



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

PAULA LIMA DA SILVA

**FATORES ASSOCIADOS À PERDA DO SEGUIMENTO DE GESTANTES COM
SÍFILIS**

TERESINA

2020

PAULA LIMA DA SILVA

**FATORES ASSOCIADOS À PERDA DO SEGUIMENTO DE GESTANTES COM
SÍFILIS**

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

Área de Concentração: Enfermagem no contexto social brasileiro.

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

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

TERESINA

2020

FICHA CATALOGRÁFICA
Universidade Federal do Piauí
Biblioteca Comunitária Jornalista Carlos Castello Branco
Divisão de Representação da Informação

S586f Silva, Paula Lima da.
Fatores associados à perda do seguimento de gestantes com
sífilis / Paula Lima da Silva. -- 2020.
86 f.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Piauí,
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Teresina, 2020.
“Orientadora: Prof^a. Dr^a. Rosilane de Lima Brito Magalhães”.

1. Perda de seguimento. 2. Sífilis. 3. Gestantes. 4. Transmissão
vertical. I. Magalhães, Rosilane de Lima Brito. II. Título.

CDD 616.951 3

PAULA LIMA DA SILVA

**FATORES ASSOCIADOS À PERDA DO SEGUIMENTO DE GESTANTES COM
SÍFILIS**

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

BANCA EXAMINADORA

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

Prof. Dra. Marli Teresinha Gimeniz Galvão
1ª Examinadora – Universidade Federal do Ceará (UFC)

Profa. Dra. Andreia Rodrigues Moura da Costa Valle
2ª Examinadora – Universidade Federal do Piauí (UFPI)

Profa. Dra. Maria Eliete Batista Moura
Examinador suplente – Universidade Federal do Piauí (UFPI)

DEDICATÓRIA

*Ao meu Deus,
que é o meu refúgio e minha fortaleza em todas as circunstâncias. A
Ele seja dado toda honra, glória e louvor.*

*À minha família,
meu maior presente de Deus, pelo amor incondicional, cuidado e
parceria em todos os momentos da minha vida.*

AGRADECIMENTOS

Ao meu Deus, pois é Ele que nos dá vitórias por meio de nosso Senhor Jesus Cristo.

Aos meus pais, Francisca Lima da Silva e Francisco Leal da Silva, pela dedicação e pelo esforço em dar o máximo e o melhor, dentro de suas possibilidades, para minha vida.

Aos meus irmãos, Oscarina Lima da Silva, Luciana Lima da Silva, Luciano Lima da Silva, Ademar Lima da Silva e Adriano Lima da Silva, pela amizade verdadeira, pelas palavras de carinho e pelo apoio para concretização dos meus objetivos.

Ao meu cunhado, Elizânio Escorcio de Brito Carvalho, por todo apoio, incentivo e amizade.

À professora Dr.^a Rosilane de Lima Brito Magalhães, pela paciência, pela compreensão e ensinamentos. Ainda, pelo exemplo de dedicação, de esforço, e de compromisso. Sem dúvidas foi fundamental para meu crescimento.

Aos meus amigos, Nayanna, Isabel Cristina, Nalma Alexandra, Sara, Onezina, Janayna, Pedro Samuel, Jessica, Jeferson, Nivânia, Juliana, Ariana e Erika Maria pela amizade e por tornarem a minha caminhada mais leve.

À Universidade Federal do Piauí, em nome do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, que contribuí para a minha formação profissional ao longo dessa jornada de ensino-aprendizagem. Aos docentes que fazem parte desse Programa, por todo o empenho e por toda a dedicação.

Às professoras Dr.^a Marli Teresinha Gímenis Galvão, Dr.^a Maria Eliete Batista Moura e Dr.^a Andreia Rodrigues Moura da Costa Valle por aceitarem participar da minha banca examinadora, bem como pelas contribuições valiosas.

Aos discentes, Turma 12, pela amizade, pela parceria, troca de conhecimentos, experiências e colaborações.

Ao Grupo de Pesquisa, Grupo de Estudo sobre Doenças e Infecciosas e outros Agravos (GEDI), pela troca de experiências e conhecimentos. Em

*especial ao querido **Braúlio**, que sempre esteve disponível e muito contribuiu com o meu crescimento durante todo o mestrado. Ainda, ao **Matheus Sousa e Emanoelle Fernandes** pela disponibilidade em poder ajudar na coleta de dados deste trabalho.*

*A **Enfermeira Joema**, pela gentileza e disponibilidade em poder ajudar na coleta de dados.*

*Ao **Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico-CNPq**, pelo apoio financeiro.*

*Às **mulheres**, que aceitaram participar deste estudo mesmo diante das condições de saúde as quais se encontravam.*

Meus sinceros agradecimentos.

SILVA, P. L. S. FATORES ASSOCIADOS À PERDA DO SEGUIMENTO DE GESTANTES COM SÍFILIS. 2020. 86f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2020.

RESUMO

A sífilis, é um grave problema de saúde pública, com prevalências elevadas e de difícil controle e persistência em diversas populações. O estudo objetivou analisar os fatores associados à perda do seguimento clínico em gestantes com sífilis. Pesquisa analítica, abordagem quantitativa realizada no município de Teresina – PI, de maio a dezembro de 2019, com 73 gestantes com sífilis. Foi utilizado um formulário, validado quanto a forma e conteúdo, com variáveis sociodemográficas, de comportamento sexual, características clínicas, adesão ao tratamento de sífilis da gestante e parceria sexual. Primeiramente foi realizado um levantamento e seleção das Unidades Básicas de Saúde; aplicabilidade do instrumento de coleta de dados em relação as variáveis de interesse e o desfecho da gestação, até 42 dias pós-parto. Os dados foram processados pelo programa SPSS, versão 25.0. Foram utilizados os testes exato de Fisher e teste de qui-quadrado de Pearson para testar associação entre a perda de seguimento com as variáveis relativas a características sociodemográficas, comportamentais, clínicas e sífilis na gestação. As variáveis com valor de $p < 0,05$ nos testes bivariados foram utilizadas no modelo de regressão logística múltiplo, para obtenção da força, Odds Ratio (OR) para explicar a perda de seguimento. Do total de 73 gestantes com diagnóstico de sífilis, a idade média foi de 27 anos e desvio padrão de 6,3 anos. A perda de seguimento ocorreu em 48(65,7%) participantes. Desse total 22(45,8%) tinham de 21 a 30 anos, 43(58,9%) menos de 12 anos de estudo, 69(94,5%) se autodeclararam de cor não branca com perda de seguimento de 44(91,7%), renda percapta foi menos de um salário mínimo em 61(93,9%) das participantes com perda de seguimento em 39(95,1%) e 56(76,7%) sem trabalho remunerado (valor de $p = 0,248$). A perda do seguimento apresentou associação significativa com as variáveis ter companheiro afetivo ($p=0,012$), diagnóstico feito no primeiro trimestre de gestação ($p=0,041$), início do tratamento no momento do diagnóstico ($p=0,023$) e pré-natal realizado por dois profissionais, médico(a) e enfermeiro(a) ($p=0,039$). Conclui-se neste estudo baixa prevalência da sífilis 2,12%. Uma realidade em gestantes adultas jovens e empobrecidas com elevado desfecho desfavorável. Os fatores associados com a perda do seguimento foram: ter companheiro afetivo, iniciar o tratamento no momento do diagnóstico e no primeiro trimestre. Recomenda-se o planejamento de estratégias para alcance do manejo da sífilis de qualidade, capacitação profissional contínua, com foco na melhoria do tratamento do parceiro, rastreamento de casos de sífilis gestacional ainda no primeiro trimestre e possibilidades de discussão da temática com profissionais da área da saúde para com vista a eliminação da transmissão vertical.

Descritores: Perda de seguimento; Sífilis; Gestantes. Transmissão vertical.

SILVA, P. L. S. **FATORES ASSOCIADOS À PERDA DO SEGUIMENTO DE GESTANTES COM SÍFILIS**. 2020. 86f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2020.

ABSTRACT

It is estimated that more than one million cases of Sexually Transmitted Infections (STIs) occur each day, worldwide. In relation to syphilis, it is a serious public health problem, considering high prevalence and difficult to control and persistence in different populations. The study aimed to analyze the factors associated with loss of clinical follow-up in pregnant women exposed to syphilis. Analytical research, quantitative approach carried out in the city of Teresina - PI, from May to December 2019, with 73 pregnant women diagnosed with syphilis. A form was used, validated in terms of face and content, with sociodemographic variables, sexual behavior, clinical characteristics, adherence to the treatment of the pregnant woman and sexual partnership. First, a survey and selection of Basic Health Units was carried out; applicability of the data collection instrument; and collecting data on the outcome of pregnancy, up to 42 days postpartum. The data were processed using the SPSS program, version 25.0. Fisher's exact tests and Pearson's chi-square test were used to test the association between loss of follow-up and variables related to sociodemographic, behavioral, clinical and syphilis characteristics during pregnancy. The level of significance was set at 0.05 and a 95% confidence level in all tests. The variables that obtained a p-value less than 0.05 in the bivariate tests were used in the multiple logistic regression model, to obtain strength, Odds Ratio (OR) to explain the loss of follow-up. Of the total of 73 pregnant women diagnosed with syphilis, the mean age was 27 years and standard deviation was 6.3 years. Loss of follow-up occurred in 48 (65.7%) participants. Of this total, 22 (45.8%) were 21 to 30 years old, 43 (58.9%) had less than 12 years of study, 69 (94.5%) declared themselves to be non-white, with a loss of follow-up of 44 (91.7%) of the cases, per capita income was less than a minimum wage in 61 (93.9%) of the participants, with loss of follow-up in 39 (95.1%) and 56 (76.7%) without work remunerated (p-value = 0.248). Loss of follow-up was significantly associated with having an affective partner (p = 0.012), diagnosis made in the first trimester of pregnancy (p = 0.041), start of treatment at diagnosis (p = 0.023) and prenatal care performed by two professionals, physician (a) and nurse (p = 0.039). Thus, the study showed low prevalence of syphilis in young and impoverished adult pregnant women with a high unfavorable outcome. It recommends planning strategies to achieve the management of quality syphilis, through investment in material resources, with the expansion and availability of tests in AB and continuous professional training, focusing on improving the treatment of the partner, tracking syphilis cases, gestational still in the first trimester and possibilities for discussing the topic with health professionals in order to eliminate vertical transmission.

Descriptors: Loss of follow-up; Syphilis; Pregnant women. Vertical transmission.

SILVA, P. L. S. FATORES ASSOCIADOS À PERDA DO SEGUIMENTO DE GESTANTES COM SÍFILIS. 2020. 86f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2020.

RESUMEN

Se estima que cada día se producen más de un millón de casos de infecciones de transmisión sexual (ITS) en todo el mundo. En relación con la sífilis, es un problema grave de salud pública, considerando una alta prevalencia y difícil de controlar y persistencia en diferentes poblaciones. El estudio tuvo como objetivo analizar los factores asociados con la pérdida de seguimiento clínico en mujeres embarazadas expuestas a la sífilis. Investigación analítica, enfoque cuantitativo llevado a cabo en la ciudad de Teresina - PI, de mayo a diciembre de 2019, con 73 mujeres embarazadas diagnosticadas con sífilis. Se utilizó un formulario, validado en términos de rostro y contenido, con variables sociodemográficas, comportamiento sexual, características clínicas, adherencia al tratamiento de la mujer embarazada y asociación sexual. Primero, se realizó una encuesta y selección de Unidades Básicas de Salud; aplicabilidad del instrumento de recolección de datos; y la recopilación de datos sobre el resultado del embarazo, hasta 42 días después del parto. Los datos se procesaron con el programa SPSS, versión 25.0. Las pruebas exactas de Fisher y la prueba de chi-cuadrado de Pearson se utilizaron para evaluar la asociación entre la pérdida de seguimiento y las variables relacionadas con las características sociodemográficas, conductuales, clínicas y de sífilis durante el embarazo. El nivel de significación se estableció en 0,05 y un nivel de confianza del 95% en todas las pruebas. Las variables que obtuvieron un valor de p menor que 0.05 en las pruebas bivariadas se usaron en el modelo de regresión logística múltiple, para obtener fuerza, Odds Ratio (OR) para explicar la pérdida de seguimiento. Del total de 73 mujeres embarazadas diagnosticadas con sífilis, la edad media fue de 27 años y la desviación estándar fue de 6,3 años. La pérdida de seguimiento se produjo en 48 (65,7%) participantes. De este total, 22 (45.8%) tenían entre 21 y 30 años, 43 (58.9%) tenían menos de 12 años de estudio, 69 (94.5%) se declararon no blancos, con una pérdida de seguimiento de 44 (91.7%) de los casos, el ingreso per cápita fue inferior al salario mínimo en 61 (93.9%) de los participantes, con pérdida de seguimiento en 39 (95.1%) y 56 (76.7%) sin trabajo remunerado (valor $p = 0.248$). La pérdida del seguimiento se asoció significativamente con tener una pareja afectiva ($p = 0.012$), el diagnóstico realizado en el primer trimestre del embarazo ($p = 0.041$), el inicio del tratamiento en el momento del diagnóstico ($p = 0.023$) y la atención prenatal realizada por dos profesionales, el médico (a) y la enfermera ($p = 0.039$). Por lo tanto, el estudio mostró una baja prevalencia de sífilis en mujeres embarazadas adultas jóvenes y empobrecidas con un alto resultado desfavorable. Recomienda estrategias de planificación para lograr el manejo de la sífilis de calidad, a través de la inversión en recursos materiales, con la expansión y disponibilidad de pruebas en AB y capacitación profesional continua, con un enfoque en mejorar el tratamiento de la pareja, el seguimiento de los casos de sífilis gestacional aún en el primer trimestre y posibilidades de discutir el tema con profesionales de la salud para eliminar la transmisión vertical.

Descriptor: Pérdida de seguimiento; Sífilis; Mujeres embarazadas Transmisión vertical

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AISM	Atenção Integral a Saúde das Mulheres
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
ESF	Estratégia Saúde da Família
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
HSV-2	Herpes Vírus Simples 2
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IM	Intramuscular
IST's	Infecções Sexualmente Transmissíveis
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PIBIC	Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UFPI	Universidade Federal do Piauí
UI	Unidade Internacional
VDRL	<i>Venereal Disease Research Laboratory</i>

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Análise das perdas de seguimento em gestantes expostas à sífilis na atenção básica por fatores sociodemográfico. Teresina, Piauí, 2019.....	46
Tabela 2 - Análise das perdas de seguimento em gestantes expostas à sífilis na atenção básica por características comportamentais. Teresina, Piauí, 2019.....	48
Tabela 3 - Análise das perdas de seguimento em gestantes expostas à sífilis na atenção básica por características clínicas do pré-natal. Teresina, Piauí, 2019.....	50
Tabela 4 - Análise das perdas de seguimento em gestantes expostas à sífilis na atenção básica por características do pré-natal. Teresina, Piauí, 2019.....	52
Tabela 5 - Análise multivariada dos fatores associados perdas de seguimento em gestantes expostas à sífilis na atenção básica. Teresina, Piauí, 2019.....	54
Tabela 6 - Motivos da gestante por não ter iniciado o tratamento logo após o diagnóstico. Teresina, Piauí, 2019.....	54
Tabela 7 - Motivos do parceiro não ter iniciado o tratamento. Teresina, Piauí, 2019.....	55

LISTA DE QUADROS E FIGURAS

Quadro 1: Manifestações clínicas de acordo com a evolução e estágios da sífilis.....	17
Quadro 2. Acrônimo PICO e estratégia de busca aplicada a pergunta de pesquisa. Teresina, PI, Brasil, 2019.....	23
Quadro 3. Síntese das produções científicas incluídas na revisão integrativa (n=33)-Teresina, PI, Brasil, 2019.....	26
Quadro 4: Distribuição da variável dependente (perda do seguimento).....	37
Quadro 5: Distribuição da variáveis independentes.....	37
Figura 1: Fluxograma de testes para o diagnóstico de sífilis em gestantes.....	18
Figura 2 - Processo de identificação, triagem e inclusão das produções científicas disponíveis nas bases de dados, 2019.....	25

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 Contextualização do problema	12
1.2 Objetivo Geral	14
1.2.1 Objetivo específico	14
1.3 Justificativa	14
2 REVISÃO DA LITERATURA	16
2.1 Evolução histórica das Políticas de Atenção à Saúde da Mulher no Brasil.....	16
2.2 Aspectos epidemiológicos e conceituas da sífilis em gestantes	19
2.3 Fatores relacionados a perda do seguimento clínico em gestantes	21
3 MÉTODO	34
3.1 Delineamento do estudo	34
3.2 Local do estudo e período do estudo	34
3.3 População e amostra	34
3.3.1 Critérios de inclusão	34
3.3.2 Critérios de exclusão	35
3.4 Conceitos de definições	35
3.5 Capacitação da equipe de coleta de dados.....	36
3.6 Instrumento para coleta e variáveis de interesse	36
3.7 Recrutamento e coleta de dados.....	42
3.7.1 Coleta dos dados.....	42
3.7.2 Análise, interpretação e apresentação dos dados.....	43
3.8 Aspectos éticos.....	44
4 RESULTADOS.....	45
5 DISCUSSÃO.....	56
6 CONCLUSÃO.....	61
REFERÊNCIAS	62
APÊNDICES	
ANEXOS	

1 INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização do problema

As Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) atingem mais de um milhão de pessoas por dia, mundialmente na população em geral (WHO, 2016). São causadas por mais de 30 agentes etiológicos, transmitidas por contato sexual e de forma eventual, por via sanguínea. Em relação a sífilis, infecção causada pelo agente *Treponema pallidum*, é um grave problema de saúde pública, considerando prevalências elevadas e difícil controle, persistente em diversas populações (BRASIL, 2015).

Em gestantes a sífilis torna-se ainda mais agravante, considerando a possibilidade de Transmissão Vertical, com prevalências de 80% e por sua capacidade de agir como cofator na transmissão do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) BRASIL, 2016a). Afeta um milhão de gestantes por ano em âmbito mundial, ocasionado mais de 300 mil mortes fetais e neonatais. Além disso, essa condição ainda coloca em risco de morte mais de 200 mil crianças (BRASIL, 2017a). É considerada uma infecção bacteriana crônica de caráter sistêmico que pode evoluir para formas mais graves e comprometer sistemas importantes, tais como o nervoso e o cardiovascular, quando não tratada de forma adequada (BRASIL, 2015).

No Brasil houve um aumento do número de casos de sífilis gestacional e sífilis congênita nos últimos cinco anos. Entre os principais fatores contribuintes para essa situação, destacam-se: resistência dos profissionais de saúde em administrar a penicilina na Atenção Básica, diminuição do uso de preservativo e falta de penicilina em nível mundial. Segundo o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), no período de 2005 a junho de 2019, foram notificados 324.321 casos de sífilis em gestantes, desse total 45,0% eram da Região Sudeste, 21,0% do Nordeste, 14,7% do Sul, 10,4% do Norte e 8,9% do Centro-Oeste (BRASIL, 2019).

Estudo de coorte nacional de base hospitalar, realizado no Brasil, no período de 2011 a 2012 com 23.894, mostrou uma prevalência estimada de sífilis gestacional de 1,02%. E a região Nordeste apresentou a segunda maior taxa com 28,9% que corresponde a 6904 do total de casos (DOMINGUES *et al.*, 2014).

Cunha e Merchan-Hamann (2015), identificaram uma prevalência geral de 0,89%, com diferenças regionais, a saber: Norte 1,05%, Centro-Oeste 1,20%, Nordeste 1,14%, tais taxas foram superiores à do Brasil. Além disso, foi possível observar um declínio nas taxas de

prevalências à medida que aumentava o nível de escolaridade e o número de consultas de pré-natal das participantes.

Neste sentido, observa-se que a distribuição da sífilis gestacional, no Brasil, apresenta diferenças regionais, com taxas bem acima do esperado na região nordeste. Entre os fatores predisponentes destacam-se pré-natal tardio e o baixo nível de escolaridade, que dificultam de forma significativa a adesão ao seguimento clínico e consequentemente contribui para elevadas taxas de SC (CARDOSO *et al.*, 2018).

Mesmo diante de 100% de eficácia do tratamento através da administração de penicilina G benzatina por via intramuscular (IM), quando aplicadas em doses adequadas em conformidade com a titulação do *Venereal Disease Research Laboratory* (VDRL), o número de casos de sífilis tem sido uma persistência em diversas populações. Corroborando com esses achados, Wang *et al* (2014), ao realizarem estudo com abordagem consecutiva, com outra população mostraram que dos 112 casos com diagnóstico de sífilis, cinco apresentaram evidências de ter recebido tratamento bem-sucedido, e 47 apresentaram sífilis persistente.

Conforme recomendação do Protocolo clínico do Ministério da Saúde, gestantes devem ser acompanhadas mensalmente, por meio da realização de testes não treponêmicos, tendo como objetivo investigar sorologias para anti-HIV, hepatites B e C e sífilis, ofertar vacinação contra hepatite B e intensificar orientação quanto às medidas de prevenção, convocar e tratar a parceria. Caso seja detectado a elevação de títulos dos testes não treponêmicos em duas diluições em relação ao teste anterior, é possível a indicação de retratamento. Isso se deve à possibilidade de falha terapêutica (BRASIL, 2016b).

Nesse estudo foi considerado seguimento adequado de gestantes com sífilis: início do tratamento após o diagnóstico, avaliação mensal para realização de testes não treponêmicos e VDRL quantitativo após 30 dias de início do tratamento; tratamento do parceiro(s) sexual(is) de forma concomitante com o tratamento da gestante; tratamento realizado com a droga de escolha, penicilina benzatina, de acordo com o estágio da doença e o intervalo recomendado; e início do tratamento com tempo inferior a 30 dias antes do parto (BRASIL, 2016a).

Neste contexto o estudo teve como objeto os fatores associados à perda do seguimento de gestantes com sífilis. Com o propósito de responder a seguinte questão norteadora: Quais os fatores associados à perda do seguimento de gestantes com sífilis?

1.2 Objetivo geral

Analisar os fatores associados à perda do seguimento em gestantes com sífilis na atenção básica.

1.2.1 Objetivos específicos

- Descrever as características clínicas e sociodemográficas de gestantes com sífilis;
- Estimar a prevalência da sífilis entre gestantes atendidas na atenção básica de Teresina-PI;
- Identificar os fatores associados para a ocorrência de perda do seguimento de gestantes com sífilis.

1.3 Justificativa

A infecção pelo *Treponema pallidum*, sífilis, tem sido considerada uma enfermidade secular, de magnitude elevada, apontada como um grave problema para a saúde pública e de difícil adesão a um tratamento de baixo custo. Outra questão são as sequelas para o binômio mãe-filho, diante da possibilidade de Transmissão Vertical, quando não tratadas de maneira adequada, incluindo desde o baixo peso ao nascer a más-formações congênicas e até mesmo óbito do recém-nascido.

Estudo realizado em uma maternidade pública do Rio de Janeiro, Brasil no período de 2012 a 2014 mostrou a magnitude dessa infecção quando apresentou prevalências de 4,1%, 3,1% e 5% e que a Transmissão Vertical ocorreu em 65,8%, em crianças de mães com diagnóstico de sífilis (CERQUEIRA *et al.*, 2017).

Em Natal, região Nordeste do Brasil, um estudo mostrou que apenas 1,6% das gestantes com sífilis foram registradas com um regime de tratamento adequado e dessas 16,3% tiveram o tratamento concomitante com seus parceiros. Das crianças afetadas, 78,8% foram registradas como assintomáticas (OLIVEIRA *et al.*, 2020).

A pesquisa justifica-se também, considerando a magnitude da sífilis no mundo em populações semelhantes, e que, na literatura, ainda há poucos estudos, em nível nacional e internacional, sobre os fatores associados a perda de seguimento de gestantes com sífilis. No Piauí, não há registros sobre os fatores associados a perda de seguimento.

Dessa forma, analisar os fatores relacionados à perda do seguimento clínico em gestantes com sífilis na atenção primária do município de Teresina-PI, torna-se relevante pela visibilidade da problemática em nível local, ampliar reflexões sobre melhor definição de estratégias de tratamento da gestante com diagnóstico de sífilis, com vista a redução ou eliminação da transmissão vertical no município de Teresina.

O conhecimento da realidade local ainda possibilita identificar a existência de possíveis fatores e/ou barreiras durante a realização do seguimento clínico dessas gestantes, que ampliam o número de desfechos desfavoráveis, como os percentuais elevados de transmissão vertical, baixo peso e complicações neurológicas. Dessa forma, o desenvolvimento deste estudo, poderá contribuir para a implementação e aprimoramento de ações mais eficazes voltadas para a assistência às gestantes com sífilis na região em estudo e pode torna-se parâmetro para outras instituições do Brasil.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Aspectos epidemiológicos e conceituais da sífilis em gestantes

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estimou um total de 376,4 milhões de casos de ISTs curáveis de 2009 a 2016, entre os quais 6,3 milhões foram casos de sífilis. No Brasil a situação não difere muito de outros locais, segundo o último boletim epidemiológico de sífilis os dados são crescentes. No SINAN, no ano de 2018, foram notificados um total de 62.599 casos de sífilis gestacional; 26.219 casos de SC e 241 óbitos por SC. Em comparação com o ano de 2017, em 2018 foi observado um aumento de 25,7% na taxa de detecção em gestantes e de 5,2% na incidência de SC (BRASIL, 2019).

O aumento observado na detecção de sífilis gestacional pode ser relacionado à nota informativa do MS, lançada em 2017, que ampliou a definição de caso de sífilis em gestantes, que passou a considerar caso de sífilis gestacional, o diagnóstico realizado durante o pré-natal, parto e/ou puerpério. E a diminuição dos casos notificados de SC pode ser atribuída também ao novo critério de caso de SC, no qual não considera mais o não tratamento da parceria sexual da mãe como critério de diagnóstico de SC (BRASIL, 2017).

Segundo o MS a ocorrência de TV relaciona-se como o estágio da infecção na mãe e pelo tempo de exposição fetal, podendo ocorrer em torno de 70% a 100% durante os estágios primários ou secundários da sífilis. Mesmo assim, a prevenção é possível quando a gestante é tratada de forma adequada. O não tratamento ou inadequação pode implicar consequências como aborto, natimorto, morte neonatal e manifestações congênicas precoces ou tardias (BRASIL, 2019).

A sífilis na maioria das vezes permanece de forma assintomática e quando apresentam algum sinal e/ou sintoma, muitas vezes não são percebidos ou valorizados, o que facilita a cadeia de transmissão da infecção (WORKOWSKI; BOLAN, 2015; PEELING *et al.*, 2017; BRASIL, 2019).

No que se refere às manifestações clínicas da sífilis gestacional são semelhantes as da sífilis adquirida que acomete a população geral. A infecção pela sífilis é dividida em estágios baseados em achados clínicos, que orientam tanto o tratamento como o seguimento dos infectados (Quadro 01) (BRASIL, 2019).

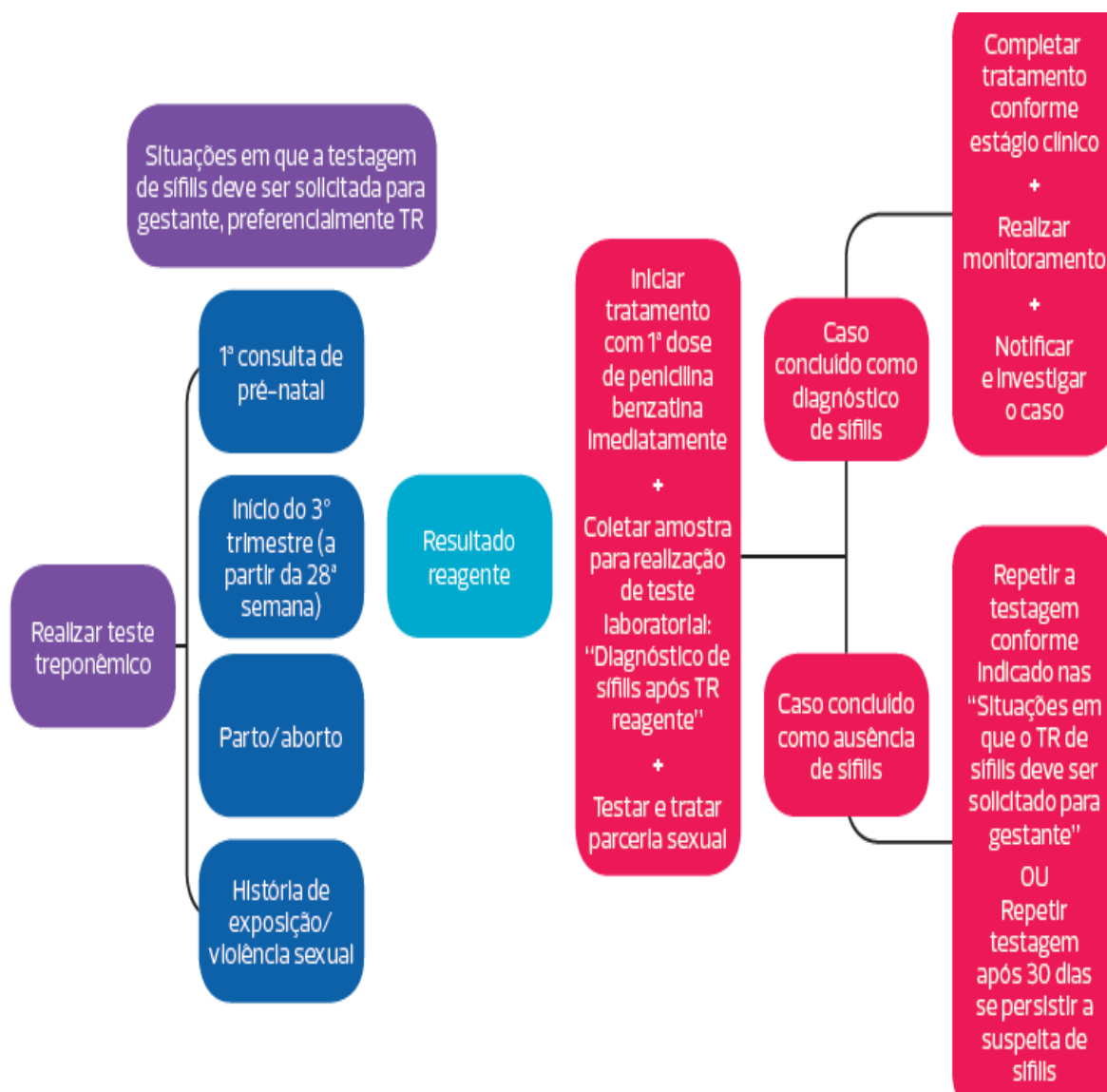
Quadro 01: Manifestações clínicas de acordo com a evolução e estágios da sífilis.

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 períneo, 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 outros 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 clareira 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 à liquefação) na pele, mucosas, ossos ou qualquer tecido

Fonte: BRASIL, 2019.

Com relação ao diagnóstico, este ocorre por meio da junção de dados clínicos, exames laboratoriais, verificação de exposição recente, história de infecções anteriores. Com base nesse conjunto de informações e exames é realizado o diagnóstico e tratamento adequados para cada caso de sífilis. Para facilitar o diagnóstico o SUS conta com exames específicos que são divididos em duas categorias: testes imunológicos e exames diretos. Na escolha dos testes, faz-se necessário considerar não apenas a disponibilidade, mas também o provável estágio da infecção (BRASIL, 2019).

Figura 01: Fluxograma de testes para o diagnóstico de sífilis em gestantes.



Fonte: BRASIL, 2019.

As gestantes devem ser investigadas para sífilis em três momentos durante a gestação, a saber: na primeira consulta, no início do terceiro trimestre e na internação para o parto, em caso de aborto/natimorto ou história de exposição de risco/violência sexual (BRASIL, 2017).

Conforme o MS (BRASIL, 2016b), o tratamento da sífilis dá-se, preferencialmente, com administração da penicilina benzatina. E a quantidade de doses vai depender da evolução da infecção, a saber: na sífilis primária, secundária e latente recente (até um ano de duração), o ideal é o esquema I que consiste na administração de, uma dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo) de penicilina G benzatina, IM; Já nos casos de sífilis latente tardia (mais de um ano de duração) ou latente com duração ignorada e sífilis terciária, recomenda-se o esquema II, o

volume total a ser administrado é 1,2 milhão UI em cada glúteo, semanal, por três semanas, perfazendo uma dose total de 7,2 milhões UI de penicilina G benzatina. Como alternativas em caso de resposta alérgica ao tratamento convencional, têm-se a ceftriaxona e a doxiciclina (NENOFF *et al.*, 2017).

2.3 Evolução histórica das Políticas de Atenção à Saúde da Mulher no Brasil

No Brasil, a saúde da mulher passou por muitas transformações até conseguir de fato conquistas significativas, a exemplo as Políticas Nacionais de Saúde. A trajetória de tentativas por busca de melhorias inicia-se com os movimentos feministas durante o século XX. Nesse período as ações de saúde a mulher eram centradas apenas na reprodução (gestação e parto) (FERNANDES; COSTA; PEREIRA, 2014).

Nesta perspectiva observa-se que o movimento feminista foi fundamental no processo de construção de um modelo ampliado de assistência à saúde da mulher, com foco na diminuição das desigualdades de gênero até então enfrentadas pelo país. Nesse período muitas denúncias foram feitas relacionadas a problemas diversos, tais como saneamento básico, escassez de água, escolas e de outros mais específicos envolvendo questões de gênero feminino, a exemplo, o próprio direito a saúde da mulher e sexualidade (FARAH, 2004).

Assim, por meio dos movimentos feministas, as mulheres passaram a reivindicar seus direitos enquanto sujeitos, com necessidades que fossem além da gravidez e parto, exigindo desta forma mais ações que fossem capazes de proporcionar melhores condições de saúde em todas fases de vida. Ações que considerassem todo o contexto de vida no qual estavam inseridas, levando em consideração as condições sociais, culturais, econômicas e afetivas (BRASIL 2009).

Diante desse cenário de reivindicações, em 1983 o Estado resolveu criar o Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PAISM), considerado um marco histórico, este apresentava uma abordagem de assistência à saúde inovadora, baseado no conceito de "Atenção Integral à Saúde das Mulheres", que resultou na ruptura do modelo assistencial tradicional focado apenas em ações de cunho reprodutivo (FARAH, 2004; OSIS, 1994).

O novo programa de atenção à saúde abrangia diversas ações, a saber: planejamento familiar, educação em saúde, prevenção, diagnóstico, tratamento e recuperação. Além disso, ampliou a assistência à mulher em clínicas ginecológicas, com atendimentos voltados ao pré-

natal, parto, puerpério, climatério, câncer de mama e de colo de útero, planejamento familiar, IST, dentre outras (BRASIL, 1984).

Ressalta-se, ainda, que a implementação do PAISM teve forte influência do processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS). O processo de municipalização da gestão do SUS foi se estabelecendo com reorganização das ações e dos serviços básicos, entre os quais se inseriam as ações e os serviços direcionados à saúde da mulher, integrados ao sistema e seguindo as mesmas diretrizes. Em razão disso, o PAISM possui características do período de construção do SUS (BRASIL, 2009).

Mesmo diante dos esforços do Estado o processo de implantação do PAISM não aconteceu de forma satisfatória em todos os municípios. Em razão disso, o MS traçou estratégias de enfrentamento do problema em questão, momento em que resolve implantar a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS 2001), que estabelecia a garantia das ações básicas de planejamento familiar, pré-natal, puerpério, prevenção do câncer de colo de útero, além do acesso às ações de maior complexidade, através da ampliação das responsabilidades dos municípios e da definição dos critérios de regionalização (BRASIL, 2001).

A criação da NOAS 2001 não foi suficiente e o país ainda continuou com problemas na implementação das ações, principalmente a nível Federal. Um balanço institucional realizado por Correa e Piola (2002) referente ao período de 1998 a 2002, mostrou que o processo de trabalho era voltado apenas para resolução de problemas, priorizando apenas a saúde reprodutiva e ações para redução da mortalidade materna. Ainda mostrou lacunas no que se refere a atenção ao climatério/menopausa; saúde da mulher na adolescência; infertilidade, dentre outras (CORREA; PIOLA, 2002).

Nesse contexto, diante das lacunas ainda persistentes no cenário brasileiro até o ano de 2002, o MS resolveu elaborar em 2003, um plano com ações a serem desenvolvidas no período 2004 a 2007, a fim de promover a AISM. O plano continua ações diversas como: promoção da saúde sexual e reprodutiva; prevenção e tratamento de agravos decorrentes de violência doméstica e sexual; redução da morbimortalidade por ISTs/Aids nas mulheres; redução da morbimortalidade por câncer na população; ampliação e qualificação da atenção integral à saúde de grupos femininos até então não inclusos nas políticas públicas, a exemplo, trabalhadoras rurais, indígenas, dentre outras (BRASIL, 2003).

Ainda em 2003, o MS avaliou os avanços e retrocessos alcançados e percebeu que havia a necessidade de criação de uma Política. Inicia-se nesse período a construção da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), criada a partir da

proposição do SUS, com propostas de alcançar as mulheres em todas as fases da vida, considerando as individualidades específicas de cada grupo populacional, incluindo mulheres indígenas, urbanas, rurais, negras, privadas de liberdade, dentre outras (BRASIL, 2011a).

Em 2011, também visando garantir o cumprimento das ações propostas pela PNAISM, o MS cria Rede Cegonha, instituída por meio da Portaria N° 4.459 de junho de 2011 e organizada em quatro componentes distintos com ações voltadas ao pré-natal, parto e nascimento, puerpério, atenção integral à saúde da criança e sistema logístico. No contexto da sífilis gestacional, tem como foco o pré-natal realizado na AB de forma acessível e de qualidade, com disponibilidade de testes rápidos de forma a garantir um diagnóstico e tratamento em tempo oportuno (BRASIL, 2011b).

2.3 Fatores relacionados à perda do seguimento clínico em gestantes

Considerando a necessidade de melhor compreensão do objeto de estudo foi realizado uma revisão integrativa tendo como objetivo a obtenção de conhecimento a respeito da temática para posterior construção do instrumento de coleta de dados. Neste contexto, considerando a gravidade do problema, as lacunas na literatura acerca de estudos que abordam os fatores relacionados à perda do acompanhamento da saúde de gestantes com sífilis, esse estudo torna-se importante considerando a visibilidade do problema e possibilidade de implementação de protocolos de assistência a gestante com sífilis. Assim, este estudo objetivou analisar as evidências científicas acerca dos fatores relacionados do acompanhamento em saúde de gestantes com sífilis.

Trata-se de uma revisão integrativa, fundamentada com base no referencial teórico de Whittemore e Knafl. Dessa forma, seguiu-se seis etapas: escolha e definição do tema (elaboração da questão); busca na literatura (amostragem); critérios para categorização dos estudos (coleta de dados); avaliação dos estudos incluídos nos resultados; discussão dos resultados; e apresentação da revisão integrativa (WHITTEMORE; KNAFL, 2005).

Para elaboração da questão norteadora, utilizou-se a estratégia PICo (SANTOS; PIMENTA; NOBRE, 2007). Definindo-se como população “gestantes”, fenômeno de interesse “fatores relacionados a perda de seguimento” e contexto “sífilis”, “cuidado pré-natal” e “sífilis congênita”. Assim, esta investigação foi conduzida a partir da seguinte questão: quais as evidências científicas acerca dos fatores relacionados à perda de seguimento de gestantes com sífilis?

Foi considerado um recorte temporal de 2011 a 2019, tendo em vista um marco histórico na saúde da mulher, que foi a criação da Rede Cegonha em 2011, instituída justamente com o intuito de organizar uma rede de assistência humanizada à gestante (BRASIL, 2011). O levantamento bibliográfico foi realizado nos meses de junho a julho de 2019 nas bases eletrônicas de dados *Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line* (MEDLINE via PubMed), *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL-Ebsco), *Web of Science, Base de Dados em Enfermagem* (BDENF via Biblioteca Virtual em Saúde) e índice bibliográfico *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (LILACS via Biblioteca Virtual em Saúde)

Os descritores controlados e não controlados foram selecionados após consulta aos termos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), *Medical Subject Headings* (MeSH) e *Lis of Headings do CINAHL Information Systems*. Ressalta-se que os descritores controlados e não controlados foram combinados com os operadores booleanos “OR” e “AND”, conforme descrito no quadro 1.

Foram definidos os seguintes critérios de inclusão: artigos indexados nas bases de dados descritas, no idioma inglês, português e espanhol, disponíveis na íntegra, no período de 2011 a 2019. Foram excluídas dissertações, teses, pareceres técnicos e revisões da literatura. Além disso, os estudos duplicados por base/banco de dados foram contabilizados somente uma vez.

A extração dos dados foi realizada com auxílio de instrumento próprio contendo informações sobre autores, país e ano de publicação; bases de dados e periódicos; delineamento da pesquisa e amostra; principais resultados e conclusões dos estudos.

Para realização da análise do Nível de Evidência (NE) de cada estudo optou-se por utilizar a seguinte classificação: I 1 - Revisão sistemática, contendo apenas ensaios clínicos controlados randomizados; II 1 - Pelo menos um ensaio clínico controlado randomizado; III 1 - Ensaios clínicos controlados, bem delineados, sem randomização; III 2 - Estudos de coorte bem delineados ou caso-controle, estudos analíticos, preferencialmente de mais de um centro ou grupo de pesquisa; III 3 - Séries temporais múltiplas e resultados em experimentos não controlados; IV 1 - Parecer de autoridades respeitadas, estudos descritivos ou relatórios de comitês de especialistas (KARINO; FELLI, 2012).

Quadro 2. Acrônimo PICo e estratégia de busca aplicada a pergunta de pesquisa. Teresina, PI, Brasil, 2019

DeCS		
P	DC	Gestantes
	DNC	Mulheres Grávidas; Gestante; Grávidas; Mulher Grávida; Parturiente; Parturientes
I	DC	Perda de Seguimento; Cuidado Pré – Natal
	DNC	Perda de Seguimento; Cuidado Pré – Natal
Co	DC	Sífilis; Sífilis Congênita
	DNC	Sífilis; Sífilis Congênita
Expressão de busca LILACSE/BDENF via BVS (Total 103 publicações)		(tw:((tw:((mh:(Gestantes)) OR (tw:(Gestantes)) OR (tw:("Mulheres Grávidas")) OR (tw:(Gestante)) OR (tw:(Grávidas)) OR (tw:("Mulher Grávida")) OR (tw:(Parturiente)) OR (tw:(Parturientes)))) AND (tw:((mh:("Perda de Seguimento")) OR (tw:("Perda de Seguimento")) OR (mh:("Cuidado Pré-Natal")) OR (tw:("Cuidado Pré-Natal")))) AND (tw:((mh:(Sífilis)) OR (tw:(Sífilis)) OR (mh:("Sífilis Congênita")) OR (tw:("Sífilis Congênita"))))))
MeSH		
P	DC	Pregnantwoman
	DNC	Women, pregnant; pregnant woman; woman, pregnant
I	DC	Lost to Follow-Up; Prenatal Care
	DNC	Lost to Follow-Up; Prenatal Care
Co	DC	Syphilis; Syphilis Congenital
	DNC	Syphilis; Syphilis Congenital

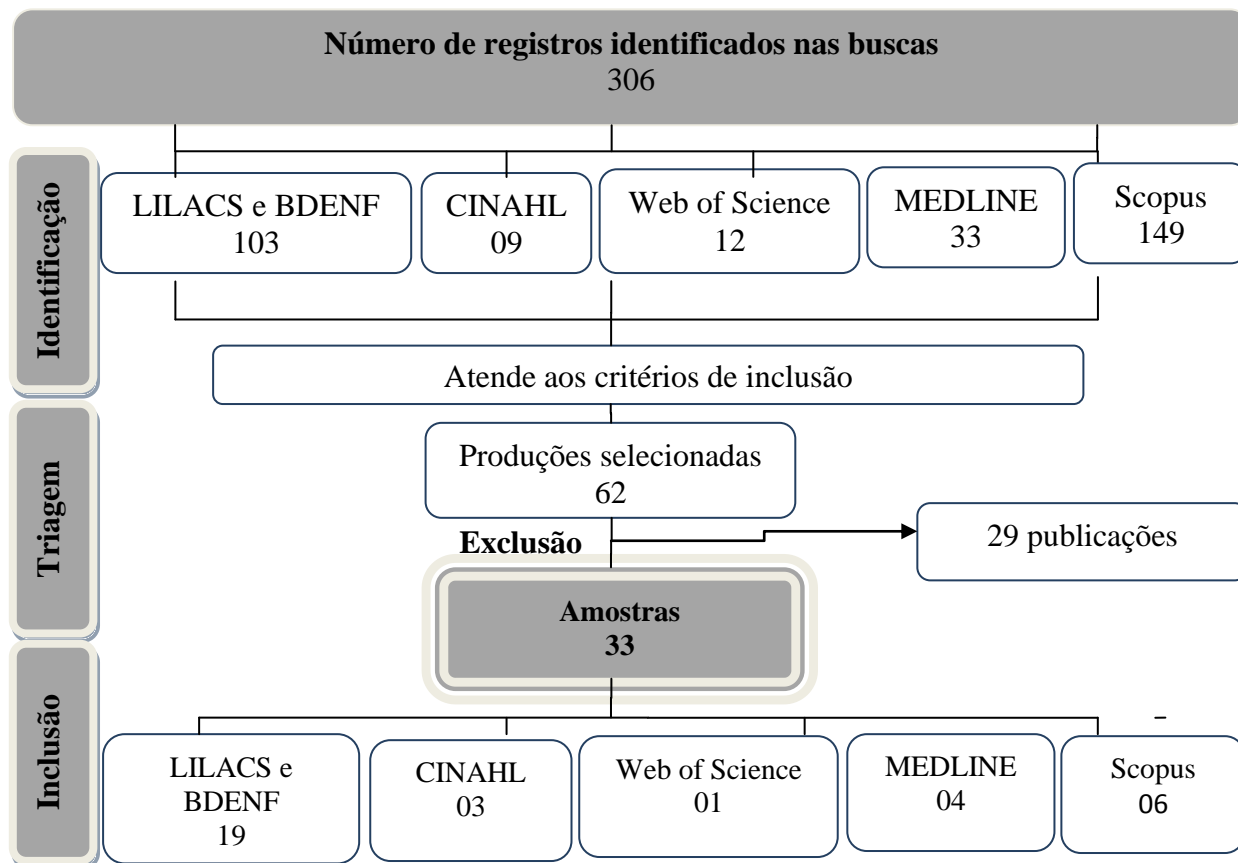
Expressão de busca MEDLINE via PubMed (Total de 33 publicações)	(((((("pregnant women"[MeSH Terms]) OR "pregnant woman"[Text Word]) OR "women, pregnant"[Text Word]) OR "pregnant woman"[Text Word]) OR "woman, pregnant"[Text Word])) AND (((("lost to follow up"[MeSH Terms]) OR "lost to follow up"[Text Word]) OR "prenatal care"[MeSH Terms]) OR "prenatal care"[Text Word])) AND (((("syphilis"[MeSH Terms]) OR "syphilis"[Text Word]) OR "syphilis, congenital"[MeSH Terms]) OR "syphilis, congenital"[Text Word])
Expressão de busca CINAHL (Total de 09 publicações)	("pregnant woman" OR "women, pregnant" OR "pregnant woman") AND ("Lost to Follow-Up" OR (MH "Prenatal Care") OR "Prenatal Care") AND ((MH "Syphilis") OR "Syphilis" OR (MH "Syphilis, Congenital") OR "Syphilis, Congenital")
Expressão de busca Web of Science (Total de 12 publicações)	(TS=("pregnant woman") OR TS=("women, pregnant") OR TS=("pregnant woman") OR TS=("woman, pregnant")) AND (TS=("Lost to Follow-Up") OR TS=("Prenatal Care")) AND (TS=(Syphilis) OR TS=("Syphilis, Congenital"))
Expressão de busca Scopus (Total de 149 publicações)	(((TITLE-ABS-KEY ("pregnant woman") OR TITLE-ABS-KEY ("women, pregnant"))) AND ((TITLE-ABS-KEY ("Lost to Follow-Up") OR TITLE-ABS-KEY ("Prenatal Care"))) AND ((TITLE-ABS-KEY (syphilis) OR TITLE-ABS-KEY ("Syphilis, Congenital")))

DC – descritor controlado; DNC – descritor não controlado

Fonte: Elaborado pelos autores.

A busca totalizou 306 produções, 62 atenderam aos critérios de inclusão e foram selecionadas para este estudo. Após a leitura integral dos textos, 33 artigos compuseram a amostragem final, conforme figura 1.

Figura 2 - Processo de identificação, triagem e inclusão das produções científicas disponíveis nas bases de dados, 2019.



Fonte: Elaborado pelos autores.

A análise e síntese dos dados foram realizadas de forma descritiva e as produções selecionadas foram organizadas em planilhas no *Microsoft Excel*, procedendo-se a construção de quadros de acordo com as variáveis identificadas. Além disso, foi realizado o ordenamento do material e a classificação por similaridade semântica, o que possibilitou a construção de duas categorias temáticas.

Dos artigos analisados, 33(100%) houve perda do seguimento da sífilis em gestante, tendo como principais fatores a baixa adesão do parceiro ao tratamento e falta de capacitação profissional.

Ocorreu maior número de publicações referente ao ano de 2018, com oito (24,24%) estudos, seguido do ano de 2017 sete (18,51%), sendo em sua maioria estudos transversais 21 (63,63%), com nível de evidência IV. Dos estudos realizados no Brasil, que correspondem a 22 (66,66%) e destes, 9 (27,27%) foram realizados na região Nordeste. Do total, 15 (45,45%) em

português, 15 (45,45%) em inglês e 03 (9,09%) em espanhol. Quanto aos periódicos, destacou-se o Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis com 5 (15,15%) das publicações.

A síntese do conhecimento foi formulada em duas categorias: Tratamento inadequado: baixa adesão da gestante ao pré-natal e falta de tratamento do parceiro; Condutas dos profissionais de saúde frente ao seguimento de gestantes com sífilis.

Quadro 3. Síntese das produções científicas incluídas na revisão integrativa (n=33)-Teresina, PI, Brasil, 2019

Autor principal, periódico e ano	Delineamento Amostra	Local	Principais achados	NE
SUTO, C.S.S Ver Enferm Atenção Saúde 2016	Estudo transversal (06)	Jacobina-BA	Tratamento inadequado em 2/3; Falta de capacitação profissional; Baixa cobertura pré-natal.	IV1
MACHADO, I Saúde e Pesquisa, Maringá (PR) 2018	Exploratória (29)	Volta Redonda-RJ	Baixa adesão do parceiro; Falta de comprometimento da gestante para seguir o tratamento.	IV1
CAVALCANTE, P.A.M Epidemiol. Serv. Saúde 2017	Estudo descritivo (375)	Palmas-TO	Falhas no diagnóstico e acompanhamento das gestantes, crianças e parceiros.	IV1
MESQUITA, K.O J bras Doenças Sex Transm (2012)	Estudo transversal (09)	Sobral-CE	Todas as mães foram inadequadamente tratadas.	IV1
DOMINGUES, R.M.S Rev Saúde Pública 2013	Estudo transversal (46)	Rio de Janeiro-RJ	Início tardio do pré-natal, ausência de diagnóstico na gravidez e ausência de tratamento dos parceiros.	IV1
LAGO, A.C.O J bras Doenças Sex Transm 2016	Estudo transversal (135)	Cascavel-PR	O não tratamento do parceiro foi o principal motivo (82,5%) para perda de seguimento das gestantes.	IV1
FRANÇA, I.S.X Rev Rene 2015	Documental de corte transversal (113)	Campina Grande-PE	Tratamento da gestante foi inadequado (64,5%) e o parceiro não foi tratado (85,7%).	IV1

MOREIRA, K.F.A CogitareEnferm 2017	Estudo epidemiológico descritivo (326)	Porto Velho-RO	Falha no diagnóstico precoce dos casos de sífilis na gestação.	IV 1
DOMINGUES, R.M.S.M Rev. Bras. Saúde Matern. Infant 2012	Estudo transversal (2353)	Rio de Janeiro – RJ	Falhas no aconselhamento das gestantes, na realização dos exames sorológicos, no tratamento dos casos de sífilis e na abordagem dos parceiros.	III 2
CUNHA, N.A Arq. CatarinMed 2018	Estudo transversal (117)	Criciúma-SC	Apenas 30,4% dos parceiros recebeu tratamento.	III 2
COSTA, C.C RevEscEnferm USP 2013	Estudo documental (2.930)	Estado do Ceará	Tratamento inadequado das gestantes e falta de tratamento dos parceiros.	IV 1
FIGUEIRÓ-FILHO, E.A DST - J bras Doenças Sex Transm 2012	Estudo observacional, transversal. (1024)	Campina Grande-MS	Em nenhum período ocorreu o tratamento adequado das pacientes, dos parceiros ou o rastreamento dos filhos.	III 2
NONATO, S.M Epidemiol. Serv. Saúde 2015	Coorte Histórica (353)	Belo Horizonte- MG	Os fatores associados à ocorrência da SC: idade materna menor de 20 anos, baixa escolaridade, início tardio do pré-natal e ter realizado menos de seis consultas, não realização do VDRL e título do primeiro e último VDRL igual ou superior a 1:8.	III 2
SLUTSKER, J. S Morbidity and Mortality Weekly Report 2018	Estudo transversal (578)	Nova York- EUA	30,9% das gestantes não receberam atendimento pré-natal em tempo oportuno. 8,5% não realizou exame para sífilis antes de 45 dias antes do parto e 46,8% adquiriram sífilis após o primeiro exame.	III 2
MESQUITA, K.O J bras Doenças Sex Transm (2012)	Estudo transversal (09)	Sobral-CE	Todas as mães foram inadequadamente tratadas.	IV 1
KANAI, M Journalcompilation 2018	Estudo transversal (9)	Japão	Falta de orientação ou orientações para os médicos com relação ao teste para sífilis após o primeiro	III 2

			trimestre; a falta de consciência dos médicos ou a experiência de sífilis e uma falta de consciência ou conhecimento das gestantes a cerca das ISTs.	
ROCHA, A.F.B BMC Health Services Research 2019	Estudo transversal (40)	Fortaleza-CE	O acesso a testes e tratamentos é difícil, e não há estratégias padronizadas para notificar o parceiro.	IV1
DIORIO, D Sex TransmDis. 2018	Estudo transversal (23)	Indiana	O número de consultas inferior ao recomendado. Mais de um terço das mulheres não tinham pré-natal.	IV1
CARDOSO, A.R.P Ciência & Saúde Coletiva 2018	Estudo Transversal (175)	Fortaleza-CE	Mais de 85,0% de tratamentos inadequados, 62,9% dos parceiros sexuais não tratados ou com informação ignorada.	III 2
CASTRO, O.R.A Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas 2015	Estudo Transversal (71)	Guayaquil – Equador	Das 18 gestantes com sífilis (4%), apenas 3 foram tratadas.	IV1
MAGALHÃES, D.S Cad. Saúde Pública 2013	Estudo Transversal (67)	Distrito Federal	Principal motivo para a inadequação do tratamento foi a ausência (83,6%) ou inadequação do tratamento do parceiro (88,1%).	IV1
BARBOSA, D.R.M Revenferm UFPE 2017	Estudo descritivo do tipo seccional, de cunho documental (388)	Estado do Piauí	29 (15,0%) das gestantes sem acompanhamento pré-natal. Inadequação tratamento dos parceiros sexuais.	IV1
NUNES, J. T Revenferm UFPE 2018	Estudo tipo descritivo- exploratório	Natal (RN)	Dificuldades no tratamento: falta do medicamento, resistência das gestantes e tratamento doloroso.	IV1
LAFETÁ, K.R.G Revbrasepidemiol 2016	Estudo descritivo e retrospectivo (214)	Montes Claros – MG	Diagnóstico tardio, após o parto ou a curetagem; a totalidade dos respectivos tratamentos foi considerada inadequada.	IV1

SOUZA, L.F.M DST - J bras Doenças Sex Transm 2017	Estudo retrospectivo temporal (56)	Niterói-RJ	Apenas 11 parceiros (21,1%) foram tratados.	IV1
NKAMBA, D BMC Health Services Research 2017	Estudo transversal (112)	Zâmbia e na República Democrática do Congo	Falta de conhecimento e treinamento sobre a evolução das melhores práticas, reservas quanto ao rastreamento e tratamento no mesmo dia; falta de conhecimento sobre as consequências e tratamento da sífilis e estigma.	IV1
GARCÍA, P.J Sexually Transmitted Diseases 2015	Estudo transversal (114)	Peru	De 144 mulheres, 46 (31,9%) tiveram tratamento concomitante de parceiro- paciente.	IV1
ASSEFA, A African Health sciences 2014	Estudo retrospectivo (2385)	Gondar- Etiópia	A prevalência de infecção por sífilis foi de 3,2% nas gestantes urbanas e 2,2% nas rurais.	III2
NAKKU-JOLOBA, E BMC Infectious Diseases 2019	Estudo transversal (54)	Uganda	Fatores associados a baixa adesão do parceiro: conhecimento limitado sobre sífilis, medo de injeção dolorosa, medo de violência doméstica, falta de habilidades de comunicação.	III2
TORRES, R.G Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria 2019	Estudo transversal (268)	Triângulo Mineiro	Apenas 34,2% dos pacientes e 19,8% dos parceiros receberam tratamento adequado.	III2
NETO, S. E.S Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical 2018	Estudo transversal (149)	São Paulo	Os resultados apontam a baixa qualidade do pré-natal como fator fundamental para as altas taxas de SC em Itapeva.	III2
GARCÉS, J. P Biomedica: revista del Instituto Nacional de Salud 2017	Estudo transversal (306)	Colômbia	Déficits de conhecimento no manejo da sífilis gestacional foram detectados entre os profissionais.	III2
SILVA- CHÁVARRO, A.M Revista Mexicana de	Estudo de caso controle (206)	Argentina	Idade igual a 18 anos e número de consultas igual 5 constituíram fatores de risco	III 2

Pediatria 2017			significativos para a falhas no tratamento.	
TRIDAPALLI, E Archives of Disease in Childhood: Fetal and Neonatal Edition 2012	Estudo transversal (303)	Itália	Os fatores significativos foram a falta de triagem pré-natal e tratamento materno inadequado.	III2

Fonte: Elaborado pelos autores.

Tratamento inadequado: baixa adesão da gestante ao pré-natal e falta de tratamento do parceiro

Os achados mostram que a perda de seguimento da sífilis gestacional ocorreu em todos os estudos. A baixa adesão da gestante ao pré-natal, a falta e/ou inadequação do tratamento do parceiro, a baixa realização de sorologias em tempo oportuno e ausência de capacitação profissional no manejo da sífilis foram apontados como fatores associados à perda de seguimento (SLUTSKER; HENNESSY; SCHILLINGER, 2018; KANAI *et al.*, 2018).

No que se refere à baixa adesão ao pré-natal, a dificuldade de acesso aos serviços de saúde foi identificada em Nova York, Estados Unidos da América, durante uma investigação feita entre 2011 a 2016. Cinco (23,8%) mulheres citaram a falta de cobertura de saúde como um motivo para não procurar atendimento pré-natal. O estudo mostrou que de 68 gestantes com sífilis, 21 (30,9%) não receberam pré-natal ou teste de sífilis ≥ 45 dias antes do parto e, em aproximadamente um terço dos casos de sífilis congênita, o principal fator contribuinte foi o início tardio do pré-natal.

Resultado semelhante foi encontrado na Itália, onde a falta de triagem pré-natal e tratamento materno inadequado destacaram-se como fatores associados a sífilis congênita (TRIDAPALLI *et al.*, 2012). Assim, investir em educação continuada para os profissionais de saúde são ferramentas importantes para erradicação da sífilis gestacional e, conseqüentemente, da sífilis congênita.

Na região Nordeste do Brasil, estudo realizado com 09 gestantes com sífilis mostrou que todas foram inadequadamente tratadas, e somente uma criança, com diagnóstico de sífilis congênita, realizou o seguimento de acordo com o protocolo preconizado pelo Ministério da Saúde do Brasil (MESQUITA *et al.*, 2012). Essa falta de tratamento adequado da sífilis gestacional e do parceiro foi evidenciada em várias Regiões do Brasil (SUTO *et al.*, 2016; FRANÇA *et al.*, 2015; MOREIRA *et al.*, 2017; FILHO *et al.*, 2012).

Essa problemática foi detectada também na região do Peru com base em estudo realizado com 144 mulheres, o qual mostrou que apenas 46 (31,9%) tiveram tratamento concomitante com o parceiro (GRACIA *et al.*, 2015). Ressalta-se que a idade igual a 18 anos e o número de consultas pré-natal igual a cinco também foram citados na Argentina, como fatores de risco significativos para falhas no tratamento (SILVA-CHÁVARRO; BOIS-MELLI, 2017).

Essa situação contribui para o aumento da transmissão vertical, com prevalência de até 2,3% em uma cidade do Mato Grosso do Sul, região Centro-Oeste do Brasil, no ano de 2006⁽¹⁹⁾. A perda do seguimento da sífilis são mais frequentes em filhos de mães com idade menor que 20 anos, baixa escolaridade, início tardio do pré-natal (segundo e terceiro trimestre), menos de seis consultas de pré-natal, falta de realização do teste não treponêmico VDRL no primeiro trimestre, titulação do primeiro e último VDRL \geq 1:8, gravidez não planejada e na adolescência, além de condições de vida desfavoráveis (NONATO; MELO; GUIMARÃES, 2015).

Os fatores avaliados em relação ao parceiro contribui negativamente para a perda do seguimento da sífilis em gestantes, incluindo a falta de adesão ao tratamento. Esse cenário é uma realidade encontrada na região Sul e Central do Brasil e variaram entre 66,7% a 83,6% (MAGALHÃES *et al.*, 2013; CUNHA; BISCARO; MADEIRA, 2018). A falta de contato e/ou convocação do parceiro sem comparecimento foram apontados como motivos em 16,7% dos casos (CUNHA; BISCARO; MADEIRA, 2018). Além disso, o conhecimento limitado sobre sífilis, medo de injeção por ser dolorosa, não comunicação da parceira por medo de violência doméstica e falta de habilidades de comunicação foram descritos na região de Uganda como fatores que contribuem para a baixa adesão do parceiro (NAKKU-JOLOBA *et al.*, 2019).

Esses dados sugerem a necessidade de busca ativa e captação precoce das gestantes para realização do pré-natal e busca das parceiras sexuais de gestantes com sífilis para investigação, tratamento e possibilidades de redução da cadeia de transmissibilidade.

Percebe-se que há uma definição das Políticas de Saúde no Brasil, no que se refere à saúde da mulher em idade reprodutiva. Mesmo assim, urge a necessidade de orientação ainda na atenção básica para planejamento reprodutivo e educação em saúde, principalmente para os adolescentes, e capacitação técnica de profissionais de saúde.

Condutas dos profissionais de saúde frente ao seguimento de gestantes com sífilis

A falta de capacitação dos profissionais de saúde frente ao manejo da sífilis foi identificada com frequência. Na Região Norte do Brasil, há fragilidade em relação ao controle da sífilis gestacional, relacionada ao diagnóstico e acompanhamento das gestantes, parceiros e crianças, destacando que o não tratamento adequado das mães e dos parceiros são fatores que contribuíram para a perda do seguimento das gestantes com sífilis (CAVALCANTE; PEREIRA; CASTRO, 2017).

Na Rede de Atenção Básica de um município da região Nordeste do Brasil, o tratamento da sífilis gestacional foi considerado inadequado em 2/3 dos casos, pela falta de capacitação profissional e baixa cobertura pré-natal (SUTO *et al.*, 2016). Resultados semelhantes foram encontrados no estado de São Paulo, onde foi possível observar a baixa qualidade do pré-natal como fator fundamental para as altas taxas de sífilis congênita (SILVA; SILVA; SARTORI, 2018). O que destaca a necessidade de forma prioritária, educação continuada e capacitação que envolva todos os aspectos de uma gestação, parto e nascimento saudável.

Estudo realizado no Japão mostrou que ainda existe falta de orientação em relação ao teste para detecção da sífilis após o primeiro trimestre, falta de conhecimento adequado do profissional para tratar a sífilis gestacional e/ou falta de consciência das gestantes em relação às Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) (KANAI *et al.*, 2018).

Resultado semelhante foi encontrado na Zâmbia e na República Democrática do Congo, com barreiras para a implementação do teste e tratamento da sífilis, tais como: a falta de conhecimento e treinamento dos profissionais sobre a evolução das melhores práticas, reservas quanto ao rastreamento com testes diagnósticos e tratamento precoce; falta de conhecimento sobre as consequências e tratamento da sífilis e estigma (NKAMBA *et al.*, 2017).

Desse modo, a perda de seguimento de gestantes com sífilis é um problema de Saúde Pública no mundo, com proporções diferentes, e pode ser uma causa importante para o elevado número de casos de transmissão vertical. A realização de outros estudos com níveis de evidências mais elevados pode ser importante para melhor visibilidade do problema e melhor direcionamento de políticas públicas para saúde integral materno-infantil e do homem.

Conduto as evidências científicas mostram que os fatores relacionados à falta de capacitação da equipe de saúde, baixa adesão ao pré-natal e o não tratamento do parceiro contribuem para a perda do seguimento e elevada taxas de transmissão vertical. Além disso, outros fatores relacionados à perda de seguimento foram: a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, por parte de gestantes com baixa escolaridade, a baixa renda, a idade e a situação conjugal. Urgem intervenções, tendo como base a detecção precoce da sífilis em gestantes,

capacitações profissionais e educação em saúde para populações semelhantes, principalmente, para adolescentes.

3 METODOLOGIA

3.1 Delineamento

Trata-se de uma pesquisa analítica, com abordagem quantitativa realizado com gestantes com diagnóstico de sífilis.

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 Básica à Saúde, esta possui uma diretoria que coordena 262 Equipes da 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.

3.3 População/Amostra

A população foi formada por todas as gestantes com diagnóstico de sífilis gestacional que residem em Teresina, devidamente cadastradas nas equipes da ESF, da zona urbana, de Teresina no momento da primeira etapa, de levantamento dos casos. Conforme informação do Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde o número de gestantes com diagnóstico de sífilis no ano de 2018 no Piauí foi de 889 casos (BRASIL, 2019). Com base nesse número, todas as gestantes elegíveis poderiam participar do estudo. Na fase de levantamento o número de gestantes no município foi de 5312, destas 113 apresentavam diagnóstico de sífilis gestacional. Desse total 73 foram abordadas neste estudo.

3.3.1 Critérios de inclusão

- Ter diagnóstico de sífilis na gestação em qualquer idade gestacional;

- Ser cadastrada em uma ESF de Teresina-PI na zona urbana;
- Ter idade igual ou superior a 18 anos.

3.3.2 Critérios de exclusão

- Gestantes que não comparecerem a consulta de pré-natal após três tentativas de contato;
- Gestante sabidamente com diagnóstico de transtorno mental;
- Gestantes com diagnóstico de sífilis após levantamento da primeira etapa da pesquisa.

3.4 Conceitos e Definições

- a) **Sífilis adquirida:** compreende a transmissão predominantemente pelo contato sexual, sendo classificada de acordo com o tempo de infecção: sífilis adquirida recente (menos de um ano de evolução), sífilis adquirida tardia (mais de um ano de evolução); e segundo as manifestações clínicas da sífilis: primária, secundária, latente recente, latente tardia e terciária (BRASIL, 2016a).
- b) **Resposta imunológica adequada ao tratamento:** quando ocorre queda da titulação em duas diluições dos testes não treponêmicos no período de três meses, ou de quatro diluições em seis meses após a conclusão do tratamento (ex.: pré-tratamento 1:64 e em três meses 1:16, ou em seis meses 1:4) (BRASIL, 2018).
- c) **Tratamento adequado da sífilis na gestante:** quando é feita a administração de penicilina benzatina, droga de escolha; o tratamento tem início até 30 dias antes do parto; Respeito ao intervalo recomendado de doses (que deve ser de uma semana); Avaliação quanto ao risco de reinfecção; Esquema terapêutico de acordo com o estágio clínico; Documentação de queda do título do teste não treponêmico em pelo menos duas diluições em três meses, ou de quatro diluições em seis meses após a conclusão do tratamento (BRASIL, 2019).
- d) **Perda do seguimento clínico:** estabeleceu-se como perda do seguimento clínico a presença de pelo menos uma das seguintes situações: ausência de realização de VDRL quantitativo após 30 dias de início do tratamento; A inadequação ou não tratamento do parceiro(s) sexual(is) de forma concomitante com o tratamento da gestante; o tratamento realizado com outra medicação que não seja a penicilina benzatina de acordo com o estágio da doença e o intervalo recomendado; Início do

tratamento com tempo superior a 30 dias antes do parto; não documentação da queda do título do teste não treponêmico (BRASIL, 2016a).

- e) **Cicatriz ou memória imunológica:** persistência de títulos baixos que podem durar anos ou a vida toda (BRASIL, 2016a).
- f) **Caso de sífilis:** nesse estudo será considerado um caso de sífilis, resultados reagentes para sífilis com titulação igual ou superior a 1/1 sem tratamento prévio.
- I) **Classificação da titulação:** Os resultados do VDRL serão classificados de acordo com as titulações, como baixos títulos (1/1, 1/2, 1/4) e altos títulos (igual ou superior a 1/8), conforme Campos *et al.* (2008). Títulos com valores 1/1 com tratamento prévio e titulação não ascendente será considerado cicatriz sorológica. Destaca-se que a indicação do sucesso do tratamento será mediante a diminuição dos títulos em torno de duas diluições (por exemplo, de 1:64 cai para 1:16) em três meses, bem como a elevação de duas diluições ou mais será considerado a possibilidade de reinfecção ou reativação da infecção (BRASIL, 2016b). Todos os dados referentes aos exames de VDRL das participantes foram coletados conforme informação do cartão da gestante e também dos exames impressos, já realizados durante o pré-natal.

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 sobre melhores técnicas de abordagem a gestante. 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. As variáveis de interesse foram agrupadas em duas categorias, dependentes e independentes, elegendo-se como variável dependente: a perda de seguimento da

gestante com sífilis. Segue abaixo a distribuição de cada variável por categoria (quadro 04 e 05).

Quadro 04: Distribuição da variável dependente (perda do seguimento).

Variável	Descrição	Categorias de mensuração	Classificação
Tratamento da gestante	Recebeu a medicação após a consulta	Sim Não O profissional não prescreveu a medicação Ainda não iniciei o tratamento	Categórica Nominal
Tratamento da gestante	Caso tenha realizado tratamento com penicilina G benzatina, quantas doses recebeu	Uma Duas Três NA	Categórica Nominal
Tratamento do parceiro	Caso seu parceiro tenha sido convocado ele compareceu ao serviço	Sim Não Não foi convocado Não tem mais contato com a parceria	Categórica Nominal
Tratamento da gestante	Após receber a primeira injeção quanto tempo retornou ao serviço	Até 1 mês Mais de 1 mês Não iniciou o tratamento	Categórica Nominal
Tratamento da gestante	Caso tenha retornado com um mês, foi solicitado novo VDRL	Sim Não Não retornou ao serviço	Categórica Nominal
Exame de detecção da sífilis	Realizou exame para detecção da sífilis na gravidez atual	Sim Não	Categórica Nominal

Quadro 05: Distribuição das variáveis independentes.

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
Companheiro	Tipo de companheiro	Afetivo Casual Tem os 02 tipos de parceria Não tem companheiro	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 drogas	Tipo de drogas que faz uso	Maconha Cocaína Crack Usa mais de uma droga Não faz uso	Categórica Nominal
Uso de droga	Qual a principal droga utilizada	-	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 saúde	Antes de engravidar já havia recebido algum atendimento de saúde na UBS	Sim Não	Categórica 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
Teste rápido em gravidez anterior	Caso tenha gravidez anterior e realizado teste rápido para sífilis, o resultado foi	Reagente Não reagente Não sabe informar	Categórica Nominal
Nº de partos	Quantos partos já teve	-	Ordinal
Nº de abortos	Quantos abortos já teve	-	Ordinal
Data provável do parto	Data provável do parto	-	-
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 transmissão vertical (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
Exame para detecção de HIV/aids	Realizou exame para detecção de HIV/aids na gravidez atual	Sim Não	Categórica Nominal
Exame para detecção de hepatite B	Realizou exame para detecção de hepatite B na gravidez atual	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 HIV/aids	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 NA	Categórica Nominal
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
Tempo de infecção	Tempo de infecção da data do diagnóstico a coleta de dados	Menos de 1 mês 1 a 2 meses Mais de 02 meses	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 de detecção da sífilis	Caso tenha realizado o exame de detecção da sífilis o resultado foi	Reagente Não reagente Não realizou Não informar NA	Categórica Nominal
Resultado do exame do	Caso o parceiro tenha realizado o exame de	Reagente Não reagente	Categórica Nominal

parceiro	detecção de sífilis o resultado foi	Não realizou Não informar NA	
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	Catagórica 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	Catagórica 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	Catagórica 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	Catagórica Nominal Quantitativa Continua
Tratamento da gestante	Caso não tenha retornado com um mês, o motivo foi	Não considera necessário; Dificuldade de acesso Ausência de tempo; Horário do funcionamento do serviço de saúde; Vergonha de expor sua condição de saúde; Ausência de vinculo com o serviço;	Catagórica Nominal

		Automedicação;	
Condição sorológica do parceiro	Sabe informar se a parceria tem sífilis	Sim, reagente Sim, não reagente Não sabe informar	Categórica Nominal
Condição sorológica do parceiro	Você informou sua parceria sobre o seu diagnóstico	Sim Não Não sabe responder	Categórica Nominal
Condição sorológica do parceiro	O profissional convocou sua parceria para fazer o teste de sífilis	Sim Não Não tem mais contato com a parceria	Categórica Nominal
Tratamento do parceiro	Motivo para não tratamento parceiro	Parceiro não teve mais contato com a gestante; Parceiro não foi comunicado/convocado; Parceiro foi comunicado/convocado, mas não compareceu; Parceiro foi comunicado/convocado, mas recusou o tratamento; Parceiro com sorologia não reagente; Outro motivo; Não se aplica;	Categórica Nominal

3.7 Recrutamento das participantes e coleta de dados

Os dados foram coletados nas Unidades Básicas de Saúde, no dia da consulta de pré-natal 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.

3.7.1 Coleta dos Dados

A coleta de dados ocorreu em três momentos distintos, no período de maio a dezembro de 2019 a saber:

Primeira etapa: Levantamento e seleção das Unidades Básicas de Saúde

Nesse momento, foi realizado um levantamento do número e o contato das UBS de Teresina. Posteriormente foi realizado contato prévio 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 cronograma de data do pré-natal. O agendamento em conformidade com a disponibilidade do enfermeiro. Após essa apresentação foi construído um cronograma com data e horário da coleta de dados para cada UBS.

Segunda etapa: aplicabilidade do instrumento de coleta de dados

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 atrapalhe as atividades do serviço. Nesse primeiro contato foi realizada aplicabilidade do instrumento referente a dados sociodemográficos, comportamentais e clínicos.

Terceira etapa: Nessa etapa foram coletados dados referentes ao desfecho final da gestação, no período puerperal nas UBS, até 42 dias pós-parto.

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, e realizado dupla digitação, e exportados para o programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 25 para tratamento e geração dos resultados.

Os resultados estão apresentados em tabelas contendo frequências absolutas (n) e relativas (%) para as variáveis qualitativas. Na análise bivariada foram utilizados os testes exato de Fisher e teste de qui-quadrado de Pearson para testar associação entre a perda de seguimento com as variáveis relativas a características sociodemográficas, comportamentais, clínicas e sífilis na gestação. O nível de significância estabelecido foi de 0,05 e nível de confiança de 95% em todos os testes. As variáveis que obtiveram valor de *p* menor que 0,05 nos testes bivariados, ou seja, obtiveram associação significativa com perda de seguimento, foram utilizadas no modelo de regressão logística múltiplo, para obtenção da força, Odds Ratio (OR), destas associações na explicação das perdas de seguimento.

3.8 Aspectos éticos

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

Assim, após o consentimento do CEP/UFPI, a coleta foi iniciada. Todas as 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, assinaram 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, 2012c).

4 RESULTADOS

A prevalência de sífilis gestacional foi de (2,12%). Do total de 73 gestantes com diagnóstico de sífilis, a idade variou de 18 a 45 anos, média de 27 anos e desvio padrão de 6,3 anos. A perda de seguimento ocorreu em 48 (65,7%) participantes. Desse total 22 (45,8%) tinham de 21 a 30 anos e o valor de p foi igual a 0,812. No que se refere a escolaridade, 43(58,9%) das participantes informaram ter menos de 12 anos de estudo e destas 27(56,3%) apresentaram perda de seguimento ($p=0,619$). Em relação a raça/cor 69(94,5%) das participantes se autodeclararam de cor não branca, com perda de seguimento de 44(91,7%) dos casos.

A renda percapta foi menos de um salário mínimo em 61(93,9%) das participantes, com perda de seguimento em 39(95,1%) (valor de $p = 0,622$). E 56(76,7%) declararam não ter trabalho remunerado (valor de $p = 0,248$).

Em relação ao fato de ter companheiro 62(84,9%) informaram ter um companheiro afetivo. Das 11(15,1%) que não tinham companheiro, 10(90,0%) apresentaram perda de seguimento (Tabela 1). Na análise bivariada a perda de seguimento teve associação significativa com o fato de não ter companheiro (valor de $p=0,012$).

Tabela 1 - Análise das perdas de seguimento em gestantes expostas à sífilis na atenção básica por fatores sociodemográfico. Teresina, Piauí, 2019.

Variável	Total Marginal (%)	Perda de Seguimento				Valor de <i>p</i>
		Sim		Não		
		n	%	n	%	
Faixa etária (em anos)						
18 a 20	14 (19,2)	10	20,8	4	16,0	0,812**
21 a 30	33 (45,2)	22	45,8	11	44,0	
31 ou mais	26 (35,6)	16	33,3	10	40,0	
Escolaridade						
< 12	43 (58,9)	27	56,3	16	64,0	0,619*
≥ 12	30 (41,1)	21	43,8	9	36,0	
Raça/Cor						
Branco	4 (5,5)	4	8,3	0	0,0	0,292*
Não branco	69 (94,5)	44	91,7	25	100,0	
Renda per capita						
< 1SM	61 (93,9)	39	95,1	22	91,7	0,622*
≥ 1SM	4 (6,1)	2	4,9	2	8,3	
Trabalho remunerado						
Sim	17 (23,3)	9	18,8	8	32,0	0,248*
Não	56 (76,7)	39	81,3	17	68,0	
Tem companheiro						
Sim	62 (83,6)	38	79,2	23	92,0	0,012*
Não	11 (15,1)	10	20,8	2	8,0	

Fonte: Pesquisa direta. * Teste exacto de Fisher. ** Teste qui-quadrado. Com nível de 0,05 de significância.

Com relação às características comportamentais 40(54,8%) não usaram o preservativo na primeira relação sexual e desse total 29(60,4%) perderam o seguimento clínico ($p=0,220$). No que se refere ao uso do preservativo com a parceria afetiva, 52(71,3%) informaram não fazer uso ($p = 0,100$). Do total de participantes 62(84,9%) conhecem o preservativo feminino

(valor de $p=0,311$).

Em relação ao uso de drogas ilícitas 5(6,8%) e 11(15,1%) relataram usar algum tipo de drogas e álcool respectivamente. Não houve associação com a perda do seguimento (valores de $p = 0,158$ e $1,000$).

Tabela 2 - Análise das perdas de seguimento em gestantes expostas à sífilis na atenção básica por características comportamentais. Teresina, Piauí, 2019.

Variável	Total Marginal (%)	Perda de Seguimento				Valor de <i>p</i> *
		Sim		Não		
		n	%	n	%	
Preservativo na 1ª relação sexual						
Sim	33 (45,2)	19	39,6	14	56	0,220
Não	40 (54,8)	29	60,4	11	44	
Tipo de companheiro						
Efetivo	62 (84,9)	37	77,1	25	100	0,012
Não tem	11 (15,1)	11	22,9	0	0	
Usa o preservativo Com parceria atual						
Não	52 (71,3)	31	83,8	21	84	1,000
Sim	10 (13,7)	6	16,2	4	16	
Conhece o preservativo feminino						
Sim	62 (84,9)	39	81,3	23	92	0,311
Não	11 (15)	9	18,8	2	8	
Uso de drogas ilícitas						
Sim	5 (6,8)	5	10,4	0	0	0,158
Não	68 (93,1)	43	89,6	25	100	
Uso de álcool						
Sim	11 (15,1)	7	14,6	4	16	1,000
Não	62 (85)	41	85,4	21	84	

Fonte: Pesquisa direta. * Teste exacto de Fisher. Com nível de 0,05 de significância.

Do total de participantes, 57(78,1%) informaram ter realizado acompanhamento de saúde na UBS de realização do pré-natal e destas 40(83,3%) perderam o seguimento ($p=0,148\%$). E desse total 16 (28%) não realizaram teste para sífilis e 10(25,0) perderam o seguimento ($p=0,523$).

O número de gestações anteriores, das participantes, variou de 1 a 5 ou mais. 41(56,1%) tiveram entre 1 a 2 gestações, 23(31,5%) tiveram de 3 a 4 e 9(12,4%) mais de 5. A perda do seguimento foi mais elevada em mulheres com maior número de filhos 8(88,8%) $p=0,289$. Do total de mulheres que realizaram pré-natal na gestação anterior, 50 (96%) foram testadas para detecção de sífilis e 16 (30,8%) informaram que o resultado foi reagente para sífilis.

Em relação a realização do pré-natal, 65(89,1%) das participantes informaram realizar o pré-natal regularmente e 39(53,4%) possuíam registro no cartão de 7 ou mais consultas. Do total, 69(94,5%) informaram ter recebido informações acerca do risco de Transmissão Vertical. Das mulheres que informaram não ter recebido informação, 4(5,5%) todas perderam o seguimento clínico $p=0,179$.

Das 64(87,7) participantes receberam orientação para usar o preservativo em todas as relações sexuais na gravidez atual. O não uso foi relatado por 42(70%) das participantes. E 25(67,6%) tiveram perda do seguimento ($p=0,773$).

Tabela 3 - Análise das perdas de seguimento em gestantes expostas à sífilis na atenção básica por características clínicas do pré-natal. Teresina, Piauí, 2019.

Variável	Total Marginal (%)	Perda de Seguimento				Valor de <i>p</i>
		Sim		Não		
		n	%	n	%	
Acompanhamento anterior na UBS						
Sim	57 (78,1)	40	83,3	17	68	0,148*
Não	16 (22)	8	16,7	8	32	
Teste rápido para sífilis na UBS						
Sim	41 (72)	30	75	11	65	0,523*
Não	16 (28)	10	25	6	35	
Total de gravidez (categorizado)						
1 a 2	41 (56,1)	26	54,2	15	60	0,289**
3 a 4	23 (31,5)	14	29,2	9	36	
5 ou mais	9 (12,4)	8	16,7	1	4	
Teste rápido para sífilis gravidez anterior						
Sim	50 (96)	35	94,6	15	100	1,000*
Não	2 (4)	2	5,4	0	0	
Resultado do exame						
Reagente	16 (30,8)	11	31,4	5	29,4	1,000*
Não reagente	36 (69,2)	24	68,6	12	70,6	
Realização do pré-natal						
Sim	65 (89,1)	42	87,5	23	92	0,707*
Não	8 (10,9)	6	12,5	2	8	
Orientada sobre o risco de transmissão para o bebê						
Sim	69 (94,5)	44	91,7	25	100	0,179*
Não	4 (5,5)	4	8,3	0	0	
Uso do preservativo na gravidez						
Sim	18 (30)	12	32,4	6	26	0,773*

Não	42 (70)	25	67,6	17	74	
Orientada sobre o uso do preservativo						
Sim	64 (87,7)	41	85,4	23	92	0,342*
Não	9 (12,3)	7	14,6	2	8	
Exame para detecção da sífilis gestação atual						
Sim	71 (97,2)	46	95,8	25	100	0,543*
Não	2 (2,7)	2	4,2	0	0	
Nº de consultas de pré-natal						
Até 6	34 (46,6)	24	50	10	40	0,466*
7 ou mais	39 (53,4)	24	50	15	60	

Fonte: Pesquisa direta. * Teste exacto de Fisher. ** Teste qui-quadrado. Com nível de 0,05 de significância.

O diagnóstico da sífilis gestacional foi realizado no primeiro trimestre por 33 (45,2%), 26(35,6%) no segundo trimestre e 14(19,2) foram diagnosticadas no terceiro trimestre. A perda de seguimento tem associação com o trimestre que a gestante se encontrava no momento do diagnóstico ($p = 0,041$).

Das participantes com diagnóstico de sífilis 71(97,3%) sabiam informar o resultado do primeiro VDRL. Destas, 37(53,6%) apresentaram a titulação acima de 1/8.

No que se refere às informações dadas a respeito da importância da realização do tratamento, 72(98,6%) relataram ter sido informadas. Essas orientações foram feitas durante a consulta médica 24(33,8%), durante a consulta de enfermagem 24 (33,8%) e nas reuniões das gestantes 23(32,4%). Além disso, 55(75,4%) das participantes relataram terem recebido informações também fora das UBS.

Em relação ao profissional que realizava o pré-natal na maioria das vezes, se médico, enfermeiro ou enfermeiro e médico de forma alternada, apresentou associação com a perda de seguimento ($p=0,039$).

No que se refere à presença de sinais e sintomas da sífilis no momento do diagnóstico, 69(94,5%) declararam não ter apresentado manchas e/ou feridas.

O início do tratamento no momento do diagnóstico foi informado por 64(87,6%). Das 9(12,3%) que não iniciaram o tratamento todas apresentaram perda do seguimento ($p=0,023$).

Tabela 4- Análise das perdas de seguimento em gestantes expostas à sífilis na atenção básica por características do pré-natal. Teresina, Piauí, 2019.

Variável	Total Marginal (%)	Perda de Seguimento				Valor de <i>p</i>
		Sim		Não		
		n	%	n	%	
Diagnóstico de sífilis						
1 Trimestre	33 (45,2)	18	37,5	15	60	
2 Trimestre	26 (35,6)	17	35,4	9	36	0,041*
3 Trimestre	14 (19,2)	13	27,1	1	4	
Resultado 1º exame de VDRL						
Sim	71 (97,3)	48	100	23	95,8	0,333*
Não	1 (1,4)	0	0	1	4,2	
Titulação do VDRL						
Até 1/8	32 (46,4)	18	39,1	14	60,9	0,125*
Acima de 1/8	37 (53,6)	28	60,9	9	39,1	
Informação sobre o tratamento						
Sim	72 (98,6)	47	97,9	25	100	1,000*
Não	1 (1,4)	1	2,1	0	0	
Orientação sobre o tratamento						
Durante a consulta médica	24 (33,8)	15	32,6	9	36	0,147**
Durante consulta de enfermagem	24 (33,8)	19	41,3	5	20	
Reunião de gestante	23 (32,4)	12	26,1	11	44	
Profissional que realizava o pré-natal						
Enfermeiro	38 (52,1)	30	62,5	8	32	0,039**
Médico	23 (31,5)	11	22,9	12	48	
Enfermeiro e Médico	12 (16,4)	7	14,6	5	20	
Informação sobre a sífilis sem ser na UBS						
Sim	55 (75,4)	37	77,1	18	72	0,776*

Não	18 (24,7)	11	22,9	7	28	
Feridas ou manchas na 1ª avaliação						
Sim	4 (5,5)	1	2,1	3	12	0,113*
Não	69 (94,5)	47	97,9	22	88	
Início do tratamento após o diagnóstico						
Sim	64 (87,6)	39	81,3	25	100	0,023*
Não	9 (12,3)	9	18,8	0	0	

Fonte: Pesquisa direta. * Teste exacto de Fisher. ** Teste qui-quadrado. Com nível de 0,05 de significância.

De acordo com a análise multivariada, os resultados mostraram que as variáveis “Companheiro” e “Iniciou o tratamento” são de proteção, ou seja, gestantes com diagnóstico de sífilis que possuem companheiro afetivo tem 40% [100x(1-0,607)] menos chance de perda de seguimento e aquelas que iniciaram o tratamento após o diagnóstico, tem 64% menos chance de perda de seguimento.

Em relação ao trimestre que inicia o pré-natal, verificou-se que, quanto mais tarde o diagnóstico de sífilis, mais chance tem de perda de seguimento. A cada mês de gestação que se passa, sem recebimento de diagnóstico, as chances de perda aumentam em, aproximadamente, 4 vezes. Quando o profissional que realiza o pré-natal é um médico(a) ou um enfermeiro(a) e médico(a), nota-se que as chances de perda de seguimento reduzem em, respectivamente, 66% e 36%, se comparado ao pré-natal realizado somente por enfermeiro(a).

Tabela 5 - Análise multivariada dos fatores associados perdas de seguimento em gestantes expostas à sífilis na atenção básica. Teresina, Piauí, 2019.

Variáveis	Coefficiente	Erro padrão	Wald	Valor de p	OR	IC (95%) para OR
Companheiro*	-0,499	0,749	0,444	0,505	0,607	(0,14 - 2,63)
Iniciou o tratamento*	-1,012	0,826	1,501	0,22	0,363	(0,07 - 1,84)
Meses de gestação	1,442	0,414	12,136	<0,01	4,229	(1,88 - 9,52)
Profissional consulta pré-natal	-	-	2,817	0,245	-	-
Médico	-1,072	0,639	2,813	0,094	0,342	(0,098 - 1,198)
Enfermeiro e Médico	-0,447	0,793	0,318	0,573	0,639	(0,135 - 3,028)

Fonte: Pesquisa direta. Companheiro: tem companheiro; Meses de gestação: meses de gestação, quando recebeu o diagnóstico de sífilis; Profissional consulta pré-natal: Em relação a sua consulta de pré-natal é realizada na maioria das vezes por um profissional. Iniciou o tratamento após o diagnóstico. * Categoria de referência: “Sim”.

No que se refere aos motivos da gestante por não ter iniciado o tratamento logo após o diagnóstico, destacam-se: não informação da necessidade de tratamento pela equipe de saúde com 8(42,10%), seguido de não ter achado necessário e ter sofrido violência conjugal 5(26,31%) (Tabela 5).

Tabela 6 - Motivos da gestante não ter iniciado o tratamento logo após o diagnóstico n=19. Teresina, Piauí, 2019.

Motivos	n	%
Não achou necessário e sofreu violência conjugal	5	26,31
Não foi informada dessa necessidade	8	42,10
Por falta de medicação	4	21,05
Trabalho de parto	1	5,26
Não fez tratamento	1	5,26

Fonte: Pesquisa direta.

Com relação aos motivos do parceiro por não ter iniciado o tratamento logo após o diagnóstico destacam-se: que o parceiro foi comunicado/convocado à UBS para tratamento,

mas não compareceu 13(43,3%), seguido do relato do parceiro não ter apresentado sorologia reagente para sífilis 7(23,3%) (Tabela 7).

Tabela 7 - Motivos do parceiro por não ter iniciado o tratamento logo após o diagnóstico n=30.. Teresina, Piauí, 2019.

Motivos	n	%
Não teve mais contato com a gestante	3	10,0
Não foi comunicado/convocado à UBS para tratamento	3	10,0
Foi comunicado/convocado à UBS para tratamento, mas não compareceu	13	43,3
Foi comunicado/convocado à UBS, mas recusou o tratamento	2	6,7
Parceiro com sorologia não reagente	7	23,3
Outro motivo	2	6,7

Fonte: Pesquisa direta.

5 DISCUSSÃO

A prevalência da sífilis neste estudo foi considerada baixa quando comparada a outras regiões do mundo, como na Uganda (5,1%) na Universidade Wolaita Sodo (3,7%) e no norte da Etiópia (13,7%) (MANABE *et al.*, 2015; ZINABIE *et al.*, 2018). É compatível quando comparada a estudos realizados em Gondar do Sul situado no noroeste da Etiópia (1,9%), Jimma (1,1%) e Debre Berhan (1,8%) (YITBAREK; AYELE, 2019; ZINABIE *et al.*, 2019; FIKADU; GEBRISH; ASFAW, 2019). No cenário nacional, a prevalência variou de (1,05%) na região Norte a (1,14%) no Nordeste (CUNHA; MERCHAN-HAMANN, 2015).

A baixa prevalência constatada sugere que possa haver subnotificação ou diagnóstico tardio da sífilis gestacional, com detecção apenas no momento do parto. Outra possibilidade é a mudança nos critérios diagnósticos para fins de notificação adotados pelo MS em 2007, que ampliou a definição de casos de sífilis em gestantes, passando a considerar sífilis gestacional o diagnóstico realizado durante o pré-natal, parto e também no puerpério (BRASIL, 2017).

Essa situação da baixa prevalência, torna-se motivo de preocupação considerando a possibilidade de transmissão vertical elevada em diversas regiões do Brasil, inclusive no Nordeste. Estudo realizado em âmbito nacional mostrou que a taxa de transmissão vertical no país foi de 34,3%, com variação de (15%) na região Centro-Oeste e (37,9%) na Região Nordeste (DOMINGUES; LEAL, 2016). Corroborando com esses dados, em 2018, segundo o MS, o Nordeste foi a região que apresentou o maior número de casos de sífilis congênita (13,3%) comparado as outras regiões (BRASIL, 2019).

A sífilis gestacional mostra-se como uma realidade em mulheres adultas jovens, com baixa renda, pouca escolaridade e maior frequência em primigestas e secundigestas, porém com maior perda do seguimento entre as multigestas. Resultado análogo foi encontrado em uma região Sul do Brasil, em que os casos de sífilis gestacional foram mais frequentes em gestantes de 20 a 30 anos (50,49%) (FAVERO *et al.*, 2019). Ainda na mesma região, nas cidades de Criciúma, Santa Catarina e em Minas Gerais, a idade média encontrada foi de 23,6 e 23,62 anos, respectivamente (CUNHA; BISCARO; MADEIRA, 2018; TORRES *et al.*, 2019).

Estudo realizado na região do sul do Brasil, mostrou que a raça/cor não branca, baixo nível de escolaridade e ausência de ocupação remunerada também foram variáveis que se mostraram estatisticamente associadas à sífilis gestacional (PADOVANI; OLIVEIRA; PELLOSO, 2018). Essas características parecem comuns e mostram que a sífilis gestacional é uma realidade principalmente em gestantes mais empobrecidas.

O número de gestantes que informaram ter um companheiro afetivo foi elevado. Essa situação foi considerada um fator de proteção quando gestantes com diagnóstico de sífilis que possuem companheiro tiveram 40% [$100 \times (1 - 0,607)$] menos chance de perda de seguimento. Um estudo realizado em dois centros de saúde do distrito de Sede Muja, no noroeste da Etiópia com 210 participantes, mostrou que gestantes com múltiplos parceiros sexuais tiveram associação significativa com soropositiva para sífilis (YITBAREK; AYELE, 2019). Isso sugere que a probabilidade de reinfecção após o tratamento diminui em decorrência da menor exposição em relação ao número de parceria. Os nossos resultados ratificam essa informação também pela perda do seguimento ter sido mais elevada em mulheres sem parceria afetiva.

No contexto das medidas de prevenção das IST's estudo realizado no noroeste da Etiópia com 384 mulheres expostas a sífilis mostrou que embora não tenha sido observada associação significativa entre sífilis e o hábito do uso de preservativo, o risco de infecção foi quase quatro vezes maior entre as mulheres que não tinham conhecimento da prevenção de IST's pelo uso de preservativo (TAREKE; MUNSHEA; NIBRET, 2019). Comportamento semelhante foi verificado nessa população de gestantes com sífilis: uso do preservativo foi relatado em menor proporção na primeira relação sexual e também durante a gestação atual.

No que se refere ao uso de álcool e outras drogas, estudos demonstram desfechos desfavoráveis em gestantes que fazem uso dessas substâncias. Em Fortaleza, região Nordeste do Brasil, estudo realizado com gestantes sobre o consumo de drogas, mostrou que a sífilis congênita foi a complicação mais prevalente entre as participantes (PORTELA *et al.*, 2013).

Pesquisadores, ao descreverem as tendências recentes da sífilis em mulheres grávidas e avaliar a prevalência de comportamentos de alto risco, nos Estados Unidos, no período de 2012 a 2016, identificaram um total de 15 fatores de riscos, incluindo o uso de drogas por gestantes (TRIVEDI *et al.*, 2019). De fato, neste estudo, o consumo de álcool e drogas foi relatado por um menor número de participantes, mesmo assim, das 5 gestantes, todas tiveram perda do seguimento com desfechos desfavoráveis ($p=0,158$).

A maioria das gestantes já havia recebido algum tipo de atendimento na UBS por ocasião da gestação anterior. No entanto menos da metade haviam sido testadas para sífilis. Dados estes que se tornam preocupantes, pelo tempo de exposição, manutenção da cadeia de transmissão por falta de diagnóstico em tempo oportuno. Estudos mostram que o risco de sífilis é maior em mulheres com histórico prévio de outras ISTs (TAREKE, MUNSHEA; TRIVEDI *et al.*, 2019). A baixa testagem evidencia perda de oportunidade no que se refere a triagem de

ISTs em tempo oportuno. O MS recomenda a testagem para detecção de sífilis, HIV e Hepatites logo na primeira consulta de pré-natal (BRASIL, 2013).

Ainda com relação às oportunidades perdidas de triagem para sífilis gestacional, um estudo realizado no estado do Ceará, Região Nordeste do Brasil, constatou que as dificuldades enfrentadas pelas gestantes para realizar o exame VDRL estavam relacionadas ao difícil acesso às consultas de pré-natal, o limite na coleta de exames mensais, bem como filas e atrasos na obtenção do resultado (GUANABARA *et al.*, 2017).

A assiduidade e regularidade na realização das consultas pré-natal foi frequente e mais da metade das participantes possuíam registro de 7 ou mais consultas e não teve associação com a perda de seguimento. Na região Sul do Brasil, um estudo mostrou resultados semelhantes, em 73,2% das gestantes (CUNHA; BISCARO; MADEIRA, 2018). As consultas foram realizadas por enfermeiro ou médico e enfermeiro e médico de forma concomitante. Mostrou significância estatística quando a consulta foi realizada por enfermeiro e médico ($p=0,039$). Essa situação ratifica a recomendação do MS (BRASIL, 2013).

Mesmo diante da recomendação do MS, que o início do pré-natal deve ocorrer no primeiro trimestre, 14(19,2%) das participantes tiveram diagnóstico de sífilis no terceiro trimestre e apresentaram uma maior perda de seguimento ($p=0,041$) (BRASIL, 2013). Em outros estudos, no cenário internacional, gestantes que iniciaram o pré-natal no terceiro trimestre foi significativamente associado à sífilis e foram três vezes mais propensas a contrair a infecção em comparação com as do primeiro trimestre (TAREKE; MUNSHEA; NIBRET, 2019).

Estudo realizado em Natal, região Nordeste do Brasil, evidenciou que o diagnóstico de sífilis materna foi predominante no terceiro trimestre de gravidez e dentre os fatores que desencadearam a TV estavam relacionados ao diagnóstico tardio da gestante e do (s) parceiro (s) sexual (is) e às deficiências no manejo clínico / terapêutico em relação à fase da doença. O pré-natal destacou-se como o principal período para o diagnóstico de sífilis (55,8%); no entanto, o número de casos com registros de detecção tardia é significativo, com 39,5% das mulheres diagnosticadas no momento do nascimento e 3,9% somente após o nascimento (OLIVEIRA *et al.*, 2020).

Assim, torna-se imprescindível a captação precoce das gestantes, ainda no primeiro trimestre, para início do pré-natal. O Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical de HIV, sífilis e hepatites virais, recomenda que o rastreamento para

sífilis deve ser feito no primeiro e terceiro trimestre, e ainda no momento da internação para o parto (BRASIL, 2019).

Com relação às orientações recebidas durante as consultas de pré-natal a maioria das participantes foram orientadas em relação a sífilis e a importância do tratamento, em diferentes contextos (consultas e reuniões). Mesmo assim, nem todas as participantes iniciaram o tratamento logo após o diagnóstico e apresentou associação significativa com a perda de seguimento ($p=0,023$).

Dentre os principais motivos identificados para o não tratamento imediato das gestantes destacam-se: falta de informação a respeito da necessidade do tratamento, seguido do relato de não terem achado necessário e por terem sofrido algum tipo de violência. Pesquisadores mostraram que o medo da violência pelo parceiro e a falta de comunicação entre os casais foram barreiras para a entrega dos formulários de notificação e tratamento subsequente dos parceiros constados nos distritos de Kampala e Wakiso, Uganda (NAKKU-JOLOBA *et al.*, 2019).

O não tratamento do parceiro concomitante com a gestante foi uma realidade neste estudo em 30(48%) das parcerias. Entre os motivos relatados estão: parceiro foi convocado pela UBS mas não compareceu, seguido do relato do parceiro não ter apresentado sorologia reagente para sífilis. Essa dificuldade de tratamento do parceiro tem sido relatada em outros estudos realizados no Brasil em 64,07% dos casos, e os motivos mais relatados foram: a gestante perdeu o contato com a parceira, a sorologia da parceira não foi reativa, parceiro foi convocado, mas não compareceu (PADOVANI; OLIVEIRA; PELLOSO, 2018). Isso sugere que há necessidade de maior investimento em orientações individuais e/ou coletivas em relação ao uso do preservativo independente do tipo de parceria.

Estudo realizado no Ceará, região Nordeste do Brasil, identificou falhas importantes em relação ao manejo da sífilis gestacional. Mostrou que o acesso a testes e tratamento é difícil e não há estratégias padronizadas para notificar o parceiro. Os profissionais participantes relataram não terem sido preparados para abordagem da parceria e por essa razão apresentam dificuldade diante desse tipo de situação. Além disso, a responsabilidade de notificação do parceiro é transferida para as pacientes e o aconselhamento não oferece orientação adequada nem apoio emocional suficiente para ajudá-las (ROCHA *et.*, 2019). Desse modo, a capacitação dos profissionais de saúde deve ser oferecida de maneira contínua pelos gestores, a fim de qualificá-los e sensibilizá-los no manejo das gestantes com sífilis e parcerias sexuais.

Ressalta-se ainda que o manejo adequado da parceria sexual é tão importante quanto o tratamento da gestante em razão da possibilidade de reinfecção da gestante e aumento do risco de transmissão vertical. Estudo na região de Cascavel, Paraná mostrou que o não tratamento do parceiro foi o principal motivo (82,5%) de inadequação do seguimento das gestantes (LAGO; GOMES, 2016). Isso demonstra a necessidade de planejamento de estratégias de notificação e sensibilização das parcerias sexuais de forma concomitante ao tratamento da gestante.

Os fatores relacionados à perda de seguimento neste estudo sugerem falhas no manejo das gestantes e parcerias sexuais durante o pré-natal, mostrando inadequações no tratamento ofertado, diagnóstico e principalmente no acompanhamento após o tratamento, contribuindo com desfechos desfavoráveis. O que pode estar relacionado à falta de capacitação dos profissionais de saúde da atenção primária, recursos humanos e materiais insuficientes como o próprio desabastecimento da droga de escolha (penicilina benzatina) relatada em alguns casos. Além disso, a falta de sensibilização e conhecimento da população acerca da gravidade da sífilis mostram-se como fator importante.

6 CONCLUSÃO

- O estudo mostrou uma prevalência de sífilis de (2,12%), considerada baixa quando comparada com outros estudos. E sugere que possa haver notificação e/ou diagnóstico tardio, com detecção apenas no momento do parto. Foi uma realidade em gestantes adultas jovens e empobrecidas com elevado desfecho desfavorável;
- A análise dos fatores associados a perda do seguimento em gestantes identificou que ter um companheiro afetivo é fator de proteção, possivelmente em razão da menor exposição ao vírus pelo número de parceria sexual;
- O início do tratamento logo após o diagnóstico de sífilis foi considerado um outro fator de proteção para a perda de seguimento, reforçando a importância da captação precoce da gestante para realização do pré-natal e testagem contra ISTs;
- O trimestre da gravidez no qual ocorreu o diagnóstico de sífilis foi outro fator que teve relação estatística significativa com a perda de seguimento, ou seja, quanto mais tardio o diagnóstico maior a chance de ocorrer perda do seguimento;
- Gestantes que realizaram o pré-natal por profissionais médicos e enfermeiros de forma associada tem menor chance de perda do seguimento;
- O não tratamento do parceiro de forma concomitante com a gestante foi frequente, sugerindo que possa haver dificuldades dos profissionais de saúde com relação ao planejamento de estratégias de notificação e captação dos parceiros na atenção primária;

Recomendações

- Planejamento de estratégias para alcance do manejo da sífilis de qualidade, por meio de investimento em recursos materiais, com ampliação e disponibilidade de testagens para detecção da sífilis gestacional ainda no primeiro trimestre;
- Educação permanente em saúde aos profissionais de saúde de modo alcançar um manejo da sífilis gestacional de qualidade;
- Elaboração de estratégias eficazes de notificação e tratamento do parceiro, e educação em saúde com gestantes e parcerias sexuais;
- E realização do pré-natal pelo profissional médico(a) e também pelo enfermeiro(a).

REFERÊNCIAS

- AMSALU, A; FEREDÉ, G; ASSEGU, D. High seroprevalence of syphilis infection among pregnant women in Yiregalem hospital southern Ethiopia. **BMC Infectious Diseases**, v.18(109), p.1-6, 2018.
- ASSEFA, A. A three year retrospective study on seroprevalence of syphilis among pregnant women at Gondar University Teaching Hospital, Ethiopia. **African Health sciences**, v. 14 (1), p. 119-24, 2014.
- BARBOSA *et al.* Perfil epidemiológico dos casos de sífilis gestacional. **Rev enferm UFPE online**, v. 11(5), p. 1867-74, 2017.
- BRASIL. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Plano de ação para o período 2004 a 2007**. Ministério da Saúde - Área Técnica de Saúde da Mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais**. Ministério da Saúde - Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.
- BRASIL. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.
- BRASIL. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico da Sífilis 2017**. Ministério da Saúde - Secretaria de Vigilância em Saúde. - Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico Sífilis 2016**. Ministério da Saúde - Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Brasília: Ministério da Saúde, 2016a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico Sífilis 2019**. Ministério da Saúde - Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.
- 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, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. **Rede Cegonha**. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às**

Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher-Princípios e Diretrizes. 1.^a edição. Brasília-DF, 2011.

CARDOSO *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(2), p. 563-74, 2018.

CASTRO, O. R. A; PÉREZ, Y. S. Determinación de sífilis por método serológico em gestantes de la ciudad de Guayaquil. **Rev Cubana Invest Bioméd**, v. 34(3), p. 224-36, 2015.

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(2), p. 255-64, 2017.

CERQUEIRA *et al.* The magnitude of syphilis: from prevalence to vertical transmission. **Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo**, v. 59, 2017.

COSTA *et al.* Sífilis congênita no Ceará: análise epidemiológica de uma década. **Ver Esc Enferm USP**, v. 47(1), p.152-9, 2013.

CUNHA, A. R. C.; MERCHAN-HAMANN, E. Sífilis em parturientes no Brasil: prevalência e fatores associados, 2010 a 2011. **Rev Panam Salud Publica** 38(6), 2015.

CUNHA, N. A; BISCARO, A; MADEIRA, K. Prevalência de sífilis em parturientes atendidas em uma maternidade na cidade de Criciúma, Santa Catarina. **Arq. Catarin Med.** v.47(1), p. 82-94, 2018.

DIORIO, D; KROEGER, K; ROSS, A. Social Vulnerability in Congenital Syphilis Case Mothers: Qualitative Assessment of Cases in Indiana, 2014 to 2016. **Sex Transm Dis**, v. 45(7), p.447-51, 2018.

DOMINGUES *et al.* Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal. **Rev Saúde Pública**, v. 47(1), p. 147-57, 2013.

DOMINGUES, R. M. S. M. Prevalência de sífilis na gestação e testagem pré-natal: Estudo Nascido no Brasil. **Rev Saúde Pública**. v. 48(5):766-774, 2014.

DOMINGUES, R.M.S. M; HARTZ, Z. M. A; LEAL, M. C. Avaliação das ações de controle da sífilis e do HIV na assistência pré-natal da rede. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.** v.12 (3), p. 269-80, 2012.

DOMINGUES, R.M.S.M; SARACENI, V; HARTZ, Z.M.A; LEAL, M.C. Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal. **Rev Saúde Pública**. v.47(1) p.147-57, 2013.

ENKHBAT *et al.* Adult female syphilis prevalence, congenital syphilis case incidence and adverse birth outcomes, Mongolia 2000-2016: Estimates using the Spectrum STI tool. **Infectious Disease Modelling**, v. 3, p. 13-22, 2018.

FARAH, M. F. S. Gênero e políticas públicas. *Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 12, n. 1, p. 47-71, jan./abr. 2004.

FAVERO *et al.* Sífilis congênita e gestacional: notificação e assistência pré-natal. **Arch. Health. Sci**, v. 26(1), p. 2-8, 2019.

FIKADU, B; GEBRISH, S; ASFAW, T. Seroprevalence of syphilis among pregnant women attending the Prenatal Care Clinic at the specialized Hospital Jimma University, Ethiopia. **Journal of Medicine and Medical Sciences**, v.10(1), p. 1–5, 2019.

FILHO *et al.* Sífilis e Gestação: Estudo Comparativo de Dois Períodos (2006 e 2011) em População de Puérperas. **DST - J bras Doenças Sex Transm**, v.24(1), p. 32-7, 2012.

FRANÇA *et al.* Fatores associados à notificação da sífilis congênita: um indicador de qualidade da assistência pré-natal. **Rev Rene**. v.16(3), p. 374-81, 2015.

GARCÉS *et al.* Educating health workers is key in congenital syphilis elimination in Colombia. **Biomédica**, v. 37(3), p. 416-24, 2017.

GARCÍA *et al.* Partner notification among peruvian pregnant women with syphilis. **Sexually Transmitted Diseases**, v. 42(8), p. 457-62, . 2015.

GUANABARA *et al.* Access of pregnant women to technologies for the prevention and control of congenital syphilis in Fortaleza–Ceará, Brazil. **Rev. Saúde Pública**, v.19, p.73–78, 2017.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico 2010**. Brasília: IBGE, 2017. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=221100&search=piauil|teresina>>. Acesso em: 27 mai 2017.

KANAI *et al.* Sociodemographic characteristics and clinical description of congenital syphilis patients and their mothers in Japan: a qualitative study 2016. **Sexual Health**. v. 15, p.460–7, 2018.

KARINO, M. E; FELLI, V. E. A. Enfermagem baseada em evidências: avanços e inovações em revisões sistemáticas. **Cienc Cuid Saúde**, v.11(supl), p.11-5, 2012.

YITBAREK, G. Y; AYELE, B. A. Prevalence of Syphilis among Pregnant Women Attending Antenatal Care Clinic, Sede Muja District, South Gondar, Northwest Ethiopia. **Journal of Pregnancy**, 2019.

LAFETÁ *et al.* Maternal and congenital syphilis, underreported and difficult to control. **Rev Bras Epidemiol**, v. 19(1), p. 63-74, 2016.

LAGO, A. C. O; GOMES, D. S. Epidemiological profile and maternal-fetal transmission of syphilis in pregnant women of Cascavel (PR). **DST - J bras Doenças Sex Transm** v. 28(1), p.29-35, 2016.

MACHADO *et al.* Diagnóstico e tratamento de sífilis durante a gestação: desafio para enfermeiras? **Revista Saúde e Pesquisa**, v.11(2), p. 249-55, 2018.

MACHADO, I; SILVA, V.A.N; PEREIRA, R.M.S; GUIDOREN, C.G; GOMES, M.P.Diagnóstico e tratamento de sífilis durante a gestação: desafio para enfermeiras? **Revista Saúde e Pesquisa**.v.11(2) p.249-255, 2018.

MAGALHÃES *et al.* Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. **Cad. Saúde Pública**, v. 29(6), p. 1109-20, 2013.

MANABE *et al.* Integration of antenatal syphilis screening in an urban HIV clinic: A feasibility study. **BMC Infectious Diseases**, v. 15(1), p.1–6, 2015.

MESQUITA *et al.* Análise dos Casos de Sífilis Congênita em Sobral, Ceará: Contribuições para Assistência Pré-Natal. **DST - J bras Doenças Sex Transm.** v. 24(1), p. 20-7, 2012.

MOREIRA *et al.* Perfil dos casos notificados de sífilis congênita. **Cogitare Enferm**, v. 22(2), p.48949, 2017.

NAKKU-JOLOBA *et al.* Perspectives on male partner notification and treatment for syphilis among antenatal women and their partners in Kampala and Wakiso districts, Uganda. **BMC Infectious Diseases**, v. 19(124), p. 1-13, 2019.

NENOFF *et al.* Infecções não virais de transmissão sexual - epidemiologia, manifestações clínicas, diagnóstico, terapia: Parte 3: Treponemas, Gardnerella e tricomonadas. v. 68, n. 2, p. 136-148, 2017.

NKAMBA *et al.* Barriers and facilitators to the implementation of antenatal syphilis screening and treatment for the prevention of congenital syphilis in the Democratic Republic of Congo and Zambia: results of qualitative formative research. **BMC Health Services Research**, v. 17(556), p. 1-11, 2017.

NONATO, S. M; MELO, A. P. S; GUIMARÃES, M. D. C. Sífilis na gestação e fatores associados à sífilis congênita em Belo Horizonte-MG, 2010-2013. **Epidemiol. Serv. Saúde**. v.24(4), p. 681-94, 2015.

NUNES *et al.* Sífilis na gestação: perspectivas e condutas do enfermeiro. **Rev enferm UFPE online**, v. 11(12), p. 4875-84, 2017.

OLIVEIRA *et al.* Syphilis Notifications and the Triggering Processes for Vertical Transmission: A Cross-Sectional Study. **Int J Environ Res Public Health**. v.17(3), p. 984, 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, p. 3019, 2018.

- PORTELA *et al.* Percepção da gestante sobre o consumo de drogas ilícitas na gestação. **Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog**, v.9(2), 2013.
- ROCHA *et al.* Management of sexual partners of pregnant women with syphilis in northeastern Brazil – a qualitative study. **BMC HEALTH SERVICES RESEARCH**. v.19(65), p. 1-9, 2019.
- SANTOS, C. M. C; PIMENTA, C. A. D. M; NOBRE, M. E. C. The PICO strategy for the research question construction and evidence search. **Rev Latino-am de Enfermagem**. v.15(3), p.508-511, 2007.
- SILVA, N. S. E; SILVA, S. S. B. E; SARTORI, A. M. C. Syphilis in pregnancy, congenital syphilis, and factors associated with mother-to-child transmission in Itapeva, São Paulo, 2010 to 2014. **Rev Soc Bras Med Trop**, v. 51(6), p. 819-26, 2018.
- SILVA-CHÁVARRO, A. M; BOIS-MELLI, F. Factors associated with failure in the diagnosis and treatment of maternal syphilis. Study of cases and controls. **Rev MexPediatr**. v. 84(2), p. 54-60, 2017.
- SILVA-CHÁVARRO, A. M; BOIS-MELLI, F. Factors associated with failure in the diagnosis and treatment of maternal syphilis. Study of cases and controls. **Rev MexPediatr**. 2017; 84(2): 54-60.
- SLUTSKER, J.S; HENNESSY, R. R; SCHILLINGER, J.A. Factors Contributing to Congenital Syphilis Cases - New York City, 2010–2016. **MMWR**. v.67(39), p.1088-1093, 2018.
- SOUZA *et al.* Analysis of congenital syphilis cases notification in a reference hospital of Niterói, Rio de Janeiro State, from 2008 to 2015. **DST - J bras Doenças Sex Transm**, v. 29(1), p. 17-21, . 2017.
- SUTO *et al.* Assistência pré-natal a gestante com diagnóstico de sífilis. **Ver Enferm Atenção Saúde**, v. 5(2), p. 18-33, 2016.
- TAREKE, K; MUNSHEA, A; NIBRET, E. Seroprevalence of syphilis and its risk factors among pregnant women attending antenatal care at Felege Hiwot Referral Hospital, Bahir Dar, northwest Ethiopia: a cross-sectional study. **BMC Res Notes**, p. 12:69, 2019.
- TORRES *et al.* Syphilis in Pregnancy: The Reality in a Public Hospital. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 41(2), p. 90-6, 2019.
- TRIDAPALLI *et al.* Congenital syphilis in Italy: A multicentre study. **Arch Dis Child Fetal Neonatal**. v. 97(3), p. 211-13, 2012.
- TRIVEDI *et al.* National Trends and Reported Risk Factors Among Pregnant Women With Syphilis in the United States, 2012–2016. **Obstet Gynecol**, v.133(1), p. 27–32, 2019.
- WANG *et al.* The HIV, syphilis, and HCV epidemics among female sex workers in china: results from a serial cross-sectional study between 2008 and 2012. **Clin Infect Dis.**, Chicago, v. 59, n. 1, p. 1-9, abr. 2014.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global health sector strategy on sexually transmitted infections 2016–2021**. world health organization, 2016.

WHITTEMORE, R; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. **JAdvNurs**, v.52(5), p. 546-53, 2005.

ZINABIE *et al.* Prevalence of Syphilis among Pregnant Women Attending Antenatal Care Clinic, Sede Muja District, South Gondar, Northwest Ethiopia. **Journal of Biomedical and Life Sciences**, v. 6 (3), p. 56–62, 2019.

APÊNDICES



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

APÊNDICE A: Instrumento de coleta de dados

Nº Questionário:	Nome:	Iniciais:
Data da coleta de dados: ____/____/____	Horário: Início: _____ Término: _____	Trimestre: 1º() 2º() 3º()
Titulação inicial: ____/____	Iniciou o tratamento: Sim () Não ()	Foi solicitado novo VDRL após 30 dias 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) igno	
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 apl	
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 _____ Nº ESF _____

OBSERVAÇÕES:

--

RESPONSÁVEL PELA COLETA: _____



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

APÊNDICE B: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do projeto: “Fatores associados à perda do seguimento de gestantes com sífilis”.

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

Orientanda: Paula Lima da Silva

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 Fatores associados à perda do seguimento de gestantes com sífilis. 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 ambulatorial da sífilis e assim avaliar a rede de assistência prestada a esse público, bem como, contribuir para diminuir novos agravos e os casos necessários serão encaminhados para tratamento no serviço de referência do município de Teresina-Piauí.

Objetivo primário

Analisar os fatores associados à perda do seguimento clínico em gestantes com sífilis na atenção básica.

Objetivos secundários

- Descrever as características clínicas e sociodemográficas de gestantes com sífilis;
- Estimar a prevalência da sífilis entre gestantes atendidas na atenção básica de Teresina-PI;
- Identificar os fatores associados para a ocorrência de perda do seguimento de gestantes com sífilis.

Riscos: 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. 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 contornadas ou minimizadas com a equipe de pesquisa devidamente 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.

Paula Lima da Silva

Mestranda

Impressão digital

Nome da participante: _____

Assinatura do sujeito _____

Teresina, ____ de _____ de _____

.





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

APÊNDICE C: Carta de encaminhamento ao CEP da UFPI

Teresina, 14 / 08 / 2018

IlmoSr^a. Prof. Adrianna de Alencar Setubal Santos

Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da UFPI

Sra.Prof^a,

Estou enviando o projeto de pesquisa intitulado “Fatores associados à perda do seguimento de gestantes com sífilis” para a apreciação por este comitê.

Confirmando que todos os pesquisadores envolvidos nesta pesquisa realizaram a leitura e estão cientes do conteúdo da resolução 466/12 do CNS e das resoluções complementares à mesma (240/97, 251/97, 292/99, 303/2000, 304/2000 e 340/2004).

Confirmando também:

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

Atenciosamente,

Pesquisador responsável

Assinatura: _____

Nome: Profa. Dra. Rosilane de Lima Brito Magalhães

CPF:

Instituição: Universidade Federal do Piauí

Área: Enfermagem

Programa de Pós Graduação em Enfermagem – UFPI



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

APÊNDICE D: Termo de confidencialidade

Título do projeto: Fatores associados à perda do seguimento de gestantes com sífilis

Pesquisador responsável: Profa. Rosilane de Lima Brito Magalhães

Instituição/Departamento: Universidade Federal do Piauí / Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí

Local da coleta de dados: Unidades Básicas de Saúde da Estratégia Saúde da Família

Os pesquisadores do presente estudo se comprometem a preservar a privacidade dos participantes cujos dados serão coletados na Unidade Básica de Saúde ou no próprio domicílio da participante ou outro local mais adequado para a participante. Os pesquisadores concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente estudo. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e após sua transcrição serão mantidas por um período cinco anos sob a responsabilidade da Profa. Rosilane de Lima Brito Magalhães. Após este período, os dados serão destruídos.

Teresina, 14 de agosto de 2018

Profa. Dra. Rosilane de Lima Brito Magalhães
Pesquisador responsável

ANEXOS



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

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



PPGENFUFPI

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ - UFPI
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - CCS
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM - DEPENF
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



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

ANEXO B: Carta de autorização da 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 048.75R





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

ANEXO C: Declaração de compromisso dos pesquisadores

15/08/2018

doc-fms.jpeg



PPGEN/UFPI

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

APENDICE E: DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO DOS PESQUISADORES

Ao Comitê de Ética em Pesquisa - CEP

Universidade Federal do Piauí

Eu, Profa. *Dra. Rosilane de Lima Brito Magalhães* pesquisadora responsável pela pesquisa intitulada: "Adesão ao acompanhamento de gestantes expostas à sífilis e fatores associados à perda de seguimento", declaro que:

- Assumo o compromisso de cumprir os Termos da Resolução nº 466/12, de 10 de Outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde e demais resoluções complementares à mesma (240/97, 251/97, 292/99, 303/2000, 304/2000 e 340/2004).
- Assumo o compromisso de zelar pela privacidade e pelo sigilo das informações, que serão obtidas e utilizadas para o desenvolvimento da pesquisa.
- Os materiais e as informações obtidas no desenvolvimento deste trabalho serão utilizados apenas para se atingir o(s) objetivo(s) previsto(s) nesta pesquisa e não serão utilizados para outras pesquisas sem o devido consentimento dos voluntários;
- Os materiais e os dados obtidos ao final da pesquisa serão arquivados sob a responsabilidade da Profa. Dra. *Rosilane de Lima Brito Magalhães* que professora do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da UFPI.
- Não há qualquer acordo restritivo à divulgação pública dos resultados.
- Os resultados da pesquisa serão tornados públicos através de publicações em periódicos científicos e/ou em encontros científicos, quer sejam favoráveis ou não, respeitando-se sempre a privacidade e os direitos individuais dos sujeitos da pesquisa.
- O CEP-UFPI será comunicado da suspensão ou do encerramento da pesquisa por meio de relatório apresentado anualmente ou na ocasião da suspensão ou do encerramento da pesquisa com a devida justificativa;
- O CEP-UFPI será imediatamente comunicado se ocorrerem efeitos adversos resultantes desta pesquisa com o voluntário;
- Esta pesquisa ainda não foi total ou parcialmente realizada.

Teresina, 14 de agosto de 2018

Rosilane de Lima Brito Magalhães

Rosilane de Lima Brito Magalhães

Pesquisador responsável (CPF: 474 468 033-04)

Paula Lima da Silva

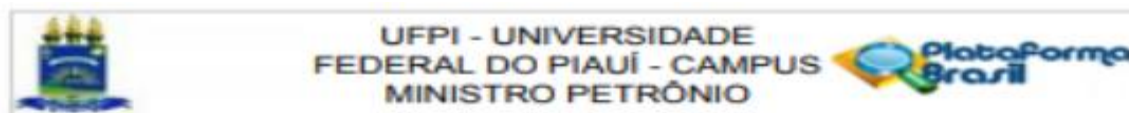
Paula Lima da Silva

Mestranda/PPGENF/UFPI- CPF 03587332355



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

ANEXO E: 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: FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ

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.

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))