

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

JOSÉ MATHEUS DE MELO SANTOS

LILIAN DA CONCEIÇÃO ALMEIDA

FATORES ASSOCIADOS À SIFILIS CONGÊNITA EM SERGIPE

ARACAJU

2018

JOSÉ MATHEUS DE MELO SANTOS

LILIAN DA CONCEIÇÃO ALMEIDA

FATORES ASSOCIADOS À SIFILIS CONGÊNITA EM SERGIPE

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe para obtenção do grau de bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Lígia Mara Dolce de Lemos

ARACAJU

2018

FATORES ASSOCIADOS À SIFILIS CONGÊNITA EM SERGIPE

JOSÉ MATHEUS DE MELO SANTOS

LILIAN DA CONCEIÇÃO ALMEIDA

FATORES ASSOCIADOS À SIFILIS CONGÊNITA EM SERGIPE

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe para obtenção do grau de bacharel em Enfermagem.

Aprovado em:

Banca

Ligia Mara Dolce de Lemos (orientadora)

Verena Cardoso Cruz (1ª examinadora)

Brenda Evelin Barreto da Silva (2ª examinadora))

ARACAJU

2018

Associated factors with congenital syphilis in Sergipe

José Matheus de Melo Santos^{1*}

Lilian da Conceição Almeida²

Lígia Mara Dolce de Lemos³

Financiamento: Esse estudo não recebeu suporte financeiro.

Conflito de interesse: Os autores declaram que esse estudo não apresenta conflito de interesse.

¹ * Acadêmico de enfermagem. Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe. E-mail: jmatheusm@live.com

² Acadêmica de enfermagem. Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe. E-mail: lilialmeida90@hotmail.com.

³ Doutora. Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe. E-mail: ligiadolce@gmail.com

*Autor correspondente: Endereço: Rua Abdias Bezerra, 111, Bairro Palestina, CEP 49060-010, Aracaju SE; Telefone: (79) 9 9935-5216.

RESUMO

Objetivo: identificar fatores associados à sífilis congênita em Sergipe, analisar a assistência do pré-natal prestada às mães de crianças com sífilis congênita e identificar o seguimento dessas crianças. **Método:** estudo transversal realizado nos ambulatórios de seguimento em maternidades de Sergipe entre novembro de 2017 e abril de 2018 com 112 mães com suas crianças. Após a entrevista com as mães, verificou-se os prontuários das crianças, resumo de alta da maternidade e o histórico do pré-natal da mãe. As variáveis foram divididas nas categorias: Aspectos sócio-demográficos-econômicos; exposição de risco materno; antecedentes obstétricos da mãe e exposição da criança. Os dados foram armazenados no software Microsoft Excel e a análise bivariada foi realizada no software Epi Info versão 7.2.1.0. **Resultados:** A maioria das mães possuíam idade entre 20 e 24 anos (30/27,52%), moravam no interior (58/52,79%), eram casadas (62/56,36%) e possuíam mais de 8 anos de estudo (71/63,39%). O contato sexual com mais de um parceiro nos 12 meses antes da gestação foi referido por 14(13,46%), o uso inconsistente do preservativo foi observado em 59 casos (53,15%); 18(16,21%) relataram diagnóstico de IST anterior a gestação. 28(25,22%) afirmaram não ter ciência da gravidade da doença durante a gestação e 27(24,32%) não sabiam da importância do parceiro ser tratado. Quase a totalidade realizou pré-natal e apenas um terço teve diagnóstico da sífilis no primeiro trimestre. Das que realizaram tratamento, 88 (78,57%) tiveram esquema considerado adequado. Dos 10 casos que não realizaram tratamento, o principal motivo observado foi falha no fluxo do serviço (6/60%). A maioria (77 /74,04%) das crianças nasceram a termo, 106 (97,25%) fizeram pelo menos um exame complementar, 25 (22,32%) não realizaram o teste não treponêmico no líquido e 72 (67,92%) foram assintomáticas. Dos 99 casos com registro de tratamento da criança, 88(88,89%) recém nascidos receberam tratamento adequado. A análise bivariada mostrou relação significativa entre algumas variáveis do estudo. **Conclusão:** é de fundamental importância entender a dinâmica da sífilis no estado, pois uma vez que se conhece a real magnitude desta infecção e a realidade da assistência, surge a oportunidade de iniciar estratégias que tragam melhorias na assistência prestada à gestante e na prevenção da transmissão vertical.

Palavras-chaves: Sífilis; sífilis congênita; transmissão vertical de doença infecciosa; cuidado pré-natal; saúde materno-infantil

ABSTRACT

Objectives: to identify associated factors with congenital syphilis in Sergipe, to analyze the antenatal assistance for the mothers of children with congenital syphilis and to identify the follow up of these children. **Methods:** transversal study accomplished in the follow up outpatient in motherhoods of Sergipe between November 2017 and April 2018 with one hundred twelve mothers with their children. After the interview with the mothers, we verify the children's medical records, the abstracts of maternity hospital discharge and the historic of the mother's antenatal care. The analyzed data were inserted in the software Microsoft Excel and the bivariate analyze was performed in the program Epi Info version 7.2.1.0. **Results:** Most women is between 20 and 24 years old (30/27.52%), 58(52.79%) live in countryside, 62(56.36%) were married. 71(63.39%) of them had studied more than eight years. The sexual activity with more than one partners in the 12 months before pregnancy was reported by 14(13.46%). The inconstant use of condom was reported by 59(53.15%); 18(16.21%) reported diagnosis of sexually transmitted infection before pregnancy. 28(25.22%) reported not knowing the severity of the disease during the pregnancy e 27(24.32%) not knowing the importance of the partner being treated. Almost the total did perform treatment and only one third had diagnosis of syphilis in the first trimester. Among who did perform treatment, 88(78.57%) were appropriate. Among the 10 cases who did not perform treatment, the main reason were service flow failure (6/60%). Most children (77/74.04%) were born normal, 106 (97.25%) did perform one complementary exam at least, 25 (22.32%) did not perform the non-treponemal testing in the spinal tap and 72 (67.92%) were asymptomatic. Among the 99 cases registered of the children's treatment, 88(88.89%) neonates received appropriate treatment. The bivariate analyze showed significance between some study variables. **Conclusion:** it is very important to understand the syphilis dynamics in the state, because knowing the real magnitude of this infection and the reality of the assistance, arise the opportunity to start strategies for the improvement in the pregnancy assistance and in the prevention of the vertical transmission.

Keywords: Syphilis; congenital syphilis; infectious disease transmission, vertical; prenatal care; maternal and child health.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	7
2 PACIENTES E MÉTODOS.....	9
3 RESULTADOS.....	12
4 DISCUSSÃO.....	18
5 CONCLUSÃO.....	23
REFERÊNCIAS.....	24
APÊNDICE A- INSTRUMENTO DE COLETA.....	27
APÊNDICE B- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	32
ANEXO A- PARECER CONSUBSTANCIADO.....	33

1 INTRODUÇÃO

A sífilis é uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST) considerada grande problema de saúde pública que resulta em uma série de danos sociais, econômicos e à qualidade de vida da população, principalmente mulheres e crianças (MAGALHÃES, et al, 2013). A cada ano, no mundo, ocorrem aproximadamente 1 milhão de casos de infecção por sífilis em mulheres grávidas (TAYLOR et al, 2017). Em 2016, no Brasil, foram notificados mais de 37.000 casos de sífilis em gestantes e mais de 20.000 casos de sífilis congênita em menores de um ano. Em Sergipe, foram notificados 308 casos de sífilis congênita em menores de um ano de idade no mesmo ano, alcançando taxa de incidência de 8,8 casos a cada 1000 nascidos vivos (BRASIL, 2017).

A sífilis é causada pela bactéria *Treponema pallidum* e possui vários estágios a partir do início da infecção. A mulher com sífilis pode transmitir a infecção para seu feto em qualquer período gestacional. A taxa de transmissão vertical (TV) da sífilis, ou transmissão materno-infantil, em mulheres não tratadas é de até 80%, reduzindo as chances de transmissão nas fases tardias da doença. A infecção durante a gravidez pode resultar em prematuridade, aborto espontâneo, natimorto ou morte perinatal, além de manifestações congênitas precoces ou tardias (BRASIL, 2017; VERONESI; FOCACCIA, 2009). Todas essas manifestações interferem na qualidade de vida e atrapalham o desenvolvimento habitual da criança (BRASIL, 2015).

As ações desenvolvidas pelo Ministério da Saúde (MS) visam garantir a melhoria do acesso e a qualidade do acompanhamento pré-natal, além da assistência à gestante e ao recém-nascido (SUTO et al, 2016). Mais recentemente, o MS implantou a Rede Cegonha que tem como um dos seus objetivos facilitar o acesso ao diagnóstico e ao tratamento da sífilis na gestante (CARDOSO et al, 2018). Também como estratégias para redução da sífilis, implantou seis eixos de atuação sendo eles: certificação para eliminação da TV; comunicação e educação permanente em saúde; qualificação de informações estratégicas; fortalecimento de parcerias e ampliação de Comitês de investigação de transmissão vertical do HIV e sífilis (BRASIL, 2017).

Apesar dessas estratégias, ainda há barreiras que dificultam atingir as metas propostas. Uma delas é erradicar a sífilis congênita como problema de saúde pública para 0,5 casos para 1.000 nascidos vivos. Alguns fatores contribuem para o insucesso no alcance dos objetivos sendo eles: obstáculos para o acesso pleno aos serviços de saúde, falta de solicitação para a realização do exame sorológico das gestantes conforme

preconizado e a não abordagem para o tratamento e acompanhamento dos parceiros sexuais daquelas mulheres com resultado do teste sorológico positivo (FRANÇA et al, 2015).

O conhecimento da real situação das falhas dos programas é fundamental para o entendimento da magnitude do problema e para melhoria na qualidade dos atendimentos e seguimento, principalmente nos casos de sífilis em gestante e congênita. Espera-se que, após conhecimento da real situação, os serviços de saúde tenham subsídios para ações de fortalecimento da vigilância, gestão, governança, educação e assistência integrada para assim ter respostas positivas a esse agravo.

Baseado no exposto, o objetivo desse estudo foi identificar os fatores associados à sífilis congênita em Sergipe, analisar a assistência do pré-natal prestada às mães de crianças com sífilis congênita e identificar o seguimento dessas crianças.

2 PACIENTES E MÉTODOS

Estudo transversal, composto por crianças que tiveram diagnóstico confirmado de sífilis congênita até 2 anos de idade. A coleta foi realizada no período de novembro de 2017 a abril de 2018.

A coleta ocorreu nos ambulatórios das maternidades (*Follow up*), sendo elas: Hospital e Maternidade Santa Isabel e Maternidade Nossa Senhora de Lourdes. Essas maternidades estão localizadas em Aracaju, capital de Sergipe. A primeira é a referência para a realização dos partos das gestantes de risco habitual e a segunda é a referência para as gestantes de alto risco. Ambas atendem mulheres vindas de todos os municípios do estado. As duas maternidades possuem ambulatório de acompanhamento (*Follow up*) para as crianças que apresentaram alguma especificidade que exija assistência multidisciplinar, sendo a sífilis congênita uma das patologias que exigem esse seguimento. Sergipe, no ano de 2016, teve 34.017 nascidos vivos com incidência da infecção por sífilis congênita de 8,8.

Para o cálculo do tamanho da amostra considerou-se o número de nascidos vivos na proporção de ocorrência da sífilis congênita em 2016. Através do cálculo dimensional obteve-se um resultado de 73 crianças diagnosticadas com sífilis congênita, sendo considerado um nível de confiança de 95% e um erro amostral de 5%. Ao fim do período de coleta foram obtidos um total de 112 mães/crianças

O critério de inclusão foram todas as crianças até dois anos com diagnóstico confirmado de sífilis congênita no período de abril de 2016 a abril de 2018.

Foi elaborado instrumento de coleta, baseado nas fichas de notificação do SINAN de gestante com sífilis e sífilis congênita, abrangendo perguntas fechadas e outras abertas relacionadas ao perfil da mulher e com o intuito de identificar fatores associados à transmissão. O instrumento foi composto por 06 partes sendo elas: 1- Identificação; 2- Dados socioeconômicos; 3- Exposição da gestante; 4- Dados sobre pré-Natal; 5- Tratamento e seguimento da gestante; 6- Dados da criança. O instrumento de coleta foi preenchido pelos pesquisadores de acordo com as respostas obtidas durante a entrevista.

Após aprovação do Comitê de Ética e anuências dos locais de coleta, os autores compareciam aos locais de seguimento das crianças expostas à sífilis congênita, de acordo com agenda de atendimentos previamente disponibilizada.

No local, as mães eram convidadas a participar da pesquisa e após leitura e assinatura do TCLE, era realizada a entrevista conforme roteiro do instrumento. Os dados obtidos eram complementados com os prontuários. Nos casos em que o responsável legal não era a mãe da criança, o questionário era respondido em data posterior, quando a mãe pudesse comparecer, pela importância de aumentar a completude das informações.

Os dados obtidos foram inseridos no programa Microsoft Excel, onde dividiu-se as variáveis do instrumento em categorias. Um total de 32 variáveis foram divididas nas seguintes categorias: Aspectos sócio-demográficos-econômicos; exposição de risco materno; antecedentes obstétricos da mãe e exposição da criança. Foi realizado uma análise preliminar das variáveis para estabelecer relação de significância através da análise bivariada, utilizando o software Epi Info versão 7.2.1.0. Foram retirados da análise do estudo todos os casos ignorados, sendo esses por falta de registro nos prontuários ou por falta de comprovação durante as entrevistas.

Para caracterização demográfica e socioeconômica foram utilizadas as variáveis “Idade materna” (15 a 47 anos), “Município de residência” (capital ou interior), “Estado civil” (casada, solteira ou divorciada), “Anos de estudo materno” (0 a 5, 6 a 10 ou 11 a 15), “Número de pessoas que residem na casa” (1 a 4, 5 a 8, 9 a 11), “Situação econômica” (sem renda, <1 salário mínimo, 1 a 2, 2 a 5), “Vínculo conjugal” (parceiro fixo, eventual, não possui fixo ou eventual, outros), “Número de parceiros um ano antes da gestação”.

Sobre a exposição de risco materna foram considerados “Uso de preservativos nas relações sexuais” (sempre, às vezes ou nunca), “Diagnósticos de IST anterior à gestação” (sim ou não), “Teve conhecimento que poderia passar a sífilis para o bebê” (sim ou não), e se “Teve conhecimento sobre a importância do parceiro no tratamento” (sim ou não).

Na categoria relacionada aos antecedentes obstétricos da gestação da criança, analisou-se as variáveis “Realização do pré-natal” (sim ou não); “Teste não treponêmico na gestante” (reagente, não reagente, não realizado), nesse item, observou-se os casos sem registro e os valores reagentes com a titulação; “Realização do teste não treponêmico” (1ºTrimestre, 2ºTrimestre, 3ºTrimestre, durante o parto); “Teste treponêmico” (reagente, não reagente, não realizado); “Realização do teste treponêmico” (1ºTrimestre, 2ºTrimestre, 3ºTrimestre); “Momento do diagnóstico da sífilis materna” (antes do pré-natal, durante o pré-natal 1ºTrim/2ºTrim/3ºTrim, durante/após o parto); “Tratamento e segmento da gestante no pré-natal” (tratamento adequado/ inadequado/ não realizado). Foi considerado adequadamente tratada os casos que tiveram registro da

aplicação de, no mínimo, três doses de penicilina benzatina totalizando 7.200.000 UI, segundo recomendação do protocolo estadual vigente.

Com relação a variável denominada “Momento do diagnóstico da sífilis materna”, foi realizado a análise dos diagnósticos realizados fora do pré-natal para identificar os motivos que resultaram no diagnóstico ter sido realizado no parto ou no puerpério imediato.

A partir da variável denominada “Tratamento e seguimento da gestante no pré-natal”, foram analisados os casos considerados inadequados e realizado um levantamento das justificativas apresentadas no pré-natal e registradas nos prontuários, independentemente da quantidade de casos inadequados.

As variáveis relacionadas ao dados da criança foram: “Idade gestacional” (<37 ou ≥ 37 semanas); “Criança realizou exames complementares” (sim ou não); “Teste não treponêmico na criança” (reagente, não reagente, não realizado), foi demonstrado o número de casos sem registro e a titulação; “Teste não treponêmico no líquido”; “Realizado raio-x de ossos longos” (sim ou não); “Diagnóstico clínico da sífilis no recém-nascido (RN)” (sintomático ou assintomático); “Tratamento adequado do RN”. Foi considerado adequadamente tratado os casos que realizaram o tratamento após o nascimento seguindo as orientações do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis de 2017 do Ministério da Saúde.

A partir da variável denominada “Diagnóstico clínico da sífilis no RN”, foi realizado um levantamento dos principais sintomas apresentados pelos RN que tiveram diagnóstico clínico sintomático.

Os desfechos escolhidos para analisar os fatores associados foram o diagnóstico sintomático da sífilis congênita e o conhecimento da transmissão vertical da sífilis, sendo o primeiro associado com as variáveis diagnóstico tardio da sífilis materna e tratamento adequado da gestante; e o segundo com anos de estudo da gestante. Com base nessas variáveis, foram verificadas a frequência simples, análise do qui-quadrado e análise bivariada dos fatores associados à sífilis congênita.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa da Universidade Federal de Sergipe com parecer de número 1.885.457 e CAAE 630885516.9.0000.5546 em 23 de dezembro de 2016. Foram adotados todos os cuidados necessários para garantir o sigilo e confidencialidade das informações cedidas. Antes da realização de cada entrevista, foi

obtido a autorização da mulher, por meio de sua assinatura, após leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

3 RESULTADOS

A tabela 1 trata dos aspectos demográficos e socioeconômicos das mães. Dentre 109 mulheres, a média de idade foi de 26 anos com moda de 19, a maioria com faixa etária entre 20-24 anos (30/27,52%), seguido pela de 15-19 anos (28/25,69%), de 25-29 anos (19/17,43%) e de 30-34 anos; (16/14,68%). Pouco mais que a metade morava no interior (n=58/52,79%) e referiram ser casadas (n=62/56,36%). 41(36,61%) tem entre zero e oito anos de estudo e 71(63,39%) estudaram nove anos ou mais. Sobre o número de pessoas que residem junto com elas, 73(65,18%) responderam entre um e quatro; 35(31,25%) de cinco a oito moradores e quatro (3,57%) entre nove e onze pessoas. Verificou-se que entre 99 entrevistadas, 67(67,67%) tinham renda de um a dois salários mínimos; 24(24,24%) recebiam menos de um salário; cinco (5,05%) de dois a cinco salários e três (3,03%) relataram não ter renda salarial. Cerca de 93(83,04%) participantes relataram ter parceiro fixo, seguido de 16(14,29%) que disseram não possuir companheiro fixo ou eventual e três (2,68%) responderam vínculo eventual. Dentre 104 respostas a respeito do número de parceiros um ano antes da gestação, 90(86,54%) responderam que só tiveram um parceiro; nove (8,65%) relataram dois parceiros e cinco (4,81%) relataram ter tido três parceiros.

Tabela 1- Distribuição das variáveis sócio-demográficas e econômicas das mães das crianças com sífilis congênita. Sergipe. Período novembro de 2017 a abril de 2018.

Variáveis	N	%
Idade [anos] *N=109 Méd: 26; Mod: 19; Medi: 24; DP: 8; M: 47; m: 15		
15 - 19	28	25,69
20 - 24	30	27,52
25 - 29	19	17,43
30 - 34	16	14,68
35 - 39	9	8,25
40 - 44	5	4,59
45 - 47	2	1,83
Município de residência N=112		
Capital	54	48,21
Interior	58	52,79
Estado civil N=110		
Solteira	48	43,64
Casada	62	56,36
Anos de estudo N=112 Méd: 9; Mod: 12; Medi: 10; DP: 3; M:15; m: 0		
0-8	41	36,61

	>8	71	63,39
N° pessoas que residem na casa N=112	1-4	73	65,18
	5-8	35	31,25
	9-11	4	3,57
Situação econômica N=99	Sem renda	3	3,03
	<1 salário mínimo	24	24,24
	1-2 salário mínimo	67	67,67
	2-5 salário mínimo	5	5,05
Vínculo conjugal N=112	Parceiro fixo	93	83,04
	Eventual	3	2,68
	Sem parceiro	14	12,50
	Outros	2	1,79
N° parceiros 1 ano antes da gestação N=104	1 parceiro	90	86,54
	2 parceiros	9	8,65
	3 parceiros	5	4,81

*N=Obs. O número total difere nas variáveis pois retiraram-se os ignorados

A tabela 2 aborda a exposição de risco materna. Das 111 mulheres, 59(53,15%) referiram que às vezes utilizam o preservativo nas relações sexuais, seguido de 42(37,84%) que responderam não usar preservativos e 10(9,01%) afirmam que sempre usam. Quanto ao diagnóstico de IST, 93(83,78%) não tiveram, enquanto 18(16,21%) responderam sim, e nesses casos, 14(77,77%) não foram tratadas e somente 4(22,22%) foram tratadas. Se durante o pré-natal teve conhecimento que poderia passar sífilis para o bebê, 83(74,77%) afirmaram ter ciência da gravidade da doença e 28(25,22%) não tinham conhecimento; ainda nesse período, se soube da importância do parceiro no tratamento, 84(75,67%) responderam sim e 27(24,32%) não sabiam.

Tabela 2- Distribuição das variáveis relacionadas à exposição de risco materna das genitoras de crianças com sífilis congênita. Sergipe. Período novembro de 2017 a abril de 2018.

Variáveis	N (111)	%
Uso de preservativos nas relações sexuais		
Sempre	10	9,01
Às vezes	59	53,15
Nunca	42	37,84
Diagnóstico de IST anterior		
Sim	18	16,21
Não	93	83,78
Teve conhecimento que poderia passar a sífilis para o bebê		
Sim	83	74,77
Não	28	25,22

Teve conhecimento sobre a importância do parceiro no tratamento

Sim	84	75,67
Não	27	24,32

A tabela 3 está relacionada aos antecedentes obstétricos maternos; 110 (99,09%) realizaram pré-natal. Ao observar testes não treponêmicos durante o pré-natal, 78 (69,24%) tiveram resultados reagentes. Destes, 46 (57,50%) ainda no primeiro trimestre e 2 (2,50%) durante o parto. As titulações prevalentes foram 1:8 (n=19/24,8%) e 1:16 (n=13/16%). Ao observar os testes treponêmicos durante o pré-natal, 47 (41,96%) tiveram resultados reagentes, sendo 36 (67,92%) ainda no primeiro trimestre. Além da realização do teste no pré-natal, avaliou-se o momento do diagnóstico da sífilis materna. Das 108 mães, 38 (35,18%) tiveram diagnóstico no primeiro trimestre, 24 (22,22%) no segundo trimestre, 9 (8,33%) no momento do parto e 15 (13,88%) após o parto.

Ao analisar os motivos dos diagnósticos tardios (parto ou puerpério), os mais relatados foram testes não treponêmicos não reagentes no pré-natal (n=20/83,33%), falha no fluxo do serviço (n=14/58,33%) e protocolo não cumprido (n=6/25%). Ao analisar o tratamento e o seguimento das gestantes, 88 (78,57%) foram adequados e sete (6,25%) não tinham tratamento registrado. Dos sete casos inadequadamente tratados, seis (85,71%) tiveram tratamento com menos de três doses de penicilina e um (14,29%) teve o intervalo de aplicação das doses errado. Dos 10 casos que não realizaram tratamento, os motivos apresentados foram testes não reagentes dois (20%), testes não realizados quatro (40%), falhas no fluxo seis (60%) e o profissional considerou cicatriz sorológica dois (20%).

Tabela 3- Antecedentes obstétricos das genitoras de crianças com sífilis congênita. Sergipe. Período novembro de 2017 a abril de 2018.

Variáveis	N	%
Realização do pré-natal N=111		
Sim	110	99,09
Não	1	0,90
Teste não treponêmico na gestante N=112		
Reagente	78	69,64
Não Reagente	25	22,32
Não Realizado	9	8,04
Titulação casos reagentes registrados N= 63; Méd: 21; Mod: 8; Medi: 8; DP: 37; M: 258; m: 1		
1-4	16	25,40
8-16	33	53,97
32-258	14	20,63
Realização do teste não treponêmico N= 80		
1º Trimestre	46	57,50

2ºTrimestre	26	32,50
3ºTrimestre	6	7,50
Durante o parto	2	2,50
Teste treponêmico na gestante N=112		
Reagente	47	41,96
Não Reagente	16	14,29
Não Realizado	49	43,75
Realização do teste treponêmico N=53		
1ºTrimestre	36	67,92
2ºTrimestre	11	20,75
3ºTrimestre	6	11,32
Momento do diagnóstico da sífilis materna N=108		
Antes do Pré-Natal	13	12,04
Durante o Pré-Natal 1ºTrim	38	35,18
Durante o Pré-Natal 2ºTrim	24	22,22
Durante o Pré-Natal 3ºTrim	9	8,33
Durante o Parto	9	8,33
Após o parto	15	13,88
Diagnósticos realizados fora do pré-natal *N=24		
VDRL e TR não reagentes no PN	20	
Falha no fluxo do serviço	14	
Protocolo não cumprido	6	
Tratamento e seguimento da gestante no pré-natal N=112		
Adequado	88	78,57
Inadequado'	7	6,25
Não registrado	7	6,25
Não realizado	10	8,93
Casos inadequadamente tratados N=7		
Tratamento inferior a três doses de penicilina	6	85,71
Intervalo de aplicação das doses errado	1	14,28
Casos de tratamento não realizado * N=10		
Testes não reagentes	2	
Testes não realizados	4	
Falhas no fluxo	6	
Profissional considerou cicatriz sorológica	2	

* O N (número) das variáveis são diferentes pois excluíram-se os ignorados, e em outros nem todos tinham o evento de interesse. ** Número de vezes que cada justificativa apresentada foi citada.

A tabela 4 retrata os aspectos da exposição da criança à sífilis congênita. Ao analisar a idade gestacional da criança ao nascer, 77 (74,04%) nasceram com idade gestacional maior ou igual a 37 semanas e 27 (25,96%) menor que 37 semanas. Observou-se que 106 (97,25%) recém nascidos fizeram os exames complementares e três (2,75%) não realizaram. De acordo com os testes não treponêmicos 87 (77,68%) tiveram resultado reagente, 17 (15,18%) resultado não reagente e oito (7,14%) não realizaram. Dos casos reagentes 64 (73,56%) foram registrados em prontuário. As titulações prevalentes foram 1:2 (n=24/37,50%) e 1:4 (n=23/35,94%). Relacionado aos testes não treponêmicos no líquido 87 (77,68%) foram não reagentes e 25 (22,32%) não realizaram. De acordo com os registros, 101 (93,52%) realizaram raio-x de ossos longos. Diante das informações de

106 prontuários, 34 (32,08%) crianças tiveram diagnóstico sintomáticos. Os principais sintomas foram prematuridade (n=21), lesões ósseas (n=15) e icterícia (n=11). Dentre 99 casos, verificou-se que 88 (88,89%) recém nascidos receberam tratamento adequado.

Tabela 4 - Distribuição das variáveis relacionadas à exposição das crianças com sífilis congênita. Sergipe. Período novembro de 2017 a abril de 2018.

Variáveis	N	%
Idade gestacional ao nascer [semanas] N=104		
Méd: 38; Mod: 40; Med: 39; DP: 2,51; M: 42; m: 31		
Menor que 37	27	25,96
Maior ou igual a 37	77	74,04
Criança realizou exames complementares? N=109		
Sim	106	97,25
Não	3	2,75
Teste não treponêmico na criança N=112		
Reagente	87	77,68
Não reagente	17	15,18
Não realizado	8	7,14
Casos reagentes registrados N= 64; S/ registro:23		
Méd: 13; Mod: 2; Medi: 4; DP: 28; M: 128; m: 2		
2-8	50	78,12
16-128	14	21,88
Teste não treponêmico no líquido da criança N=112		
Não reagente	87	77,68
Não realizado	25	22,32
Realizado raio-x dos ossos longos N=108		
Sim	101	93,52
Não	7	6,48
Diagnóstico clínico da sífilis no RN N=106		
Assintomático	72	67,92
Sintomático	34	32,08
Sintomas apresentados		
Número de vezes que os sintomas foram apresentados		
Icterícia	11	
Anemia	2	
Hepatomegalia	1	
Esplenomegalia	1	
Lesões ósseas	15	
Prematuridade	21	
Colestase neonatal	2	
Baixo peso ao nascer	1	
Tratamento adequado do recém-nascido N=99		
Sim	88	88,89
Não	11	11,11

Os valores totais diferem devido à ausência de informação ou registro;

Méd: Média; Mod: Moda; Med: Mediana DP: Desvio Padrão; M: Máximo; m: Mínimo;

Ao realizar análise bivariada para verificar fatores associados à sífilis congênita, observou-se significância para o desfecho diagnóstico sintomático da sífilis congênita com o diagnóstico tardio da sífilis materna ($p < 0,05$; $Q_i = 43,6211$) e com o tratamento adequado da gestante ($p < 0,05$; $Q_i = 12,8091$). Outro fator encontrado foi a relação da baixa escolaridade com o conhecimento de que poderia passar a sífilis para o bebê ($p < 0,05$; $Q_i = 19,0572$).

4 DISCUSSÃO

Esse estudo demonstrou a real magnitude do problema da sífilis congênita no estado de Sergipe e a necessidade de garantir a prevenção e controle dessa doença, pois ainda continua com falhas inaceitáveis nas ações de saúde pública relacionadas a esse problema.

No geral, observou-se maioria para sífilis em mulheres jovens, de baixa renda e que moram no interior. Estudo em Londrina também identificou incidência da sífilis em mulheres na faixa etária de 25-34 anos (GOMES et al, 2017). O fato da maioria morar no interior, pode ter prejudicado seu acesso aos serviços de saúde, já que a referência para portadores de IST e seguimento de crianças expostas à sífilis ser apenas na capital do estado.

Sabe-se que anos de estudo também influencia na aquisição de conhecimento e adesão aos serviços de saúde. Outra pesquisa (LAFETÁ et al, 2016), como também o presente estudo, mostra que a maior parte das mães envolvidas têm mais de 8 anos de escolaridade.

No que se refere ao uso de preservativo nas relações sexuais, mais de um terço sequer utilizavam, o que as torna mais vulneráveis para diversas infecções sexualmente transmissíveis. Estudos previamente realizados com outros segmentos populacionais também apontaram baixa frequência no uso (NASCIMENTO; CAVALCANTI; ALCHIERI, 2017; REIS; MELO; GIR, 2016; CARRENO; COSTA, 2006). Ao analisar motivos de não uso do preservativo, foi o fato de já usar um método contraceptivo ou por já conhecer o parceiro, o que demonstra que o uso de preservativo para se proteger contra IST não é priorizado.

Fato preocupante evidenciado foi a alta ocorrência de diagnóstico de IST anterior à gestação, pois espera-se que no antenatal todas já sejam diagnosticadas e tratadas para uma possível gestação segura. Estudos corroboram com esse fato, inclusive com altas taxas de reinfecção da sífilis tanto em mulheres como na população em geral. (HEBMULLER; FIORI; LAGO, 2015; ALMEIDA; DONALISIO; CORDEIRO, 2017)

Pelo fato de a transmissão vertical ocorrer em qualquer fase da gestação e levando em consideração que o tempo de exposição e forma clínica aumenta a probabilidade de TV, evidencia-se a necessidade de diagnóstico precoce e orientações adequadas a respeito (REZENDE; BARBOSA, 2015; CAMPOS et al, 2012). O estudo observou que a maioria das gestantes foi orientada no pré-natal sobre os riscos de ocorrer a TV, entretanto um quarto dos casos relatou não ter recebido nenhuma informação a respeito.

Definição recente da Coordenação Nacional de IST estabeleceu que parceiros que não foram tratados ou inadequadamente tratados deixaram de caracterizar tratamento materno inadequado para fins de notificação (BRASIL, 2017). Apesar disso, há a necessidade que o parceiro seja tratado, tendo em vista o risco de reinfecção por meio da relação sexual desprotegida com a parceira. Estudos revelam que há parcerias que não aceitam o tratamento. Tendo em vista essa situação, destacou-se a relevância do profissional ao orientar a importância de o parceiro ser tratado. Os resultados mostraram que a maioria recebeu tal orientação, contudo um estudo realizado no estado de Goiás demonstrou que apenas 18% das parcerias receberam tratamento. (REZENDE; BARBOSA, 2015; CAMPOS et al, 2012)

A assistência no pré-natal possibilita a identificação de sífilis na gestação, de modo que seja tratada assim que descoberta, por isso a realização dos testes preconizados pelo MS é fundamental para prestar uma assistência de qualidade. Um estudo realizado na Maternidade da Fundação Santa Casa do Pará mostrou que mais de três quartos das puérperas com sífilis realizaram pré-natal, sendo que mais da metade realizou o pré-natal de forma completa e continuou apresentando testes não treponêmicos reagentes após o parto ou recém-nascidos com VDRL reagente (ARAÚJO et al, 2006). Durante a pesquisa em Sergipe foi identificado somente uma mulher que não realizou o pré-natal e relatou na entrevista que na época estava morando na rua e trabalhando como garota de programa.

Foi observado que a maioria das mulheres teve os testes não treponêmicos reagentes durante o primeiro trimestre da gestação. Apesar disso, o número de casos de sífilis congênita revela que a assistência não foi de qualidade. Mesmo o diagnóstico tendo sido realizado, é provável que tenha sido feito tratamento em período tardio ou mesmo não ter sido realizado. No Brasil houve melhora nos indicadores de cobertura de pré-natal, contudo a boa cobertura e a realização de um adequado número de consultas não têm sido suficientes para garantir assistência de qualidade (CAMPOS et al, 2010; WOLF, 2009; LIMA; COSTA; DOURADO, 2008). Estudos mostram também a importância da assistência pré-natal de qualidade com diagnóstico precoce da sífilis nas gestantes e destacam as consequências do tratamento inadequado da mesma sobre a morbimortalidade das crianças (HAWKES, 2011; HAWKES, 2013; GUST, 2002; MACHADO, 2013)

Como a rotina do pré-natal na maioria das unidades básicas de saúde do estado realizam triagem para sífilis a partir do teste rápido (teste treponêmico) por ser mais rápido para depois realizar o não treponêmico (VDRL), no presente estudo foi observado

que quase a metade não realizou essa triagem, evidenciando uma perda importante para diagnóstico e tratamento da sífilis. Um estudo realizado anteriormente mostrou que cerca de 44% não realizaram rastreamento de sífilis durante a gestação, demonstrando a pouca importância dada à prevenção da sífilis congênita através do rastreamento da gestante no pré-natal (ARAÚJO et al, 2006). Outro estudo sobre custo e efetividade encontrou que programas para eliminação da sífilis congênita por meio de triagem ampliada teria economia de custos pelo grande benefício que traria, principalmente com realização de exames (KAHN et al, 2014).

O Ministério da Saúde recomenda que todas gestantes realizem teste rápido para sífilis na primeira consulta do pré-natal, idealmente no primeiro trimestre de gravidez, no terceiro trimestre e na admissão para o parto (BRASIL, 2017). Nesse estudo foi observado que apenas um terço das mulheres atenderam a recomendação ideal do Ministério da Saúde. A realização tardia dos testes impossibilita a detecção no começo da gestação e o início precoce do tratamento.

Ao analisar o momento do diagnóstico da sífilis materna, foi evidenciado que mais que a metade das mães foi diagnosticadas durante a gestação e 12% já tinham seu diagnóstico antes desse período e mesmo assim não foram tratadas. Estudo realizado no Ceará corrobora com o encontrado nessa pesquisa, com maioria dos casos diagnosticados ainda durante o pré-natal (CAMPOS et al, 2010). No entanto, há diferenças quando o diagnóstico não foi realizado no pré-natal. Em Sergipe, a incidência de diagnósticos realizados antes do pré-natal foi maior do que o estudo realizado no Ceará, todavia a incidência de diagnósticos realizado no parto ou no puerpério foi inferior. Destacou-se, nesse estudo, os diagnósticos realizados após o parto, pois nesses casos não há mais formas de prevenção que o profissional possa seguir para evitar a sífilis congênita. Ao analisar os casos que tiveram diagnósticos fora do período gestacional, descobriu-se que a maioria teve testes treponêmicos e não treponêmicos não reagentes durante o pré-natal.

No tocante ao tratamento das gestantes no pré-natal, a maioria recebeu tratamento adequado, segundo as orientações existentes no protocolo para atenção integral às pessoas com IST do Ministério da Saúde, onde o tratamento deve estar de acordo com o estágio clínico da infecção e, na sua indefinição ou caso não seja possível conhecer a história de tratamento prévio adequado da gestante, considerar como sífilis terciária ou latente tardia (BRASIL, 2017). Assim, é imprescindível o controle de cura a fim de realizar avaliação do tratamento, controlando assim, as possíveis reinfecções especialmente quando o parceiro não comparece para tratamento.

Foi observado ainda alguns casos de tratamentos inadequados relacionados à doses e intervalos das medicações. Nota-se que mesmo com a facilidade de consultas em protocolos bem estabelecidos o não seguimento ainda acontece. As falhas na prevenção e controle da sífilis materna e congênita estão intimamente relacionadas à assistência pré-natal sendo as mais citadas: deficiência no fluxo das informações, atraso na entrega de exames, abandono do pré-natal, falhas na busca ativa das gestantes faltosas, dificuldade na captação e tratamento do parceiro, falta de seguimento da mãe e criança e de políticas que facilitem esse seguimento (MAGALHÃES et al, 2013; SARACENI; MIRANDA, 2012; LIMA et al, 2013).

A OMS estima que a cada ano quase um milhão de bebês nascem com sífilis congênita. Tendo como uma das consequências a prematuridade. Este estudo mostrou que a maioria das crianças nasceu eutrófica, assim como outras pesquisadas realizadas no Rio Grande do Sul e Distrito Federal (CHAVES et al, 2014; MAGALHÃES et al, 2013) que identificaram 67,6% e 78%, respectivamente, dos nascimentos com o mesmo período de semanas.

De acordo com o Ministério da Saúde, todas as crianças expostas de mães que não foram tratadas, ou que não receberam tratamento adequado, ou, ainda, aquelas com alterações ao exame físico devem ser submetidas aos exames complementares: amostra de sangue; avaliação neurológica, incluindo punção líquórica; RX de ossos longos e avaliação oftalmológica e audiológica (BRASIL, 2017), os dois últimos não foram abordados na pesquisa pois o questionário se baseou na ficha de notificação. Sobre esses exames, verificou-se que nem todas as crianças realizaram os exames preconizados logo após o nascimento, como também algumas falhas nos registros sobre o acompanhamento que é preconizado. Esse fato revela a inobservância dos profissionais com a investigação de sífilis congênita, em especial da neurosífilis, pois muitas crianças nascem assintomáticas.

Entre as crianças investigadas nesse estudo, a maioria teve diagnóstico clínico assintomático, o mesmo foi visto em outros trabalhos analisados em Niterói, Paraná, Fortaleza e no Distrito Federal (SOUZA et al, 2017; FELIZ et al, 2016; CARDOSO et al, 2018; MAGALHÃES et al, 2013). Porém, nas crianças deste estudo que apresentaram sintomas, os mais prevalentes foram: prematuridade, lesões ósseas e icterícia (21, 15 e 11 casos respectivamente), esse último foi o que mais apareceu numa pesquisa feita em Niterói (SOUZA et al, 2017) seguido de osteocondrite, esplenomegalia e lesões cutâneas.

Sobre o tratamento adequado do recém-nascido é importante considerar também a situação clínica-laboratorial da mãe, além dos exames complementares realizados na criança para que o esquema terapêutico seja efetivo. Durante a pesquisa, observou-se que, apesar da maioria ter recebido tratamento, ainda existiram 11% que não o fizeram. Levando em consideração todos os recursos disponíveis, não haveria razão para deixar de tratar crianças já captadas com o problema e permitir possíveis sequelas.

O Ministério da Saúde disponibiliza protocolos que estabelecem o que é considerado tratamento adequado para sífilis em gestante e congênita, de acordo com o tipo de antibiótico e esquema terapêutico. O presente estudo demonstrou que apesar da existência de protocolos que devem ser seguidos para a obtenção de tratamento adequado, ocorreram casos de tratamentos inadequados nos recém-nascidos e em gestantes. A inadequação dos casos em gestantes estão associados a erros na quantidade de doses e no intervalo de aplicação, já os casos considerados inadequados nos recém-nascidos estão associados a escolha errônea do esquema terapêutico preconizado.

Esse estudo teve algumas limitações. Uma delas foi registro ignorado de alguns acompanhamentos e na entrevista contou com falhas de memória das mães e mesmo falta de entendimento sobre a patologia para poder responder. Outra foi ter sido realizado nos locais de seguimento das crianças e não a totalidade exposta. Dessa forma algumas foram deixadas de fora da análise. No entanto, os dados revelam a maioria das crianças notificadas que foram analisadas em pareamento com suas mães o que demonstra fidedignidade nos detalhes demonstrados como também a magnitude do problema em questão.

A associação dos fatores nesse estudo, mostrou que há relação significativa entre a realização tardia do diagnóstico materno e o tratamento da gestante com a manifestação de sintomas no recém-nascido. Mostrou também a associação entre o conhecimento da transmissão vertical da sífilis com a escolaridade da gestante. Isso mostra que a assistência prestada durante o pré-natal é importante para detectar e tratar precocemente as gestantes com sífilis, de modo que diminua as chances de transmissão para a criança. Destaca-se também a necessidade de profissionais que orientem essas mulheres para que as recomendações para o tratamento correto sejam seguidas.

Outros estudos serão necessários para analisar crianças que não tiveram acesso aos serviços de seguimento assim como das que não foram notificadas. Ações de treinamento e respeito aos protocolos devem ser realizadas para minimizar um problema que tem recursos para captação, fácil diagnóstico e tratamento resolutivo.

CONCLUSÃO

Esse estudo identificou os fatores que estão associados à dinâmica da sífilis congênita em Sergipe e falhas na assistência pré-natal realizada no estado, bem como a sua eficácia diante da gestante com sífilis. Foi mostrado a real magnitude do problema da sífilis congênita por meio da identificação do seguimento das crianças diagnosticadas. Deste modo, é possível conhecer a real funcionalidade da assistência pré-natal realizada e buscar estratégias, junto ao MS, com o intuito de melhorar a assistência à gestante com sífilis e prevenir a transmissão vertical para a criança.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, C.A., DONALISIO, M.R., CORDEIRO, R. Factors associated with reinfection of syphilis in reference centers for sexually transmitted infections. **Rev de Saúde Pública**, v.51, n.64, p.1-9, 2017.

ARAÚJO, E.C. et al. The importance of prenatal care in the prevention of congenital syphilis. **Revista Paraense de Medicina**, v.20, n.1, p.47-51, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas- Infecções Sexualmente Transmissíveis**. Brasília, 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico – Sífilis**. Brasília, 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical de HIV, sífilis e hepatites virais**. Brasília, 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis**. Brasília, 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Nota Informativa nº 2-SEI/2017-.DIAHV/SVS/MS**. Brasília, 2017.

CAMPOS, A.L.A. et al. Syphilis in parturientes: aspects related to the sex partner. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v.34, n.9, p.397-402, 2012.

CAMPOS, A.L.A.; ARAÚJO MAL, M. S.P; GONÇALVES MLC. Epidemiologia da sífilis gestacional em Fortaleza, Ceará, Brasil: um agravado sem controle. **Cad Saude Publica**, v.26, n.9, p.1747-1755, 2010.

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

CARRENO, I., COSTA, J.S.D. Uso de preservativos nas relações sexuais: estudo de base populacional. **Rev de Saúde Pública**, v.40, n.4, p.720-726, 2006.

CHAVES, J. et al. Sífilis congênita: análise de um hospital do interior do estado de RS. **AMRIGS**, v.58, n.3, p.187-192, 2014.

FELIZ, M.C. et al. Aderência ao surgimento no cuidado ao recém-nascido exposto à sífilis e características associadas à interrupção do acompanhamento. **Rev Bras Epidemiol**, v.19, n.4, p.727-739, 2016.

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

GOMES, N.C.R.C. et al. Prevalence and factors associated with syphilis in a Reference Center. **Rev Soc Bras Med Trop**, v.50, n.1, p.27-34, 2017.

GUST, D.A. et al. Mortality associated with Congenital Syphilis in the United States, 1992-1998. **Pediatrics**, v.109, n.5, p.79-89, 2002.

HAWKES, S. et al. Effectiveness of interventions to improve screening for syphilis in pregnancy: a systematic review and meta-analysis. **Lancet Infect Dis**, v.11, n.9. p.684-691, 2011.

HAWKES, S.J., GOMEZ, G.B., BROUTET, N. Early Antenatal Care: Does It Make a Difference to Outcomes of Pregnancy Associated with Syphilis? A Systematic Review and Meta-Analysis. **PLoS ONE**; 8(2):e56713, 2013.

HEBMULLER, M.G., FIORI, H.H., LAGO, E.G. Subsequent pregnancies in women with previous gestational syphilis. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.20, n.9, p. 2867-2878, 2017.

KAHN, J.G. Et al. The Cost and Cost-Effectiveness of Scaling up Screening and Treatment of Syphilis in Pregnancy: A Model. **PLoS ONE**; 9(1):e87510, 2014.

LAFETÁ, K.R.G. et al. Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle. **Rev Bras Epidemiol**, v.19, n.1, p.63-74, 2016.

LIMA, B.G.C., COSTA. M.C.N., DOURADO, M.I.C. Avaliação da qualidade do rastreamento de HIV/AIDS e sífilis na assistência pré-natal. **Epidemiol Serv Saúde**, v.17, n.2, p.123-153, 2008.

LIMA, M.G. et al. Incidência e fatores de risco para sífilis congênita em Belo Horizonte, Minas Gerais, 2001-2008. **Cien Saude Colet**, v.18, n.2, p.499-506, 2013.

MACHADO, C.J. et al. Perdas fetais espontâneas e voluntárias no Brasil em 1999-2000: um estudo de fatores associados. **Rev Bras Epidemiol** , v.16, n.1, p.18-29, 2013.

MAGALHÃES, D.M.S. et al. Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. **Cad Saúde Pública**, v.29, n.6, p.1109-1120, 2013.

NASCIMENTO, E.G.C., CAVALCANTI, M.A.F., ALCHIERI, J.C. Adesão ao uso da camisinha: a realidade comportamental no interior do nordeste do Brasil. **Revista de Salud Pública**, v.19, n.1, 2017.

REIS, R.K., MELO, E.S., GIR, E. Factors associated with inconsistent condom use among people living with HIV/Aids. **Rev Bras Enferm**, v.69, n.1, p.47-53, 2016.

REZENDE, E.M.A., BARBOSA, N.B. Congenital Syphilis as an indicator for Prenatal Assistance in the state of Goiás. **Rev APS**, v.18, n.2, p. 220-232, 2015.

SARACENI, V., MIRANDA, A.E. Relação entre a cobertura da Estratégia Saúde da Família e o diagnóstico de sífilis na gestação e sífilis congênita. **Cad Saude Publica**, v.28, n.3, p.490-496, 2012.

SUTO, C.S.S. et al. Assistência pré-natal a gestante com diagnóstico de sífilis. **Rev Enferm Atenção Saúde. [Online]**, v.5, n.2, p.18-33, 2016.

TAYLOR, M. et al. Elimination of mother-to-child transmission of HIV and Syphilis (EMTCT): Process, progress, and program integration. **PLOS Medicine**, v.14, n.6, p.1-10, 2017.

SOUZA, L.F.M. et al. Analysis of congenital syphilis cases notification in a reference hospital of Niterói, Rio de Janeiro State, from 2008 to 2015. **J bras Doenças Sex Transm**, v.29, n.1, p.17-21, 2017.

VERONESI, R.; FOCACCIA, R. **Tratado de infectologia**. 4 ed. São Paulo: Atheneu, 2009.

WOLF, T. et al. Screening for syphilis infection in pregnant women: evidence for the U.S. preventive services task force reaffirmation recommendation statement. **Ann Intern Med**, v.150, n.10, p.705-710, 2009.

APÊNDICE A- INSTRUMENTO DE COLETA

INSTRUMENTO DE COLETA		Data: ____/____/____ Número: _____	
I- DADOS DE IDENTIFICAÇÃO / ASPECTOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS			
1.1 Nome:			
1.2 Idade:		DN:	
1.3 Ocupação			
1.4 Município de residência			
1.5 Zona de residência	(1) Urbana (2) Rural		
1.6 Estado civil	(1) Solteira (2) Casada (3) Divorciada (4) Viúva (9) Ignorado		
1.7 Cor/Etnia	(1) Branca (2) Negra (3) Parda (4) Indígena (5) Amarela (9) Ignorado		
II - DADOS SÓCIO-ECONÔMICOS			
2.1 Anos de Estudo			
2.2 Condições de moradia	(1) Própria (2) Em aquisição (4) Alugada (5) Invasa (3) Cedida (6) Outros		
2.3 Infraestrutura	() Água encanada () Fosso () Luz elétrica () Esgoto		
2.4 Número de pessoas que residem na casa			
2.5 Situação econômica	(1) Sem renda (2) Menos de 01 de salário (3) De 01 a 02 salários mínimos (4) De 02 a 05 salários (5) Mais de 05 salários (9) Ignorado		
III- DADOS SOBRE A EXPOSIÇÃO DA GESTANTE			
3.1 Tipo de vínculo conjugal	(1) Parceiro fixo (2) Parceiro eventual (3) Parceiro fixo e eventual eventual (4) Não possui parceiro fixo ou eventual (5) Outros		
3.2 N° de parceiros no último ano		3.3 Coitarca (idade)	
3.3 Uso de preservativo nas relações sexuais	(1) Sempre (2) Às vezes (3) Nunca		
3.4 Já teve alguma IST?	() Não () Sim. Qual? _____ Data do diagnóstico: ____/____/____ Foi tratada? () Não () Sim		

IV- DADOS SOBRE O PRÉ-NATAL	
4.1 Realizou pré-natal?	() Sim () Não
4.1.1 Se realizou, qual a data da 1ª consulta?	____/____/____
4.1.2 Ou mês/semanas que iniciou?	_____
4.2 E em qual Unidade de Saúde foi atendida?	
4.3 Profissional que atendeu as consultas de Pré-natal?	() Médico, quantas consultas? _____ () Enfermeiro, quantas consultas? _____ Total de consultas _____
4.4 Se não realizou o pré-natal, qual(is) o(s) motivo(s)?	() Desconhece a importância do pré-natal () Trabalha e não teve tempo () Dificuldade de acesso (demora) para agendar consulta no pré-natal ou na unidade de referência () Local muito distante, não tinha dinheiro para ir ao pré-natal () Outro _____ _____
4.5 Testes Não treponêmicos no Pré-natal	() Reagente () Não Reagente () Não Realizado Título 1: _____
4.5.2 Quando foi realizado?	() Reagente () Não Reagente () Não Realizado Título 1: _____
4.5.2 Quando foi realizado?	() 1ª consulta de pré-natal () 1º trimestre () 2º trimestre () 3º trimestre () No momento do parto/curetagem () Após o parto
4.6 Teste Treponêmico no Pré-natal	() Reagente () Não Reagente () Não Realizado

<p>4.6.1 Quando foi realizado?</p>	<p>() 1ª consulta de pré-natal</p> <p>() 1º trimestre</p> <p>() 2º trimestre</p> <p>() 3º trimestre</p> <p>() No momento do parto/curetagem</p> <p>() Após o parto</p>
<p>4.7 Momento do diagnóstico da Sífilis Materna?</p>	<p>() Antes do pré-natal () Durante o pré-natal</p> <p>() Durante o parto () 1ºtrim () 2ºtrim () 3ºtrim</p> <p>() Durante curetagem</p> <p>() Após o parto</p> <p>() Desconhecido Data do diagnóstico: ____/____/____</p>
<p>4.8 No caso de o diagnóstico materno de sífilis ter sido realizado no parto/puerpério, qual foi o motivo?</p>	<p>() Não fez pré-natal</p> <p>() Fez pré-natal e não foi solicitado teste para sífilis</p> <p>() Fez pré-natal, foi solicitado teste para sífilis, mas houve falha no fluxo do serviço.</p> <p>() Fez pré-natal, foi solicitado teste para sífilis, mas houve falha no fluxo do laboratório.</p> <p>() Erro de diagnóstico (falha no entendimento - profissional de saúde considerou "cicatriz sorológica")</p> <p>() Teste rápido para sífilis não disponível na Unidade de Saúde</p> <p>() Outro. Especifique:</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>4.9 Teve conhecimento que poderia passar a Sífilis para o bebê?</p>	<p>() Sim () Não</p>
<p>4.10 Teve conhecimento sobre a importância do parceiro no tratamento?</p>	<p>() Sim () Não</p>
<p>4.11 Realizou exame especular na gestação?</p>	<p>() Sim () Não</p>
<p>V- TRATAMENTO E SEGMENTO DA GESTANTE</p>	
<p>5.1 Qual a forma clínica da Sífilis materna, durante a gestação?</p>	<p>() Primária</p> <p>() Secundária</p> <p>() Latente precoce</p> <p>() Latente tardia</p> <p>() Latente duração indeterminada</p> <p>() Terciária</p> <p>() Não soube informar</p>
<p>5.2 Qual medicamento foi utilizado?</p>	<p>() Penicilina benzatina 2.400.000UI</p> <p>() Penicilina benzatina 4.800.000UI</p> <p>() Penicilina benzatina 7.200.000UI</p> <p>() Outro medicamento. Por quê?</p> <p>_____</p> <p>Qual? _____</p> <p>Quanto tempo? _____ dias</p>

5.3 Se Penicilina benzatina, quantas doses?	
5.4 Se não fez o tratamento, informar o(s) motivo(s)	<input type="checkbox"/> Sorologias para sífilis não realizadas <input type="checkbox"/> Atraso nos resultados das sorologias <input type="checkbox"/> Medicamento não disponível no serviço <input type="checkbox"/> Medicamento não prescrito <input type="checkbox"/> Medicamento não administrado, apesar da prescrição e disponibilidade no serviço <input type="checkbox"/> Gestante faltou ao tratamento <input type="checkbox"/> Gestante recusou o tratamento <input type="checkbox"/> Profissional de saúde considerou resultado do teste para sífilis como "cicatriz sorológica" <input type="checkbox"/> Serviço não aplica penicilina benzatina na rotina <input type="checkbox"/> Foi encaminhada para outro serviço para receber penicilina benzatina e não compareceu <input type="checkbox"/> Alérgica a penicilina, não realizou dessensibilização (falta local de referência) <input type="checkbox"/> Iniciou o pré-natal no final da gestação/realizou apenas uma consulta <input type="checkbox"/> Outros_____
5.5 Terminou o tratamento 30 dias antes do parto?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
5.6 Após o tratamento, repetiu o VDRL?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
5.7 O parceiro foi tratado concomitantemente a gestante?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
VI- DADOS DA CRIANÇA	
6.1 Local do parto:	
6.2 Idade gestacional da criança ao nascer:	
6.3 A criança realizou exames complementares?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
6.4 Teste não treponêmico em Sangue Periférico	<input type="checkbox"/> Reagente Se reagente, Título 1: _____ <input type="checkbox"/> Não-reagente <input type="checkbox"/> Não realizado Data do teste: ____/____/____ Data do diagnóstico: ____/____/____
6.5 Teste não treponêmico no Líquor	<input type="checkbox"/> Reagente Se reagente, Título 1: _____ <input type="checkbox"/> Não-reagente <input type="checkbox"/> Não realizado Data do teste: ____/____/____ Data do diagnóstico: ____/____/____
6.6 Foi realizado RX de ossos longos no recém-nascido?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
6.7 Diagnóstico clínico	<input type="checkbox"/> Assintomático <input type="checkbox"/> Sintomático <input type="checkbox"/> Não realizado

6.8 Presença de sinais e sintomas	<input type="checkbox"/> Icterícia <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Hepatomegalia <input type="checkbox"/> Esplenomegalia <input type="checkbox"/> Rinite mucosanguinolenta <input type="checkbox"/> Lesões cutâneo-mucosas <input type="checkbox"/> Lesões ósseas Outras: _____
6.9 Motivo(s) de não realizar os exames complementares	<input type="checkbox"/> Médico não solicitou os exames <input type="checkbox"/> Não havia médico para colher líquido <input type="checkbox"/> Laboratório da maternidade não realiza exame VDRL <input type="checkbox"/> Maternidade não faz RX de ossos longos <input type="checkbox"/> Aparelho de RX quebrado <input type="checkbox"/> Mãe não fez diagnóstico de sífilis <input type="checkbox"/> Recém-nascido com VDRL não reagente <input type="checkbox"/> Mãe com história de sífilis tratada adequadamente durante a gestação
6.10 Qual medicamento foi utilizado?	<input type="checkbox"/> Penicilina G cristalina 100.000 a 150.000 UI/Kg/dia, durante 10 dias <input type="checkbox"/> Penicilina G procaína 50.000 UI/Kg/dia, durante 10 dias <input type="checkbox"/> Penicilina G benzatina 50.000 UI/kg, dose única <input type="checkbox"/> Outro medicamento. Por quê? _____ Qual? _____ Quanto tempo? _____ dias
6.11 Se não fez o tratamento, informar o(s) motivo(s)	<input type="checkbox"/> Medicamento (penicilina) não disponível na maternidade <input type="checkbox"/> Mãe não realizou sorologia para sífilis no parto <input type="checkbox"/> Recém-nascido não realizou teste não treponêmico <input type="checkbox"/> Teste não treponêmico no recém-nascido não reagente <input type="checkbox"/> Recusa da mãe em medicar a criança <input type="checkbox"/> Outros _____
6.12 Evolução do caso	<input type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Óbito por sífilis congênita <input type="checkbox"/> Óbito por outras causas <input type="checkbox"/> Aborto <input type="checkbox"/> Natimorto Data do óbito: ____/____/____ <input type="checkbox"/> Sífilis Congênita recente <input type="checkbox"/> Sífilis Congênita tardia

APÊNDICE B- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Prezada Senhora,

Gostaríamos de convidá-la a participar do estudo intitulado, “Falhas na atenção primária que comprometem a prevenção da sífilis congênita”, que tem por objetivo identificar as ações desenvolvidas na atenção primária na prevenção da sífilis congênita no Estado de Sergipe e verificar se as ações desenvolvidas estão sendo realmente efetivas na eliminação dessa doença.

A pesquisa terá participação voluntária e não apresentará risco para o participante. A participante/pesquisada envolvida poderá receber os esclarecimentos adicionais que julgar necessários sempre que solicitar. A participante selecionada poderá recusar-se a participar ou retirar-se da pesquisa em qualquer fase da mesma, sem nenhum tipo de penalidade, constrangimento ou prejuízo aos mesmos. Nenhum tipo de remuneração será realizada para o participante em nenhuma fase do estudo. O sigilo das informações será preservado através de adequada codificação dos instrumentos de coleta de dados. Especificamente, nenhum nome, identificação de pessoas ou de locais interessa a esse estudo. Todos os registros efetuados no decorrer desta investigação serão usados para fins unicamente acadêmico-científicos e apresentados na forma de TCC, monografia ou artigo científico, não sendo utilizados para qualquer fim comercial.

Em caso de concordância com as considerações expostas, solicitamos que assine as duas vias deste “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” no local indicado. Uma via ficará com os pesquisadores e a outra será para a voluntária. Desde já agradecemos sua colaboração e nos comprometemos com a disponibilização à instituição dos resultados obtidos nesta pesquisa, tornando-os acessíveis a todos os participantes.

Eu, _____,
assino o termo de consentimento, após esclarecimento e concordância com os objetivos e condições da realização da pesquisa “Sífilis Congênita: falhas na atenção primária que comprometem a prevenção dessa doença.”, permitindo, também, que os resultados gerais deste estudo sejam divulgados sem a menção dos nomes dos pesquisados.

_____, de _____ de 2017

ANEXO A- PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UFS - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO DE ARACAJÚ
DA UNIVERSIDADE FEDERAL

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DA SÍFILIS CONGÊNITA EM SERGIPE

Pesquisador: Ligia Mara Dolce de Lemos

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 63088516.9.0000.5546

Instituição Proponente: FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.885.457

Apresentação do Projeto:

Trata-se de estudo retrospectivo e descritivo para investigar os casos de sífilis materna e congênita notificados em Aracaju. A pesquisa será desenvolvida a partir dos casos notificados de sífilis congênita em gestantes no Sistema de Informação Agravos e Notificação (SINAN) na cidade de Aracaju-Sergipe.

Objetivo da Pesquisa:

Conhecer a epidemiologia da sífilis congênita na cidade de Aracaju por meio do banco de dados do Sistema de Informação de Agravos e Notificação (SINAN), Aracaju, Sergipe.

Objetivo Secundário:

- Identificar os casos de sífilis congênita notificados no SINAN-Sergipe nos anos de 2011 a 2016;
- Investigar os fatores determinantes da transmissão vertical que levam a persistência da sífilis congênita.
- Verificar o uso do protocolo vigente para prevenção e controle da sífilis congênita.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Com relação aos riscos, esses serão mínimos por se tratar de pesquisa em banco de dados, mas serão respeitados o anonimato dos nomes contidos nas fichas.

Benefícios:

Como benefício da pesquisa, com os resultados sobre o comportamento da sífilis em Sergipe

UFS - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO DE ARACAJÚ
DA UNIVERSIDADE FEDERAL



Continuação do Parecer: 1.885.457

poderá haver planejamento direcionado para a população estudada e assim minimizar os problemas de saúde pública com relação à patologia estudada.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

a pesquisa não necessitará do cálculo amostral pois serão incluídas todas as gestantes e crianças diagnosticadas com sífilis e que estejam notificadas pelo sistema de Informações de agravos nacionais (SINAN) no período de 2011 a 2016. As fichas de notificação serão analisadas no Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN) e serão incluídas todas as notificações do banco de sífilis excluindo casos de duplicidade, inconsistências e que estejam fora do recorte temporal.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos devidamente apresentados.

Recomendações:

Não se aplicam.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

não se aplicam.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_833975.pdf	01/12/2016 17:51:29		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetrodriguez.doc	01/12/2016 17:50:50	Ligia Mara Dolce de Lemos	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostoligia.pdf	01/12/2016 17:48:03	Ligia Mara Dolce de Lemos	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

UFS - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO DE ARACAJÚ
DA UNIVERSIDADE FEDERAL



Continuação do Parecer: 1.885.457

ARACAJU, 23 de Dezembro de 2016

Assinado por:
Anita Herminia Oliveira Souza
(Coordenador)