



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ – UFPI
PRO REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

PEDRO SAMUEL LIMA PEREIRA

ANÁLISE DOS FATORES ASSOCIADOS À SÍFILIS CONGÊNITA

TERESINA

2020

PEDRO SAMUEL LIMA PEREIRA

ANÁLISE DOS FATORES ASSOCIADOS À SÍFILIS CONGÊNITA

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí-UFPI, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Rosilane de Lima Brito Magalhães.

Área de Concentração: Enfermagem no contexto social brasileiro.

Linha de pesquisa: Políticas e Práticas Sócio -Educativas de Enfermagem.

TERESINA

2020

Universidade Federal do Piauí
Biblioteca Setorial do CCS
Serviço de Processamento Técnico

P436a Pereira, Pedro Samuel Lima.
Análise dos fatores associados à sífilis congênita / Pedro Samuel Lima
Pereira. -- Teresina, 2020.
77 f.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Piauí, Programa de
Pós-Graduação em Enfermagem, 2021.
Orientação: Profa. Dra. Rosilane de Lima Brito Magalhães.
Bibliografia

1. Sífilis. 2. Sífilis Congênita. 3. Gravidez. 4. Pré-natal. I. Magalhães,
Rosilane de Lima Brito. II. Título.

CDD 616.951 3

PEDRO SAMUEL LIMA PEREIRA

ANÁLISE DOS FATORES ASSOCIADOS À SÍFILIS CONGÊNITA

Dissertação de mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí-UFPI, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em ____ de Dezembro de 2020.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Rosilane de Lima Brito Magalhães - Orientadora/ Presidente
Universidade Federal do Piauí (UFPI)

Profa. Dra. Luana Kelle Batista Moura - 1ª Examinadora
Centro Universitário Uninovafapi (UNINOVAFAPI)

Profa. Dra. Herla Maria Furtado Jorge - 2ª Examinadora
Universidade Federal do Piauí (UFPI)

Profa. Dra. Andreia Rodrigues Moura da Costa Valle - Examinador suplente
Universidade Federal do Piauí (UFPI)

DEDICATÓRIA

A Deus, por me conceder saúde e sabedoria para seguir sempre em frente. Obrigado por ser a minha força e o meu guia em todos os momentos. A ti, Senhor, toda honra e toda a glória

À minha família, os meus pais, Antônio e Rosa, pelo apoio e incentivo em todos os momentos da minha vida. Por acreditarem em mim e na concretização dos meus sonhos. Sem vocês, nada seria possível. Amo vocês!

Aos meus amigos, irmãos que eu não tive, que Deus colocou em meu caminho. Mesmo com a distância ou vida atribulada, sempre se fizeram presentes na minha vida e estarão sempre em meu coração. Obrigado pelo companheirismo, apoio e amizade incondicional. Eu amo vocês!

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela dádiva da vida e por me permitir realizar tantos sonhos. Obrigado por me permitir errar, aprender e crescer muito com isso, pela sua força e amparo que não me permitiram desistir nos momentos mais aflitos. Por vezes me questiono se mereço tanta graça, obrigado por tanto.

Aos meus pais, Antônio de Andrade Pereira e Rosa Moreira Lima, por sempre acreditarem em mim, nos meus sonhos, e não terem medido esforços possíveis por abdicarem em parte de suas vidas em prol da minha da felicidade e de minhas realizações. Obrigado por tanto serem tudo que tenho de mais precioso!

A minha família, minhas tias, Quinquinha, Gorete e Maria Andrade, minha madrinha Maria, meus primos Tatiana, Conceição e Paulo Henrique, que contribuíram torcendo e sempre acreditaram na realização das minhas conquistas. E as minhas pequenas Maria Júlia, Maria Eduarda, Isadora Maria e Isabelly Maria, por mesmo de longe não me fazerem perder o hábito de ser criança e tornar a vida mais leve.

Aos meu grandes e irmãos de coração, Marcelo Victor Freitas Nascimento e Paula Lima da Silva, os quais tive a sorte de compartilhar com eles ao longo desses anos minhas angústias, anseios, dividir conselhos e opiniões e ainda momentos de alegria e descontração quer tenham sido em âmbito acadêmico ou a vida social e pessoal. Obrigado amigos, por todo incentivo e apoio nessa jornada, vocês foram determinantes!

A todos os meus demais amigos, que não são poucos, os mais distantes fisicamente, Lara, Thiago, Marcus Daniell, Ana Lydía, Holayna, Markelany, Maura, Florêncio, Wanderson, Nalma, Bernardo, Romenique, Enos e aos que estiveram fisicamente mais próximos, Francisca, Jéssica, Aline, Raiana, Letícia, Elaine, Rennan, Simone, Wesley, José, Victor e Igor, obrigado por todo o incentivo recebido, por ouvirem meus inúmeros desabafos e dividirem comigo tantos momentos ao longo dessa caminhada, que sem dúvidas deixaram meus dias mais felizes.

À professora Dr.^a Rosilane de Lima Brito Magalhães, pela orientação, competência, profissionalismo e dedicação. Embora nesse percurso algumas vezes eu me sentisse desestimulado, cansado, achando a caminhada difícil, a maioria das vezes em poucas palavras me incentivava, me dava ânimo e sempre enfatizava que iria dar certo, e deu. Obrigado por acreditar em mim sempre.

À Universidade Federal do Piauí, em nome do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPI pela imensurável contribuição para minha formação ao longo dessa caminhada, juntamente com todos os docentes do Departamento de Enfermagem, pelos ensinamentos e dedicação.

Às professoras Dr.^a Luana Kelle Batista Moura, Dr.^a Herla Maria Furtado Jorge e Dr.^a Andreia Rodrigues Moura da Costa Valle, por aceitarem compor minha banca examinadora, além de contribuir de maneira valiosa para o enriquecimento do trabalho.

Aos colegas discentes da turma 13, pela amizade, parceria, troca de conhecimentos e experiências, vivenciados ao longo desse caminho, que sem dúvidas enriqueceram em nossa formação.

Ao Grupo de Pesquisa, Grupo de Estudo sobre Doenças e Infeciosas e outros Agravos (GEDI), pela troca de experiências e conhecimentos que me ajudaram nessa construção.

As pacientes que participaram desse estudo, por sua disposição, tempo despendido compartilhando de suas vivências e contribuindo com meu aprendizado enquanto e evolução como ser humano, além de ajudar para o mundo da pesquisa.

Por fim, o meu profundo e sentido agradecimento a todas as pessoas que contribuíram para a concretização desta dissertação, estimulando-me intelectual e emocionalmente.

PEREIRA, P. S. L. **ANÁLISE DOS FATORES ASSOCIADOS À SÍFILIS CONGÊNITA**. 2020. 77f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2020.

RESUMO

Introdução: A sífilis está entre as infecções sexualmente transmissíveis consideradas um problema de elevada magnitude mundialmente. É uma infecção causada pelo *Treponema pallidum*, evolui de forma crônica e pode ter sequelas irreversíveis a longo prazo. É de notificação compulsória e sua forma congênita é responsável por altas taxas de morbidade e morbimortalidade. **Objetivo:** Analisar a ocorrência de sífilis congênita e fatores associados em mães com diagnóstico de sífilis na atenção primária. **Método:** Pesquisa analítica, com abordagem quantitativa realizado com 73 gestantes com diagnóstico de sífilis, em uma capital do nordeste do Brasil no período de maio de 2019 a junho de 2020. Foi aplicado um instrumento validado quanto à forma e conteúdo, contendo variáveis sociodemográficas, comportamentais, clínicas, de pré-natal e parceria sexual e resultado da gestação. Inicialmente foi realizado levantamento e seleção das Unidades Básicas de Saúde, aplicabilidade do instrumento, de coleta de dados, durante a gestação e até 42 dias após o parto. Foram incluídas gestantes com o diagnóstico de sífilis em qualquer idade gestacional; cadastrada em estratégia saúde da família da zona urbana, com idade igual ou superior a 18 anos. Foram excluídas, após três tentativas, as participantes que não foram a consulta de pré-natal; as que tinham diagnóstico de transtorno mental e aquelas com diagnóstico de sífilis após a primeira etapa da pesquisa. Os dados foram analisados no programa estatístico SAS versão 9.4 adotando-se $\alpha = 0,05$ para significância estatística. Realizou-se frequências e percentuais, análise bivariada, tendo como variável dependente a ocorrência de sífilis congênita (sim/não), realizado o teste do qui-quadrado, ou teste de Fisher para casos nos quais o qui-quadrado não fosse indicado e cálculo de *Odds ratio*. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí sob o número de parecer: 2.975.828. **Resultados:** Das 73 participantes, a maioria tinha de 26-38 anos (n=39; 53.4%), menos de 12 anos de estudo (n=42; 57.5%), não brancas (n=69; 94.5%) e sem trabalho remunerado (n=56; 76.7%). Tiveram sua primeira relação sexual entre 13 e 15 anos (n=42; 57.5%), não usavam álcool (n=62; 84.9%), realizaram teste rápido de sífilis (n=41; 56.2%) e o pré-natal (n=65; 89.0%), o enfermeiro predominou na realização da consulta de pré-natal (n=38; 52.1%) e a maioria realizou entre 6 e 7 consultas (n=47; 64.4%). Não usaram preservativo na gravidez (n=42; 57.5%), a maioria foi diagnosticada com sífilis no primeiro trimestre de gestação (n=33; 45.2%), iniciaram o tratamento após o diagnóstico (n=62; 85.0%), foram orientadas sobre o tratamento (n=71; 97%), as parcerias sexuais que testaram positivo para sífilis foram (n=31; 42.5%) e a ocorrência de sífilis congênita foi de 30 (41,1%). **Conclusão:** A prevalência da sífilis congênita foi alta, se deu predominante em filhos de mulheres mais pobres, de baixa escolaridade e não brancas. Uso do álcool foi fator associado a sífilis congênita (p=0.0056). Demonstra que a assistência pré natal, ainda carece do atendimento ideal e urge intervenção.

Palavras-chave: Sífilis. Sífilis Congênita. Gravidez. Pré-natal.

PEREIRA, P. S. L. **ANALYSIS OF FACTORS ASSOCIATED WITH CONGENITAL SYPHILIS**. 2020. 77f. Dissertation (Master in Nursing) - Postgraduate Program in Nursing at the Federal University of Piauí, Teresina, 2020.

SUMMARY

Introduction: Syphilis is among the sexually transmitted infections considered a problem of high magnitude worldwide. It is an infection caused by *Treponema pallidum*, it evolves in a chronic way and can have irreversible sequelae in the long term. It is mandatory notification and its congenital form is responsible for high rates of morbidity and mortality. **Objective:** To analyze the occurrence of congenital syphilis and associated factors in mothers diagnosed with syphilis in primary care. **Method:** Analytical research, with a quantitative approach carried out with 73 pregnant women diagnosed with syphilis, in a capital of northeastern Brazil from May 2019 to June 2020. A validated instrument was applied in terms of form and content, containing sociodemographic variables, behavioral, clinical, prenatal and sexual partnership and pregnancy outcome. Initially, a survey and selection of the Basic Health Units was carried out, the applicability of the instrument, data collection, during pregnancy and up to 42 days after delivery. Pregnant women with a diagnosis of syphilis at any gestational age were included; registered in a family health strategy in the urban area, aged 18 years or over. After three attempts, participants who did not attend the prenatal consultation were excluded; those diagnosed with mental disorders and those diagnosed with syphilis after the first stage of the research. The data were analyzed using the SAS statistical program, version 9.4, adopting $\alpha = 0.05$ for statistical significance. Frequencies and percentages were performed, bivariate analysis, with the occurrence of congenital syphilis as the dependent variable (yes / no), the chi-square test, or Fisher's test for cases in which the chi-square was not indicated and calculation Odds ratio. The project was approved by the Research Ethics Committee of the Federal University of Piauí under the number of opinions: 2,975,828. **Results:** Of the 73 participants, the majority were 26-38 years old (n = 39; 53.4%), less than 12 years of study (n = 42; 57.5%), non-white (n = 69; 94.5%) and without renumbered work (n = 56; 76.7%). They had their first sexual intercourse between 13 and 15 years old (n = 42; 57.5%), did not use alcohol (n = 62; 84.9%), underwent rapid syphilis test (n = 41; 56.2%) and prenatal care (n = 65; 89.0%), the nurse predominated in the performance of the prenatal consultation (n = 38; 52.1%) and the majority performed between 6 and 7 consultations (n = 47; 64.4%). They did not use condoms during pregnancy (n = 42; 57.5%), most were diagnosed with syphilis in the first trimester of pregnancy (n = 33; 45.2%), started treatment after diagnosis (n = 62; 85.0%), were oriented about treatment (n = 71; 97%), sexual partnerships that tested positive for syphilis were (n = 31; 42.5%) and the occurrence of congenital syphilis was 30 (41.1%). **Conclusion:** The prevalence of congenital syphilis was high, being predominant in children of poorer women, with low education and non-white. Alcohol use was a factor associated with congenital syphilis (p = 0.0056). It demonstrates that prenatal care still lacks the ideal care and urgent intervention is needed.

Keywords: Syphilis. Congenital syphilis. Pregnancy. Prenatal.

PEREIRA, P. S. L. **ANÁLISIS DE FACTORES ASOCIADOS A SÍFILIS CONGÉNITA**. 2020. 77f. Disertación (Maestría en Enfermería) - Programa de Postgrado en Enfermería de la Universidad Federal de Piauí, Teresina, 2020.

RESUMEN

Introducción: La sífilis es una de las infecciones de transmisión sexual considerada un problema de gran magnitud a nivel mundial. Es una infección causada por *Treponema pallidum*, evoluciona de forma crónica y puede tener secuelas irreversibles a largo plazo. Es de notificación obligatoria y su forma congénita es responsable de altas tasas de morbilidad y mortalidad. **Objetivo:** Analizar la ocurrencia de sífilis congénita y factores asociados en madres diagnosticadas con sífilis en atención primaria. **Método:** Investigación analítica, con abordaje cuantitativo, realizada con 73 gestantes diagnosticadas de sífilis, en una capital del noreste de Brasil de mayo de 2019 a junio de 2020. Se aplicó un instrumento validado en términos de forma y contenido, que contiene variables sociodemográficas, conductuales relación clínica, prenatal y sexual y resultado del embarazo. Inicialmente se realizó una encuesta y selección de las Unidades Básicas de Salud, aplicabilidad del instrumento, recolección de datos, durante el embarazo y hasta 42 días después del parto. Se incluyeron mujeres embarazadas con diagnóstico de sífilis en cualquier edad gestacional; inscritos en una estrategia de salud de la familia en el área urbana, mayores de 18 años. Después de tres intentos, se excluyó a las participantes que no asistieron a la consulta prenatal; los diagnosticados con trastornos mentales y los diagnosticados con sífilis después de la primera etapa de la investigación. Los datos fueron analizados usando el programa estadístico SAS, versión 9.4, adoptando $\alpha = 0.05$ para significancia estadística. Se realizaron frecuencias y porcentajes, análisis bivariado, teniendo como variable dependiente la ocurrencia de sífilis congénita (sí / no), la prueba de chi-cuadrado, o prueba de Fisher para los casos en los que no se indicó la chi-cuadrado y cálculo de Odds ratio. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad Federal de Piauí bajo el número de opiniones: 2.975.828. **Resultados:** De los 73 participantes, la mayoría tenía entre 26 y 38 años ($n = 39$; 53,4%), menos de 12 años de estudio ($n = 42$; 57,5%), no blancos ($n = 69$; 94,5%) y sin trabajo remunerado ($n = 56$; 76,7%). Tuvieron su primera relación sexual entre los 13 y 15 años ($n = 42$; 57,5%), no consumieron alcohol ($n = 62$; 84,9%), se sometieron a prueba rápida de sífilis ($n = 41$; 56,2%) y atención prenatal ($n = 65$; 89,0%), la enfermera predominó en la realización de la consulta prenatal ($n = 38$; 52,1%) y la mayoría realizó entre 6 y 7 consultas ($n = 47$; 64,4%). No usaron condón durante el embarazo ($n = 42$; 57,5%), la mayoría fueron diagnosticadas con sífilis en el primer trimestre del embarazo ($n = 33$; 45,2%), iniciaron tratamiento después del diagnóstico ($n = 62$; 85,0%), fueron orientados al tratamiento ($n = 71$; 97%), las parejas sexuales que dieron positivo para sífilis fueron ($n = 31$; 42,5%) y la ocurrencia de sífilis congénita fue 30 (41,1%). **Conclusión:** La prevalencia de sífilis congénita fue alta, predominando en hijos de mujeres más pobres, con baja escolaridad y no blancas. El consumo de alcohol fue un factor asociado a la sífilis

congénita ($p = 0,0056$). Demuestra que la atención prenatal todavía carece de la atención ideal y se necesita una intervención urgente.

Palabras clave: sífilis. Sífilis congénita. El embarazo. Prenatal

LISTA DE QUADROS E FIGURAS

Quadro 1 - Manifestações clínicas de acordo com a evolução e estágio da sífilis.....	18
Quadro 2 - Distribuição das variáveis independentes, quanto a descrição, categoria e classificação.....	30

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica das gestantes com diagnóstico de sífilis. (n=73). Teresina-PI. 2019-2020.....	36
Tabela 2 - Características comportamentais das gestantes com diagnóstico de sífilis. (n=73). Teresina-PI. 2019-2020.....	37
Tabela 3 - Dados clínicos das gestantes com diagnóstico de sífilis. (n=73). Teresina-PI. 2019-2020.....	38
Tabela 4 - Dados relacionados ao pré-natal e desfechos da sífilis. (n=73). Teresina-PI. 2019-2020.....	40
Tabela 5 - Dados relacionados a parceria das gestantes. (n=73). Teresina-PI. 2019-2020.....	41
Tabela 6 - Fatores sociodemográficos e comportamentais associados a sífilis congênita considerando mães com diagnóstico de sífilis. (n=73). Teresina-PI. 2019-2020.....	42
Tabela 7 - Fatores clínicos, de desfecho e diagnóstico, associados a sífilis congênita considerando mães com diagnóstico de sífilis. (n=73). Teresina-PI. 2019-2020.....	44

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CEP - Comitê de Ética e Pesquisa

ESF - Estratégia Saúde da Família

IST's - Infecções sexualmente transmissíveis

OMS - Organização Mundial de Saúde

PIBIC - Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica

PNAISM - Política Nacional para Atenção Integral à Saúde da Mulher

RN - Recém-Nascido

SC - Sífilis Congênita

SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TP - *Treponema pallidum*

TV - Transmissão Vertical

UBS - Unidades Básicas de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	14
1.1 Contextualização do problema.....	14
1.2 Objetivo Geral.....	16
1.2.1 Objetivo específico.....	16
1.3 Justificativa.....	16
2 REVISÃO DA LITERATURA.....	18
2.1 Aspectos conceituais e epidemiológicos da sífilis em gestante e sífilis congênita.....	18
2.2 Políticas de Assistência á gestante e a criança exposta a sífilis.....	22
2.3. Fatores associados aos desfechos desfavoráveis da sífilis congênita.....	25
3 MÉTODO.....	29
3.1 Delineamento do estudo.....	29
3.2 Local do estudo e período do estudo.....	29
3.3 População e amostra.....	29
3.3.1 Critérios de inclusão.....	30
3.3.2 Critérios de exclusão.....	30
3.4 Capacitação da equipe de coleta de dados.....	30
3.5 Instrumento para coleta e variáveis de interesse.....	30
3.6 Recrutamento dos participantes e coleta de dados.....	34
3.7.1 Coleta dos dados.....	34
3.7.2 Análise, interpretação e apresentação dos dados.....	35
3.8 Aspectos éticos.....	35
4 RESULTADOS.....	37
5 DISCUSSÃO.....	47
6 CONCLUSÃO.....	53
REFERÊNCIAS.....	55
APÊNDICES.....	60
ANEXOS.....	71

1 INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização do problema

As Infecções sexualmente transmissíveis (IST's) são consideradas problemas de magnitude elevada quando são adquiridas diariamente, no mundo. E anualmente há cerca de 376 milhões de novas infecções, sendo a sífilis de prevalência elevada em diversas populações. A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que em 2016, 988 mil mulheres grávidas adquiriram sífilis e cerca de 661 mil casos de Sífilis Congênita (SC), no mundo com registro de mais de 200 mil natimortos e mortes neonatais. A ocorrência de complicações é elevada, quando tem mais de 300 mil mortes fetais e neonatais, e risco de morte prematura mais de 200 mil crianças, no mundo (WHO, 2016a).

A sífilis é uma infecção sistêmica, causada pelo *Treponema pallidum* (TP), de notificação compulsória. E quando não tratada de maneira precoce, pode evoluir de forma crônica trazendo sequelas irreversíveis a longo prazo. Já a sífilis congênita SC é o resultado dessa disseminação do TP por via transplacentária (BRASIL, 2019a) (BRASIL, 2017a).

A transmissão dessa patologia se dá predominantemente por contato sexual além ainda de ser transmitida também verticalmente para o feto durante a gestação. A maioria do público que possui sífilis é assintomático, e quando apresentam sinais e sintomas, na maioria das vezes não percebem ou não valorizam, e por vezes transmitem a infecção durante suas relações sexuais sem o devido conhecimento. Essa transmissibilidade da doença é maior nos estágios da sífilis primária e secundária, diminuindo de forma gradual ao longo do tempo (BRASIL, 2019a).

No Brasil, em relação a sífilis gestacional foram diagnosticados 37.436 casos em 2016, o que corresponde a uma taxa de 12,4 casos em gestante/1000 nascidos vivos. No Piauí, o número de casos de sífilis gestacional foi de 6,0 em 1000 nascidos vivos. E a taxa de detecção de SC foi de 7,5 no mesmo ano. A capital Teresina está entre as capitais que apresenta taxas de incidência de SC mais elevadas que as taxas de detecção de sífilis em gestante, o que denota uma possível deficiência no diagnóstico na gestação e notificação oportuna dos casos de sífilis em gestantes (BRASIL, 2017b).

No Brasil, nos últimos cinco anos evidenciou-se um aumento do número de casos de sífilis em gestantes, SC e sífilis adquirida. A OMS lançou um novo Boletim Epidemiológico, e no Brasil a sífilis adquirida, agravo de notificação compulsória desde 2010, teve sua taxa de detecção aumentada de 59,1 casos por 100.000 habitantes, em 2017, para 75,8 casos por 100.000 habitantes, em 2018. Também em 2018, a taxa de detecção de sífilis em gestantes foi de 21,4/1.000 nascidos vivos, a taxa de incidência de SC foi de 9,0/1.000 nascidos vivos e taxa de mortalidade por sífilis congênita foi de 8,2/100.000 nascidos vivos (BRASIL, 2019b).

Esse aumento pode ser justificado pela disponibilização de testes rápidos e realização de testagem, também a diminuição do uso de preservativos, redução na administração da penicilina na Atenção Básica e ao desabastecimento mundial de penicilina, entre outros (CADDY et al., 2011).

Em relação a Transmissão Vertical (TV), esta pode ocorrer em qualquer fase durante a gestação ou estágio da doença materna, quando a gestante que possui sífilis não realiza tratamento ou realiza de maneira inadequada, sendo essa TV responsável por altas taxas de morbidade e morbimortalidade, com desfechos de abortamento, óbito fetal e mortes neonatais em cerca de até 40% (BRASIL, 2019a).

Além da cura, trata-se de uma doença que pode ser prevenida, por meio da implementação de estratégias efetivas de diagnóstico precoce e tratamento dos parceiros sexuais, além de aconselhamento e intervenções comportamentais que oferecem prevenção primária. Há também a necessidade de englobar as populações mais propícias e envolvê-las da melhor maneira na concepção, implementação e avaliação desses tipos de estratégias afim de que sejam efetivas na prevenção e tratamento (WHO, 2016a).

Existe um número significativo de gestantes que não são tratadas ou são inadequadamente tratadas no pré-natal (BRASIL, 2017c). Percebe-se que município de Teresina, em grande parte das gestantes, o diagnóstico da sífilis é realizado no momento da assistência ao parto e pós-parto, o que proporciona um tratamento adequado para a mãe, porém esse tratamento não tem muita repercussão na prevenção da TV. Mediante isso, considera-se a necessidade da propagação de informações que influenciam o conhecimento e visibilidade das IST's e promovem um maior autocuidado entre gestantes e seus parceiros, de maneira precoce.

Buscou-se na literatura através de uma busca não sistemática, artigos relacionados a temática em questão para a realidade local, que tivessem relação com o objetivo, porém poucos artigos foram localizados e a grande maioria destes limitando-se a análises epidemiológicas, além ainda de poucos serem os estudos realizados últimos anos. Para tanto, estudos que analisem os fatores associados a ocorrência de SC, são de extrema importância e necessidade para o fomento a novas estratégias de combate a essa problemática.

O estudo teve como objeto a ocorrência de sífilis congênita e fatores associados em mães com diagnóstico de sífilis, com o propósito de responder a seguinte questão norteadora: Quais os fatores associados à ocorrência de sífilis congênita em mães com diagnóstico de sífilis?

1.2 Objetivo geral

- Analisar a ocorrência de sífilis congênita e fatores associados em mães com diagnóstico de sífilis na atenção primária.

1.2.1 Objetivos específicos

- Identificar as características sociodemográficas e comportamentais de gestantes com sífilis;
- Identificar as características clínicas do pré-natal, de parceria sexual, de diagnóstico e de desfecho, de gestantes com sífilis;
- Estimar a prevalência da sífilis congênita;
- Analisar os fatores sociodemográficos e comportamentais associados à sífilis congênita em mães com diagnóstico de sífilis.

1.3 Justificativa

Mundialmente, tanto a incidência da SC como a ocorrência dos desfechos adversos decorrentes da doença estão relacionadas à menor cobertura da atenção pré-natal. As falhas no pré-natal de mulheres com sífilis estão associadas ao despreparo dos profissionais pré-natalistas, à dificuldade de adesão a protocolos assistenciais, a demoras nos resultados dos exames, à não valorização de títulos

baixos de VDRL e à dificuldade na abordagem dos parceiros (RODRIGUES; DOMINGUES, 2018; HERINGER et al., 2020).

Enquanto estudante do programa de residência multiprofissional, área enfermagem obstétrica pela Universidade Federal do Piauí durante dois anos, com práticas desenvolvidas em uma maternidade de referência do estado, foi possível conviver e observar quase que diariamente a grande quantidade de casos de sífilis em gestantes, que muitas vezes evoluíam para transmissão vertical e eram diagnosticados, além disso chamava também a atenção as consequências para gestação e principalmente para o concepto, resultantes da infecção, natimortalidade, partos prematuros, abortamentos precoces e tardios, baixo peso ao nascer, má formações congênitas, sequelas a longo prazo, entre outras.

Além de vivenciar desde a formação, que nos serviços de saúde o aparecimento de casos de SC é grande e por essa razão constitui-se de um grave problema de saúde pública ao se tratar de uma doença infecciosa grave que traz inúmeras complicações para o recém-nascido (RN), a exemplo disso nos deparamos com RN de baixo peso ao nascer, nascimento prematuro, aborto e natimorto, além de outras complicações.

Em nossa prática profissional diária o cuidado às gestantes e crianças que possuem a doença, deve ser baseado em protocolos de controle e tratamento da sífilis. Assim como a mãe, o RN exposto à sífilis ou com SC também passará por avaliações especialmente na maternidade, considerando aspectos como o histórico materno na gestação, sinais e sintomas clínicos da criança (na maioria das vezes ausentes) e os testes sorológicos da criança. É essencial garantir o rastreio de todas as crianças expostas à sífilis, mesmo que tenha sido descartada a infecção por TV.

Os fatores mencionados acima fazem considerar esta pesquisa de grande relevância a partir da observância de poucos estudos em nossa região que abordem análise da ocorrência de SC e os seus fatores associados. O estudo poderá contribuir para a reformulação e criação de novas políticas de saúde voltadas para o controle da doença, como também políticas de proteção ao RN exposto ou com SC. É de suma importância estudos desse caráter, afim de que se possa visualizar como está o planejamento e desenvolvimento de ações no município de Teresina-PI, para que o município possa contemplar as reais necessidades de saúde desse grupo em nossa região, fortalecendo as ações de prevenção contra transmissão vertical.

Diante da importância dessa problemática apresentada, espera-se que o estudo em questão possa contribuir para um maior entendimento sobre a situação de saúde de mães e RN com diagnóstico de sífilis, além de contribuir para a implementação e desenvolvimento de ações no combate a esse problema de saúde considerado grave e que a comunidade e profissionais que lidam com o público possam se sensibilizar e serem agentes fundamentais para a diminuição de problemas que essa doença causa para mãe e seu filho.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Aspectos conceituais e epidemiológicos da sífilis em gestante e sífilis congênita

A sífilis é uma doença de notificação compulsória regular (em até sete dias), tanto a forma adquirida, congênita, quanto a sífilis da gestante. A sífilis congênita é considerada de notificação compulsória desde 22 de dezembro de 1986, por força da portaria 542/86 do Ministério da Saúde (BRASIL, 1986), a sífilis na gestação tornou-se de notificação compulsória somente em 2005 (Portaria MS/SUS nº 33), e a ficha de investigação liberada para digitação no SINAN em 2007 (BRASIL, 2015; DE FRANÇA, 2015).

A infecção pela sífilis se divide em estágios baseados em achados clínicos, que orientam tanto o tratamento como o seguimento das pessoas infectadas conforme exposto em (figura 1) logo abaixo (BRASIL, 2019a).

Quadro 01: Manifestações clínicas de acordo com a evolução e estágios da sífilis.

EVOLUÇÃO	ESTÁGIOS	MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS
Sífilis recente (menos de 2 anos de duração)	Primária 10- 90 dias (média de 21 dias) após o contato.	Geralmente se manifesta como um nódulo indolor único no local do contato, que se ulcera rapidamente, formando o cancro duro. Costuma surgir na genitália, mas também pode ocorrer no perineo, ânus, reto, orofaringe, lábios ou mãos. A lesão primária é rica em treponemas
	Secundária 6 semanas a 6 meses após o contato	Nessa fase da doença, são comuns sinais e sintomas sistêmicos da infecção, mimetizando manifestações clínicas de outras enfermidades e, dessa forma, sendo frequentemente confundida com outras diagnósticos. Podem ocorrer erupções cutâneas em forma de máculas (roséola) e/ ou pápulas, principalmente no tronco; lesões eritemato-escamosas palmo-plantares (essa localização, apesar de não patognomônica, sugere fortemente o diagnóstico de sífilis no estágio secundário); placas eritematosas branco-acinzentadas nas mucosas; lesões pápulo-hipertroóficas nas mucosas ou pregas cutâneas (condiloma plano ou condiloma lata); alopecia em clarela e madarose (perda da sobrancelha, em especial do terço distal), febre, mal-estar, cefaleia, adinamia e linfadenopatia generalizada. As lesões secundárias são ricas em treponemas
	Latente recente Nos primeiros 2 anos da infecção	Período em que não se observa nenhum sinal ou sintoma clínico de sífilis, verificando-se, porém, reatividade nos testes imunológicos que detectam anticorpos. A maioria dos diagnósticos ocorre nesse estágio. Aproximadamente 25% dos indivíduos intercalam lesões de secundarismo com os períodos de latência, durante o primeiro ano da infecção.
Sífilis tardia (mais de 2 anos de duração)	Latente tardia Após 2 anos de infecção	Menos frequente na atualidade
	Terciária	É comum o acometimento do sistema nervoso e cardiovascular (dilatação aórtica, regurgitação aórtica, estenose do óstio carotídeo). Além disso, verifica-se a formação de gomas sífilíticas (tumorações com tendência a liquefação) na pele, mucosas, ossos ou qualquer tecido

Fonte: BRASIL, 2019.

O diagnóstico para sífilis exige a associação entre a história clínica da pessoa infectada, os dados clínicos, resultado de testes laboratoriais, histórico de infecções pregressas e ainda investigação de exposição. A junção dessas informações possibilitará uma correta avaliação e diagnóstico e refletirá no tratamento adequado. Os testes utilizados para auxiliar nesse diagnóstico da sífilis se subdividem em duas categorias: os exames diretos e testes imunológicos. No primeiro grupo estão o exame em campo escuro e a pesquisa direta com material corado, no segundo grupo estão os não treponêmicos, VDRL, RPR e TRUST, e os treponêmicos, que são FTA-Abs, ELISA/EQL, TPHA/TPPA/MHA-TP e o Teste Rápido (TR) (BRASIL, 2019a).

O diagnóstico materno da sífilis no momento que a paciente encontra-se em assistência para a resolução do parto faz com que se tenha a oportunidade do tratamento da mãe e do parceiro, prevenindo possivelmente novas intercorrências de SC. Apesar de nesse momento, o tratamento já não ser mais oportuno e eficaz,

capaz de evitar a transmissão da sífilis para o RN. É importante o diagnóstico nessa ocasião, pois apesar da perda de oportunidade de evitar a TV, existe a chance de tratar o RN evitando a SC tardia e outros agravos graves resultantes da infecção, por exemplo, a neurosífilis (CARDOSO et al., 2018).

Existe uma estimativa de incidência anual de 12 milhões de novos casos de sífilis no mundo, destes 1 milhão de casos ocorrem em gestantes. Em países desenvolvidos como os Estados Unidos (EUA), a SC no ano de 2012 atingiu uma baixa de 8,4 casos por 100.000 nascidos vivos, em contrapartida de 2012 a 2014 recrudescceu, alcançando um aumento expressivo de 38%, valor que se equiparou ao aumento da taxa nacional no mesmo ano, de 22% entre as mulheres (BOWEN et al., 2015; BRASIL, 2017c).

A estimativa da prevalência global de sífilis materna em 2016 foi de 0,69%, resultando em uma taxa global de SC de 473 por 100.000 nascidos vivos e 661.000 casos totais de SC. Entre 2012 e 2016, o número total de gestações no mundo aumentou de 142,4 milhões para 143,2 milhões. Este aumento combinado com a prevalência de sífilis materna estável resultou em uma ligeira diminuição no número de mulheres grávidas com sífilis ativa: de 1 milhão em 2012 para 0,99 milhões em 2016 (KORENROMP et al., 2019).

A partir dos dados do boletim epidemiológico a taxa de detecção da sífilis adquirida no Brasil passou de 44,1/100 mil habitantes em 2016 para 58,1 casos para cada 100 mil habitantes em 2017, já a taxa de detecção de sífilis em gestantes aumentou 4,9 vezes de 2010 a 2017, passando de 3,5 para 17,2 casos por mil nascidos vivos. Em comparação ao ano de 2016, observou-se aumento em 2017 de 28,5%, o número total de casos notificados no Brasil foi de 49.013 (28,4% mais casos que no ano anterior), dos quais 23.470 (47,9%) casos eram residente na Região Sudeste, 9.084 (18,5%) na Região Nordeste, 7.864 (16%) na Região Sul, 4.675 (10,5%) na Região Norte e 3.920 (8%) na Região Centro-Oeste. Já a SC passou de 21.183 casos em 2016, para 24.666 em 2017 (BRASIL, 2018a).

Quanto ao tratamento da sífilis a penicilina benzatina é a única medicação segura e mais eficaz para tratamento adequado de gestantes infectadas. Para o estágio de sífilis recente (com menos de 2 anos de evolução) ou seja, sífilis primária, secundária e latente recente, utiliza-se a penicilina G benzatina 2,4 milhões UI, IM, dose única (1,2 milhões UI em cada glúteo), para sífilis tardia (com mais de 2 anos

de evolução) que inclui a sífilis latente tardia ou latente com duração ignorada e sífilis terciária, faz-se o uso da penicilina G benzatina 2,4 milhões UI, IM, semanal, por 3 semanas totalizando 7,2 milhões UI, IM. E em casos de neurosífilis, utilizar a penicilina cristalina 18-24 milhões UI/dia, IV, administrada em doses de 3-4 milhões de UI, a cada 4 horas ou por infusão contínua, por 14 dias (BRASIL, 2019a).

Quando a mulher adquire sífilis durante a gravidez, poderá haver infecção assintomática ou sintomática nos RN. Mais de 50% das crianças infectadas são assintomáticas ao nascimento, com surgimento dos primeiros sintomas, geralmente, nos primeiros 3 meses de vida. Por isso, é muito importante a triagem sorológica da mãe na maternidade. Acreditava-se que a infecção do feto a partir da mãe com sífilis não ocorresse antes do 4º mês de gestação, entretanto, já se constatou a presença de TP em fetos, já a partir da 9ª semana de gestação (MELLO, DA SILVA SANTOS, 2015).

A gestante infectada não tratada ou inadequadamente tratada pode acabar por transmitir a infecção ao seu concepto. Essa TV do TP pode ocorrer em qualquer fase gestacional ou estágio clínico da doença materna. Os principais fatores que determinam a probabilidade de transmissão vertical são o estágio da sífilis na mãe e a duração da exposição do feto no útero, pois a transmissão poderá ser maior nos estágios iniciais da doença, quando há mais bactérias em circulação (SILVA et al, 2016).

A taxa de infecção da transmissão vertical do TP em gestantes não tratadas é de 70 a 100%, nas fases primária e secundária da doença, reduzindo-se para aproximadamente 30% nas fases tardias da infecção materna (latente tardia e terciária). Há possibilidade de transmissão direta TP por meio do contato do RN pelo canal de parto, se houver lesões genitais maternas. Durante o aleitamento, ocorrerá a transmissão apenas se houver lesão mamária por sífilis, ocorre aborto espontâneo, natimorto ou morte perinatal em aproximadamente 40% das crianças infectadas a partir de mães não tratadas (MONTEIRO, 2015).

Os dados do Boletim Epidemiológico de Sífilis do ano de 2018 demonstram que ainda são crescentes as taxas de incidência por SC por todo o país. Em 2017 a taxa de incidência no Brasil foi de 8,6 casos/1.000 nascidos vivos, tendo a região sudeste 9,4 casos/1.000 nascidos vivos e região sul 9,1 casos/1.000 nascidos vivos, desapontando como as regiões de maiores taxas. No Nordeste apresentou-se igual

à do país, 8,6 casos para cada 1.000 nascidos vivos, e as regiões Norte e Centro-Oeste 7,1 e 6,0 casos para cada 1.000 nascidos vivos, respectivamente (BRASIL, 2018a).

Para conter o crescente número de novos casos de SC, em 2007, a OMS lançou a iniciativa global para prevenção e controle, esse acordo concentra a ação por meio de abordagens coadunadas, em diferentes países, principalmente no que se refere ao aumento do acesso a testes e ao tratamento de sífilis para mulheres grávidas. Todavia, os indicadores apresentados ultrapassaram as estimativas previstas pela OMS, em 2014, o que indica a necessidade de ações efetivas para o enfrentamento do problema (OMS, 2014; OMS, 2017).

Quanto ao tratamento da SC, para crianças nascidas de maes não tratadas ou tratadas inadequadamente, com exame físico normal, exames complementares normais e teste não treponêmico não reagente ao nascimento, tratar com benzilpenicilina 50.000 UI/kg, intramuscular, dose única ou benzilpenicilina procaina 50.000 UI/kg, IM, uma vez ao dia, por 10 dias ou benzilpenicilina potássica (cristalina) 50.000 UI/kg, IV, de 12/12h (crianças com menos de 1 semana de vida) e de 8/8h (crianças com mais de 1 semana de vida), por 10 dias. E crianças diagnosticadas com SC após um mês de idade e aquelas com sífilis adquirida deverão ser tratadas com benzilpenicilina potássica/cristalina 50.000 UI/kg, IV, de 4/4h a 6/6h, por 10 dias (BRASIL, 2019a).

Estima-se que, na ausência de tratamento eficaz, 11% das gestações resultarão em morte fetal a termo e 13%, em partos prematuros ou baixo peso ao nascer, além de pelo menos 20% de RN que apresentarão sinais sugestivos de SC. Entre mulheres com sífilis precoce não tratada, 40% das gestações resultam em aborto espontâneo. A infecção congênita tem sido diagnosticada em apenas 1% a 2% das mulheres tratadas adequadamente durante a gestação, em comparação com 70% a 100% das gestantes não tratadas (WHO, 2016b).

A assistência ao pré-natal, quando iniciada de maneira precoce pode proporcionar inúmeros benefícios para a gestante e para seu filho. Observa-se que, quando se trata da sífilis na gestante, mesmo iniciando o pré-natal precocemente, recebendo o número de consultas recomendadas e obtendo as diagnósticas durante a gestação, muitas não são tratadas adequadamente. E essa realidade demonstra que o controle da SC está um pouco além de cumprir os procedimentos

recomendados no pré-natal e do uso de inúmeras tecnologias (GUANABARA et al., 2017).

O seguimento adequado da SC é fundamental para evitar complicações e sequelas tardias na criança (CAVALCANTE et al., 2019). O Seguimento pós-natal inclui o atendimento nas consultas de rotina da puericultura na atenção básica, atentando-se ao monitoramento dos sinais e sintomas sugestivos para a doença congênita, e monitoramento laboratorial aos 1, 2, 3, 6, 12 e 18 meses de idade. Feito isso, na ausência de sinais clínicos e achados laboratoriais, a patologia congênita é descartada (BRASIL, 2019a).

2.2 Políticas de Assistência á gestante e a criança exposta a sífilis

No Brasil, a saúde da mulher foi adicionada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, limitando-se, nesse período, às demandas relativas apenas à gravidez e ao parto. Porém com a implementação da Política Nacional para Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) em 2004 iniciou-se os avanços para esse público, ao passo em que se houve a promoção da melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras, contribuiu para a diminuição da morbidade e mortalidade feminina, principalmente por causas evitáveis, ampliando, qualificando e tornando mais humanizada a atenção integral à saúde da mulher dentro do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2011a) (BRASIL, 2016c).

Consequente, considerando a necessidade de se apropriar de medidas para assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do pré-natal, da assistência ao parto e puerpério e da saúde à criança, institui-se no âmbito do SUS em 2011 através do ministério da saúde a Rede Cegonha, que consiste numa rede de cuidados no intuito de assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e puerpério, bem como à criança o direito a nascer segura e ao crescer e se desenvolver de maneira saudável (BRASIL, 2011b).

No ano de 2018, o DIAHV (Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/AIDS) implantou nas redes de atenção, o projeto de resposta rápida à sífilis com resultado em até 30 minutos, que tem com o objetivo reduzir a sífilis adquirida e em gestantes, e eliminar a sífilis congênita no Brasil mediante o

fortalecimento da vigilância epidemiológica, gestão e governança, assistência, educação e comunicação, constituindo uma resposta integrada e colaborativa que articule os pontos de atenção à saúde, os setores sociais e a comunidade para fortalecer a resposta a esses agravos (BRASIL, 2017c; NASCIMENTO et al., 2018).

A assistência pré-natal oferecida às gestantes usuárias de serviços de saúde públicos e/ou privados segundo dados da pesquisa Nascido no Brasil, realizada em 2011 e 2012, demonstrou que a cobertura da assistência pré-natal no Brasil é praticamente universal, possui valores elevados em todas as regiões do país e em mulheres com diferentes características demográficas, reprodutivas e sociais. Contudo, a adequação da assistência é ainda baixa, pois 75,8% das mulheres iniciaram o pré-natal até a 16ª semana gestacional e somente 73,1% tiveram o número mínimo de consultas previstas para a no momento do parto (VIELLAS et al., 2014).

No que consiste a percepção dos enfermeiros responsáveis pelas estratégias de saúde da família do estado de Santa Catarina, região Sul do Brasil, relacionado à dificuldade na implementação de teste rápido para detectar sífilis em gestantes, evidenciou-se sobrecarga de trabalho dos profissionais enfermeiros do centro obstétrico e da emergência, diminuindo a capacidade de atender às atividades com maior grau de complexidade. E essa situação poderia ser melhorada caso as gestantes clientes desse hospital tivessem realizado os testes rápidos durante o pré-natal, com início do tratamento em caso de soro positividade logo após (NASCIMENTO et al., 2018).

É importante não perder essas oportunidades de prevenção da transmissão vertical da sífilis. Diante de um sinal e sintoma clínico e/ou sorologia não treponêmica positiva, e na impossibilidade de se confirmar o diagnóstico, a orientação é tratar logo a gestante e ela notificar seu parceiro para que o mesmo realize o tratamento, evitando uma reinfecção da mulher. Tratamento esse que deve ser realizado na própria unidade onde foi realizado o diagnóstico, sem necessidade de internação hospitalar (PADOVANI; OLIVEIRA; PELLOSO, 2018).

A integração do pré-natal com os demais serviços da rede de atenção à saúde, sendo através de uma rede integrada de referência e contra referência, com garantia de leitos de internação por meio de uma central de regulação de vagas, é de suma importância para a assistência segura às gestantes de risco, por

apresentarem riscos aumentados de desfechos não favoráveis. Pode-se afirmar que o Brasil foi bem-sucedido na ampliação do acesso à assistência pré-natal, alcançando praticamente todas as gestantes brasileiras. E desafios existem, mas são necessários, a fim da melhora da qualidade da assistência, com a realização de todos os procedimentos considerados necessários para a diminuição de desfechos negativos (VIELLAS et al., 2014).

Ainda que o controle da sífilis seja complexo e que impacte gestantes também infectadas, uma gestante diagnosticada e adequadamente tratada é capaz de reduzir drasticamente os casos de sífilis congênita. Se houver implementação adequada do cuidado pré-natal às gestantes e RN expostos ao nascimento haverá prevenção da sífilis congênita (IFF, 2020).

Além disso, são necessárias estratégias de saúde pública voltadas às populações socialmente vulneráveis, como fácil acesso a informações sobre a sífilis e sua prevenção e sobre a importância do tratamento, bem como capacitação dos profissionais de saúde para o manejo da sífilis ainda durante a gestação e o correto preenchimento da ficha de investigação (HERINGER et al., 2020).

2.3. Fatores associados aos desfechos desfavoráveis da sífilis congênita

A SC representa um problema de saúde em países em desenvolvimento e tende a reaparecer em países desenvolvidos. A prematuridade, a morte fetal e os abortos espontâneos, consequências mais conhecidas da sífilis, assim como o acompanhamento do recém-nascido infectado, têm custos potencialmente evitáveis para os sistemas de saúde e a sociedade. Apesar de investimentos, que visam a captação precoce da gestante, no primeiro trimestre, para realização do pré-natal, a realidade ainda está distante do atendimento ideal, quando 46,1% das gestantes têm pré-natal tardio. Este cenário é problemático no contexto das IST's e pode aumentar a transmissão vertical e potencializar as consequências (DOMINGUES; LEAL, 2016).

Quando não tratada, a sífilis resulta em agravos para mais da metade das gestantes com doença ativa. Entre os principais fatores associados, destacam-se a pouca assiduidade do parceiro durante o pré-natal, baixa escolaridade e cor da pele

não branca; e associados ao recém-nascido, têm-se a prematuridade e o baixo peso ao nascer (PADOVANI; OLIVEIRA; PELLOSO, 2018).

Em meio aos investimentos na disponibilização de ações de prevenção e tratamento nessa área, o número de gestantes com acesso ao Pré-Natal (PN), no primeiro trimestre, ainda, é reduzido, bem como o acompanhamento adequado, quanto ao número de consultas, à testagem para HIV e sífilis e ao aconselhamento (FREITAS et al., 2019).

No Brasil, entre os anos de 2017 e 2018, o número de diagnósticos de sífilis em gestantes aumentou 25,7%, e a prevalência da Sífilis Congênita (SC) se elevou em 5,2%. Ainda, com bases nesses indicadores, nos últimos 10 anos, a taxa de SC passou a ser 9 casos/1.000 nascidos vivos, o que representa aumento de mais de quatro vezes (BRASIL, 2019b).

Acerca dos desfechos desfavoráveis, no cenário internacional, foi possível perceber que a proporção de gestantes soropositivas com falta ou inadequação do pré-natal foi elevada (40%), relacionando essa condição aos seguintes desfechos neonatais: óbitos perinatais (20%), natimortos (12,9%), partos prematuros (18,8%) e baixo peso ao nascer (28,2%). Entre as complicações graves e comuns da SC, destacam-se óbito, prematuridade, restrição do crescimento e neurosífilis (VALLEJO; CIFUENTES, 2016).

Estudos realizados na Colômbia, Coreia, Tanzânia, China, apresentaram aumento dos casos de SC no decorrer dos anos, os desfechos negativos foram óbitos neonatais precoces, natimortos, prematuridade, baixo peso ao nascer e sepse. Os pacientes mais jovens tiveram piores desfechos, com função hepática mais gravemente comprometida, quando comparados com os mais velhos (KRUGER C, MALLEYECK, 2010; CRUZ et al., 2013; KANG et al., 2015).

As infecções verticais podem possuir grande incidências quando falhas na assistência estão presentes, principalmente relacionadas ao diagnóstico e tratamento tardios ou inadequados. Desta forma, o rastreamento, a prevenção e o tratamento da sífilis em mulheres, durante a gravidez, são os pilares da prevenção da SC (ARCHANA et al., 2014; VALLEJO; CIFUENTES, 2016; PILLAY; TOOKE, 2019; TORRES et al., 2019; ARAÚJO et al., 2019).

Apesar da recomendação do Ministério da Saúde para a melhoria do acesso aos cuidados pré-natais e rastreio da sífilis durante a gestação, ainda têm-se muitos

casos de SC. Em estudo realizado na cidade do Cabo, mais de 50 recém-nascidos com SC foram admitidos em unidade terciária, durante período de três anos (PILLAY; TOOKE, 2019). Embora a SC continue a ser uma doença impactante, em decorrência da grande quantidade de desfechos negativos, a definição de caso tem sido altamente eficaz, tanto na identificação de bebês infectados quanto na prevenção dessa doença, melhorando, assim, resultados clínicos e de desenvolvimento (LAGO et al., 2013)

No Brasil, desfechos negativos, como óbito fetal ou neonatal, baixo peso ao nascer, prematuridade e internação em UTI neonatal de recém-nascidos com diagnóstico de SC, são encontrados no contexto hospitalar de assistência, mesmo com totalidade das mulheres tendo frequentado o pré-natal o que pode apontar para falhas na assistência, uma vez que todas as gestantes devem receber atenção pré-natal adequada, incluindo teste de rastreamento obrigatório para sífilis, no primeiro trimestre da gestação (CRUZ et al., 2013).

Ainda no contexto nacional, entre os anos de 2011 a 2016, prontuários de gestantes adolescentes com diagnóstico de sífilis, durante gravidez e parto de 12 recém-nascidos, foram analisados. Assim, identificou-se perfil das mães desses recém-nascidos com SC e concluiu que elas tinham maior probabilidade de estar desempregadas, realizaram primeiro atendimento pré-natal após 20 semanas e metade dos recém-nascidos tiveram sífilis congênita. Acerca dos desfechos, o nascimento prematuro e muito baixo peso ao nascer foram os mais comuns (PANCHALEE et al., 2018).

Em relação às características clínicas de recém-nascidos expostos à SC, em Rio Branco-Acre, Região Norte do Brasil, obteve-se predomínio do parto normal (65,5%), 10% eram prematuros, 12,2% pequenos para a idade gestacional e 2,2% mortes fetais. Ainda assim, ocorreram 70,5% de pré-natais inadequados (PASTRO et al., 2019). Os desfechos desfavoráveis em parturientes com sífilis ocorrem em gestantes que não realizaram o segundo teste VDRL (*Venereal Disease Research Laboratory*), cuja titulação do exame, quando realizado na maternidade, foi superior a 1:8 (ARCHANA et al., 2014; ARAÚJO et al., 2019).

Os resultados encontrados demonstraram que o controle da sífilis na gestação está deficiente, com incidência de sífilis congênita, taxa de transmissão vertical e ocorrência elevada de desfechos negativos. Falhas na implementação das

medidas de controle precisam ser superadas, sendo fundamental a busca de estratégias diferenciadas para as diversas regiões do Brasil e o alcance dos grupos populacionais socialmente mais vulneráveis, que são os mais afetados pela infecção pela sífilis e mais se beneficiariam das intervenções disponíveis (DOMINGUES et al., 2015).

Apesar da constante estruturação de medidas de prevenção e tratamento eficaz com baixo custo, a sífilis ainda é um problema de saúde pública de magnitude mundial, por apresentar impactos epidemiológicos, sociais, econômicos e de saúde, em diferentes populações. As estimativas apontam mais de 5 milhões de casos de sífilis diagnosticados por ano, em países de baixa, média e alta renda. No ano de 2019, cerca de 3,2% de gestantes em atendimento de pré-natal, de 38 países, receberam diagnóstico positivo para sífilis (THE LANCET, 2018; OMS, 2019).

Nesse contexto, uma das principais preocupações da SC se refere aos desfechos desfavoráveis que podem acontecer em decorrência da infecção, uma vez que a SC é potencialmente fatal. Neste sentido, a recomendação internacional para detecção precoce dos casos de sífilis entre gestantes constitui um dos principais mecanismos para redução do número de SC, entretanto, não acontece a contento (OLOYA et al., 2020).

3 MÉTODO

3.1 Delineamento do estudo

Trata-se de uma pesquisa analítica, com abordagem quantitativa realizado com mães de RN com diagnóstico de SC. Ressalta-se que essa pesquisa está inserida no macroprojeto intitulado: “Adesão ao acompanhamento de gestantes expostas a sífilis e fatores associados a perda de seguimento”.

3.2 Local e período de realização do estudo

A pesquisa foi realizada no município de Teresina – PI, capital do Estado do Piauí, localizada na Região Nordeste do Brasil. Conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2017) essa cidade possui uma população estimada de 850.198 habitantes. O serviço de saúde de Teresina, conta com o apoio da Fundação Municipal de Saúde, que é um órgão central, sob uma presidência. E tem como objetivos planejar e implementar as ações nos diversos níveis de atenção à saúde no município de Teresina. No que se refere à Atenção primária a saúde, esta possui uma diretoria que coordena 262 Equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) com o apoio de quatro Regionais de Saúde a saber: Norte, leste, sul sudeste. Cada equipe da ESF conta com apoio de uma das 90 Unidades Básicas de Saúde (UBS) para realizar assistência. O estudo foi realizado no período de maio 2019 a junho 2020 com as gestantes devidamente cadastradas em umas das Equipes da Estratégia da Saúde de Teresina-PI.

3.3 População/Amostra

A população foi composta por 127 gestantes com diagnóstico de sífilis devidamente cadastradas em uma Equipe da ESF para realização do pré-natal, na zona urbana do município de Teresina, conforme informação do serviço de vigilância epidemiológica no ano de 2019. E a partir desse levantamento o estudo contou com a participação de 73 gestantes com diagnóstico de sífilis que se constituiu a primeira etapa do estudo.

3.3.1 Critérios de inclusão

Ter diagnóstico de sífilis em qualquer idade gestacional;

Ser cadastrada em uma das equipes da ESF da zona urbana de Teresina-PI;

Ter idade igual ou superior a 18 anos.

3.3.2 Critérios de exclusão

Foram excluídas, de contato, as gestantes que após três tentativas não comparecerem a consulta de pré-natal agendada;

Gestantes com diagnóstico de transtorno mental;

Gestantes com diagnóstico de sífilis após o levantamento prévio da primeira etapa da pesquisa.

3.5 Capacitação da equipe de coleta

A coleta de dados contou com o auxílio dos alunos da graduação que têm projetos de pesquisa por meio do *Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC)* que são membros do Grupo de Estudo Sobre Doenças Infecciosas e outros agravos - GEDI/CNPq/UFPI. Tiveram atuação na aplicabilidade do instrumento sob a supervisão da pesquisadora responsável. Foi realizada uma capacitação de 20 horas sobre melhores técnicas de abordagem as gestantes com sífilis. Durante a coleta de dados foram realizadas reuniões quinzenais ou conforme a necessidade e discussões por meio do grupo de estudo.

3.6 Instrumentos para coleta dos dados e variáveis de interesse

Foi aplicado um instrumento previamente validado quanto à forma e conteúdo por 05 juízes com domínio da temática (PASQUALI, 2011). As variáveis de interesse foram agrupadas em duas categorias, dependentes e independentes, elegendo-se como variável dependente: transmissão vertical da sífilis. Com relação as variáveis independentes analisadas, estas foram distribuídas no quadro 1.

Quadro 2 - Distribuição das variáveis independentes, quanto a descrição, categoria e classificação

Variável	Descrição	Categorias de mensuração	Classificação
Idade	Idade (anos)	> 35 Média das idades 25 – 35 < 25	Ordinal Quantitativa Continua
Escolaridade	Anos de estudo	-	Categórica ordinal
Estado civil	Situação conjugal	Solteiro Casada ou união estável Separada	Categórica Nominal
Raça	Cor da pele ou raça auto declarada	Branca Preta Amarela Parda Indígena Ignorado	Nominal
Renda mensal	Renda mensal individual	>15 Salário Mínimo 5 a 15 3 a <5 1 a <3 <1 Salário mínimo Sem rendimento	Ordinal
Renda familiar	Renda total da família	>15 Salário Mínimo 5 a 15 3 a <5 1 a <3 <1 Salário mínimo Sem rendimento	Ordinal
Nº de membros familiares	Nº de pessoas que moram na mesma casa	-	Ordinal
Primeira relação sexual	Com quantos anos teve a primeira relação sexual	-	Ordinal
Uso do preservativo	Uso preservativo na primeira relação sexual	Sim Não	Categórica Nominal
Uso do preservativo	Faz uso do preservativo com a parceria atual	Sim Não Não tem companheiro	Categórica Nominal
Preservativo feminino	Conhece o uso do preservativo feminino	Sim Não	Categórica Nominal
Uso de drogas	Faz uso de drogas ilícitas	Sim Não	Categórica Nominal
Uso de álcool	Faz uso de álcool	Sim Não	Categórica Nominal
Uso de álcool	Caso faça uso, qual a frequência	Diariamente Semanal Usou há mais de um mês Não usa	Categórica Nominal
Atendimento de	Antes de engravidar já havia recebido algum	Sim	Categórica

saúde	atendimento de saúde na UBS	Não	Nominal
Realização do teste rápido para sífilis	Já realizou teste rápido para sífilis	Sim Não Ainda não tinha recebido atendimento na UBS	Categórica Nominal
Nº de gestações	Quantas vezes já engravidou	-	Ordinal
Teste rápido em gravidez anterior	Caso tenha gravidez anterior, realizou teste rápido para sífilis	Sim Não Não teve gestação anterior	Categórica Nominal
Nº de partos	Quantos partos já teve	-	Ordinal
Nº de abortos	Quantos abortos já teve	-	Ordinal
Idade gestacional	Período gestacional em trimestre	Primeiro trimestre Segundo trimestre Terceiro trimestre	Categórica Nominal
Realização do pré-natal	Esta realizando pré-natal regularmente	Sim Não	Categórica Nominal
Realização do pré-natal	Nº de consultas de pré-natal realizadas	Uma Duas Três Quatro Cinco Seis ou mais NA	Ordinal
Presença de IST	Na primeira avaliação com o profissional tinha alguma IST	Sim Não	Categórica Nominal
Orientação do risco de TV	Foi orientada sobre o risco de transmissão para o bebê	Sim Não	Categórica Nominal
Relação sexual com uso do preservativo	Caso tenha tido relação sexual durante a gravidez, fez uso do preservativo	Sim Não Não teve relação durante a gravidez	Categórica Nominal
Orientação do uso do preservativo	Foi orientada sobre o uso do preservativo durante a gravidez	Sim Não	Categórica Nominal
Resultado do exame de detecção de HIV/aids	Caso tenha realizado o exame de detecção de HIV/aids o resultado foi	Reagente Não reagente Não realizou Não informar NA	Categórica Nominal
Resultado do exame de detecção de hepatite B	Caso tenha realizado o exame de detecção de hepatite B o resultado foi	Reagente Não reagente Não realizou Não informar NA	Categórica Nominal
Exame do parceiro	O parceiro realizou algum tipo de exame	Sim Não	Categórica Nominal
Resultado do exame do parceiro	Caso o parceiro tenha realizado o exame de detecção de HIV/aids o resultado foi	Reagente Não reagente Não realizou Não informar	Categórica Nominal

		NA	
Resultado do exame do parceiro	Caso o parceiro tenha realizado o exame de detecção de hepatite B o resultado foi	Reagente Não reagente Não realizou Não informar NA	Categórica Nominal
Orientação necessidade do tratamento	Foi orientada a respeito da necessidade do tratamento	Sim Não	Categórica Nominal
Sinais e sintomas	Na primeira consulta apresentava feridas ou machas	Sim Não	Categórica Nominal
Resultado do exame do parceiro	Caso o parceiro tenha realizado o exame de detecção de sífilis o resultado foi	Reagente Não reagente Não realizou Não informar NA	Categórica Nominal
Diagnostico de sífilis	Você estava com quantos meses quando recebeu o diagnostico de sífilis	-	-
Exame de VDRL	Sabe informar o resultado do primeiro VDRL	Sim Não Não realizou	Categórica Nominal
Exame de VDRL	Resultado do primeiro exame de VDRL	1/1 1/2 1/4 1/8 1/16 1/32 1/64 Não realizou Não recebeu	Quantitativa Continua
Motivos para não realização do tratamento	Motivos para não realização do tratamento após o diagnostico	Não achou necessário Não foi informada da necessidade Por falta de profissional para aplicar a injeção Por falta de medicação Não foi tratada por outro motivo	Categórica Nominal
Tratamento da gestante	Caso tenha utilizado outra medicação que não seja a penicilina, qual o motivo	Alergia a penicilina Falta de penicilina no serviço Outro	Categórica Nominal
Tratamento da gestante	Caso tenha realizado exame de VDRL qual foi a titulação	1/1 1/2 1/4 1/8 1/16 1/32 >1/64 Não recebeu Não foi solicitado	Categórica Nominal Quantitativa Continua

Fonte: PEREIRA, 2020.

3.7 Recrutamento dos participantes e coleta de dados

Os dados foram coletados nas Unidades Básicas de Saúde, no dia da consulta de pré-natal, previamente agendada no sistema E-SUS, das gestantes elegíveis na primeira etapa da pesquisa. As participantes elegíveis foram abordadas em conformidade com melhor adequação do horário, antes ou depois da consulta. E teve uma duração em média de 30 minutos. Foi realizado a aplicabilidade de um formulário validado e previamente testado. As gestantes que não compareceram a consulta de pré-natal, após três tentativas de contato, foram excluídas do estudo.

3.7.1 Coleta dos Dados

A coleta de dados ocorreu em três momentos distintos, no período de maio a junho de 2020 a saber:

Primeira etapa: Levantamento e seleção das Unidades Básicas de Saúde com registro de casos de sífilis gestacional.

Nesse momento, com o apoio da epidemiologia do município foi realizado um levantamento do número de gestantes com sífilis em cada ESF da zona urbana de Teresina. Posteriormente foi realizado contato prévio presencial ou telefônico com os enfermeiros, integrantes de cada ESF, e agendado data da visita para apresentação dos objetivos do projeto, definição do número de gestantes com sífilis e levantamento dos dados sobre o dia da consulta de pré-natal da gestante. Após essa apresentação foi construído um cronograma com data e horário da coleta de dados para cada UBS que foi contemplada.

Segunda etapa: aplicabilidade do instrumento de coleta de dados na ESF (APÊNDICE A).

Para a aplicação do instrumento de coleta de dados, as gestantes foram abordadas em momentos oportunos a elas, ou seja, no dia da consulta de pré-natal na própria UBS de modo que não comprometesse as atividades do serviço. No primeiro contato com a paciente foi realizada aplicabilidade do instrumento referente a dados sociodemográficos, comportamentais e clínicos e explicado a necessidade de um novo contato após o parto.

Terceira etapa: continuação da aplicabilidade do instrumento de coleta de dados, após o parto

Nessa etapa foram coletados dados referentes ao desfecho final da gestação, no período puerperal nas UBS, até 42 dias pós-parto. Essa etapa foi realizado no período puerperal e essa etapa foi possível identificar a amostra final do estudo.

3.7.2 Análise, interpretação e apresentação dos dados

Todas as variáveis do instrumento da coleta de dados foram organizadas e codificadas em um dicionário denominado de *codebook*. Os dados foram organizados com dupla digitação, e exportados para o programa estatístico SAS versão 9.4 (SAS Institute, Cary, NC, EUA) para tratamento e geração dos resultados. Adotou-se $\alpha = 0,05$ para todos os testes de significância estatística. Inicialmente, os dados foram submetidos à estatística descritiva para cálculo de frequências e percentuais. Em seguida, tendo como base os resultados da análise descritiva, foram selecionadas variáveis para análise bivariada, tendo como variável dependente a ocorrência de sífilis congênita (sim/não). Algumas variáveis foram recategorizadas para que abrangessem um maior número de participantes. Primeiramente foi feito o teste do qui-quadrado, ou teste de Fisher para casos nos quais o qui-quadrado não fosse indicado, para explorar possíveis associações entre as variáveis. O cálculo de *Odds ratio* (OR) com intervalo de confiança foi efetuado por meio de regressão binária entre as variáveis que tinham pelo menos 5 observações por célula.

3.8 Aspectos éticos

O projeto foi apreciado pela comissão de Ética da Fundação municipal de Saúde de Teresina (ANEXO B) e posteriormente encaminhado e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Piauí (ANEXO C), com número de parecer: 2.975.828.

Todas os participantes elegíveis foram informadas sobre os objetivos do estudo, os riscos e benefícios, bem como o direito à desistência a qualquer momento, sem qualquer dano ou prejuízo e convidadas para participar, e, após consentimento, assinarão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B) em duas vias, para atender às exigências da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que trata de pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012).

4 RESULTADOS

De acordo com a Tabela 1, as gestantes entrevistadas foram (n=73), a maioria delas tinham idade entre 26-38 anos (n=39; 53.4%), menos de 12 anos de estudo (n=42; 57.5%), não brancas (n=69; 94.5%), sem trabalho renumerado (n=56; 76.7%), sem renda (n=45; 61.7%), moravam com 4-6 pessoas (n=40; 54.8%), e tinham companheiros (n=62; 84.9%).

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica das gestantes com diagnóstico de sífilis. (n=73). Teresina-PI. 2019-2020

Variáveis	n	%
Idade		
18-25	34	46,6
26-38	39	53,4
Anos de estudo		
Não estudou	1	1.4
<12 anos	42	57.5
≥ 12 anos	30	41.1
Cor		
Branca	4	5.5
Não branca	69	94.5
Trabalho renumerado		
Sim	17	23.3
Não	56	76.7
Renda mensal		
Até um salário	22	30.1
Mais de um salário	6	8.2
Não tem renda	45	61.7
Número de pessoas vivendo na mesma casa		
0-3	29	39.7
4-6	40	54.8
7-11	4	5.5
Valor da renda das pessoas que moram na mesma casa		
Menos de 1 salário	38	52.1
Até um salário	1	1.4
Mais de 1 salário	26	35.6
Não informaram	6	8.2
Sem renda	2	2.7
Tem companheiro		
Não	11	15.1
Sim	62	84.9
TOTAL	73	100

Fonte: PEREIRA, 2020

Em relação as características comportamentais (Tabela 2), as mulheres tiveram sua primeira relação sexual entre 13 e 15 anos (n=42; 57.5%), não usaram preservativo na primeira relação sexual (n=40; 54.8%), não usavam preservativo durante o período gestacional (n=52; 71.2%), conhecem o preservativo feminino (n=62; 84.9%), não usam álcool (n=62; 84.9%) ou drogas ilícitas (n=68; 93.1%).

Tabela 2 – Características comportamentais das gestantes com diagnóstico de sífilis. (n=73). Teresina-PI. 2019-2020

Variáveis	n	%
Idade em primeira relação sexual		
≤ 12	4	5.5
13-15	42	57.5
16-25	25	34.3
Não respondeu	2	2.7
Usou preservativo na primeira relação		
Sim	33	45.2
Não	40	54.8
Usa preservativo atualmente		
Sim	10	13.7
Não	52	71.2
Não tem companheiro	11	15.1
Conhece o preservativo feminino		
Sim	62	84.9
Não	10	13.7
Não respondeu	1	1.4
Uso de álcool		
Sim	11	15.1
Não	62	84.9
Frequência do uso de álcool		
Diariamente	1	1.4
Semanalmente	7	9.6
Usou há mais de 3 meses	3	4.1
Não usa	62	84.9
Uso de drogas ilícitas		
Sim	4	5.5
Não	68	93.1
Não respondeu	1	1.4
TOTAL	73	100

Fonte: PEREIRA, 2020

Como se pode observar na Tabela 3, menos da metade das gestantes se encontravam no primeiro trimestre da gravidez (n=32; 43.8%), não planejaram a gravidez (n=55; 75.4%), tiveram mais de uma gestação (n=49; 67.1%), pariram 1 ou 2 vezes (n=45; 61.6%), e não abortaram (n=55; 75.3%). As gestantes já haviam realizado algum acompanhamento na UBS antes de engravidar (n=57; 78.1%),

fizeram teste rápido de sífilis (n=41; 56.2%) e pré-natal (n=65; 89.0%), com número de consultas entre 6 e 7 (n=47; 64.4%).

As gestantes não tinham histórico de IST (n=62; 84.9%) e receberam informações sobre a transmissão vertical da sífilis (n=68; 93.2%). Elas não fizeram uso de preservativo na relação sexual da presente gravidez (n=42; 57.5%), apesar de terem recebido informação sobre o uso de preservativo (n=64; 87.7%). A maioria das gestantes fez exames de HIV e hepatite B durante a gestação e tiveram resultado negativo.

Tabela 3 - Dados clínicos das gestantes com diagnóstico de sífilis. (n=73). Teresina-PI. 2019-2020

Variáveis	n	%
Período gestacional		
Primeiro trimestre	32	43.8
Segundo trimestre	29	39.7
Terceiro trimestre	12	16.5
Gravidez planejada		
Sim	16	21.9
Não	55	75.4
Não informou	2	2.7
Número de gestações		
1	24	32.9
>1	49	67.1
Número de partos		
0	7	9.6
1-2	45	61.6
≥3	21	28.8
Número de abortamentos		
0	55	75.3
≥1	18	24.7
Acompanhamento de saúde na UBS antes de engravidar		
Sim	57	78.1
Não	16	21.9
Fez teste rápido para Sífilis		
Sim	41	56.2
Não	16	21.9
Não fez acompanhamento de saúde na UBS	16	21.9
Faz pré-natal		
Sim	65	89.0
Não	8	11.0
Número de consultas de pré-natal		
1-2	7	9.6
3-5	19	26.0
6-7	47	64.4
Histórico de IST		
Sim	10	13.7
Não	62	84.9

Não informou	1	1.4
Recebeu orientação sobre medidas de prevenção da sífilis congênita		
Sim	68	93.2
Não	4	5.5
Não informou	1	1.3
Uso de preservativo na relação sexual da presente gravidez		
Fez uso do preservativo durante a gestação	18	24.7
Não fez uso do preservativo durante a gestação	42	57.5
Não teve relação sexual durante a gestação	13	17.8
Recebeu orientação sobre uso de preservativo na relação sexual		
Sim	64	87.7
Não	9	12.3
Fez exame de sífilis na gravidez atual		
Sim	71	97.3
Não	2	2.7
Resultado do exame de HIV		
Positivo	4	5.5
Negativo	68	93.1
Não se aplica	1	1.4
Resultado do exame de hepatite B		
Positivo	1	1.4
Negativo	71	97.2
Não se aplica	1	1.4
TOTAL	73	100

Fonte: PEREIRA, 2020

Na tabela 4 a seguir, A SC foi o desfecho de quase metade das gestações (n=30; 41.1%). Além disso, observa-se que a orientação sobre o tratamento de sífilis na UBS aconteceu pelo profissional médico (n=24; 32.9%) ou enfermeiro (n=24; 32.9%), sendo que o enfermeiro (n=38; 52.1%) foi o profissional que predominou na realização da consulta de pré-natal.

A maioria das gestantes foram diagnosticadas com sífilis no primeiro trimestre da gestação (n=33; 45.2%). O primeiro resultado do VDRL teve titulação mais comum em 1/16 (n=16; 21.9%). A maioria das gestantes iniciou o tratamento após o diagnóstico (n=62; 85.0%), e a maioria recebeu a medicação após a consulta (n=64; 87.7%). O resultado do VDRL 1 mês após a primeira injeção teve sua não realização pela maioria das gestantes (n=19; 26%)

Tabela 4 - Dados relacionados ao pré natal e aos desfechos da sífilis(n=73).
Teresina-PI. 2019-2020

Variáveis	n	%
Transmissão vertical		
Sim	30	41.1
Não	43	58.9
Orientação sobre o tratamento da sífilis na UBS		
Consulta médica	24	32.9
Consulta de enfermagem	24	32.9
Reunião de gestante	23	31.5
Não recebeu orientação	2	2.7
Realização do pré-natal		
Enfermeiro	38	52.1
Médico	23	31.5
Não soube informar	12	16.4
Período da gestação que ocorreu o diagnóstico de sífilis		
Primeiro trimestre	33	45.2
Segundo trimestre	26	35.6
Terceiro trimestre	14	19.2
Resultado do primeiro VDRL		
1/1	6	8.2
1/2	5	6.8
1/4	11	15.1
1/8	15	20.6
1/16	16	21.9
1/32	11	15.1
1/64	5	6.8
Não realizou	1	1.4
Não recebeu	1	1.4
Não informou	2	2.7
Apresentou feridas ou manchas na primeira avaliação		
Sim	4	5.5
Não	69	94.5
Iniciou tratamento após diagnóstico		
Sim	62	85.0
Não	9	12.3
Não soube informar	2	2.7
Não achou necessário iniciar tratamento após diagnóstico		
Sim	1	1.4
Não	7	9.6
Não se aplica	65	89.0
Não foi informada da necessidade de tratamento		
Sim	0	0
Não	8	11.0
Não se aplica	65	89.0
Não iniciou o tratamento por falta de profissional para aplicar a injeção na UBS		
Sim	0	0
Não	8	11.0
Não se aplica	65	89.0

Não iniciou o tratamento por falta de medicação		
Sim	4	5.5
Não	4	5.5
Não se aplica	65	89.0
Recebeu medicação após a consulta		
Sim	64	87.7
Não	9	12.3
Motivo de ter recebido medicação que não foi a penicilina		
Alergia a penicilina	0	0
Falta de penicilina no serviço	1	1.4
Não se aplica	72	98.6
Encaminhada para serviço de referência caso alérgica a penicilina		
Sim	0	0
Não	2	2.7
Não se aplica	71	97.3
Doses de penicilina G benzatina recebidas		
1 dose	0	0
2 doses	1	1.4
3 doses	66	90.4
3 doses	6	8.2
Resultado do VDRL 1 mês após a primeira injeção		
1/1	7	9.6
1/2	5	6.8
1/4	6	8.2
1/8	7	9.6]
1/16	5	6.8
1/32	7	9.6
1/64	1	1.4
Não realizou	15	20.5
Não recebeu	1	1.4
Não informou	19	26.0
TOTAL	73	100

Fonte: PEREIRA, 2020

Na tabela 5, o resultado sorológico da parceria sexual das gestantes demonstrou que quase metade das parcerias (n=31; 42.5%) testou positivo para sífilis, e a maioria não realizou testes para HIV (n=52; 71.2%) e hepatite B (n=56; 76.7%).

Tabela 5 – Dados relacionados a parceria das gestantes (n=73). Teresina-PI. 2019-2020

Variáveis	n	%
Exame de sífilis		
Positivo	31	42.5
Negativo	15	20.5
Não sabe informar	3	4.1
Não realizou	23	31.5
Não respondeu	1	1.4

Exame de HIV		
Positivo	2	2.7
Negativo	16	21.9
Não sabe informar	2	2.7
Não realizou	52	71.2
Não respondeu	1	1.4
Exame de hepatite B		
Positivo	0	0
Negativo	12	16.4
Não sabe informar	4	5.5
Não realizou	56	76.7
Não respondeu	1	1.4
TOTAL	73	100

Fonte: PEREIRA, 2020

Como se pode observar na Tabela 6 e Tabela 7, não foram observadas associações estatisticamente significativas na maioria das variáveis do estudo e a ocorrência de sífilis congênita. Observou-se que houve associação entre a ocorrência de sífilis congênita e uso do álcool ($p=0.0056$), sendo que das gestantes que fizeram o uso de álcool, 9 (30%) delas tiveram ocorrência de SC.

Tabela 6 - Fatores sociodemográficos e comportamentais associados a sífilis congênita considerando mães com diagnóstico de sífilis. (n=73). Teresina-PI. 2019-2020

Variáveis n(%)	Sífilis congênita		p^*	Odds Ratio (IC 95%)	
	Sim	Não			
Idade (anos)					
18-25(ref.)	34(46.6)	16(53.3)	18(41.9)	0.33	-
26-38	39(53.4)	14(46.7)	25(58.1)		0.63 (0.25-1.61)
Anos de estudo**					
<12	42 (58.3)	18 (62.1)	24 (55.8)	0.60	1.30 (0.50-3.39)
≥12 (ref.)	30 (41.7)	11 (37.9)	19 (44.2)		-
Trabalho reenumerado					
Sim (ref.)	17 (23.3)	6 (20.0)	11 (25.6)	0.58	-
Não	56 (76.7)	24 (80.0)	32 (74.4)		1.38 (0.45-4.24)
Tem renda mensal					
Sim (ref.)	28 (38.4)	9 (30.0)	19 (44.2)	0.22	-
Não	45 (61.6)	21 (70.0)	24 (55.8)		1.85 (0.69-4.65)
Número de pessoas vivendo na mesma casa					
≤4 (ref.)	25 (34.2)	10 (33.3)	15 (34.9)	0.90	-
≥5	48 (65.8)	20 (66.7)	28 (65.1)		0.93 (0.35-2.50)

Estado civil					
Parceiro (ref.)	62 (84.9)	25 (83.3)	37 (86.0)	0.75	-
Sem parceiro	11 (15.1)	5 (16.7)	6 (14.0)		1.23 (0.34-4.48)
Idade em primeira relação sexual (anos)					
≤14 (ref.)	26 (35.6)	11 (36.7)	15 (34.9)	0.88	-
≥15	47 (64.4)	19 (63.3)	28 (65.1)		1.08 (0.41-2.86)
Usou preservativo na primeira relação					
Sim	33 (45.2)	15 (50.0)	18 (41.9)	0.49	1.39 (0.54-3.55)
Não (ref.)	40 (54.8)	15 (50.0)	25 (58.1)		-
Usa preservativo atualmente**					
Sim	52 (83.9)	2 (8.0)	8 (21.6)	0.18***	-
Não	10 (16.1)	23 (92.0)	29 (78.4)		
Uso de preservativo na relação sexual da presente gravidez**					
Sim (ref.)	18 (30.0)	8 (33.33)	10 (27.8)	0.64	-
Não	42 (70.0)	16 (66.7)	26 (72.2)		0.77 (0.25-2.36)
Conhece o preservativo feminino**					
Sim	62 (86.1)	23 (79.3)	39 (90.7)	0.19***	-
Não	10 (13.9)	6 (20.7)	4 (9.3)		
Uso de álcool					
Sim	11 (15.1)	9 (30.0)	2 (4.7)	0.0056***	-
Não	62 (84.9)	21 (70.0)	41 (95.3)		
Gravidez planejada					
Sim (ref.)	16 (22.5)	6 (20.7)	10 (23.8)	0.76	-
Não	55 (77.5)	23 (79.3)	32 (76.2)		1.20 (0.38-3.77)
Número de gestações					
1 (ref.)	24 (32.9)	12 (40.0)	12 (27.9)	0.28	-
≥2.	49 (67.1)	18 (60.0)	31 (72.1)		0.58 (0.22-1.56)
Número de partos					
0-1(ref.)	30 (41.1)	15 (50.0)	15 (34.9)	0.20	-
≥2	43 (58.9)	15 (50.0)	28 (65.1)		0.54 (0.21-1.39)
Número de abortamentos					
0 (ref.)	55 (75.3)	22 (73.3)	33 (76.7)	0.74	-
≥1	18 (24.7)	8 (26.7)	10 (23.7)		1.20 (0.41-3.52)

Fonte: PEREIRA, 2020

*Significância de teste de qui-quadrado

** Dados não disponíveis para todas as participantes, total de n=73

*** Significância de teste exato de Fisher

Tabela 7 - Fatores clínicos, de desfecho e diagnóstico, associados a sífilis congênita considerando mães com diagnóstico de sífilis. (n=73). Teresina-PI. 2019-2020

Variáveis	n(%)	Sífilis congênita		p*	Odds Ratio (IC 95%)
		Sim	Não		
Acompanhamento de saúde na UBS antes de engravidar					
Sim (ref.)	57 (78.1)	22	35 (81.4)	0.41	-
Não	16 (21.9)	(73.3) 8 (26.7)	8 (18.6)		1.59 (0.52-4.86)
Fez teste rápido para Sífilis**					
Sim (ref.)	41 (71.9)	16	25 (69.4)	0.58	-
Não	16 (28.1)	(76.2) 5 (23.8)	11 (30.6)		0.71 (0.21-2.43)
Faz pré-natal					
Sim	65 (89.0)	27	38 (88.4)	1.00***	-
Não	8 (11.0)	(90.0) 3 (10.0)	5 (11.6)		
Número de consultas de pré-natal					
≤4 (ref.)	16 (21.9)	5 (16.7)	11 (25.6)	0.37	-
≥5	57 (78.1)	25 (83.3)	32 (74.4)		1.72 (0.53-5.59)
Histórico de IST					
Sim (ref.)	10 (13.9)	5 (16.7)	5 (11.9)	0.56	-
Não	62 (86.1)	25 (83.3)	37 (88.1)		0.68 (0.18-2.58)
Orientação sobre o tratamento da sífilis fora da UBS					
Sim (ref.)	55 (75.3)	23	32 (74.4)	0.83	-
Não	18 (24.7)	(76.7) 7 (23.3)	11 (25.6)		0.89 (0.30-2.63)
Orientação sobre o tratamento da sífilis na UBS em**					
Consulta Médica (ref.)	24 (33.8)	10	14 (32.6)		-
Consulta de enfermagem	24 (33.8)	(35.7)	14 (32.6)	0.86	1.00 (0.32-3.15)
Reunião de gestante	23 (32.4)	10 (35.7) 8 (28.6)	15 (34.8)		0.75 (0.23-2.43)
Profissional que costuma realizar a consulta pré-natal**					
Enfermeiro	38 (62.3)	16	22 (61.1)	0.82	1.13 (0.39-3.25)
Médico (ref.)	23 (37.7)	(64.0) 9 (36.0)	14 (38.9)		-
Mês da gestação que ocorreu o diagnóstico de sífilis					
1 trimestre (ref.)	33 (45.2)	11	22 (51.2)		-
2 trimestre	26 (35.6)	(36.7)	15 (34.9)	0.31	1.47 (0.51-4.24)
3 trimestre	14 (19.2)	11 (36.7) 8 (26.7)	6 (13.9)		2.67 (0.74-9.21)
Tipo de parto					

Vaginal (ref.)	33 (45.2)	12	21 (48.8)	0.45	-
Cesárea	(54.8)	(40.0)	22 (51.2)		1.43 (0.56-3.68)
		18			
		(60.0)			
Maternidade do parto					
De referência (ref.)	45 (61.6)	22	23 (53.5)	0.09	-
Outras	28 (38.4)	(73.3)	20 (46.5)		0.42 (0.15-1.15)
		8 (26.7)			

Fonte: PEREIRA, 2020.

*Significância de teste de qui-quadrado

** Dados não disponíveis para todas as participantes, total de n=73

*** Significância de teste exato de Fisher

5 DISCUSSÃO

Na última década os casos de sífilis em mulheres grávidas aumentaram substancialmente, assim como a proporção de sífilis precoce, o que é preocupante porque representam infecções mais recentes com títulos mais elevados e maior risco de transmissão vertical. Vale ressaltar sobre as recomendações atuais para o rastreamento universal da sífilis na primeira consulta pré-natal e a necessidade de adequar esse manejo as peculiaridades da população assistida (TRIVEDI et al., 2019).

Um estudo realizado no Hospital de Clínicas da UFMT, região centro-oeste do Brasil, em prontuários de gestantes internadas e com diagnóstico de sífilis entre 2007 e 2016, mostrou mulheres jovens com menor escolaridade, na primeira gestação e com diagnóstico de IST. A falta de cuidados preventivos de DST aparece em seus exames pré-natais. Esse estudo evidenciou ainda que a mediana da idade dos pacientes foi de 23 anos e a média de idade foi de 23,6 anos (TORRES et al., 2019).

Corroborando com esse estudo, uma pesquisa realizada no Paraná, região Sul do Brasil, com dados semelhantes a esse, revela acerca do perfil das gestantes positivas para sífilis, onde a faixa etária predominante (75,0%) foi entre 20 a 34 anos e a maioria (60,0%) tinha mais de 8 anos de escolaridade. Sobre o estado civil, 80% moram com o companheiro e 75% realizam atividades domésticas (SOARES et al., 2017).

Quanto aos antecedentes obstétricos, a maioria das gestantes teve dois filhos (65,0%) e até duas gestações (82,0%) e, nessas gestações, nenhuma história de aborto (85,0%) e natimorto (97,5%). 62,0% delas eram multíparas e 80% não realizaram tratamento para sífilis. No pré-natal, 62,5% das mulheres foram classificadas como gestantes de alto risco e com mais de sete consultas de pré-natal, iniciadas no primeiro trimestre (90,0%) (SOARES et al., 2017).

A respeito dos aspectos epidemiológicos das gestantes com sífilis a estatística do Ministério da Saúde do Brasil de 2014 demonstra que 35,4% dos RN eram de mães com pré-natal inadequado (TORRES et al., 2019, BRASIL, 2018b).

Durante o pré-natal, após o diagnóstico de sífilis materna, a ultrassonografia obstétrica pode ser útil para identificar sinais sugestivos, mas inespecíficos de infecção congênita (TORRES et al., 2019).

Uma pesquisa realizada em 141 municípios de Mato Grosso demonstrou que o alto risco foi constituído pelos municípios com proporção de gestantes com menos de 8 anos de estudo abaixo, além dos municípios com abastecimento de água e esgoto inadequados e mães com raça / cor não branca e maior proporção de gestantes adolescentes, que revelou as desigualdades no padrão de distribuição da sífilis em Mato Grosso. Porém, a sífilis pode se espalhar além das fronteiras ou condições sociais e até mesmo populações educadas correm o risco de infecção (OLIVEIRA; SANTOS; SOUTO, 2020).

Evidenciou-se que o perfil das gestantes com sífilis neste estudo vai ao encontro dos resultados encontrados na literatura, tanto nacional quanto internacional, e reitera o comportamento da doença em adultos jovens, no ápice da fase reprodutiva e com baixa escolaridade (CAVALCANTE; PEREIRA; CASTRO, 2017).

Em relação aos fatores comportamentais, os dados de um estudo realizado nos Estados Unidos afirmam que triagem baseada somente em fatores de risco comportamentais perderia aproximadamente metade das mulheres grávidas com qualquer estágio da sífilis e aproximadamente um terço das mulheres grávidas com sífilis adquirida recentemente (TRIVEDI et al., 2019).

O comportamento afetivo e sexual é um aspecto essencial e íntimo dos seres humanos e é caracterizado por hábitos, preferências e tabus que podem ser difíceis de abordar ou controlar. Deve-se enfatizar que a sífilis costuma ser assintomática, o que torna a detecção e o controle desafiadores. A crescente disseminação de sífilis em vários países só pode ser controlada com a implementação de medidas de educação em saúde (OLIVEIRA; SANTOS; SOUTO, 2020).

Embora a identificação de comportamentos de risco possa detectar apenas menos da metade das gestantes com sífilis, as mulheres que relatam fatores de risco, principalmente o uso de drogas, provavelmente requerem atenção especial e esforços adicionais para prevenir a SC. Tais fatores, como o uso de drogas, estão intimamente relacionados a aceitação do cuidado pré-natal e conseqüentemente, afeta a triagem e o tratamento oportunos para a sífilis. Além disso, mesmo quando

essas mulheres são adequadamente rastreadas e recebem tratamento, elas provavelmente permanecem em maior risco de perda de seguimento, de não receberem tratamento adequado e de reinfecção após o tratamento (TRIVEDI et al., 2019).

Estudo realizado no Hospital Universitário da Universidade Federal do Paraná (HC-UFPR), entre 2000 e 2010 em prontuários de crianças com SC e suas mães demonstrou que após o diagnóstico de sífilis, 72,4% das mulheres relataram ter feito algum tipo de tratamento. Esses tratamentos foram adequados em 16,5% dos casos e inadequados em 55,9%; 27,6% dos pacientes não realizaram nenhum tratamento (FELIZ, 2016).

Os motivos do tratamento inadequado foram a ausência de tratamento para o companheiro em 83,1% dos casos; tratamento inadequado devido à não redução dos níveis de VDRL em 45,7% dos casos; tratamento realizado até 30 dias após o parto em 30,3% dos casos; dosagem inadequada para o estadiamento da doença materna em 14,1% dos casos; e tratamento com outras drogas em 3,5% dos casos (FELIZ, 2016). Podendo observar semelhança com o estudo em questão, diante dos motivos apontados pelas pacientes para o tratamento inadequado.

Estudo de coorte retrospectivo na Cidade de Coimbra em Portugal, com gestantes e seus neonatos, mostrou que o tratamento inadequado foi observado em 12 mulheres (44,4%): 7 delas com o tratamento recomendado, mas menos de 4 semanas antes do parto (3 precisaram de uma segunda sessão de tratamento devido à resposta sorológica insuficiente), 4 não tiveram tratamento durante a gravidez e 1 foi tratado com eritromicina. Entre as 15 mulheres que foram devidamente tratadas, apenas 8 tinham um tratamento bem documentado de seus parceiros (MAGALHAES et al., 2017).

A eficácia do tratamento e as manifestações da SC são dependentes de várias variáveis, incluindo o estágio da sífilis materna, a idade gestacional no momento da infecção, a gravidade da infecção fetal, a adequação e momento do tratamento materno e a resposta imunológica do feto (MAGALHAES et al., 2017).

Em relação ao plano de tratamento um estudo realizado em Sergipe, região Nordeste do Brasil, entre 2008 e 2012, a maioria das gestantes também não seguia o tratamento (50,8%), 47,3% o seguia de forma inadequada e apenas 3,8% o seguia

de forma adequada, com 84,6% dos parceiros não tratado concomitantemente (SANTOS et al., 2016).

Para que o tratamento da gestante com sífilis seja considerado adequado e para garantir que não haja possibilidade de transmissão vertical, a mulher deve receber penicilina G benzatina (em doses adequadas em relação ao estágio da infecção), o parceiro deve ser tratado simultaneamente, sendo que a mulher deve ser acompanhada mensalmente e terminar o tratamento até 30 dias antes do parto (BRASIL, 2019a).

Ressalta-se a importância de garantir a detecção precoce da infecção, bem como uma boa adesão ao tratamento e acompanhamento, a fim de evitar o insucesso do tratamento. As características que contribuem para essa falha incluem o estágio materno da sífilis (estágio inicial), o avanço da idade gestacional no tratamento, títulos mais elevados no tratamento e parto e curto intervalo entre o tratamento e o parto (MAGALHAES et al., 2017).

Um estudo entre mulheres grávidas com testes não treponêmicos reativos (incluindo aquelas que foram previamente tratadas) descobriu que o acesso mais precoce ao cuidado pré-natal e o aumento das consultas pré-natais diminuíram as chances de que a gravidez resultasse em um caso de SC. A maior parte da SC pode ser evitada por esforços coordenados de profissionais de saúde e programas de saúde pública, com a triagem apropriada, tratamento oportuno, tratamento do parceiro e avaliação e tratamento apropriados para dos bebês (MATTHIAS et al., 2018).

A proporção de mulheres grávidas com sífilis positivas tratadas idealmente até a 24ª semana de gestação é considerada um indicador importante que permite aos países estimar a eficácia da assistência. Consequentemente, encorajar todas as gestantes a buscar atendimento nos primeiros dois trimestres de gravidez para evitar resultados adversos evitáveis deve ser uma prioridade dos programas de saúde (MAGALHAES et al., 2017).

Um estudo realizado em Nanshan, na China, identificou três fatores potenciais associados à falha do tratamento e reinfecção de sífilis. Os resultados afirmam que pacientes infectados pelo HIV com sífilis podem ter maior probabilidade de apresentar falha sorológica e reinfecção em comparação com pacientes não infectados pelo HIV. Os pacientes infectados pelo HIV com mais imunossupressão

podem responder com uma taxa baixa ao tratamento eficaz. Além disso, o HIV pode acelerar e alterar o curso clínico da sífilis, e essa coinfeção pode aumentar a incidência das complicações da sífilis. Portanto, é importante que os médicos estejam cientes de como a sífilis pode se manifestar em pacientes com infecção por HIV subjacente e as implicações para o tratamento e o acompanhamento (LUO et al., 2017). No presente houve paciente com infecção por HIV, porém eram a minoria dos entrevistados.

Devem ser reforçadas as estratégias de saúde pública que visam a detecção precoce da sífilis, o tratamento dos parceiros infectados e a promoção do acesso aos serviços de saúde sexual. Melhores dados de vigilância são igualmente essenciais para entender onde os programas de rastreamento pré-natal estão falhando (MAGALHAES et al., 2017).

Semelhante a esse estudo, em relação aos desfechos da SC, assistência pré-natal inadequada, tratamento insuficiente ou inadequado para sífilis, prematuridade e baixo peso ao nascer estiveram significativamente associados ao diagnóstico positivo para sífilis em RN (TORRES et al., 2019).

Vale ressaltar que apesar do número de atendimentos de PN adequados, ainda há um número significativo de desfechos para SC, indicando falha na prestação do cuidado. Embora o problema seja fácil de prevenir e tratar com eficácia, ainda há um longo caminho a percorrer para atingir a meta nacional de controle da doença. Os resultados encontrados remetem a um questionamento sobre a qualidade do atendimento PN ofertado, indicando falha na realização do exame em tempo hábil (ALVES et al., 2020).

O estudo destaca exemplos positivos de seguimento de crianças, como o acompanhamento clínico e laboratorial de RN colombianos com SC por seis meses com diminuição do VDRL, assim como no Paraná, região sul do Brasil, onde a consulta é agendada na unidade de referência à puericultura, ainda no momento da alta da maternidade (VALLEJO; CIFUENTES, 2016).

Para garantir o seguimento de crianças expostas à sífilis durante a gestação, não basta considerar apenas as necessidades médicas da criança, é preciso atender também às necessidades das famílias. É necessário acompanhar essas crianças e desenvolver estratégias que promovam o estabelecimento de vínculos

com as famílias podem melhorar a adesão ao acompanhamento e, principalmente, prestar atendimento multiprofissional quando necessário (FELIZ, 2016).

O acompanhamento adequado da SC é essencial para evitar complicações e sequelas tardias em crianças. Estudos avaliando o acompanhamento de crianças expostas ou com diagnóstico de SC, foram realizados em serviços de referência e encontraram uma alta taxa de perda de seguimento (CAVALCANTE et al., 2019).

Devido à elevada proporção de casos com seguimento interrompido, as recomendações atuais devem ser seguidas com maior rigor. Isso significa que se deve considerar a alta probabilidade de a criança não ser encaminhada para o devido acompanhamento, seja pela mãe, seja pelo responsável (FELIZ, 2016).

Destaca-se a necessidade de adequações das ações voltadas à redução dos casos de SC, porém, para mudar esse cenário, é necessário que, além da esfera governamental, os profissionais de saúde e toda a sociedade civil estejam ativamente envolvidos em ações que visam o empoderamento da educação sexual de adolescentes e adultos, principalmente no que diz respeito ao uso de preservativos e demais práticas sexuais seguras. É necessário reforçar as ações de saúde para que esse problema seja reduzido, principalmente com a otimização da assistência pré-natal e estratégias de saúde da mulher (ALVES et al., 2020).

6 CONCLUSÃO

Evidenciou-se que as gestantes eram predominantemente jovens, com baixa escolaridade, não brancas, sem trabalho remunerado, sem renda e a maioria com companheiros. Iniciaram a atividade sexual precocemente, mas a maioria realizou o pré-natal, com número de adequado de consultas, grande parte tiveram diagnóstico de sífilis no primeiro trimestre, receberam orientação sobre o tratamento da patologia, na maioria por médicos e enfermeiros, iniciaram o tratamento e quase metade de suas parcerias sexuais testaram positivo para sífilis.

Houve transmissão vertical, em quase metade das gestações (41,1%), sendo considerada uma taxa elevada. Quanto aos fatores associados e a ocorrência de SC, na maioria das variáveis do estudo não foram observadas grandes associações estatisticamente. Com ênfase para o uso de álcool, visto que houve associação entre o mesmo e a ocorrência de SC ($p=0.0056$), ao observar que houve TV para a maioria dos filhos de gestantes que fizeram uso do álcool.

Recomendações

Mesmo diante de um número adequado de consultas de pré natal, a adesão ao tratamento da sífilis gestacional e tratamento de sua parceria, ainda pode ser maior, resultados em melhores indicadores. Assim, faz-se necessário garantir um pré-natal de qualidade com vistas a realização precoce dos exames, assim como a disponibilidade de tratamentos e uma vigilância epidemiológica constante, juntamente com o acesso às informações são determinantes para o controle e diminuição da SC, incluindo seu parceiro.

É necessário proporcionar subsídios para mudanças comportamentais que levam à prevenção e promoção da saúde e um recurso de intervenção para a redução da TV, com alcance de grande parcela da população nos vários segmentos etários, sociais, econômicos e intelectuais, facilitando o processo de educação em saúde. Para isso, torna-se necessária a implementação de programas de educação continuada para esses profissionais e a divulgação de informações científicas para a população, através de investimentos em educação em saúde e monitoramento, impulsionando a promoção de capacidade, de autonomia e de participação.

Limitação do estudo

Diante da situação da pandemia da COVID-19 ficou inviável o acesso ao serviço de saúde para continuidade da realização de coleta de dados. O que pode ter colaborado para a não confirmação do diagnóstico de todas as crianças expostas a sífilis. Estima-se que há uma subnotificação de casos de sífilis gestacional no município de Teresina.

Avaliar assistência pré-natal por meio de sistemas de informação obtidos em bases de dados do Sistema Único de Saúde (SUS), torna-se uma grande limitação relacionada a qualidade de assistência e as informações, pois podem ser influenciadas diretamente na interpretação e preenchimento das fichas de notificações.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA P. D. et al. Análise epidemiológica da sífilis congênita no Piauí. **Rev Interd** v.8, n.1, p.62-70, 2015.

ALVES, P. I. C. et al. Temporal evolution and characterization of congenital syphilis cases in Minas Gerais, Brazil, 2007-2015. **Ciênc. saúde coletiva**, v.25, n.8, p.2949-60, 2020

ARAÚJO, M. A. L. et al. Fatores associados aos desfechos desfavoráveis provocados pela Sífilis na gestação. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant**, v.19 n.2, p.411-9, 2019.

ARCHANA, B. R. et al. Maternal and congenital syphilis in Karnataka, India. **Southeast Asian J Trop Med Public Health**, v.45, n.2, p.430-4, 2014.

BRASIL, 2016. **Monitoramento e acompanhamento da Política Nacional de Atenção Integral à saúde da mulher e do plano nacional de política para as mulheres**. Secretaria de Políticas para as Mulheres – SPM. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico Sífilis 2017**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais (DIAHV). 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico Sífilis 2018**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais (DIAHV). 2018b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico Sífilis 2019**. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. 2019b. Disponível em: file:///C:/Users/Core%20i5/Downloads/boletim_sifilis_2019_internet.pdf. Acesso: 10 out 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes**, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 1. ed., Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota informativa N°2-SEI/2017-DIAHV/SVS/MS**. Ministério da Saúde - Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – a Rede Cegonha. 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais**, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2019b.

BRASIL. Ministério da saúde. **Resolução nº 466 de 12 de Dezembro de 2012**. Aprova as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa com seres humanos. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. **Sífilis Congênita** - Casos Confirmados Notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificações - Brasil. 2018b. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinanet/cnv/sifilisbr.def> . Acesso: 6 nov 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Agenda de Ações Estratégicas para a Redução da Sífilis no Brasil**. Brasília-DF, 2017c.

BOWEN, V. S. J. et al. Increase in incidence of congenital syphilis-United States 2012-2014. **Morb Mortal Wkly Rep**. v.64, n.44, p.1241-1245, 2015.

CADDY, S. C.; LEE, B. E.; SUTHERLAND, K. et al. Pregnancy and neonatal outcomes of women with reactive syphilis serology in Alberta, 2002 to 2006. **J. Obstet. Gynaecol.**, v.33, n.5, p. 453-459, 2011.

CARDOSO, A. R. P. et al. Análise dos casos de sífilis gestacional e congênita nos anos de 2008 a 2010 em Fortaleza, Ceará, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n.2, p.563-574, 2018.

CAVALCANTE, A. N. M. et al. Factors associated with inadequate follow-up, children with congenital syphilis. **Rev Saude Publica**, v.53, n.95, p.1-10, 2019.

CAVALCANTE, P. A. M.; PEREIRA, R. B. L.; CASTRO, J. G. D. Sífilis gestacional e congênita em Palmas, Tocantins, 2007-2014. **Epidemiol Serv Saúde**, v.26, n.2, p.255-64, 2017.

CRUZ, A. R, et al. Gestational and Congenital Syphilis Epidemic in the Colombian Pacific Coast. **Sex Transm Dis.**, v.40, n.10, p.813-18, 2013.

DE FRANÇA, I. S. X. et al. Fatores associados à notificação da sífilis congênita: um indicador de qualidade da assistência pré-natal. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 16, n. 3, p. 374-381, 2015.

DOMINGUES, R. M. S. M. et al. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, v.37 n.3, p.140–7, 2015.

DOMINGUES, R. M. S. M.; LEAL, M. C. Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis: dados do estudo Nascer no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.32, n.6, p.e00082415, 2016.

FELIZ, M. C. et al. Adherence to the follow-up of the newborn exposed to syphilis and factors associated with loss to follow-up. **Rev. bras. epidemiol.**, v.19, n.4, p.727-739, 2016.

FREITAS, C. H. S. M. et al. Factors associated with prenatal care and HIV and syphilis testing during pregnancy in primary health care. **Rev Saude Publica**, v.53, n.76, p.1-10, 2019.

HERINGER, A. L. S. et al. Desigualdade na tendência da sífilis congênita no município de Niterói, Brasil 2007 a 2016. **Rev Panam Salud Publica.**, v.44, n.e8, p.1-8, 2020.

KANG, S. H. et al. Recent change in congenital syphilis in Korea: Retrospective 10 year study. **Multicenter Study Pediatr Int.**, v.57, n.6, p.1112-5, 2015.

KORENROMP E. L. et al. Global burden of maternal and congenital syphilis and associated adverse birth outcomes - Estimates for 2016 and progress since 2012. **PLOS ONE**, v.14, n.2, p.e0211720, 2019.

KRUGER. C, MALLEYECK, I. Congenital syphilis: Still a serious, under-diagnosed threat for children in resource-poor countries. **World J Pediatr.** v.6 n.2 p.125-31, 2010.

LAGO, E. G.; VACCARI, A.; FIORI, R. M. Clinical Features and Follow-up of Congenital Syphilis. **Sex Transm Dis.**, v.40, n.2, p.85-94. 2013.

LUO, Z. et al. Factors associated with syphilis treatment failure and reinfection: a longitudinal cohort study in Shenzhen, China. **BMC Infect Dis.**, v.17, n.1, p.620, 2017.

MAGALHAES, M. et al. Syphilis in Pregnancy and Congenital Syphilis: Reality in a Portuguese Central University Hospital. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v.39, n.6, p.265-272, 2017.

MATTHIAS, J. M. et al. Effectiveness of Prenatal Screening and Treatment to Prevent Congenital Syphilis, Louisiana and Florida, 2013 - 2014. **Sex Transm Dis.**, v.44, n.8, p.498–502, 2017.

MELLO, V. S.; SANTOS, R. S. A sífilis congênita no olhar da enfermagem. **Revista Enfermagem UERJ**, v.23, n.5, p. 699-704, 2015.

MONTEIRO, P. S. **Dificuldades relacionadas à adesão ao tratamento de Sífilis Gestacional, no Brasil**: uma revisão integrativa; 2015. Disponível em <file:///C:/Users/VFDBFSBBNV86917-122834-1-PB.pdf>. Acesso em 02 mar.2016.

NASCIMENTO, D. S. F. et al. Relato da dificuldade na implementação de teste rápido para detecção de sífilis em gestantes na Atenção Básica do SUS em um município do Sul do Brasil. **Rev Bras Med Fam Comunidade.** v.13, n.40, p.1-8, 2018.

OLIVEIRA, L. R.; SANTOS, E. S.; SOUTO, F. J. D. Syphilis in pregnant women: congenital syphilis: spatial pattern and relationship with social determinants of in Mato Grosso. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, v.53, n.e20200316, p.1-7, 2020.

OLOYA, S. et al. Prevalence, associated factors and clinical features of congenital syphilis among newborns in Mbarara hospital, **Uganda. BMC Pregnancy and Childbirth**, v.20, n.385, p.1-7, 2020.

PADOVANI, C.; OLIVEIRA, R. R.; PELLOSO, S. M. Syphilis in during pregnancy: association of maternal and perinatal characteristics in a region of southern Brazil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v.26, n.e3019, p.1-10, 2018.

PANCHALEE, T. et al. Characteristics and neonatal outcomes of teenage pregnant women diagnosed with syphilis at siriraj hospital. **Siriraj Med J.**, v.70, n.4, p.298-301, 2018.

PASTRO, D. O. T. Prenatal quality and clinical condition of newborns exposed to syphilis. **J Hum Growth Dev.**, v.29, n.2, p.249-56, 2019.

PILLAY, S., TOOKE, L. J. Symptomatic congenital syphilis in a tertiary neonatal unit in Cape Town, South Africa: High morbidity and mortality in a preventable disease. **S Afr Med J.**, v.28, n.109, p.652-8, 2019.

SANTOS, G. S. et al. Aspectos epidemiológicos da sífilis congênita associados à escolaridade materna. **Rev enferm UFPE on line**, v.10, n.8, p.2845-52, 2016.

SILVA, E. C. et al. Resultados de sorologia para casos de sífilis em campanha de município no norte do Brasil. **Revista Pan-Amazônica de Saúde**, v.7, n.1, p.39-43, 2016.

SOARES, L. G. et al. Gestational and congenital syphilis: maternal, neonatal characteristics and outcome of cases. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, v.17, n.4, p.781-89, 2017.

THE LANCET. **Congenital syphilis in the USA**. v.392, n.10154, p.1168, 2018.

TORRES, R. G. et al. Syphilis in Pregnancy: The Reality in a Public Hospital. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v.41, n.2, p.90-96, 2019.

TRIVEDI, S. et al. National Trends and Reported Risk Factors Among Pregnant Women With Syphilis in the United States, 2012–2016. **Obstet Gynecol.**, v.133, n.1, p. 27–32, 2019.

VALLEJO, C.; CIFUENTES, Y. Characterization and six-month follow-up on a cohort of newborns with congenital syphilis. **Biomedica**. v.36, n.1, p.101-8, 2016.

VIELLAS, E. F. et al. Assistência pré-natal no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.30, n.Sup, p. S85-S100, 2014.

WHO. World Health Organization. **Elimination of mother-to-child transmission (EMTCT) of HIV and syphilis**. Global guidance on criteria and processes for

validation. Geneva: WHO, 2017. Disponível em:
<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/emtct-hiv-syphilis/en/>. Acesso:
10 out 2020.

WHO. World Health Organization. **Global guidance on criteria and processes for validation:** elimination of mother-to-child transmission (EMTCT) of HIV and syphilis. Geneva; WHO, 2014. Disponível em:
<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/emtct-hiv-syphilis/en/>. Acesso: 10 out 2020.

WHO. World Health Organization. Global Health Observatory (GHO) data. **Syphilis in pregnancy**, Geneva: WHO, 2019. Disponível em:
<https://www.who.int/gho/sti/pregnancy/positive/en/>. Acesso: 10 out 2020.

WHO. World Health Organization. **Proyectos de estrategias mundiales del sector de la salud.** Infecciones de transmisión sexual, 2016-2021. Geneva, 2016b.

WHO. World Health Organization. **Sexually transmitted infection (STIs).** Factsheet. Agosto. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/en/>. Geneva, 2016a.

APÊNDICES

APÊNDICE A: Instrumento de coleta de dados



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – MESTRADO
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE/DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ

Nº Questionário:	Nome:	Iniciais:
Data da coleta de dados: ____/____/____	Horário: Início: _____ Término: _____	GI () GC () Trimestre: 1º () 2º () 3º ()
Titulação inicial: ____/____	Iniciou o tratamento: Sim () Não () Parceiro foi testado: Sim () Não () Parceiro iniciou o tratamento: Sim () Não ()	Foi solicitado novo VDRL Sim () Não () Retorno mensal Sim () Não () Titulação após TTT: ____/____
Perda do seguimento Sim () Não ()	DPP ____/____/____	TV Sim () Não ()

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS GESTANTE	Cód
1. Data de nascimento ____/____/____ Idade _____	
2. Você estudou? Sim 1() não 2() (Caso a resposta seja não pule para a questão 4)	
3. Você estudou até que série? _____ Classificar: em anos de estudo _____	
4. Raça (1) Branca (2) parda (3) preta (4) amarela (5) indígena (9) ignorado	
5. Você tem algum trabalho remunerado? (1) Sim (2) Não	

6. Qual sua renda mensal: _____ Fonte: _____ (99) Sem rendimento	
7. Quantas pessoas moram com você? _____	
8. Valor da Renda total das pessoas que moram com você: _____	
9: Calcular RP: _____	
10. Qual sua situação conjugal? (1) Solteira (2) Casada ou união estável (3) Separada	
DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS DO PARCEIRO	
11. Data de nascimento do seu parceiro _____/_____/_____ Idade _____	
12. Seu parceiro estudou? (1) Sim (2) Não (Caso a resposta seja não pule para a questão 14)	
13. Seu parceiro estudou até que série? _____ () não sabe informar (99) NA Classificar: em anos de estudo _____	
14. Qual a Raça do seu parceiro? (1) Branca(2) parda (3) preta (4) amarela (5) indígena (6) não sabe informar (9) ignorado	
15. Seu parceiro tem algum trabalho remunerado? (1) Sim (2) Não	
16. Seu parceiro mora com você? (1) Sim (2) Não	
AGORA NÓS QUEREMOS SABER SOBRE SUAS CARACTERÍSTICAS COMPORTAMENTAIS	
17. Com quantos anos de idade você teve a sua primeira relação sexual? _____	
18. Usou preservativo na primeira relação sexual? (1) Sim (2) Não	
19. Casovocê tenha um companheiro: (1) é afetivo (2) casual(3) tem os dois tipos de parceria(4) não tem companheiro	
20. Com esse tipo de parceira você usa o preservativo? (1) Não (2) Sim (3) Não tem companheiro	
21. Vocêconhece o preservativo feminino, mesmo que só de ouvir falar? (1) sim (2) não	
22. Faz uso de drogas ilícitas? (1) Sim(2) não	
23. Caso faça uso de droga ilícita, qual o tipo de droga? (1)Maconha (2) Crack (3) Cocaína(4) Usa mais de um tipo de droga (5) Não faz uso Outra _____	
24. Caso faça uso de algum tipo de droga, informe a principal droga: _____ 24.1 Tempo de usa da principal droga (anos) _____	
25.Você faz uso de álcool? (1) sim (2) não	
26. Caso sua resposta anterior seja sim, com que frequência faz o uso? (1) diariamente(2) semanal (3) usou há mais de mês (4) não usa	
DADOS CLÍNICOS	

27. Antes de engravidar você já tinha realizado algum acompanhamento de saúde nesta UBS? (1) Sim (2) Não	
28. Caso sua resposta seja sim, realizou teste rápido para sífilis? (1) Sim (2) Não (3) Ainda não tinha realizado assistência na UBS	
29. Quantas vezes você já engravidou? _____	
30. Caso tenha gestação anterior, você realizou teste rápido para sífilis? (1) Sim (2) Não (3) Não teve outra gestação	
31. Caso sua resposta tenha sido sim, o resultado do exame para sífilis foi: (1) Reagente (2) não reagente (3) não sabe informar	
32. Quantos partos você já teve: _____	
33. Quantos abortos você já teve? _____	
34. Qual a data provável do seu parto ____/____/____	
35. Qual maternidade você planeja procurar na hora do parto? _____	
36. Período gestacional no dia da coleta de dados: Em meses _____ 1. Primeiro trimestre() 2.Segundotrimestre() 3.Terceiro trimestre ()	
37. Você está realizando pré-natal regularmente? (1) Sim (2) Não	
38.Quantas consultas de pré-natal que você já fez? (1) Uma (2) duas (3) três (4) quatro (5) cinco(6) seis (7) mais de 6 (99) NA	
39. Na primeira avaliação com o profissional, nessa gestação, você já tinha alguma Doença Sexualmente Transmissível? (1) Sim. Qual _____ (2) Não	
40. Você foi orientada sobre o risco de transmissão da sífilis para o bebê? (1) Sim (2) Não	
41. Caso tenha dito relação sexual com seu parceiro durante esta gravidez, fez uso do preservativo? (1)Sim (2)Não (3) Não teve relação sexual durante esta gravidez	
41.1 Você foi orientada sobre o uso do preservativo durante a relação sexual? (1) Sim (2) Não	
42. Você realizou exame para detecção da Sífilis nesta gestação? (1) Sim (2) Não	
43. Você realizou exame para detecção do HIV nesta gestação? (1) Sim (2) Não	
44. Você realizou exame para detecção da hepatite B nesta gestação? (1) Sim (2) Não	
45. Caso tenha realizado para detecção do HIV, o resultado foi: (1) reagente (2) não reagente (3) não recebeu (4) não sabe informar (99) NA	
46. Caso tenha realizado para detecção da Hepatite B, o resultado foi: (1) reagente (2) não reagente (3) não recebeu (4) não sabe informar (99) NA	
AGORA QUEREMOS SABER COM RELAÇÃO AOS EXAMES DO SEU PARCEIRO	
47. Seu parceiro realizou algum tipo de exame? (1) sim (2) não	

48. Caso seu parceiro tenha realizado exame para detecção da sífilis, o resultado foi: (1) reagente (2) não reagente (3) não recebeu (4) Não sabe informar (9) Não realizou	
49. Caso seu parceiro tenha realizado exame para detecção do HIV, o resultado foi: (1) reagente (2) não reagente (3) não recebeu (4) Não sabe informar (9) Não realizou	
50. Caso seu parceiro tenha realizado exame para detecção da hepatite B, o resultado foi: (1) reagente (2) não reagente (3) não recebeu (4) Não sabe informar (9) Não realizou	
AGORA VAMOS FALAR SOBRE SUAS VACINAS	
51. A respeito da imunização com a vacina DT – contra difteria e tétano nesta gestação: (1) Tomou Primeira dose (2) tomou segunda dose (3) tomou terceira dose (4) já esta imunizada (5) não recebeu vacina	
52. A respeito da imunização com a vacina contra hepatite B, nesta gestação: (1) Tomou Primeira dose (2) tomou segunda dose (3) tomou terceira dose (4) já esta imunizada (5) não recebeu	
53. A respeito da imunização com a vacina DTPa, nesta gestação: (1) Tomou uma dose de reforço (2) não recebeu	
SEGUIMENTO DOS CASOS DE SÍFILIS EM GESTANTE	
54. Você estava com quantos meses de gestação, quando recebeu o diagnóstico de sífilis? _____	
55. Você sabe informar o resultado do 1º exame de VDRL? (1) Sim (2) Não (3) não recebeu (4) Não realizou	
56. Resultado do primeiro VDRL (1)1/1(2) 1/2 (3)1/4 (4)1/8 (5)1/16 (6)1/32 (7) >1/64 _____ (8) Não realizou (9) Não recebeu	
57. Com base no resultado do primeiro VDRL, há quanto tempo você encontra-se infectada: (1) Menos de 1 mês (2) 1 a 2 meses (3) mais de 02 meses Classificar em: (1) primária (2) secundária (3) terciária	
58. Você foi informada sobre a da necessidade de tratamento da sífilis? (1) Sim (2) Não	
59. Você recebeu orientação sobre o tratamento na UBS, em que momento: (1) durante a consulta médica (2) durante a consulta de enfermagem (3) Reunião de gestante (4) Não recebeu orientação 59.1. Em relação a sua consulta de pré-natal é realizada na maioria das vezes por um profissional: (1) enfermeiro (2) médico 59.2 Caracterizar o profissional (Pegar informação no SAME Ou Lates) (1) Graduação (2) Especialização (3) Residência em obstetrícia (4) Residência em outra área (4) Mestrado (5) Doutorado	
60. Você recebeu informação sobre a sífilis sem ser na UBS? (1) Sim (2) Não	

61. Caso tenha recebido informação fora da UBS foi por meio de: (1) Internet, redes sociais (2) Outra gestante, amigas (3) Alguém da família (4) Profissional da saúde (5) Não recebeu	
62. Na primeira avaliação você apresentava feridas ou machas em alguma parte do seu corpo? (1) Sim (2) Não	
63. Você iniciou o tratamento após o diagnóstico? (1) Sim (2) Não	
MOTIVOS PARA A NÃO REALIZAÇÃO DO TRATAMENTO LOGO APÓS O DIAGNÓSTICO	
64. Caso não tenha iniciado o tratamento logo após o diagnóstico, o motivo foi: Obs.: (Caso tenha iniciado tratamento logo após o diagnóstico, pular para a questão 66).	
64.1 Não achou necessário	sim (1) não (2) NA (99)
64.2 Não foi informada dessa necessidade	sim (1) não (2) NA (99)
64.3 Por falta de profissional para aplicar a injeção na UBS	sim (1) não (2) NA (99)
64.4 Por falta de medicação	sim (1) não (2) NA (99)
65. Não foi tratada por outro motivo. Qual? _____ _____ _____	
TRATAMENTO DA GESTANTE	
66. Você recebeu a medicação após a consulta? (1) Sim (2) Não (3) O profissional não prescreveu medicação (4) ainda não iniciei o tratamento	
67. Caso tenha utilizado outra medicação para tratamento que não tenha sido a penicilina, qual foi o motivo? (1) Alergia a penicilina(2) Falta de penicilina no serviço (3) Outro _____(99)Não se aplica	
68. Se não utilizou a penicilina por motivo de alergia, você foi encaminhada para o serviço de referência? (1) Sim (2) Não (3) Não se aplica	
69. Caso tenha realizado o tratamento com a penicilina G benzatina, quantas doses de injeções você recebeu? (1) Uma (2) Duas (3) Três (99) NA	
70. Após a administração da primeira injeção, quando você retornou ao serviço de saúde para acompanhamento da sífilis? (1) Até 1 mês (2) mais de 1 mês (3) Não iniciou o tratamento	
71. Caso você tenha retornado com 1 mês, foi solicitado novo VDRL? (1) Sim (2) Não (3) Não retornou ao serviço	
72. Caso tenha realizado exame de VDRL com 1 mês qual o valor da titulação? (1) 1/1(2) 1/2 (3)1/4 (4)1/8 (5)1/16 (6)1/32 (7) >1/64 _____(8)Não recebeu (2) (9) Não solicitado	
73. Caso NÃO tem retornado com 1 mês ao serviço após o tratamento, o motivo foi:	
73.1 Não considera necessário?	(1)sim (2)não (99)NA

73.2 Dificuldades de acesso?	(1)sim (2)não (99)NA	
73.3 Ausência de tempo?	(1)sim (2)não (99)NA	
73.4 Horário de funcionamento dos serviços de saúde?	(1)sim (2)não (99)NA	
73.5 Vergonha de expor sua condição de saúde?	(1)sim (2)não (99)NA	
73.6 Ausência de vínculo com o serviço de saúde?	(1)sim (2)não (99)NA	
73.7 Automedicação?	(1)sim (2)não (99)NA	
Outro motivo		
74. Após o diagnóstico de sífilis você teve relação sexual? (1) Sim, com preservativo(2) sim, sem preservativo(3) não teve relação sexual		
75. Você sabe se sua parceria (da gestação) tem sífilis? (1) Sim, reagente (2) sim, não reagente (3) não sabe informar		
76. Você informou para sua parceria sobre seu diagnóstico? (1) sim (2) não (3) não quer responder		
77. O profissional que faz seu pré - natal convidou sua parceria (da gestação)para fazer o teste de sífilis? (1) sim (2) não (3) não tem mais contato com a parceria		
78. Caso seu parceiro tenha sido convocado ele compareceu ao serviço? (1) Sim (2) Não (3) Não foi convocado (4) não tem mais contato com a parceria		
79. Motivo para o não tratamento do Parceiro: (Marcar apenas um item) (1) Parceiro não teve mais contato com a gestante. (2) Parceiro não foi comunicado/convocado à UBS para tratamento. (3) Parceiro foi comunicado/convocado à UBS para tratamento, mas não compareceu. (4) Parceiro foi comunicado/convocado à UBS, mas recusou o tratamento. (5) Parceiro com sorologia não reagente. (6) Outro motivo: _____ (99) Não se aplica		
80. Você já sofreu algum tipo de violência do praticada pelo parceiro conjugal? (1) sim (2) Não		
81. Caso sua resposta tenha sido sim: (1) violência física (2) violência sexual (3) violência psicológica		
82. Essa gravidez foi planejada (1) Sim (2) Não		
COLETA DE DADOS NO PRONTUARIO DA GESTANTE		
83. A ficha de notificação compulsória foi preenchida: (1) Sim (2) Não		
84. Idade gestacional no momento da notificação (1) 1º Trimestre (2) 2º trimestre (3) 3º trimestre (4) sem registro		

85. Idade gestacional na primeira consulta de pré-natal: (1) 1º trimestre (2) 2º trimestre (3) 3º trimestre (9) sem registro	
86. Medicação usou para o tratamento: (1) Penicilina G benzatina(2) Ceftriaxona (3) Doxiciclina (4)Outra _____	
87. Caso tenha sido realizado o tratamento com a penicilina benzatina, o esquema foi: (1) Penicilina G benzatina, 2,4 milhões UI, IM, dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo); (2) 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;(3) Outros. Qual?_____	
88. Data do início do tratamento: ____/____/_____ Classifica: (1) 1º Trimestre (2) 2º trimestre (3) 3º trimestre (4) não sabe informar	
89. Registro do número de exames de VDRL realizados após o diagnóstico/tratamento: _____	
90. Após o tratamento o quantitativo de novos exames solicitados para acompanhamento da sífilis foi:_____. Qual a periodicidade:_____	
SEGUIMENTO COM DESFECHO FINAL	
91. No momento do parto você estava com quantas semanas/mês de gestação? Semanas: _____ Meses_____	
92. O seu parto foi normal ou cesáreo? (1) Vaginal (2) cesárea	
93. Qual foi a data do seu parto? ____/____/_____	
94. Qual foi o local do seu parto? (1) Maternidade de referencia (2) Maternidade da periferia (3) maternidade privada	
95. Qual foi a evolução da gravidez? (1) nascido vivo com sífilis (2) natimorto (3)aborto (4)morto (5) nascido vivo sem sífilis	
96. O peso do bebê foi:_____ (1) normal (2)baixo peso (3)sobrepeso	

ZONA _____ NOME DA UBS _____ N° ESF _____

OBSERVAÇÕES:

--

RESPONSÁVEL PELA COLETA: _____

APÊNDICE B: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE/DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – MESTRADO

Título do projeto: “ Avaliação dos desfechos desfavoráveis de recém-nascidos com sífilis congênita ”.

Pesquisador responsável: Profa. Dra. Rosilane de Lima Brito Magalhães

Orientando: Pedro Samuel Lima Pereira

Instituição: UFPI

A senhora está sendo convidada para participar, como voluntário, de uma pesquisa e dessa forma precisa decidir se quer participar ou não. Por favor, não se apresse em tomar a decisão. Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte ao responsável pelo estudo qualquer dúvida que a senhora tiver. Após ser esclarecida sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizada de forma alguma.

Descrição da pesquisa:

Trata-se de uma pesquisa sobre os desfechos desfavoráveis de recém-nascidos com sífilis congênita. Para o alcance de todos os objetivos serem explicados, a senhora deverá responder um formulário, e caso seja necessário receberá um encaminhamento para continuar o tratamento na Unidade Básica de Saúde.

O estudo será realizado sob a orientação da Dra. Rosilane de Lima Brito Magalhães que é professora do Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal do Piauí-UFPI. O estudo é de grande importância e se faz necessário, pois pretende contribuir para analisar o seguimento hospitalar da sífilis congênita e assim avaliar a rede de assistência prestada a esse público, bem como, contribuir para diminuir novos agravos.

Objetivo primário

Analisar os desfechos desfavoráveis de recém-nascidos com sífilis congênita.

Objetivos secundários

- Identificar os casos de recém-nascidos com sífilis congênita nascido no âmbito da rede municipal de saúde;
- Descrever as características clínicas dos recém-nascidos com SC;
- Descrever as características sociodemográficas das mães de recém-nascidos com sífilis congênita;
- Avaliar o seguimento de recém-nascidos com sífilis congênitas durante o período de internação hospitalar;
- Analisar os fatores associados aos desfechos desfavoráveis de recém-nascidos com sífilis congênitas.

Riscos: Dentre os riscos aos quais as participantes possam estar expostas descartam-se: riscos de desconforto em relação à exposição da situação de saúde ou alguma pergunta em relação ao seu comportamento. Ressalta-se que os pesquisadores tem conhecimento sobre a temática e habilidade com abordagem a esse público. Diante de qualquer situação de desconforto as mesmas serão contornados ou minimizados com a equipe de pesquisa capacitada e qualificada para saber respeitar e interromper os procedimentos quando houvesse necessidade.

Garantia do acesso: Gostaria de informar que a senhora terá a garantia do acesso em qualquer etapa do estudo por meio do contato com a pesquisadora para esclarecimento de eventuais dúvidas. Ou pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí, pelo telefone 086 3215 5437.

Garantia do Sigilo: se você concordar em participar do estudo, seu nome e identidades serão mantidos em sigilo. A menos que requerido por Lei ou por sua solicitação, somente os pesquisadores e o Comitê de Ética terão acesso as suas informações.

Período de participação: ao sujeito fica assegurado o direito de retirar o consentimento a qualquer tempo sem qualquer prejuízo da continuidade do acompanhamento.

Eu, _____, RG _____, abaixo assinado, concordo em participar desse estudo como sujeito. Fui suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim. Eu discuti com a pesquisadora Profa. Dra. Rosilane de Lima Brito Magalhães e/ou um mestrando da professora ou com os auxiliares de coleta de dados e assim tenho a decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso ao tratamento de referência caso seja necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, como assistência ao tratamento.

Pedro Samuel Lima Pereira
Mestrando

Impressão digital

Nome da participante: _____
Assinatura do sujeito _____

Teresina, _____ de _____ de _____



ANEXOS

ANEXO A: Carta de solicitação de autorização da Fundação Municipal de Saúde



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ - UFPI
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - CCS
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM - DEPEF
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - PPGENF

CARTA DE AUTORIZAÇÃO DA FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE

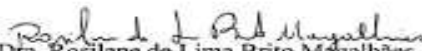
DA: Profª. Dra. Rosilane de Lima Brito Magalhães (Docente da UFPI)

A: Dra. Smithanny Barros da Silva (Presidente da Comissão de Ética em pesquisa da Fundação Municipal de Saúde)

Senhora Presidente,

Eu, Rosilane de Lima Brito Magalhães, Professora permanente do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí, venho pelo presente solicitar autorização para a realização da pesquisa intitulada: **Adesão ao acompanhamento de gestantes expostas à sífilis e fatores associados à perda de seguimento**, tendo como objetivo Analisar os fatores relacionados à perda do seguimento clínico em gestantes expostas a sífilis na atenção básica do município de Teresina-PI. Para isso será necessário solicitar junto a vossa senhoria autorização para me apresentar às Unidades Básicas de Saúde e solicitar informações referente ao número de gestantes infectadas por sífilis em cada ESF, e também registro relacionado: ao endereço e titulação de VRDL. Ao tempo que informo sobre o compromisso com o sigilo das informações, e compromisso para apresentação de relatórios parciais e/ou final diante de qualquer solicitação desta instituição. Externo o nosso interesse em colaborar com o controle dessa infecção em gestantes.

Teresina, 14 de agosto de 2018


Profª. Dra. Rosilane de Lima Brito Magalhães
Docente/ PPGENF/UFPI

ANEXO B: Carta de autorização da Fundação Municipal de Saúde

FMS
Fundação Municipal
de Saúde



DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE

Declaro estar ciente dos objetivos do Projeto de Pesquisa “**ADESÃO AO ACOMPANHAMENTO DE GESTANTES EXPOSTAS A SIFILIS E FATORES ASSOCIADOS A PERDA DE SEGUIMENTO**” e concordo em autorizar a execução da mesma nesta instituição. Esta Instituição está ciente de suas corresponsabilidades 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.

Conforme Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, a pesquisa só terá início nesta instituição após apresentação do Parecer de Aprovação por um Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP). Autorizo os pesquisadores: **ROSILANE DE LIMA BRITO MAGALHÃES E PAULA LIMA DA SILVA** acesso às UBSs para seleção da amostra: gestantes com sífilis e entrevista com as mesmas.

Teresina, 13 de setembro de 2018.

Ayla Maria Calixto de Carvalho

Ayla Maria Calixto de Carvalho
Comissão de Ética em Pesquisa da
Fundação Municipal de Saúde

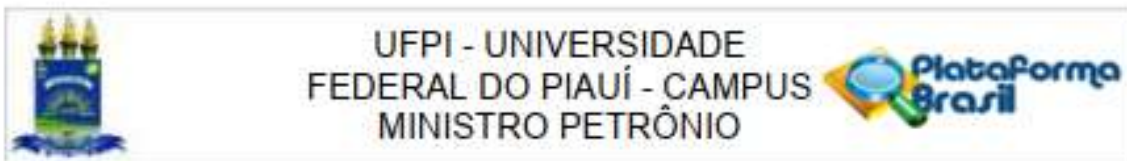
Ayla Maria Calixto de Carvalho
COREN-PI 048.758



Rua Governador Artur de Vasconcelos, Nº 3015
Bairro Aeroporto, Teresina - PI | CEP: 64002-530



86 3215 7700 | 86 3215 7701

ANEXO C: Carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Adesão ao acompanhamento de gestantes expostas à sífilis e fatores associados à perda de seguimento

Pesquisador: Rosilane de Lima Brito Magalhães

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 99903018.7.0000.5214

Instituição Proponente: FUNDACAO UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUI

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

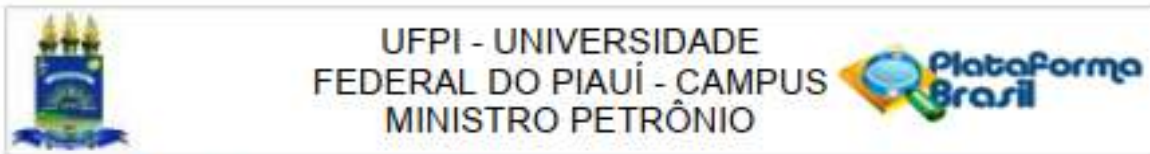
DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.975.828

Apresentação do Projeto:

Segundo os autores, o estudo tem como objeto a perda do seguimento de gestantes expostas a sífilis. Trata-se de uma pesquisa analítica, com abordagem quantitativa em que será realizada uma coorte das gestantes expostas a sífilis. Conforme informação do Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde (BRASIL, 2017), o número de gestantes infectadas por sífilis no ano de 2017, no Piauí, foi de 127 casos. Com base nesse número, todas as gestantes elegíveis poderão participar do estudo. São critérios de inclusão: ter diagnóstico de sífilis em qualquer idade gestacional; estar grávida em qualquer idade gestacional; ser cadastrada em uma Estratégia Saúde da Família (ESF) de Teresina-PI; ter idade igual ou superior a 18 anos. Serão excluídas desta pesquisa: gestantes que não comparecerem a consulta de pré-natal; gestante sabidamente com diagnóstico de transtorno mental; gestantes com diagnóstico de sífilis após levantamento da primeira etapa da pesquisa. No desenho do estudo será utilizado o processo de amostragem por conglomerado. Neste estudo, cada Unidade Básica de Saúde que possuir pelo menos uma equipe cadastrada da ESF, será um conglomerado. A coleta de dados ocorrerá em três momentos distintos, no período de outubro/2018 a julho de 2019, a saber: primeira etapa: levantamento e seleção das Unidades Básicas de Saúde; segunda etapa: aplicabilidade do instrumento de coleta de dados (sociodemográficos, clínicos e comportamentais); terceira etapa: serão coletados dados referentes à adesão ao seguimento da sífilis que deverá ocorrer no dia da consulta puerperal nas UBS, geralmente até 42 dias pós parto.

Endereço: Campus Universitário Ministro Petrônio 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



Continuação do Parecer: 2.975.828

Para as participantes que não comparecerem serão consideradas perdas do estudo.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral

Analisar os fatores relacionados à perda do seguimento clínico em gestantes expostas a sífilis na atenção básica do município de Teresina-PI.

Objetivos Específicos

- Descrever as características clínicas e sociodemográficas de gestantes expostas a sífilis no ano de 2018;
- Estimar a prevalência da sífilis entre mulheres gestantes atendidas na atenção básica de Teresina-PI no ano de 2018;
- Identificar os motivos para a ocorrência de perda do seguimento de gestantes expostas a sífilis.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Dentre os riscos aos quais as participantes possam estar expostas destacam-se: riscos de desconforto e constrangimento em relação à exposição da sua situação de saúde ou alguma pergunta em relação ao seu comportamento sexual. Ressalta-se que a pesquisadora tem conhecimento sobre a temática e habilidade com abordagem em pessoas cadastradas na ESF. Diante de qualquer situação de desconforto as mesmas serão contornados ou minimizados com a equipe de pesquisa devidamente capacitada e qualificada para saber respeitar e interromper os procedimentos quando houvesse necessidade.

Benefícios

O principal benefício deste estudo envolve a oportunidade de detecção das lacunas em relação ao controle da sífilis gestacional e oportunidade de rastrear casos de sífilis que tiveram perda do seguimento, que poderá refletir na redução de novos agravos e transmissão vertical em gestações futuras. Todas as participantes que apresentarem situação de perda do seguimento no período da coleta de dados serão orientadas para a importância da realização do tratamento e receberão uma carta de recomendação. Outro benefício, é que após a coleta de dados, as participantes receberão orientações individuais ou coletivas sobre a importância do tratamento da sífilis.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante.

Endereço: Campus Universitário Ministro Petrônio 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



UFPI - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PIAUÍ - CAMPUS
MINISTRO PETRÔNIO



Continuação do Parecer: 2.975.828

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatória foram anexados.

Recomendações:

Corrigir no projeto (item Riscos) o trecho "Dentre os riscos aos quais as participantes possam estar expostas descartam-se: riscos de desconforto em relação à exposição da sua situação de saúde ou alguma pergunta em relação ao seu comportamento", assim como foi feito no TCLE.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto apto a ser desenvolvido.

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_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_1221447.pdf	08/10/2018 16:47:38		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TALE.pdf	08/10/2018 16:47:21	PAULA LIMA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	08/10/2018 16:46:55	PAULA LIMA	Aceito
Outros	TERMOCONFIDENCIALIDADE.pdf	28/09/2018 17:13:16	PAULA LIMA	Aceito
Outros	cartaencaminhamento.pdf	28/09/2018 17:11:14	PAULA LIMA	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	28/09/2018 17:09:25	PAULA LIMA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOCEP.docx	18/09/2018 08:54:36	PAULA LIMA	Aceito
Outros	CURRICULOPAULA.pdf	17/09/2018 19:55:51	PAULA LIMA	Aceito
Outros	CURRICULOROSILANE.pdf	17/09/2018 19:53:54	PAULA LIMA	Aceito
Outros	INSTRUMENTO.pdf	17/09/2018 19:50:16	PAULA LIMA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	INSTITUICAO.pdf	17/09/2018 12:55:21	PAULA LIMA	Aceito

Endereço: Campus Universitário Ministro Petrônio 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



UFPI - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PIAUÍ - CAMPUS
MINISTRO PETRÔNIO



Continuação do Parecer: 2.975.828

Declaração de Pesquisadores	DECLARACAOPESQUISADORES.pdf	17/09/2018 12:48:02	PAULA LIMA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	17/09/2018 12:44:05	PAULA LIMA	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	17/09/2018 12:35:58	PAULA LIMA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

TERESINA, 22 de Outubro de 2018

Assinado por:

Maria do Socorro Ferreira dos Santos
(Coordenador(a))

Endereço: Campus Universitário Ministro Petrônio 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