modo, o pré-natal constitui atividade ofertada a todas as gestantes presentes no território de atuação das equipes, contribuindo para a garantia de cuidado integral à mulher no período do pré-natal, parto e puerpério.

Assim, sobre a assistência pré-natal desenvolvida na atenção básica, o MS instituiu, através do Decreto Federal 7.508, de 28/06/2011 as Redes de Atenção em Saúde (RAS), colocando a atenção básica como centro do cuidado à saúde, sendo responsável pela articulação dos diferentes pontos de atenção, conforme a necessidade do usuário do sistema. Para isso, em relação ao cuidado no pré-natal, o MS criou a rede Cegonha que tem como objetivo qualificar a atenção ao RN e a mulher na fase gravídica-puerperal.

Dentro dessa perspectiva de redes de atenção, a gestante deve ser acompanhada pela atenção básica desde o diagnóstico da gestação, passando pela classificação de risco, identificação e tratamento oportuno e adequado de doenças como a sífilis e referenciando quando necessário (MENDES, 2011).

A maioria das gestantes do estudo não tinham o número do SISPRENATAL no prontuário ou no seu cartão da gestante, o que mostra falha nesses registros ou que, talvez, essas gestantes não tenham sido nem mesmo cadastradas nesse sistema que permite cadastrar a gestante, monitorar e avaliar a atenção ao pré-natal e ao puerpério prestadas pelos serviços de saúde a cada gestante e recém-nascido, desde o primeiro atendimento na UBS até o atendimento hospitalar de alto risco. O cadastro no SISPRENATAL contribui, ainda, para identificar fatores que caracterizam a gravidez de risco, com o objetivo de promover a segurança da saúde da mãe e da criança, e auxiliar na identificação de complicações responsáveis pelas principais causas de morbidade e mortalidade materna e perinatal (BRASIL, 2011a; BARBOSA *et al.*, 2014).

Segundo a portaria Nº 752 de maio de 2013, o município que inscrever as gestantes precocemente no SISPRENATAL receberá incentivos financeiros de qualificação do componente pré-natal. Assim, para o gestor não tenha seu banco de dados atualizados, além de não conseguir realizar a avaliação da qualidade do pré-natal ainda perde recursos (BARBOSA *et al.*, 2014).

No presente estudo o número reduzido de gestantes inscritas nesse sistema pode dificultar a identificação do risco gestacional precocemente e o diagnóstico da situação da

atenção pré-natal no município, o que poderia ser uma ferramenta para o planejamento de ações para a melhoria da qualidade da atenção dispensada à mulher e à criança.

No presente estudo, o diagnóstico de sífilis das gestantes foi realizado principalmente durante o pré-natal na maioria dos casos, sendo que uma pequena parcela dos casos foi identificada no momento do parto, resultados semelhantes foram mostrado em estudo realizado no Distrito Federal por Muricy e Pinto Júnior (2015), em que 60,4% foram diagnosticadas com sífilis durante a gravidez. Já em um estudo realizado no estado do Amazonas foi encontrado que em 252 relatórios de sífilis congênita, o diagnóstico de sífilis materna ocorreu tarde (no momento do parto ou curetagem pós-aborto), enquanto apenas 29,6% dos casos foram diagnosticados no pré-natal (SOEIRO *et al.*, 2014).

O diagnóstico precoce das gestantes e parcerias sexuais com sífilis no pré-natal, na Atenção Básica, são determinantes para impactar na redução da morbimortalidade associada à transmissão vertical e quanto maior o número de gestantes diagnosticadas e tratadas oportuna e adequadamente maior será essa redução (SÃO PAULO, 2016).

A maioria das gestantes do estudo teve classificação clínica latente, seguido das formas primária e terciária. Resultado diferente com relação ao estadiamento da doença, foram obtidos por Soeiro (2014) em que 56,8% das gestantes foram classificadas como sífilis primária. Segundo o Ministério da Saúde, há uma dificuldade no diagnóstico clínico de sífilis em gestantes, visto que a mesma se caracteriza pelo aparecimento do cancro duro que é indolor e está localizado geralmente em locais de difícil visualização. Este estudo demonstrou que a maioria das gestantes foi diagnosticadas como latente, de acordo com o esperado do rastreamento, em que essa fase é a mais incidente.

Dentre as gestantes estudadas, a maioria não realizou testes rápidos para gravidez, HIV e sífilis, achados semelhante foram descritos na Bolívia, por Tinajeros *et al.* (2017) em que os autores observaram que o rastreio para a sífilis não está sendo feito conforme estabelecido na estratégia para a eliminação da sífilis congênita e não atingia mais da metade das mulheres grávidas. O uso reduzido dos testes rápidos diminui a oportunidade de realizar um diagnóstico precoce e o tratamento oportuno desses agravos nas gestantes.

De acordo com a Portaria nº 3242 de 2011 do MS, é considerada gestante com sífilis a que apresenta teste não treponêmico reagente com qualquer titulação e teste treponêmico reagente, independentemente de qualquer evidência clínica de sífilis, e aquela com teste treponêmico reagente e teste não treponêmico não reagente ou não realizado, sem registro de tratamento prévio.

No que se refere ao tratamento, o principal esquema prescrito para as gestantes foi Penicilina G benzatina 7.200.000 UI, o que está de acordo com o preconizado pelo MS que recomenda que na ausência de sinais clínicos ou no estágio que é impossível estabelecer a evolução da doença o tratamento desses casos deve ser realizado com três doses de penicilina (CAVALCANTE *et al.*, 2017).

Acima da metade dos parceiros foram tratados concomitantemente às gestantes e o esquema mais prescrito também foi Penicilina G benzatina 7.200.000 UI. Esse resultado encontra-se abaixo da meta esperada, que é de 80% de parceiros tratados com pelo menos uma dose de Penicilina G benzatina, definida pela a Estratégia Mundial para Controle da sífilis congênita (OMS, 2008). Ressaltamos que o tratamento do parceiro concomitante com a gestante é imprescindível para evitar a reinfecção da gestante. Quando a gestante não realiza o tratamento para sífilis ou o tratamento é considerado inadequado o RN é definido como sífilis congênita (BRASIL, 2014c).

Dentre os motivos para não tratamento do parceiro, os principais foram: a ausência de contato com a gestante e quebra de esquema. No estudo realizado em Minas Gerais por Nonato *et al.* (2015), em 81,1% dos casos, não havia informações no prontuário eletrônico sobre recebimento de qualquer dose de penicilina pelos parceiros, no presente estudo 59,7% foram tratados, informações do prontuário da gestante e do SINAN.

Observou-se uma deficiência nos registros das mulheres diagnosticadas com sífilis e falta de conformidade com os protocolos de diagnóstico e tratamento dessa doença entre as participantes deste estudo. Vale ressaltar que essa baixa conformidade com os protocolos instituídos leva a oportunidades perdidas para identificar e tratar adequadamente a sífilis congênita. Assim, um melhor acesso a esses protocolos, um maior cuidado com os registros em cartões pré-natais e prontuários, bem como a realização de atividades educativas devem ser implementadas, com o intuito de reduzir a propagação da sífilis congênita (DOS SANTOS *et al.*, 2017).

O número de consultas no pré-natal variou de uma a dez consultas, sendo que menos da metade realizaram sete ou mais consultas, resultado inferior ao encontrado por Anjos e Boing (2016), no estudo intitulado: diferenças regionais e fatores associados ao número de consultas de pré-natal no Brasil, onde a proporção de gestantes que realizou sete ou mais consultas pré-natal foi de 63,1% superior ao encontrado no presente estudo. No estudo de Pereira *et al.* (2013), realizado com 23 mulheres, em Divinópolis no estado de Minas Gerais, a média de consultas no pré-natal foi de 8,1.

Nonato *et al.* (2015), em um estudo realizado em Belo Horizonte, observou que dentre os fatores associados a sífilis congênita encontra-se o número de consultas de pré-natal inferior a seis. Segundo a OMS, o número de consultas adequado seria igual ou superior a seis. Assim, as mulheres participantes da pesquisa realizaram um número menor de consultas do que o preconizado pela OMS, o que pode ter comprometido a qualidade da assistência pré-natal nesses casos.

As gestantes do estudo, em sua maioria, tiveram gravidez única e em sua maioria não receberam visita de equipes da Estratégia Saúde da Família.

Ressalta-se que as visitas domiciliares são oportunidades para avaliar todo o contexto familiar e social da gestante, buscando identificar riscos à mulher ou a outros membros da família. Sempre que possível, o acompanhamento domiciliar deve ser realizado, principalmente quando a gestante apresenta risco, necessitam de tratamento, como as gestantes com sífilis na gestação. A frequência das visitas deve seguir o proposto normalmente por cada UBS e pode ser individualizada, de acordo com as necessidades de cada caso. Durante a visita deve ser avaliado o cartão da gestante, suas queixas, possíveis dificuldades encontradas para se adequar ao seguimento pré-natal e/ou desafios no seu meio familiar (SÃO PAULO, 2010).

Dessa forma, a equipe que não realiza as visitas domiciliares não consegue contextualizar o ambiente familiar no qual está inserido essa gestante e conseqüentemente não consegue a adesão necessária ao seguimento pré-natal das gestantes, principalmente as de maior risco e vulnerabilidade.

Apenas uma pequena parcela das mulheres teve uma gravidez planejada, sendo que em uma quantidade significativa não havia registro dessa informação, segundo o MS (2013) pelo menos a metade da totalidade das gestações não é inicialmente planejada, entretanto, em muitas ocasiões, o não planejamento se deve à falta de orientação. Vale ressaltar que a gestação não planejada retira a oportunidade da avaliação pré-concepcional que objetiva identificar fatores de risco ou doenças que possam alterar a evolução normal de uma futura gestação como o diagnóstico e tratamento oportuno de doenças e melhoria dos índices de morbidade no RN como a sífilis congênita.

Quase a totalidade de gestantes não participaram de atividades educativas durante o pré-natal. As intervenções desenvolvidas no pré-natal através de grupos de gestantes e nas visitas domiciliares contribuem de modo significativo para a redução da prematuridade e do baixo peso ao nascer, assim as equipes de saúde devem intensificar estratégias educacionais que visem orientar a gestante quanto à gestação, parto e puerpério (SILVA *et al.*, 2016).

A maioria das gestantes apresentou um intervalo maior que um ano da gravidez anterior para a última gestação; além disso, a maioria estava gestante pela primeira vez e nunca tiveram um aborto. Dentre os antecedentes clínicos das gestantes do estudo encontramos uma quantidade significativa de gestantes que tiveram diagnóstico de sífilis em gestação anterior, podendo evidenciar a não realização do tratamento, ou tratamento inadequado com o não tratamento do parceiro e consequente reinfecção com persistência de relação sexual desprotegida, pode ter ocorrido nova infecção com outros parceiros.

Outra condição clínica que merece destaque é a drogadição, haja vista que segundo Oliveira (2016), o uso de drogas ilícitas, é um fator de risco perinatal significativo e que qualquer abordagem do profissional de saúde nesse grupo de gestantes usuárias de drogas ilícitas deve combinar a adesão ao pré-natal com estratégias voltadas à redução da exposição materna a essas substâncias.

De acordo com o Ministério da Saúde (2013), na primeira consulta de pré-natal devem ser solicitados os seguintes exames complementares: Hemograma; Tipagem sanguínea e fator Rh; Coombs indireto (se a gestante for Rh negativo); Glicemia de jejum; Teste rápido de triagem para sífilis e/ou VDRL/RPR; Teste rápido diagnóstico anti-HIV; Anti-HIV; Toxoplasmose IgM e IgG; Sorologia para hepatite B (HbsAg); Exame de urina e urocultura; Ultrassonografia obstétrica, com a função de verificar a idade gestacional, Citopatológico de colo do útero; Exame da secreção vaginal (se houver indicação clínica); Parasitológico de fezes (se houver indicação clínica); Eletroforese de hemoglobina (se a gestante for negra, tiver antecedentes familiares de anemia falciforme ou apresentar história de anemia crônica), de uma forma geral, o ideal seria que todas as gestantes tivessem realizado os exames preconizados durante o pré-natal, o que não ocorreu com as gestantes do estudo, mostrando, assim, uma deficiência nessa assistência.

A maioria das gestantes realizou o primeiro exame de VDRL e menos da metade realizaram o segundo. Tal achado é semelhante ao encontrado em um estudo de Coorte nacional de base hospitalar, realizada no Brasil, de 2011 a 2012, com 23.894 mulheres, em que encontrou a mesma cobertura de testagem para um exame) e dois exames (DOMINGUES *et al.*, 2014). Em um outro estudo realizado em Louisiana e Flórida, concluiu-se que o rastreio para sífilis tanto no início da gestação como no terceiro trimestre impediu muitas mulheres grávidas com sífilis de terem bebês com sífilis congênita, mostrando, assim, a importância da realização do VDRL (MATTHIAS *et al.*, 2017).

O diagnóstico oportuno e o tratamento adequado são primordiais para um desfecho favorável da gestação e a não realização do VDRL conforme recomenda o MS nas mulheres do estudo pressupõe uma reflexão acerca da assistência pré-natal na atenção básica.

Mediante a isto, no grupo de gestantes estudadas encontramos um contraponto com o estudo e as recomendações do MS, que recomenda a necessidade de realizar testes diagnósticos no mínimo duas vezes na gestação, no início do pré-natal e próximo à 30ª semana. A realização do VDRL no início do terceiro trimestre permite que o tratamento materno seja instituído e finalizado até 30 dias antes do parto, intervalo mínimo necessário para que o recém-nascido seja considerado tratado ainda intra-útero (BRASIL, 2013).

A maioria das gestantes estudadas não realizou acompanhamento mensal do VDRL, conforme recomenda o MS, que normatiza o seguimento da gestante mensalmente através da realização de testes não treponêmicos para o controle de cura (BRASIL, 2015d).

Nos casos de sífilis primária e secundária, os títulos devem declinar em torno de quatro vezes em três meses e oito vezes em seis meses. A persistência de resultados reagentes com títulos baixos (1:1 – 1:4) durante um ano após o tratamento, descartada nova exposição ao risco, indica sucesso do tratamento. A persistência de títulos baixos denomina-se cicatriz ou memória sorológica e pode durar anos ou a vida toda (BRASIL, 2016b).

Esse achado do acompanhamento e seguimento do VDRL do estudo é extremamente preocupante considerando a possibilidade de falha terapêutica e o desfecho desfavorável da gestação e detecção de possível indicação de retratamento.

Conseqüentemente, entende-se que a prevenção da sífilis congênita passa pela abordagem aos parceiros sexuais das gestantes com sífilis e da garantia da realização do tratamento adequado do casal. Estes são grandes desafios para os profissionais de saúde da atenção básica. Entretanto, ainda são necessárias ações desde a prevenção, passando pela busca ativa do parceiro, seguimento e o acompanhamento sorológico até a comprovação da cura (VASCONCELOS *et al.*, 2016).

Em um estudo realizado em Teresina-PI, os resultados encontrados evidenciaram que somente a cobertura pré-natal não significa que a assistência pré-natal seja de qualidade. Assim, existe a necessidade de adequação de políticas públicas de saúde de atenção às gestantes, principalmente em relação à realização de exames laboratoriais básicos (GONZAGA *et al.*, 2016).

Durante a gestação é recomendado que a mulher esteja com o esquema vacinal contra o tétano e difteria (dT) atualizado. A vacina dT é indicada para a proteção da gestante contra o tétano acidental e a prevenção do tétano neonatal. Em gestante não vacinada e/ou com

situação vacinal desconhecida, deve-se iniciar o esquema o mais precocemente possível, independentemente da idade gestacional. No esquema recomendado constam três doses de vacina, sendo administrado um reforço cinco anos após a data da última dose. A última dose deve ser administrada no mínimo 20 dias antes da data provável do parto (BRASIL, 2014b).

No que se refere à vacinação contra o tétano, a maioria das gestantes do estudo já eram vacinadas ou foram vacinadas há menos de cinco anos e não necessitavam de reforço. Ressalta-se uma quantidade considerável de gestantes que não foram vacinadas adequadamente (menos de três doses), outras que estavam imunizadas há menos de cinco anos e deveriam ter recebido uma dose de reforço, haja vista que a vacinação durante a gestação objetiva não somente a proteção da gestante, mas também para o feto contra doenças que causam elevada mortalidade como o tétano neonatal (BRASIL, 2013).

A vacina contra hepatite B (recombinante) previne a infecção pelo vírus da hepatite, incluindo a transmissão vertical da mãe para o Rn. É indicada para as gestantes em qualquer faixa etária e idade gestacional. O esquema de administração corresponde, de maneira geral, a três doses, com intervalo de 30 dias entre a primeira e a segunda doses e de seis meses entre a primeira e a terceira doses (0, 1 e 6 meses) (BRASIL, 2014a).

Nos dados referentes à vacinação contra a Hepatite B, observou-se que a metade dos prontuários, cartão da gestante e ficha de SISPRENATAL não apresentavam registros que comprovavam a realização da imunização contra esse agravo.

A vacina contra a influenza é recomendada a todas as gestantes em qualquer período gestacional. O PNI disponibiliza esta vacina na rede pública de saúde a todas as gestantes durante a campanha anual (BRASIL, 2013). Apenas um quarto das gestantes do estudo foram vacinadas contra influenza.

Em um estudo realizado com 300 puérperas atendidas no Hospital e Maternidade Santa Joana (SP), observou-se que 95,7% das mulheres foram imunizadas contra Influenza durante o pré-natal, discordante do observado no presente estudo. Os fatores associados à aceitação foram: campanha do governo e recomendação médica durante o pré-natal (KFOURI; RICHTMANN, 2013).

O presente estudo apresenta um caso de óbito infantil por sífilis congênita e como desfecho negativo da gestação aconteceu também um aborto. A portaria nº 72 de janeiro de 2010, define óbito infantil como aquele ocorrido em crianças nascidas vivas desde o momento do nascimento até um ano de idade incompleto enquanto óbito fetal é a morte de um produto da concepção, antes da expulsão ou da extração completa do corpo da mãe, com peso ao nascer igual ou superior a 500 gramas.

A morte fetal relacionada à sífilis está diretamente relacionada à disponibilidade, acessibilidade e qualidade dos cuidados pré-natais (CARDOSO *et al.*, 2016).

Apesar da redução importante da mortalidade infantil no Brasil nas últimas décadas, os indicadores de óbitos neonatais apresentaram uma velocidade de queda aquém do desejado. Um número considerável de mortes ainda faz parte da realidade sanitária do Brasil. Tais mortes ainda ocorrem por causas evitáveis, principalmente no que diz respeito às ações dos serviços de saúde e, entre elas, a atenção pré-natal (BRASIL, 2013).

Dentre os recém-nascidos com sífilis congênita, todos foram notificados no SINAN e a maioria realizou tratamento. Para o diagnóstico da sífilis congênita deve-se avaliar a história clínico-epidemiológica da mãe, realizar exame físico detalhado da criança, avaliar os resultados dos testes laboratoriais e dos exames radiológicos (BRASIL, 2016a).

A maioria dos recém-nascidos foram classificados com termo, mas um número considerável destes foram classificados como pré-termo e pequeno para idade gestacional e a maioria desses Rn diagnosticados com sífilis congênita foi internado em Unidade de Terapia Intensiva, Unidade de Cuidados Intermediários ou Alojamento conjunto.

Esses resultados são coerentes com o encontrado por Domingues e Leal (2016) com relação à proporção de óbitos fetais entre os casos de sífilis congênita, seis vezes superior ao observado em mulheres sem diagnóstico de sífilis, e a elevada proporção de internação dos recém-natos, seja em UTI neonatal ou outros setores do hospital, com grande implicações de recursos, aumento da taxa de internação hospitalar, pelo aumento do tempo de permanência na unidade hospitalar e os gastos de recursos do sistema de saúde.

Cooper *et al.* (2016) concluíram que novas pesquisas e esforços comunitários devem continuar para controlar, tratar e conseqüentemente eliminar a sífilis congênita. O impacto na saúde pública da sífilis na gravidez e na infância contínua, e somente através de serviços de saúde organizados e qualificados, a eliminação da transmissão materno-infantil da sífilis pode se tornar uma realidade nas Américas.

As organizações de saúde precisam estar alertas para evitar decisões isoladas e garantir que as diretrizes baseadas em evidências sejam utilizadas no tratamento da sífilis na gravidez (LAGO, 2016).

No entanto, a sífilis materna causou resultados negativos, mesmo em mulheres que receberam cuidados pré-natais, assim ocorreram falhas nessa assistência, portanto, maior acesso a cuidados pré-natais de qualidade, incluindo número de consultas adequadas, diagnóstico oportuno e tratamento de sífilis na gestação e do parceiro concomitante as

gestantes, são importantes para alcançar a eliminação da sífilis congênita (SAMAN *et al.*, 2016).

É imprescindível relatar que o presente estudo, por apresentar dados referentes ao pré-natal das mulheres diagnosticadas com sífilis na gestação, se propõe a propiciar uma reflexão sobre a assistência dispensada a essas mulheres e contribuir para a redução da sífilis congênita através da elaboração da cartilha sobre sífilis, que é produto desse estudo.

Uma cartilha contribui para facilitar a atuação dos profissionais de saúde na promoção de uma assistência de qualidade pautada na educação em saúde, já que a participação do paciente e a adesão ao tratamento facilitará a melhora da sua saúde (RAMOS *et al.*, 2016).

A cartilha educativa em quadrinhos propicia acesso à informação para diferentes sujeitos na sociedade aproximando o saber científico do saber popular; facilitando a promoção da saúde de forma lúdica, compreensível e com credibilidade (ALVES; XIMENES; ARAÚJO, 2014).

Essa cartilha através de uma história em quadrinhos utilizando uma linguagem simples e acessível às mulheres gestantes, busca orientar as mesmas sobre o que é sífilis, forma de transmissão, tratamento e repercussões no desfecho da gestação e na saúde do Rn. Espera-se que a partir dos conhecimentos adquiridos na leitura desse instrumento, as mulheres possam aderir aos cuidados pré-natais, realizando os exames solicitados, fazendo o acompanhamento conforme o preconizado, bem como aderindo ao tratamento indicado. Além disso, servirá de apoio para as equipes durante a realização de atividades educativas.

Entre as limitações do presente estudo encontra-se a utilização de dados secundários do SINAN, prontuários, ficha de acolhimento com classificação de risco, SISPRENATAL com preenchimento incompleto. Assim, evidenciou-se um número elevado de dados faltantes, possível reflexo da ausência do registro pelo profissional e grande quantidade de prontuários e mulheres que não foram encontrados, tendo que ser substituído por outro participante, aumentando o período de coleta de dados e o tempo da pesquisa.

Dentre os fatores que contribuíram podemos enumerar: ausência de preocupação dos profissionais com os registros; endereços não registrados pelo profissional ou não informado corretamente pelas gestantes e falha no armazenamento e organização dos prontuários nas unidades de saúde.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao avaliarmos a assistência pré-natal prestada às gestantes diagnosticadas com sífilis atendidas pela Estratégia Saúde da Família do município de Teresina-PI, constatamos que o número de consultas realizadas foi inferior ao preconizado pelo MS, não foram realizados os dois exames de VDRL, a maioria dos parceiros não foram tratados concomitante com as gestantes e a maioria destas não foram acompanhadas mensalmente com a realização do VDRL de controle para constatação da efetividade do tratamento. Tais dados demonstram que há falhas na assistência pré-natal e desacordo com o preconizado pelo MS.

Quanto às condições de nascimento: houve um aborto, um óbito fetal e um óbito infantil. A maioria dos nascidos vivos nasceu à termo com peso adequado para a idade gestacional. A metade dos nascidos vivos foi diagnosticado como sífilis congênita. Tais falhas justificaram o desfecho insatisfatório dos casos de sífilis, com o nascimento de crianças com sífilis congênita.

Assim, somente a realização do pré-natal não é suficiente para o controle da sífilis congênita; é essencial melhorar a qualidade dos serviços ofertados, garantindo o manejo adequado do acompanhamento e tratamento das gestantes e de seus parceiros. Além disso, deve-se melhorar a assistência prestada com a realização de ações educativas com participação ativa dos atores inseridos no território da ESF e realizar monitoramento, avaliação e acompanhamento das ações desenvolvidas na atenção básica.

A fim de minimizar o impacto negativo do desfecho da sífilis na gestação, uma cartilha socioeducativa foi criada para auxiliar na ação direta pré-natal. A cartilha teve como propósito promover a conscientização das gestantes quanto à problemática da doença e assim, tentar reduzir o número de casos futuros de sífilis congênita, servindo como abordagem complementar ao preconizado pelo MS.

REFERÊNCIAS

- ADEGOKE, A.O.; AKANNI, O.E. Survival of treponemapallidum in banked blood for prevention of syphilis transmission. **North Am J MedSci**, v. 3, n. 7, p. 329-332, Jul. 2011.
- ALVES, M.L.; XIMENES, M.F.F.M.; ARAÚJO, M.F.F. Cartilha educativa em quadrinhos como instrumento de divulgação científica sobre leishmaniose no Rio Grande do Norte. **Rev Ens Bio Assoc Bras Ens Bio (SBEEnBio)**, v. 7, p. 5428-5436, 2014.
- ANJOS, J.C.; BOING, A.F. Diferenças regionais e fatores associados ao número de consultas de pré-natal no Brasil: análise do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos em 2013. **Rev Bras Epidemiol**, v. 19, n. 4, p. 835-850, 2016.
- AVELLEIRA, J. C. R.; BOTTINO, G. Sífilis: Diagnóstico, tratamento e controle. **An Bras Dermatol**, v. 81, n. 2, p. 111-26, 2006.
- BRASIL.Ministério da Saúde. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. **Portaria Nº 1.459, De 24 De Junho De 2011**. Ministério da Saúde. Brasília, 2011a.
- _____. Ministério da Saúde.Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Portaria Nº 2.488, De 21 De Outubro De 2011**. Ministério da Saúde. Brasília, 2011b.
- _____. Ministério da Saúde. Dispõe sobre a realização de testes rápidos, na atenção básica, para a detecção de HIV e sífilis, assim como testes rápidos para outros agravos, no âmbito da atenção pré-natal para gestantes e suas parcerias sexuais. **Portaria nº 77, de 12 de janeiro de 2012**. Brasília, 2012a.
- _____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466 de 2012**. Brasília, 2012b.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco**. Brasília, 2013.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de vigilância em saúde**. Brasília, 2014a. 812 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_unificado.pdf. Acesso em: 15 mar.2016.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação – Brasília: Ministério da Saúde, 2014b**.
- _____. Ministério da Saúde. **Transmissão vertical do HIV e sífilis: estratégias para redução e eliminação**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014c.
- _____. Ministério da Saúde.Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de IST, Aids e hepatites virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT). **Atenção Integral às Pessoas com Infecção Sexualmente Transmissíveis (IST)**, 2015a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico – Sífilis. Ano IV - nº 1 Ministério da Saúde - Secretaria de Vigilância em Saúde - **Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Teto, credenciamento e implantação das Estratégias de Agente Comunitário de Saúde, Saúde da família e Saúde Bucal**, 2015c. Disponível em: www.dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_sf_relatorio.php. Acesso em: 25 jun. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de IST, aids e hepatites virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para Prevenção da Transmissão vertical de HIV, Sífilis e Hepatites virais**. Ministério da Saúde, 2015d.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais. **Manual Técnico para Diagnóstico da Sífilis**. Ministério da Saúde. Brasília, 2016a.

_____. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres**. Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília: Ministério da Saúde, 2016b.

_____. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico – Sífilis Ano V. Ministério da Saúde - Secretaria de Vigilância em Saúde. **Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais**. Brasília: Ministério da Saúde, v. 47, n. 35, 2016c.

BARBOSA, J.T.C. *et al.* SISPRENATAL como ferramenta facilitadora da assistência à gestante: revisão integrativa da literatura. **Rev Atenção Saúde**, v. 12, n. 42, p. 42-47, 2014.

CARDOSO, A.R.P. *et al.* Subnotificação da Sífilis Congênita como Causa de Mortes Fetais e Infantis no Nordeste do Brasil. **PLoS One**, v. 11, n. 12, 2016.

CAVALCANTE, P.A.M.; PEREIRA, R.B.L.; CASTRO, J.G.D. Sífilis gestacional e congênita em Palmas, Tocantins, 2007-2014. **Epidemiol Serv Saúde**, Brasília, v. 26, n. 2, p. 255-264, Jun. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S223796222017000200255&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 24 set. 2017. <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-4974201700020000>

COOPER, J.M. *et al.* In time: the persistence of congenital syphilis in Brazil - More progress needed! **Rev Paul Pediatr**, São Paulo, v. 34, n. 3, p. 251-253, 2016.

DOMINGUES, R.M.S.M. *et al.* Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 147-157, Fev. 2013.

DOMINGUES, R.M.S.M. *et al.* Prevalência de sífilis na gestação e testagem pré-natal: Estudo Nascer no Brasil. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 5, p.766-774, 2014.

DOMINGUES, R.M.S.M.; LEAL, M.C. Incidência da sífilis congênita e valores associados à transmissão vertical da sífilis: dados do estudo Nascer no Brasil. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 5, 2016.

DOS SANTOS, R. R. *et al.* Diagnostic and Therapeutic Knowledge and Practices in the Management of Congenital Syphilis by Pediatricians in Public Maternity Hospitals in Brazil. **Int J Health Serv**, 2017.

GONZAGA, I. C.A. *et al.* Atenção pré-natal e fatores de risco associados à prematuridade e baixo peso ao nascer em capital do nordeste brasileiro. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1965-1974, Jun. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000601965&lng=en&nrm=iso. Acessado em: 23 Aug. 2017.

HAM, D.C. Improving global estimates of syphilis in pregnancy by diagnostic test type: A systematic review and meta-analysis. **Inter J Gynecol Obstet**, n. 130, p. 10-14, 2015.

KFOURI, R. A.; RICHTMANN, R. Vacinação contra o vírus influenza em gestantes: Cobertura da vacinação e fatores associados. **Einstein**, v. 11, n. 1, p. 53-57, 2013.

KINGSTON, M. *et al.* UK national guidelines on the management of syphilis 2015. **Inter J STD AIDS Online First**, Dec. 2015.

LAGO, E. G. Current Perspectives on Prevention of Mother-to-Child Transmission of Syphilis. **Cureus**, v. 8, n. 3, 2016.

LAZARINI, F. M.; BARBOSA, D.A. Educational intervention in Primary Care for the prevention of congenital syphilis. **Rev Latino-Am Enferm**, v. 25, p.28-45, 2017. Available in: _____. Access on: 20 Aug 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1612.2845>.

MAGALHÃES, D. M. S. *et al.* A sífilis na gestação e sua influência na morbimortalidade materno-infantil. **Comunic Ciênc Saúde**, Brasília, v. 22, sup 1, p 43-54, 2011.

MAGALHÃES, D. M. S. *et al.* Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 6, p. 1109-1120, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000600008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 Mar. 2017.

MARTINS, K. M. C. **Avaliação da qualidade da assistência pré-natal de gestantes com sífilis**. Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual Vale do Acaraú / Centro de Ciências da Saúde / Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste em Saúde da Família, Sobral, 2014.

MATTHIAS, J. M. *et al.* Effectiveness of Prenatal Screening and Treatment to Prevent Congenital Syphilis, Louisiana and Florida, 2013-2014. **J Am Vener Disease Assoc**, v. 44, n. 8, p. 498-502, 2017.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MESQUITA, K. O. *et al.* Perfil epidemiológico dos casos de sífilis em gestante no município de Sobral- Ceará, de 2006 a 2010, **SANARE**, Sobral, v. 11. n. 1, p. 13-17, Jan./Jun. – 2012.

MONTENEGRO, C. A. B.; REZENDE FILHO, J. R. **Obstetrícia Fundamental**. 13. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.

MURICY, C. L.; PINTO JUNIOR, V. L. Congenital and maternal syphilis in the capital of Brazil. **Rev Soc Bras Med Trop**, Uberaba, v. 48, n. 2, p. 216-219, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822015000200216&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 12 Mar. 2017.

NONATO, S. M. *et al.* Sífilis na gestação e fatores associados à sífilis congênita em Belo Horizonte-MG, 2010-2013. **Epidemiol Serv Saúde**, Brasília, v. 24, n. 4, p. 681-694, Dez. 2015. Disponível em: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742015000400010&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 12 Mar. 2017.

OLIVEIRA, T. A. *et al.* Perinatal Outcomes in Pregnant Women Users of Illegal Drugs. **Rev Bras Ginecol Obstet**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 4, p. 183-188, Abr. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032016000400183&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 23 Ago. 2017.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Eliminação mundial da sífilis congênita: fundamento lógico e estratégia para ação**. Genebra: Organização Mundial de Saúde; 2008.

_____. Organização Mundial de Saúde. **Diagnóstico laboratorial de doenças sexualmente transmissíveis, incluindo o vírus da imunodeficiência humana**. Tradução de Nazle Mendonça Collaço Vêras. Ministério da Saúde. Brasília, 2015.

PATEL, N. U. *et al.* Early Congenital Syphilis: Recognising Symptoms of an Increasingly Prevalent Disease. **J Cutane Med Surgery**, vol. 22, n. 1, p. 97-99, 2018. DOI: 10.1177/1203475417728360.

PEREIRA, N. M. *et al.* Avaliação da adequação da assistência pré-natal em uma unidade tradicional da atenção primária à saúde. **Rev Enferm Cent O Min**, v. 3, n.3, 2013.

RAMOS, A. S. *et al.* Construção de uma cartilha educativa como ferramenta de apoio à Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória e à experiência cirúrgica: relato de experiência. **Interfaces - Rev Extensão UFMG**, v. 4, n. 1, p.173-181, Jan./Jun. 2016.

ROGOZINSKA, E. *et al.* On-site test to detect syphilis in pregnancy: a systematic review of test accuracy studies. **An Internat J Obstet Gynecol**, v. 124, p. 734-741, 2016. DOI: 10.1111/1471 0528.14455.

SAMAN, N. *et al.* Global burden of maternal and congenital syphilis in 2008 and 2012: a health systems modelling study. **The Lancet Global Health**, v. 4, n. 8, p. 525 – 533, 2016.

SÃO PAULO. Atenção à gestante e à puérpera no SUS – SP: **Manual técnico do pré-natal e puerpério** / organizado por CALIFE, K.; LAGO, T.; LAVRAS, C. São Paulo: SES/SP, 2010.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da saúde. Centro de Controle de Doenças. Programa Estadual de DST/ AIDS. **Guia de bolso para o manejo da Sífilis em Gestante e Sífilis Congênita**, São Paulo, 2016.

SARACENI, V. *et al.* Vigilância epidemiológica da transmissão vertical da sífilis: dados de seis unidades federativas no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, v. 41, 2017.

SERAFIM, A. S. *et al.* Incidence of congenital syphilis in the South Region of Brazil. **Rev Soc Bras Med Trop**, v. 47, n. 2, p. 170-178, 2014.

SILVA, E. P. *et al.* Impacto de estratégias educacionais no pré-natal de baixo risco: revisão sistemática de ensaios clínicos randomizados. **Ciênc Saúde Coletiva [Online]**, v. 21, n. 9, p. 2935-2948, 2016.

SOEIRO, C. M. O. Syphilis in pregnancy and congenital syphilis in Amazonas State, Brazil: an evaluation using database linkage. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 4, p. 715-723, Apr. 2014. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014000400715&lng=en&nrm=iso. Access on: 22 Aug. 2017

TAVARES, W.; MARINHO, L. A. C. **Rotinas de diagnóstico e tratamento das doenças infecciosas e parasitárias**, 4. ed. São Paulo: Atheneu, 2015.

TERESINA. Fundação Municipal De Saúde. **Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde da Cidade de Teresina**. Gerência de Tecnologia da Informação. Saúde situação da saúde de Teresina, 2015. Disponível em: www.fmsteresina.com.br/sass/public_informations?code_disease=O981. Acesso em: 20 jun. 2015.

TINAJEROS, F. *et al.* Barreras del personal de salud para el tamizaje de sífilis em mujeres embarazadas de la Red Los Andes, Bolivia. **Rev Panam Salud Publica**, v. 41, n. 21, 2017.

VASCONCELOS, M. I. O. *et al.* Sífilis na gestação: estratégias e desafios dos enfermeiros da atenção básica para o tratamento simultâneo do casal. **Rev Bras Promo Saúde**, Fortaleza, v. 29, p. 85-92, 2016.

VIEIRA-DA-SILVA, L.M. **Conceitos, Abordagens e Estratégias para a Avaliação em Saúde**. In: HARTZ, Z.M.A.; VIEIRA-DA-SILVA, L.M. (org). Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Sexually Transmitted Infections (STIs)**. The importance of a renewed commitment to STI prevention and control in achieving global sexual and reproductive health. 2013. Disponível em: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/rhr13_02/en/index.html. Acesso em: 20 jun. 2015.

APÊNDICES



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA
MULHER**



APÊNDICE A

**ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL DAS GESTANTES COM SÍFILIS ASSISTIDAS PELA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM TERESINA-PI**

Dados de identificação e controle:

Nº do formulário: _____ Unidade notificadora: _____
 Data de notificação: ___ / ___ / _____ Regional de saúde:
 Data do diagnóstico: ___ / ___ / _____ () centro/norte () leste/sudeste () sul

Dados de caracterização da gestante

I. Caracterização sociodemográfica

Data de nascimento: ___ / ___ / ___

Endereço residencial:

Procedência:

- () Zona urbana de Teresina
 () Zona rural de Teresina
 () Interior do Piauí
 () Outros estados

Estado civil:

- () Solteiro(a)
 () Casado(a) / União estável
 () Separado(a) / Divorciado(a)
 () Viúvo(a)

Escolaridade (em anos de estudo): _____

Com quantos anos começou a estudar?
 Até que idade estudou na escola?

Cor/raça:

- () Branca
 () Preta
 () Parda
 () Amarela
 () Indígena

II. Assistência prestada à mulher

Realizou pré-natal na gestação?

- () Sim
 () Não

Unidade de realização do pré-natal:

Número do SISPRENATAL:

- () Sim
 () Não

Diagnóstico de sífilis na gestante:

- () Durante o pré-natal
 () Momento do parto
 () Outro: _____

Classificação clínica:

- () Primária
 () Secundária
 () Terciária
 () Latente

Teste não treponêmico no pré-natal:

- () Reagente
 () Não reagente
 () Não realizado

Se realizado:

Resultado: _____

Atividade remunerada:

- () Sim. Renda mensal (R\$): _____
 () Não

Data: ___/___/_____

II. Assistência prestada à mulher**Teste treponêmico no pré-natal:**

- () Reagente
 () Não reagente
 () Não realizado

Se realizado:

Resultado: _____

Data: ___/___/_____

Esquema de tratamento prescrito (gestante)

- () Penicilina G benzatina 2.400.000 UI
 () Penicilina G benzatina 4.800.000 UI
 () Penicilina G benzatina 7.200.000 UI
 () Outro: _____
 () Não realizado

Parceiro tratado concomitante à gestante:

- () Sim
 () Não

Esquema de tratamento prescrito (parceiro)

- () Penicilina G benzatina 2.400.000 UI
 () Penicilina G benzatina 4.800.000 UI
 () Penicilina G benzatina 7.200.000 UI
 () Outro: _____
 () Não realizado

Motivo para não tratamento do parceiro:

- () Parceiro foi tratado
 () Parceiro não teve mais contato com a gestante
 () Parceiro não foi comunicado/convocado à UBS para tratamento
 () Parceiro foi comunicado/convocado à UBS para tratamento mas não compareceu
 () Parceiro foi comunicado/convocado à UBS para tratamento mas recusou o tratamento
 () Parceiro com sorologia não reagente
 () Outro: _____

III. Dados do pré-natal

Número de consultas: _____

III. Dados do pré-natal**Gravidez planejada?**

- () Sim
 () Não

Antecedentes obstétricos**Final de gestação anterior menor que 1 ano:**

- () Sim
 () Não

Número de gestações: _____

Número de abortos: _____

Número de nascidos vivos: _____

Diagnóstico de sífilis em gestação anterior:

- () Sim
 () Não

Antecedentes clínicos**Condições clínicas**

- () Cardiopatia
 () Eclâmpsia
 () Pré-eclâmpsia
 () Diabetes
 () Hipertensão
 () Tromboembolismo
 () Outros: _____

Realizou teste rápido?**Gravidez:** () Sim () Não

Resultado: [] Positivo [] Negativo

HIV: () Sim () Não

Resultado: [] Positivo [] Negativo

Sífilis: () Sim () Não

Resultado: [] Positivo [] Negativo

Exames de rotina:

- Tipagem sanguínea e Fator Rh () Sim () Não
 Glicemia de Jejum (1º trim.) () Sim () Não

Tipo de gravidez:

- Única
 Gemelar
 Tripla ou mais

A equipe da ESF realizou visita?

- Sim
 Não

Gestação anterior?

- Sim
 Não

Glicemia de Jejum (2° trim.) Sim Não
 Resultado _____

Sorologia + p/ Heb. B (HBsAg) Sim Não
 Resultado _____

Urina Sim Não

Anti-HIV Sim Não

Ultrassom obstétrico Sim Não

Hemograma Sim Não

VDRL (1° trim.) Sim Não
 Resultado _____

VDRL (2° trim.) Sim Não
 Resultado _____

Acompanhamento do VDRL _____

Toxoplasmose Sim Não

IgG positivo Sim Não

IgM positivo Sim Não

Urocultura Sim Não

Exame de secreção vaginal Sim Não

Antecedentes clínicos**Exames adicionais:**

- Coombs indireto Sim
 Não
 Parasitologia de fezes Sim
 Não
 Eletroforese de Hemoglobina Sim
 Não

Dados da vacinação:**Antitetânica**

- Não vacinada
 Vacinação incompleta
 Imunizada há menos de 5 anos
 Imunizada há mais de 5 anos
 Vacinada

Hepatite B

- Não vacinada
 Vacinação incompleta
 Vacinação completa
 Sem registro

Influenza

- Sim Não sem registro

Participação em atividades educativas:

- Sim Não

Quantidade de encontros: _____

Realizou busca ativa do parceiro?

- Sim

Fez tratamento para sífilis congênita?

- Não foi diagnosticado/Não se aplica

- Não
 Não foi necessário

- Sim
 Não

IV. Assistência ao recém-nascido

Condições de nascimento:

- Nascido vivo
 Natimorto
 Óbito fetal

Foi internado(alojamento conjunto, UTIN ou UCI)?

- Sim
 Não
 Não se aplica

Classificação do recém-nascido:

- Pré-termo
 A termo
 Pós-termo
 Não se aplica

- Sim
 Não
 Sem registro na DO sobre sífilis congênita
 Não se aplica

Adequação peso-idade:

- Pequeno para a idade gestacional
 Adequado para a idade gestacional
 Grande para a idade gestacional

- Não se aplica

Recém-nascido diagnosticado com sífilis congênita?

- Sim
 Não

Foi notificado no SINAN?

- Não foi diagnosticado/Não se aplica
 Sim
 Não

Em caso de óbito do recém-nascido, a causa foi a sífilis congênita?

Quadro para observações:

--

APÊNDICE B**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA MULHER****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE DE ESCLARECIMENTO (TCLE)**

Você está sendo convidada a participar da pesquisa “Avaliação da Assistência Pré-Natal das gestantes com sífilis assistidas pela Estratégia Saúde da Família do município de Teresina-PI”, desenvolvida por OZIRINA MARIA DA COSTA, discente do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Mulher da Universidade Federal do Piauí, sob orientação da Dr^a. Maria do Carmo de Carvalho e Martins e Co-orientador Dr. Anderson Nogueira Mendes.

A pesquisa tem como objetivo principal avaliar a assistência pré-natal prestadas as gestantes diagnosticadas com sífilis atendidas pela Estratégia Saúde da Família do Município de Teresina-PI

Sua participação é voluntária e se dará por meio de uma entrevista, que será realizada através de perguntas sobre o seu pré-natal e será necessário quando o prontuário ou sistemas de informação não contemple as variáveis selecionadas para a pesquisa.

Os riscos podem ser vazamento de informações e constrangimentos das participantes ao responder algum questionamento. Para minimizar tais riscos, os pesquisadores se comprometem em proteger o sigilo das informações por meio de adequada codificação dos instrumentos de coleta de dados e não deixando que outras pessoas tenham acesso ao material.

Qualquer dado que possa identificá-la será apagado na divulgação dos resultados da pesquisa e o material será armazenado em lugar seguro sob os cuidados do pesquisador principal, garantindo o sigilo dos dados, além, disso, os dados serão recolhidos em um local restrito aos dois garantindo assim a privacidade. O benefício da pesquisa será colaborar para a compreensão das possíveis causas do aumento da incidência da sífilis congênita no município de Teresina, assim como para a formulação de estratégias que possa vir a melhorar o manejo clínico da sífilis na gestação.

Se depois de aceitar (consentir) participar dessa pesquisa, o Sr. (a) pode desistir de continuar participando, tendo o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer

fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa.

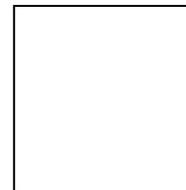
O Sr. (a) não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração. Os resultados obtidos no estudo tem fins científicos (divulgação em revistas, congressos e eventos científicos) e os pesquisadores se comprometem em manter o sigilo e o anonimato de sua identidade, como estabelece a Resolução 466/2012 que trata das diretrizes e normas regulamentadora de pesquisa envolvendo seres humanos. Para qualquer outra informação, a Sra. poderá entrar em contato com a pesquisadora pelo telefone, (86) 9949-6964, ou poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí-UFPI, Campus Universitário Ministro Petrônio Portela, Bairro Ininga, Teresina-PI, telefone (86) 3215- 5734- email: cep.ufpi@ufpi.edu.br.

Ciente e de acordo com o que foi exposto,

Eu, _____, RG _____
abaixo - assinado, concordo em participar desta pesquisa , assinando este consentimento em duas vias, ficando de posse de uma.

Declaro que obtive de forma voluntária e apropriada o consentimento livre e esclarecido para participar deste estudo.

Assinatura do participante



Impressão do dedo polegar

Caso não saiba assinar

Teresina, ____/____/_____.

Assinatura do Pesquisador Responsável

APÊNDICE C



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA MULHER

TERMO DE ASSENTIMENTO

Você está sendo convidada a participar da pesquisa “ Avaliação da Assistência Pré-Natal das gestantes com sífilis assistidas pela Estratégia Saúde da Família do município de Teresina-PI ”, desenvolvida por OZIRINA MARIA DA COSTA, discente do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Mulher da Universidade Federal do Piauí, sob orientação da Dr^a Maria do Carmo de Carvalho e Martins e Co orientador Dr Anderson Nogueira Mendes.

Seu responsável permitiu que você participasse. Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte ao responsável pelo estudo qualquer dúvida que você tiver.

É importante esclarecer que a sífilis é uma doença causada por bactéria transmitida por relações sexuais, e pode passar de uma mãe portadora de sífilis para o feto, caso a gestante e seu parceiro não sejam diagnosticados e tratados. Essa doença pode causar má formação fetal, parto prematuro e até morte do seu bebê.

A pesquisa tem como objetivo principal avaliar a assistência pré-natal prestadas as gestantes diagnosticadas com sífilis atendidas pela Estratégia Saúde da Família do Município de Teresina-PI.

Sua participação é voluntária e se dará por meio de uma entrevista, que será realizada através de perguntas sobre o seu pré-natal. Os riscos podem ser vazamento de informações e constrangimentos das participantes ao responder algum questionamento. Para minimizar tais riscos, os pesquisadores se comprometem em proteger o sigilo das informações por meio de adequada codificação dos instrumentos de coleta de dados e não deixando que outras pessoas tenham acesso ao material.

Qualquer dado que possa identificá-la será apagado na divulgação dos resultados da pesquisa e o material será armazenado em lugar seguro sob os cuidados do pesquisador principal, garantindo o sigilo dos dados, além, disso, os dados serão recolhidos em um local restrito aos dois garantindo assim a privacidade. O benefício da pesquisa será colaborar para a compreensão das possíveis causas do aumento da incidência da sífilis congênita no

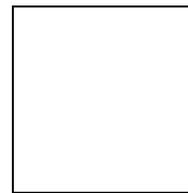
município de Teresina, assim como para a formulação de estratégias que possa vir a melhorar o manejo clínico da sífilis na gestação.

Se depois de aceitar (consentir) participar dessa pesquisa, a Sra pode desistir de continuar participando, tendo o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa.

A Sr (a) não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração. Os resultados obtidos no estudo tem fins científicos (divulgação em revistas, congressos e eventos científicos) e os pesquisadores se comprometem em manter o sigilo e o anonimato de sua identidade, como estabelece a Resolução 466/2012 que trata das diretrizes e normas regulamentadora de pesquisa envolvendo seres humanos. Para qualquer outra informação, a Sra. poderá entrar em contato com a pesquisadora pelo telefone, (86) 99949-6964, ou poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí-UFPI, Campus Universitário Ministro Petrônio Portela, Bairro Ininga, Teresina-PI, telefone (86) 3215- 5734- email: cep.ufpi@ufpi.edu.br.

Considerando as informações contidas nesse termo, considero-me devidamente esclarecida, por ser menor de idade – considerada incapaz, dou meu assentimento para que meu (minha) _____ assinie esse termo por mim em duas vias na condição de participante dessa pesquisa, sendo uma via minha e a outra para a pesquisadora.

Assinatura do participante



Impressão do dedo polegar

Teresina, ____/____/____

Caso não saiba assinar

Assinatura do Pesquisador Responsável

APÊNDICE D



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA MULHER

Teresina, 24 / 02 / 2016

Ilma Sra.
 Prof.^a MSc^a Adrianna de Alencar Setubal Santos,
 Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da UFPI

Cara Prof.^a,

Estou enviando o projeto de pesquisa intitulado "AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRÉ NATAL DAS GESTANTES COM SÍFILIS ASSISTIDAS PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM TERESINA-PI," para a apreciação por este comitê.

Confirmando que todos os pesquisadores envolvidos nesta pesquisa realizaram a leitura e estão cientes do conteúdo da resolução 466/12 do CNS e das resoluções complementares à mesma (240/97, 251/97, 292/99 e 340/2004).

Confirmando também:

- 1- que esta pesquisa ainda não foi iniciada,
- 2- que não há participação estrangeira nesta pesquisa,
- 3- que comunicarei ao CEP-UFPI os eventuais eventos adversos ocorridos com o voluntário,
- 4- que apresentarei relatório anual e final desta pesquisa ao CEP-UFPI,
- 5- que retirarei por minha própria conta os pareceres e o certificado junto à secretaria do CEP-UFPI.

Atenciosamente,

Pesquisador responsável

Assinatura: *Maria do Carmo de Carvalho e Martins*
 Nome: MARIA DO CARMO DE CARVALHO E MARTINS
 CPF: 22801065315
 Instituição: UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
 Área: SAÚDE
 Departamento: BIOFÍSICA E FISILOGIA

APÊNDICE E



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA MULHER

TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS – TCUD

Eu, MARIA DO CARMO DE CARVALHO E MARTINS (pesquisador responsável) e OZIRINA MARIA DA COSTA, ANDERSON NOGUEIRA MENDES (pesquisadores participantes) do projeto AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL DAS GESTANTES COM SÍFILIS ASSISTIDAS PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM TERESINA-PI, nos comprometemos a manter a confidencialidade sobre os dados coletados na base de dados do SINAN do município de Teresina e dos prontuários das unidades básicas de saúde selecionadas para a pesquisa, bem como a privacidade de seus conteúdos, como preconizam os Documentos Internacionais e a Resolução CNS nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Informamos que os dados a serem coletados dizem a respeito identificar dados relacionados com o pré-natal das gestantes com Sífilis de Teresina.

TERESINA, 13 de janeiro de 2016

Maria do Carmo de Carvalho e Martins 228.010653-15

Maria do Carmo de Carvalho e Martins (assinatura e CPF)

Anderson Nogueira Mendes 080266867-48

Anderson Nogueira Mendes (assinatura e CPF)

Ozirina Maria da Costa 479.277123-49

Ozirina Maria da Costa (assinatura e CPF)

APÊNDICE F



Essa cartilha tem o objetivo de esclarecer as dúvidas das gestantes sobre sífilis e deve ser distribuída e discutida no momento da realização de atividades educativas durante a realização do pré-natal na atenção básica e/ou nas maternidades.

Mestranda: Ozirina Maria da Costa

Orientadores:

Prof. Dr. Anderson Nogueira Mendes

Profa. Dra. Maria do Carmo de Carvalho e Martins

Ilustração:

Eduardo Menezes dos Santos

Anne Caroline da Costa Silva Nogueira

FICHA CATALOGRÁFICA

Serviço de Processamento Técnico da Universidade Federal do Piauí
Biblioteca Comunitária Jornalista Carlos Castello Branco

C327 Cartilha informativa sobre sífilis gestacional e congênita / Ozirina Maria da Costa ; orientadores, Anderson Nogueira Mendes, Maria do Carmo de Carvalho e Martins. – Teresina, 2017.
11 p. : il.

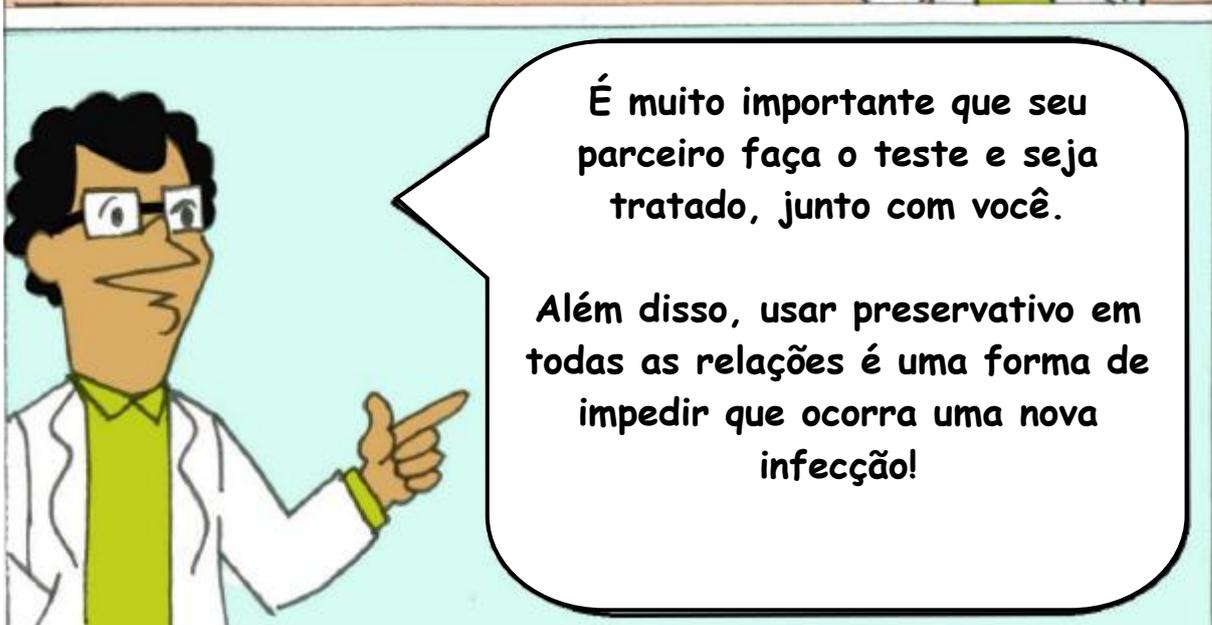
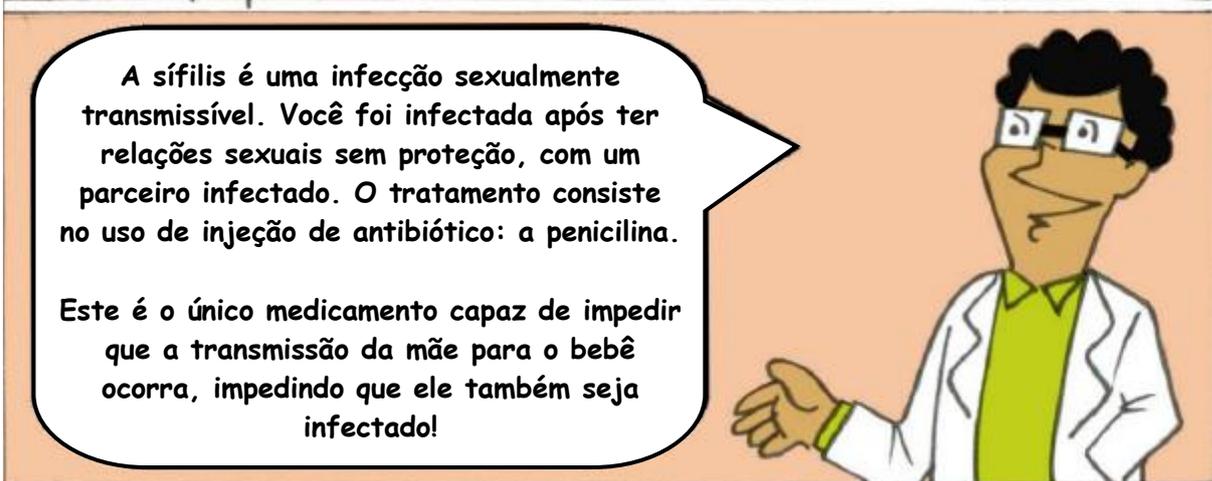
Ilustração: Eduardo Menezes dos Santos, Anne Caroline da Costa Silva Nogueira.
Universidade Federal do Piauí, Programa de Pós-Graduação em Saúde da Mulher.

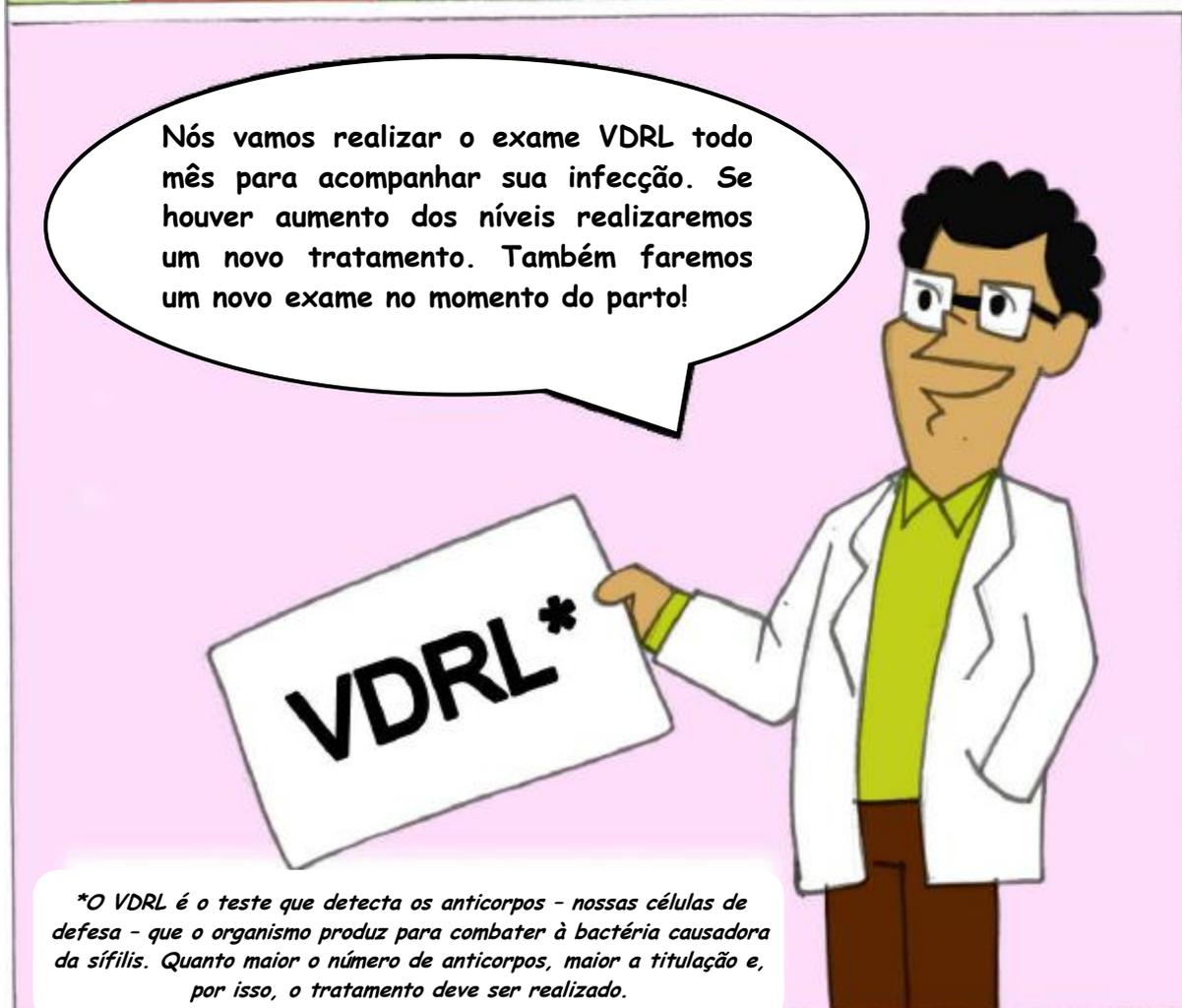
1. Sífilis Gestacional. 2. Saúde da Mulher. I. Costa, Ozirina Maria da. II. Mendes, Anderson Nogueira. III. Martins, Maria do Carmo de Carvalho e.

CDD 616.951 3|

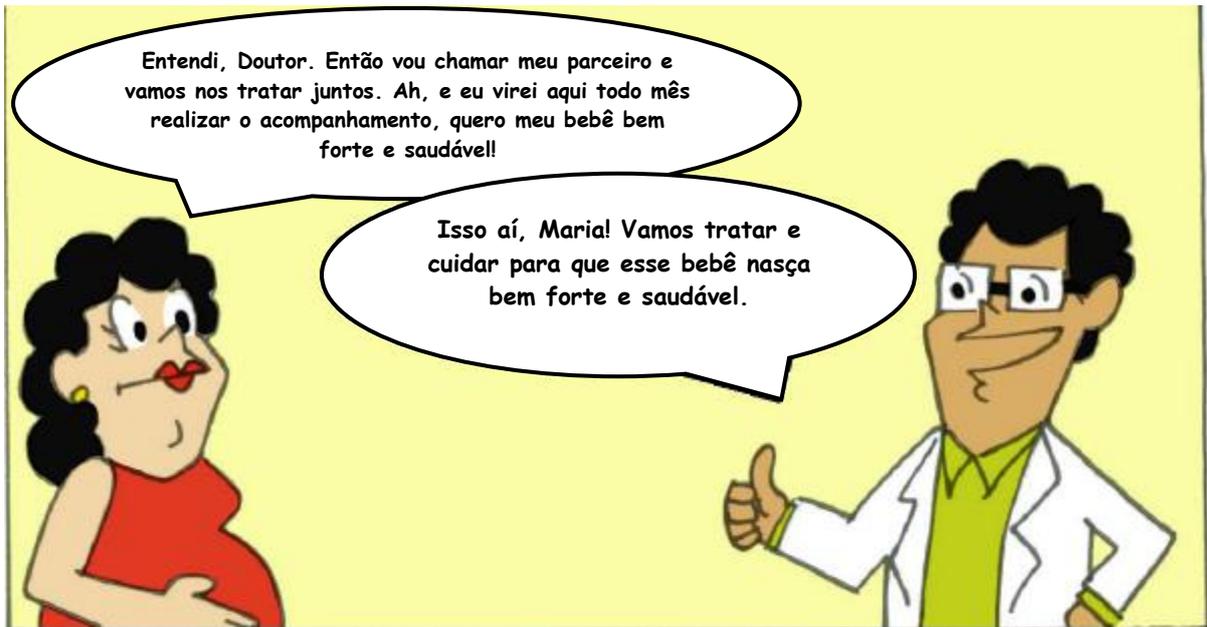








'e



REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.

Departamento de Atenção Básica. Atenção ao Pré-natal de Baixo risco. Brasília, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Transmissão vertical do HIV e sífilis: estratégias para redução e eliminação. Brasília, 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de IST, Aids e hepatites virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de IST, Aids e hepatites virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para prevenção da transmissão vertical de HIV, Sífilis e Hepatites virais. Ministério da Saúde, 2015.

ANEXOS

ANEXO A



DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE

Declaro estar ciente que o Projeto de Pesquisa "AVALIAÇÃO DA ASSISTENCIA PRÉ-NATAL DAS GESTANTES COM SÍFILIS ASSITIDAS PELA ESF EM TERESINA-PI" será avaliado por um Comitê de Ética em Pesquisa do sistema CEP/CONEP e concordar com o parecer ético emitido por este CEP, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a **Resolução CNS 466/12**. Esta Instituição está ciente de suas coresponsabilidades como instituição coparticipante do presente Protocolo de Pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos participantes da pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança.

Autorizo os (as) pesquisadores (as) **Profº MARIA DO CARMO MARTINS, ANDERSON MENDES E OZIRINA MARIA DA COSTA**, realizarem a(s) etapa(s): Acesso as informações das gestantes com diagnóstico de sífilis na gestação.

Teresina, 21 de janeiro 2016.

Smithanny Barros da Silva

Smithanny Barros da Silva
 Presidente da Comissão de Ética em Pesquisa da
 Fundação Municipal de Saúde
 Smithanny Barros da Silva
 Diretora de Ações Assistenciais
 DAA/FMS



ANEXO B



UFPI - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PIAUÍ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação da assistência pré-natal das gestantes com sífilis assistidas pela Estratégia Saúde da Família em Teresina- Piauí

Pesquisador: Maria do Carmo de Carvalho e Martins

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 57090216.0.0000.5214

Instituição Proponente: FUNDACAO UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUI

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.794.202

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de pesquisa intitulado Avaliação da assistência pré-natal das gestantes com sífilis assistidas pela Estratégia Saúde da Família em Teresina- Piauí, que tem como pesquisador responsável o prof. (a) Maria do Carmo de Carvalho e Martins, como pesquisador assistente o Sr.(a) OZIRINA MARIA DA COSTA.

Para o desenvolvimento da pesquisa, o pesquisador apresenta como justificativa que a sífilis congênita provoca de 30-50% de morte intra-útero, parto pré- termo ou morte e sua persistência é problema de saúde pública no Brasil e está relacionada com desigualdades regionais e sociais no acesso das gestantes aos serviços de saúde e também a outros descuidos na assistência pré-natal, tais como oportunidades perdidas no diagnóstico e tratamento; assim torna-se extremamente importante avaliar a assistência pré-natal das gestantes com sífilis assistidas pela Estratégia Saúde da Família em Teresina- Piauí, indicando no desenho do estudo a utilização da metodologia de uso de banco de dados e entrevista com questionário junto às gestantes avaliadas.

Para o recrutamento o pesquisador utilizara o banco de dados SINAN para localizar as gestantes

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa

Bairro: Ininga

CEP: 64.049-550

UF: PI

Município: TERESINA

Telefone: (86)3237-2332

Fax: (86)3237-2332

E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br

CSOmarino



UFPI - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PIAUÍ



Continuação do Parecer: 1.794.202

que estão em tratamento, se necessário.

São indicados como critérios de inclusão e exclusão, respectivamente:

Critério de Inclusão:

Serão utilizados como critérios de inclusão: ser gestante com diagnóstico de sífilis notificada no SINAN, no município de Teresina, no período de janeiro de 2013 a dezembro de 2014.

Critério de Exclusão:

Serão excluídas as gestantes que não realizaram pré-natal.

Assim, foi estabelecida para a pesquisa uma amostra de 124 participantes.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar a assistência pré-natal prestada às gestantes diagnosticadas com sífilis atendidas pela Estratégia Saúde da Família do município de Teresina-PI.

Objetivo Secundário:

- Descrever as características socioeconômicas e reprodutivas das gestantes com sífilis atendidas pela ESF.
- Analisar a assistência prestada quanto à avaliação, diagnóstico e tratamento das gestantes com sífilis e parceiros.
- Identificar as condições e características dos recém-nascidos das gestantes com sífilis.
- Elaborar uma cartilha educativa sobre Sífilis para gestantes atendidas na ESF.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O pesquisador aponta como riscos e benefícios da pesquisa:

Riscos:

Os riscos do estudo podem ser vazamento de informações e constrangimentos das participantes ao responder algum questionamento. Para minimizar tais riscos, os pesquisadores se comprometem em proteger o sigilo das informações por meio de adequada codificação dos instrumentos

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa
Bairro: Ininga **Município:** TERESINA **CEP:** 64.049-550
UF: PI **Telefone:** (86)3237-2332 **Fax:** (86)3237-2332 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br

Assinatura



UFPI - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PIAUÍ



Continuação do Parecer: 1.794.202

de coleta de dados e não deixando que outras pessoas tenham acesso ao material. Qualquer dado que possa identificar as participantes será excluído na divulgação dos resultados da pesquisa e o material será armazenado em lugar seguro sob os cuidados do pesquisador principal, garantindo o sigilo dos dados, além disso, os dados serão recolhidos em um local restrito aos dois garantindo assim a privacidade.

Benefícios:

O benefício da pesquisa será colaborar para a compreensão das possíveis causas do aumento da incidência da sífilis congênita no município de Teresina, assim como para a formulação de estratégias que possa vir a melhorar o manejo clínico da sífilis na gestação.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto de grande relevância para a saúde da mulher.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os documentos foram devidamente anexados.

Recomendações:

Sem recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O Projeto encontra-se em consonância com a resolução 466/12 e encontra-se apto para ser iniciado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_657808.pdf	09/06/2016 19:57:26		Aceito
Cronograma	CRONOGRAMAjunho.docx	09/06/2016 19:56:12	OZIRINA MARIA DA COSTA	Aceito
Outros	CurriculoMariadoCarmodeCarvalhoeMartins.pdf	09/06/2016 07:55:13	Maria do Carmo de Carvalho e Martins	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	projeto-plataforma.doc	27/05/2016 09:56:45	OZIRINA MARIA DA COSTA	Aceito

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa

Bairro: Ininga **CEP:** 64.049-550

UF: PI **Município:** TERESINA

Telefone: (86)3237-2332 **Fax:** (86)3237-2332 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br

Handwritten signature



UFPI - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PIAUÍ



Continuação do Parecer: 1.794.202

Investigador	projetoπλαforma.doc	27/05/2016 09:56:45	OZIRINA MARIA DA COSTA	Aceito
Outros	instrumento.docx	27/05/2016 09:53:58	OZIRINA MARIA DA COSTA	Aceito
Outros	confidencialidade.pdf	27/05/2016 09:51:41	OZIRINA MARIA DA COSTA	Aceito
Outros	CEP.pdf	25/03/2016 20:07:05	OZIRINA MARIA DA COSTA	Aceito
Outros	TCUD.pdf	25/03/2016 20:05:39	OZIRINA MARIA DA COSTA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DEC_INST.pdf	25/03/2016 20:03:37	OZIRINA MARIA DA COSTA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DEC_PESQ.pdf	25/03/2016 20:02:57	OZIRINA MARIA DA COSTA	Aceito
Folha de Rosto	Digitalizar_2016_03_02_09_30_02_411. pdf	06/03/2016 15:44:01	OZIRINA MARIA DA COSTA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termodeassentimento.doc	06/03/2016 15:42:48	OZIRINA MARIA DA COSTA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMODECONSENTIMENTO.docx	01/03/2016 10:46:59	OZIRINA MARIA DA COSTA	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.docx	01/03/2016 10:39:15	OZIRINA MARIA DA COSTA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

TERESINA, 26 de Outubro de 2016

Assinado por:

Lúcia de Fátima Almeida de Deus Moura
(Coordenador)

Prof.ª Dra. Lúcia de Fátima Almeida de Deus Moura
Coordenadora CEP-UFPI
Portaria PROPEQS Nº 10/2016

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa

Bairro: Ininga

CEP: 64.049-550

UF: PI

Município: TERESINA

Telefone: (86)3237-2332

Fax: (86)3237-2332

E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br