



PRYCILLA ALBUQUERQUE DE RESENDE GUERRA

**PERFIL DA SÍFILIS GESTACIONAL E CONGÊNITA NO MUNICÍPIO DO RIO
GRANDE**

Rio Grande

2019

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**PERFIL DA SÍFILIS GESTACIONAL E CONGÊNITA NO MUNICÍPIO DO RIO
GRANDE**

PRYCILLA ALBUQUERQUE DE RESENDE GUERRA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande – FURG para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem. Linha de Pesquisa: Tecnologia de Enfermagem/Saúde a indivíduos e Grupos Sociais.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Giovana Calcagno Gomes.

Rio Grande
2019

Ficha Catalográfica

G934p Guerra, Prycilla Albuquerque de Resende.

Perfil da sífilis gestacional e congênita no município do Rio Grande / Prycilla Albuquerque de Resende Guerra. – 2019.
87 f.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande – FURG, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Rio Grande/RS, 2019.

Orientadora: Dra. Giovana Calcagno Gomes.

1. Epidemiologia 2. Enfermagem 3. Recém-Nascido
4. Sífilis Congênita 5. Sorodiagnóstico da Sífilis I. Gomes, Giovana Calcagno II. Título.

CDU 616-002.6(816.5)

PRYCILLA ALBUQUERQUE DE RESENDE GUERRA

PERFIL DA SÍFILIS GESTACIONAL E CONGÊNITA NO MUNICÍPIO DO RIO GRANDE

Esta tese foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título de Mestre em Enfermagem e aprovada na sua versão final em seis de dezembro de 2019, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal do Rio Grande, Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Área de Concentração Enfermagem e Saúde.

Dr^a. Mara Regina Santos da Silva
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem FURG

BANCA EXAMINADORA

Dra. Giovana Calcagno Gomes- Presidente (FURG)

Dra. Marina Soares Mota – Efetivo (UFPEL)

Dra. Stella Minasi de Oliveira– Efetivo (FURG)

Dra. Marlise Capa Verde Almeida de Mello – Suplente (FURG)

Dra. Simone Quadros Alvarez – Suplente (Santa Casa)

AGRADECIMENTOS

Agradeço a DEUS, pelas conquistas alcançadas e por sempre me guiar no melhor caminho.

As minhas filhas, Larissa e Luiza, inspirações da minha vida! AMO MUITO!

Ao meu esposo, Hamilton, por estar sempre ao meu lado, me incentivando e apoiando nas minhas decisões. Suas palavras são muito importantes para mim!

Aos meus pais, Hilma e Pedro, aos quais devo a vida e todas as oportunidades que nela tive. Obrigada pelo amor e carinho!

Aos meus irmãos, Alynne, João Paulo e Pedro, que mesmo de longe sei que posso contar com vocês.

A minha orientadora, Prof^a Giovana Calcagno Gomes, que me acolheu e me ajudou nessa caminhada, com suas orientações, apoio e incentivo.

Aos componentes da banca, que aceitaram participar desse momento tão importante, obrigada pela ajuda para enriquecer meu trabalho.

A Universidade Federal do Rio Grande e ao programa de pós graduação em enfermagem, pelo auxílio na minha formação.

Agradeço ainda aos meus amigos e familiares que ao longo desta etapa me encorajaram e me apoiaram, tornando esta etapa da minha vida mais leve e feliz.

Muito Obrigada!

RESUMO

GUERRA, Prycilla Albuquerque De Resende. **Perfil da sífilis gestacional e congênita no município do Rio Grande**. 2019, 87 p. Dissertação. (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande.

A Sífilis Congênita permanece um grande desafio à Saúde Pública em muitos países, incluindo no Brasil. O objetivo da pesquisa foi conhecer o perfil da Sífilis Gestacional e Congênita no município do Rio Grande. Realizou-se no período de junho a setembro do ano de 2019 um estudo de abordagem quantitativa do tipo descritivo e transversal. A amostra foi composta por 67 casos de sífilis em gestantes diagnosticados, através do teste rápido para sífilis nas Unidades Básicas de Saúde e Unidades de Estratégia de Saúde da Família do ano de 2018 e por 89 casos de sífilis congênita diagnosticados por meio de teste não treponêmico reagente nos Hospitais do município de Rio Grande, Rio Grande do Sul, do ano de 2018. A coleta de dados deu-se nos prontuários das gestantes e dos recém-nascidos por meio de dois instrumentos. Foi utilizado o *software* estatístico *Statistical Package for Social Science* versão 24.0 para organização dos dados. Esses receberam tratamento estatístico descritivo, sendo apresentados em tabelas. Foram respeitados os aspectos éticos para pesquisa com seres humanos seguindo os preceitos da resolução 466/2012, CAAE: 12658919.2.0000.5324. Em relação à Sífilis Gestacional, 60% das gestantes estavam na faixa etária entre 20 a 34 anos, 33% eram brancas, 36% conviviam com o companheiro, 40% não chegaram ao ensino médio, 66% residiam na zona urbana, 46% estavam na terceira gestação ou mais, 55% iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre, 48% foram diagnosticadas no primeiro trimestre de gestação, a Penicilina G. Benzatina 7.200 000UI foi prescrita para 97% das gestantes, sendo o tratamento concluído 30 dias antes do parto em 66% dos casos. Apenas 15% dos parceiros concluíram o tratamento. Nos hospitais, foram analisados 89 prontuários de recém-nascidos e de suas genitoras. A incidência de sífilis congênita foi de 31,4 casos para cada 1000 nascidos vivos, 52% dos recém-nascidos foram do sexo masculino, a média de idade gestacional ao nascimento foi de 39 semanas, 8% nasceram pré-termo, 14% nasceram com baixo peso, não houve óbitos. Todos nasceram assintomáticos, 98% realizaram tratamento para sífilis congênita no hospital e 76% dos tratamentos foram com a Penicilina G. Cristalina. Porém, 91% das suas genitoras tiveram assistência pré-natal, realizando uma média de sete consultas e 42% das genitoras foram consideradas adequadamente tratadas antes do parto. Ao comparar os dados da atenção básica com os dos Hospitais, pelo menos 14 gestantes da atenção básica tiveram seus recém-nascidos tratados para sífilis congênita. Verificou-se a necessidade de melhoria na qualidade da assistência pré-natal, no sentido da busca ativa da gestante e do parceiro para realização do diagnóstico e início precoce do tratamento. É necessária a disponibilização de tecnologias necessárias para diagnóstico, tratamento e controle/seguimento, melhoria na qualidade dos registros e atividades educativas dentro da comunidade relacionadas à sífilis. Espera-se que este trabalho contribua para o planejamento de ações mais eficazes no combate à sífilis congênita.

Descritores: Epidemiologia. Enfermagem. Recém-Nascido. Sífilis Congênita. Sorodiagnóstico da Sífilis.

ABSTRACT

GUERRA, Pricilla Albuquerque De Resende. **Profile of gestational and congenital syphilis in the city of Rio Grande**. 2019, 87 p. Dissertation. (Master in Nursing) - Postgraduate Program in Nursing, Federal University of Rio Grande, Rio Grande.

Congenital Syphilis remains a major public health challenge in many countries, including Brazil. The objective of this research was to know the profile of Gestational and Congenital Syphilis in Rio Grande. From June to September of 2019, a descriptive and cross-sectional quantitative study was carried out. The sample consisted of 67 cases of syphilis in pregnant women diagnosed through the rapid syphilis test in the Basic Health Units and Family Health Strategy Units of 2018 and 89 cases of congenital syphilis diagnosed by non-treponemal test. reagent in the hospitals of the city of Rio Grande, Rio Grande do Sul, from 2018. Data were collected from the records of pregnant women and newborns using two instruments. Statistical Package for Social Science version 24.0 was used for data organization. These received descriptive statistical treatment, being presented in tables. The ethical aspects for research with human beings were respected following the precepts of resolution 466/2012, CAAE: 12658919.2.0000.5324. Regarding Gestational Syphilis, 60% of pregnant women were between 20 and 34 years old, 33% were white, 36% lived with their partner, 40% did not reach high school, 66% lived in the urban area, 46% were In the third pregnancy or more, 55% started prenatal care in the first trimester, 48% were diagnosed in the first trimester, Penicillin G. Benzatin 7,200,000UI was prescribed to 97% of pregnant women, and treatment was completed 30 days before childbirth in 66% of cases. Only 15% of partners completed the treatment. In hospitals, 89 medical records of newborns and their mothers were analyzed. The incidence of congenital syphilis was 31.4 cases per 1000 live births, 52% of newborns were male, mean gestational age at birth was 39 weeks, 8% were born preterm, 14% were born underweight, there were no deaths. All were born asymptomatic, 98% underwent treatment for congenital syphilis in the hospital and 76% of the treatments were with Penicillin G. Cristalina. However, 91% of their mothers had prenatal care, performing an average of seven consultations, and 42% of their mothers were considered to be adequately treated before delivery. When comparing primary care data with those from hospitals, at least 14 primary care pregnant women had their newborns treated for congenital syphilis. There was a need to improve the quality of prenatal care, in the sense of active search of pregnant women and partners for diagnosis and early treatment initiation. The availability of technologies necessary for diagnosis, treatment and control / follow-up, improved quality of records and syphilis-related educational activities within the community is required. This work is expected to contribute to the planning of more effective actions to combat congenital syphilis.

Keywords: Epidemiology. Nursing. Newborn. Congenital syphilis. Syphilis serodiagnosis.

RESUMEN

GUERRA, Prycilla Albuquerque De Resende. **Perfil de sífilis gestacional y congénita en la ciudad de Río Grande**. 2019, 87 p. Disertación (Máster en Enfermería) - Programa de Posgrado en Enfermería, Universidad Federal de Río Grande, Río Grande.

La sífilis congénita sigue siendo un importante desafío para la salud pública en muchos países, incluido Brasil. El objetivo de la investigación fue conocer el perfil de la sífilis gestacional y congénita en la ciudad de Río Grande. De junio a septiembre de 2019, se realizó un estudio cuantitativo descriptivo y transversal. La muestra consistió en 67 casos de sífilis en mujeres embarazadas diagnosticadas a través de la prueba rápida de sífilis en las Unidades Básicas de Salud y las Unidades de Estrategia de Salud Familiar de 2018 y 89 casos de sífilis congénita diagnosticada por prueba no treponémica. reactivo en los hospitales de la ciudad de Río Grande, Rio Grande do Sul, desde 2018. La recolección de datos se realizó en los registros médicos de mujeres embarazadas y recién nacidos utilizando dos instrumentos. Se utilizó el paquete estadístico para ciencias sociales versión 24.0 para la organización de datos. Estos recibieron tratamiento estadístico descriptivo, que se presenta en tablas. Los aspectos éticos para la investigación con seres humanos se respetaron siguiendo los preceptos de la resolución 466/2012, CAAE: 12658919.2.0000.5324. Con respecto a la sífilis gestacional, el 60% de las mujeres embarazadas tenían entre 20 y 34 años, el 33% eran blancas, el 36% vivía con su pareja, el 40% no llegó a la escuela secundaria, el 66% vivía en el área urbana, el 46% eran En el tercer embarazo o más, el 55% comenzó la atención prenatal en el primer trimestre, el 48% fueron diagnosticados en el primer trimestre, se prescribió penicilina G. Benzatin 7,200,000UI al 97% de las mujeres embarazadas, y el tratamiento se completó 30 días antes parto en el 66% de los casos. Solo el 15% de los socios completaron el tratamiento. En los hospitales, se analizaron 89 registros médicos de recién nacidos y sus madres. La incidencia de sífilis congénita fue de 31.4 casos por 1000 nacidos vivos, el 52% de los recién nacidos eran varones, la edad gestacional media al nacer fue de 39 semanas, el 8% nacieron prematuros, el 14% nacieron bajo peso, no hubo muertes. Todos nacieron asintomáticos, el 98% se sometió a tratamiento para la sífilis congénita en el hospital y el 76% de los tratamientos fueron con Penicilina G. Cristalina. Sin embargo, el 91% de sus madres recibieron atención prenatal, realizando un promedio de siete consultas, y el 42% de sus madres fueron consideradas adecuadamente tratadas antes del parto. Al comparar los datos de atención primaria con los de los hospitales, al menos 14 mujeres embarazadas de atención primaria hicieron que sus recién nacidos recibieran tratamiento para la sífilis congénita. Era necesario mejorar la calidad de la atención prenatal, en el sentido de la búsqueda activa de mujeres embarazadas y parejas para el diagnóstico y el inicio temprano del tratamiento. Se requiere la disponibilidad de tecnologías necesarias para el diagnóstico, tratamiento y control / seguimiento, una mejor calidad de los registros y actividades educativas relacionadas con la sífilis dentro de la comunidad. Se espera que este trabajo contribuya a la planificación de acciones más efectivas para combatir la sífilis congénita.

Palabras clave: Epidemiología. Enfermería Recién nacido. Sífilis congénita. Serodiagnóstico de sífilis.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Características sociodemográficas de gestantes com sífilis da atenção básica, sendo o n=67. Rio Grande-RS, 2018.

Tabela 2- Características obstétricas relacionadas ao diagnóstico e tratamento das gestantes com sífilis da atenção básica, sendo o n=67. Rio Grande-RS, 2018.

Tabela 3- Características sociodemográficas e clínicas dos recém-nascidos com sífilis congênita nos hospitais, sendo o n=89. Rio Grande-RS, 2018.

Tabela 4- Características sociodemográficas e clínicas das genitoras dos recém-nascidos com sífilis congênita nos hospitais, sendo o N=89. Rio Grande-RS, 2018.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPSad - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

CEPAS/FURG - Comitê de Ética em Pesquisa da Área da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande

CONITEC - Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS

DATASUS - Departamento de Informações do SUS

ELISA - *Enzyme Linked Immunosorbent Assay*

EQL - Eletroquimioluminescente

FEBRASGO - Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia

FTA-Abs - *Fluorescent Treponemal Antibody Absorption*

HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana

HFTM - Hospital das Clínicas do Triângulo Mineiro

HU/FURG - Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr.

MS - Ministério da Saúde

NUMESC - Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva

OMS - Organização Mundial de Saúde

PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente

PHPN - Programa de Humanização do Parto e Nascimento

RN - Recém-nascido

RPL - *Rapid Test Reagin*

SC - Sífilis Congênita

SG - sífilis Gestacional

SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica

SIM - Sistema de Informação sobre Mortalidade

SINAN - Sistema de Informação de Agravos e Notificação

SPSS - *Statistical Package for Social Sciences*

SUS - Sistema Único de Saúde

TPHA - *T. pallidum Haemagglutination test*

TRUST- *Toluidine Red Unheated Serum Test*

UBSF - Unidades Básicas de Saúde da Família

UBS - Unidades Básicas de Saúde

VDRL- *O Venereal Disease Research Laboratory*

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	12
2	OBJETIVOS.....	18
2.1	OBJETIVO GERAL.....	18
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	18
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	19
3.1	A EPIDEMIOLOGIA DA SÍFILIS.....	19
3.2	A SÍFILIS GESTACIONAL E O PRÉ-NATAL.....	23
3.3	O DIAGNÓSTICO DE SÍFILIS CONGÊNITA NO RECÉM-NASCIDO.....	27
3.4	A ENFERMAGEM FRENTE À SÍFILIS GESTACIONAL E A SÍFILIS CONGÊNITA.....	31
4	METODOLOGIA.....	34
4.1	TIPO DE ESTUDO.....	34
4.2	LOCAL DE REALIZAÇÃO DO ESTUDO.....	34
4.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	36
4.4	MÉTODO DE COLETA DE DADOS.....	37
4.5	MÉTODO DE ANÁLISE DOS DADOS.....	38
4.6	ASPECTOS ÉTICOS.....	39
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	40
5.1	CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DAS GESTANTES COM SÍFILIS.....	40
5.2	CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS E CARACTERÍSTICAS RELACIONADAS AO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DAS GESTANTES COM SÍFILIS.....	44
5.3	INCIDÊNCIA DA SÍFILIS CONGÊNITA NO MUNICÍPIO DE RIO GRANDE E O SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS E NOTIFICAÇÃO.....	51
5.4	CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, CLÍNICAS E O TRATAMENTO DO RECÉM-NASCIDOS COM SÍFILIS CONGÊNITA.....	53
6	CONCLUSÃO.....	67
	REFERÊNCIAS.....	72
	APÊNDICE A- INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.	83
	APÊNDICE B- INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	85
	ANEXOS.....	87

1 INTRODUÇÃO

A Sífilis é uma infecção de caráter sistêmico, causada pelo *Treponema Pallidum*. É transmitida principalmente por via sexual e vertical. Seus estágios foram descritos pela primeira vez em meados de 1800 por Philippe Ricord e são classificados como: sífilis primária, sífilis secundária, sífilis latente e sífilis terciária (RICORD, 1838; BRASIL, 2016). Quando transmitida por via vertical acarreta o desenvolvimento da sífilis congênita (SC), podendo provocar consequências severas como abortamento, parto pré-termo, manifestações congênitas precoces ou tardias e/ou morte do recém-nascido (RN) (BRASIL, 2015).

Apenas os casos mais graves nascem com sinais e sintomas. As manifestações clínicas da sífilis congênita precoce são: hepatomegalia, lesões cutâneas, petéquias, púrpura, sofrimento respiratório, rinite sero-sanguinolenta, anemia, linfadenopatia generalizada, fissura peribucal, síndrome nefrótica, hidropsia, edema, convulsão, meningite, periostite ou osteíte ou osteocondrite e pseudoparalisia dos membros. Já as manifestações tardias são: tibia em “lâmina de sabre”, articulações de Clutton, fronte olímpica, nariz em sela, dentes incisivos medianos superiores deformados, molares em amora, rágades periorais, mandíbula curta, arco palatino elevado, ceratite intersticial, surdez neurológica e dificuldade no aprendizado (BRASIL, 2019).

O Ministério da Saúde brasileiro, em 1997, assumiu um compromisso com a Organização Pan-Americana de Saúde, visando à eliminação da SC até o ano 2000. Tinha por objetivo a incidência de um caso desta doença para cada 1000 nascidos vivos (BRASIL, 2006). Nos últimos anos, o Brasil vive um período de aumento dos casos de sífilis, sendo possível observar a evolução das taxas de detecção desse agravo entre 2010 e 2016 (BRASIL, 2017).

A SC permanece como um grande desafio à saúde pública em muitos países, incluindo o Brasil (ARAÚJO *et al.*, 2014). A prevenção da transmissão vertical da sífilis é uma condição prioritária. Por essa razão, o Ministério da Saúde (MS) elaborou a Agenda de Ações Estratégicas para Redução da Sífilis Congênita no Brasil, visando o seu enfrentamento no país, sendo a qualificação da atenção à saúde e o compartilhamento de responsabilidades as prioridades da agenda (BRASIL, 2017).

A assistência pré-natal é um importante meio para a adoção de medidas de prevenção e controle da doença, sendo a investigação deste agravo incluída pelo Ministério da Saúde, como indicador de qualidade da atenção ao pré-natal (BRASIL, 2012). O programa Rede Cegonha tem como um de seus objetivos a redução da transmissão vertical da sífilis, o que inclui a melhoria da qualidade do pré-natal. Segundo a portaria 1459/2011, a Rede Cegonha consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento familiar reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2011).

No pré-natal a gestante é acompanhada durante toda gravidez, oportunidade em que ela será orientada sobre seus hábitos de vida, receberá apoio psicológico, instrução sobre o parto, noções de puericultura, tratará os distúrbios da gravidez e fará profilaxia, diagnóstico e tratamento das doenças inerentes à gestação ou dela intercorrentes (REZENDE; MONTENEGRO, 2014). Estudos avaliativos realizados em municípios brasileiros referiram que a qualidade da assistência pré-natal ainda é inadequada (ARAÚJO *et al.*, 2014; GUANABARA *et al.*, 2015; NONATO, MELO, GUIMARÃES, 2015).

A transmissão vertical da sífilis durante a gestação caracteriza uma lacuna na atenção pré-natal. Uma pesquisa realizada com genitoras de RN com SC no Ceará evidenciou o desconhecimento destas a respeito da sífilis e da SC, uma vez que não alcançaram o conceito básico da doença, não se apropriando do conhecimento acerca da transmissão, prevenção e tratamento. Para as genitoras, a gravidade das complicações decorrentes da SC é associada à necessidade de prolongamento da internação para tratamento, sendo essas desconhecidas pelas mesmas (ALBUQUERQUE *et al.*, 2015).

O Ministério da Saúde recomenda a triagem sorológica para sífilis no primeiro e terceiro trimestres de gestação e na ocasião da internação para o parto ou curetagem (BRASIL, 2012). Um estudo realizado nos estados do Amazonas, Ceará, Espírito Santo, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e no Distrito Federal revelou que cerca de 50% das mulheres do Distrito Federal, Espírito Santo e Rio Grande do Sul tiveram o diagnóstico de sífilis durante o pré-natal. Já no Amazonas, Ceará e Rio de Janeiro, a maioria das mulheres recebeu o diagnóstico na internação para o parto ou curetagem (SARACENI *et al.*, 2017).

O acesso das gestantes ao atendimento pré-natal de qualidade e em tempo oportuno, no nível de complexidade necessário, está diretamente relacionado com a redução da morbimortalidade materna e perinatal (BRASIL, 2012). A primeira consulta deve ser antes de 12 semanas, e devido a grande quantidade de informações pode ser necessário uma segunda consulta inicial (REZENDE; MONTENEGRO, 2014).

Segundo o Ministério da Saúde e garantido pela Lei do Exercício Profissional, o enfermeiro pode acompanhar inteiramente o pré-natal de baixo risco na rede básica de saúde. A consulta de enfermagem na atenção à gestante é realizada privativamente pelo enfermeiro, e tem como objetivo, mediante uma abordagem contextualizada e participativa, proporcionar condições para a promoção da saúde da gestante e a melhoria na sua qualidade de vida (BRASIL, 2012).

Durante a assistência pré-natal o enfermeiro tem atribuições como solicitação de exames complementares, realização de testes rápidos e prescrição de medicamentos previamente estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde. A realização do teste para sífilis no início do terceiro trimestre permite o tratamento materno até 30 dias antes do parto, intervalo necessário para que o recém-nascido seja considerado tratado intraútero, sendo a Penicilina G Benzatina a droga de escolha para o tratamento (BRASIL, 2012).

A política do teste rápido com ênfase no diagnóstico contraria o princípio de integralidade no cuidado no Sistema Único de Saúde (SUS). A centralidade do diagnóstico corresponde a um modelo de saúde biomédico centrado na doença, no qual a prevenção e promoção acabam ficando em segundo plano. Apesar da importância dessa estratégia no contexto atual da epidemia, elas visam alcançar massivamente a população, não respeitando a singularidade do sujeito ao padronizar ou desconsiderar intervenções como o aconselhamento. Durante o aconselhamento é planejado que este seja singular e contemple a integralidade dos sujeitos, sendo uma ferramenta que visa a promoção e prevenção da saúde por meio de um momento de conversa antes da realização do teste e outro pós-teste, para a devolução do resultado (ROCHA *et al.*, 2016).

A respeito do tratamento da sífilis congênita, existe um protocolo de atendimento no período neonatal, pós-natal e no seguimento (BRASIL, 2016). O transcurso entre a doença e o diagnóstico de cura requer etapas e atenção rigorosa,

devido à necessidade de repetir exames e o período prolongado de internação na maternidade. Muitas são as manifestações clínicas que os RNs podem apresentar ao nascimento, dentre elas: erupção cutânea, anemia, icterícia, leucopenia ou leucocitose, hepatoesplenomegalia, síndrome nefrótica, periostite, osteocondrite, rinite sero-sanguinolenta, entre outros. Além disso, cada uma dessas podem desencadear novas manifestações, comprometendo outros órgãos (ALBUQUERQUE *et al.*, 2015).

A privação do tratamento adequado pode prejudicar o desenvolvimento infantil com lesões ósseas, articulares, neurológicas, oftalmológicas que aparecem após os dois anos, quando o tratamento não é iniciado até o terceiro mês de vida, e prejudicarão o indivíduo por toda sua vida, gerando danos irreversíveis e progressivos. O despreparo e a falta de infraestrutura nos serviços de assistência podem ser evidentes ao se deparar com a frequente irregularidade dos registros e a ausência de exames, ainda que solicitados, reforçando a necessidade de um melhor acompanhamento clínico de crianças com SC (KAWAGUCHI *et al.*, 2014).

O enfrentamento da sífilis gestacional (SG) e congênita necessita de um planejamento rigoroso e estratégico. A transformação do atual cenário depende do engajamento dos detentores do conhecimento no âmbito da saúde, sendo que para que ocorram as mudanças é necessário atrelar o pensamento ao empoderamento (ALBUQUERQUE *et al.*, 2015). Cunha e Merchan-Hamann (2015) descrevem que a efetividade dos serviços de saúde é uma condição fundamental para o controle da sífilis, principalmente, da sífilis congênita.

Para Lazarini e Barbosa (2017), a reemergência da sífilis na população em geral e seus espectros que abrangem a saúde materno-infantil, as dificuldades encontradas pela vigilância epidemiológica em superar o modelo biomédico, a fragmentação do cuidado e o emprego das políticas de saúde instituídas no âmbito mundial e nacional fundamentam a necessidade de estudos estratégicos regionais que viabilizem, a partir da realidade local, a atuação mais eficaz de medidas de intervenção. Cunha e Merchan-Hamann (2015) relatam que os componentes determinantes da prevalência da sífilis em gestantes são as vulnerabilidades sociais e as desigualdades em saúde.

A enfermagem tem um papel importante no enfrentamento da SC, uma vez que participa ativamente no planejamento reprodutivo da mulher. Atua na operacionalização de ações como captação precoce das gestantes, busca ativa de

faltosas, garantia de realização de exames complementares, prática de ações educativas dentre outras, podendo realizar diretamente o cuidado ou exercer papel de elo entre os demais profissionais da equipe de saúde (GONÇALVES *et al.*, 2017). Apesar disso, Viellas *et al.* (2014) descrevem que a assistência pré-natal realizada por enfermeiros ainda é limitada no país, principalmente na região Norte e Nordeste e entre as mulheres indígenas. No Reino Unido, a organização da assistência à mulher no período que abrange a gravidez, parto e puerpério é totalmente implementada por enfermeiros obstetras (GONÇALVES *et al.*, 2017).

Uma pesquisa realizada no município do Rio Grande, Rio Grande do Sul, demonstrou que o índice de inadequação do pré-natal vem diminuindo. Contudo destaca que esse serviço não necessita de tecnologias de alta complexidade e pode ser ofertado por médicos e enfermeiros. No entanto, consideram-se índices ainda elevados de inadequações. Esse estudo descreve ainda a necessidade de criar critérios que avaliem a qualidade do exame clínico oferecido na consulta, uma vez que as avaliações existentes resumem-se a contagem de eventos recebidos durante a gestação, sendo insuficientes para atestar a qualidade da assistência (SAAVEDRA, CESAR; 2015).

Neste contexto, as questões que nortearam este estudo foram: qual o perfil da sífilis gestacional e congênita no município de Rio Grande? Quais as características sociodemográficas e obstétricas das gestantes com sífilis? Qual o tratamento utilizado na gestante com sífilis? Qual a incidência da sífilis congênita? Existe diferença entre os dados encontrados e as notificações do Sistema de Informação de Agravos e Notificação? Quais as características sociodemográficas e clínicas do RN com sífilis congênita? Qual o tratamento utilizado no RN com sífilis congênita?

Este estudo se mostra importante, uma vez que permite compreender o crescente aumento da SC, mesmo diante dos esforços do MS no seu combate. As falhas e soluções podem ser apontadas, buscando fornecer subsídios para qualificar a prática dos profissionais de saúde a respeito da temática, atuando no empoderamento da gestante através do conhecimento durante o pré-natal e, conseqüentemente, propiciando um desfecho positivo para o RN. Dessa forma, acredita-se poder contribuir na produção de conhecimentos para o profissional de enfermagem, auxiliando-o no atendimento dessa população, subsidiando ações e intervenções de forma contextualizada na atenção básica, assim como

proporcionado uma comunicação efetiva entre os níveis de atenção, fundamental no planejamento de ações e medidas preventivas para o enfrentamento da SC.

2 OBJETIVO

2.1 OBJETIVO GERAL

- Conhecer o perfil da sífilis gestacional e congênita no município de Rio Grande.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever as características sociodemográficas e obstétricas das gestantes com sífilis;
- Identificar o tratamento utilizado na gestante com sífilis;
- Estimar a incidência da sífilis congênita;
- Comparar os dados encontrados com as notificações do Sistema de Informação de Agravos e Notificação;
- Descrever as características sociodemográficas e clínicas dos recém-nascidos com sífilis congênita;
- Identificar o tratamento utilizado no recém-nascido com sífilis congênita.

3 REVISÃO DE LITERATURA

A seguinte revisão aborda: A epidemiologia da sífilis; A sífilis gestacional e o pré-natal; O diagnóstico de Sífilis Congênita no recém-nascido e A enfermagem frente à Sífilis Gestacional e a Sífilis Congênita.

3.1 A EPIDEMIOLOGIA DA SÍFILIS

A sífilis é uma doença infectocontagiosa que pode acometer o organismo de maneira severa e evoluir para uma doença crônica com sequelas irreversíveis, em longo prazo, quando não tratada precocemente. Seu agente etiológico, o *Treponema Pallidum*, tem grande capacidade de invasão, rápida fixação em superfícies celulares e penetração nas junções endoteliais e nos tecidos; porém possuem baixa resistência ao meio ambiente, além de ser muito sensível a ação do sabão e outros desinfetantes (BRASIL, 2016).

Seu principal meio de transmissão é o contato sexual, sendo maior o contágio nos estágios iniciais da infecção, ou seja, sífilis primária e secundária. É possível, ainda, a transmissão transplacentária ou até mesmo pelo contato com lesões genitais no momento do parto (BRASIL, 2019). A transmissão por transfusão sanguínea é rara devido à rigorosa triagem das bolsas de sangue e pelo pouco tempo de sobrevivência do *T. Pallidum* fora do organismo humano (BRASIL, 2016).

De acordo com as manifestações clínicas a sífilis pode ser classificada como: Sífilis primária- caracteriza-se pela presença do cancro duro, úlcera rica em treponemas, única e indolor, com borda bem definida e regular, base endurecida e fundo limpo, que ocorre no local de entrada da bactéria, apresenta resolução espontânea em duas a oito semanas (CUNNINGHAH *et al.*, 2016; NORWITZ; HICKS, 2017, BRASIL, 2019).

Sífilis secundária- caracteriza-se pela disseminação sistêmica da espiroqueta, quando não tratada. As manifestações clínicas caracterizam-se por um exantema maculopapular disseminado, incluindo região palmar e plantar, não atingindo a face, e pode estar associada à febre, perda de peso, alopecia irregular e lesões genitais, chamadas de condilomas planos. Elas podem surgir de seis semanas a seis meses após o surgimento do cancro duro e resolve-se espontaneamente em duas a seis semanas (CUNNINGHAH *et al.*, 2016; NORWITZ; HICKS, 2017).

Sífilis latente- é assintomática e seu maior risco de transmissão é por via transplacentária (NORWITZ; HICKS, 2017).

Sífilis terciária- ocorre em um terço dos pacientes não tratados, sendo rara de ser encontrada devido ao uso indiscriminado de antimicrobianos como amoxicilina, ceftriaxona, doxiciclina e eritromicina (SPARLING; HICKS, 2012). As manifestações clínicas incluem a forma de gomas sífilíticas - tumorações amolecidas vistas na pele e nas membranas mucosas, doença cardiovascular e a neurosífilis, podendo se manifestar entre cinco a 20 anos após ter se tornado latente, portanto raro em mulheres em idade fértil (CUNNINGHAH *et al.*, 2016; NORWITZ; HICKS, 2017).

Considerando o modo de transmissão a sífilis pode ser classificada como:

Adquirida- apresenta transmissão predominantemente sexual e manifesta-se como sífilis primária, secundária, latente ou terciária. A gestante se enquadra nesse modo de transmissão (BRASIL, 2012).

Congênita- a transmissão é transplacentária e a infecção do feto depende do estágio da doença na gestante, sendo o risco de infecção fetal de 70% a 100% na sífilis primária e secundária. As manifestações clínicas é desde abortamento espontâneo a morte perinatal em cerca de 40% das gestantes não tratadas (BRASIL, 2012).

Estes agravos compõem a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional (BRASIL, 2017). A notificação da SC iniciou em 1986, da SG em 2005 e da sífilis adquirida em 2010 (BRASIL, 2015). Porém, a subnotificação ainda é frequente, como mostra um estudo realizado em Montes Claros-MG, no qual apenas 6,5% dos casos de sífilis em gestantes e 24,1% dos casos na forma congênita foram notificados, refletindo a fragilidade do sistema de saúde pública nacional (LAFETÁ *et al.*, 2016).

Os critérios de definição de caso de sífilis adquirida, SG e SC foram revistos e está descrito na Nota Informativa Nº 2-SEI/2017-. DIAHV/SVS/M. Os casos de sífilis adquirida em indivíduos sintomáticos poderão ser definidos com apenas um teste, treponêmico com qualquer titulação ou não treponêmico. O período de detecção e classificação, no caso de sífilis em gestante, foi ampliado, passando a considerar o pré-natal, parto e puerpério. Os casos de sífilis em gestantes poderão ser definidos em mulheres assintomáticas com apenas um teste reagente, sem registro de tratamento prévio e, em caso de dois testes reagentes, independentemente de tratamento prévio; em gestantes sintomáticas, a definição do caso poderá ser feita

com apenas um teste, não treponêmico com qualquer titulação ou treponêmico. Para determinar os casos de SC, não mais será levado em consideração o tratamento da parceria sexual da mãe para determinação de tratamento inadequado da mãe (BRASIL, 2017).

A literatura demonstrou a heterogeneidade de dados relacionados ao perfil epidemiológico dos casos notificados de SC e SG no Brasil, retratando as dimensões continentais e o desenvolvimento contrastante do país. Um estudo descreveu que menos de um terço das gestantes com sífilis residia na capital nos estados do Ceará, Espírito Santo e Rio grande do Sul, em contrapartida do que ocorre no Rio de Janeiro e na Amazonas. Já com relação à SC, 66,4% dos casos notificados no Ceará foram provenientes da capital. O fato da concentração de casos na capital pode ser justificado por melhores estruturas das redes de saúde ou pela presença de profissionais de saúde mais sensibilizados para diagnóstico e notificação (SARACENI *et al.*, 2017).

No Brasil, em 2016, foram notificados 37.436 casos de sífilis em gestantes e 20.474 casos de sífilis congênita. Entre 2010 e 2016 a taxa de incidência de SC aumentou de 2,4/1000 nascidos vivos para 6,8/1000 nascidos vivos, sendo que os estados com maior taxa de detecção de sífilis em gestante e de maior incidência de sífilis congênita foram Rio Grande do Sul, Rio de Janeiro, Espírito Santo e Mato Grosso do Sul (BRASIL, 2017).

Em 2018, foram notificados no Sistema de Informação de Agravos e Notificação (SINAN) 62.599 casos de sífilis em gestantes, com taxa de detecção de 21,4/1.000 nascidos vivos, 26.219 casos de sífilis congênita, com taxa de incidência de 9,0/1.000 nascidos vivos, e 241 óbitos por sífilis congênita, com taxa de mortalidade de 8,2/100.000 nascidos vivos (BRASIL, 2019). Entre 2010 e 2018 a taxa de incidência de SC aumentou 3,8 vezes, passando de 2,4 para 9,0 casos por mil nascidos vivos, e a taxa de detecção de sífilis em gestantes aumentou 6,1 vezes, passando de 3,5 para 21,4 casos por mil nascidos vivos (BRASIL, 2019).

Nos últimos cinco anos houve um crescimento dos casos de sífilis em gestante e SC no município do Rio Grande-RS. Segundo o SINAN, foram confirmados 59 casos de sífilis em gestantes no ano de 2013, sendo que em 2018 esse número foi mais que o dobro, totalizando 137 casos confirmados. Com relação à sífilis congênita, foram confirmados 34 casos no ano de 2013 e 74 casos no ano de 2018.

Similarmente, nos últimos cinco anos ocorreu um aumento constante no número de casos de sífilis em gestantes, congênita e adquirida no país. Isso pode ser atribuído ao aumento da cobertura de testagem, com a ampliação do uso de testes rápidos, a redução do uso de preservativo, a resistência dos profissionais de saúde a administração da penicilina na Atenção Básica, ao desabastecimento mundial de penicilina, entre outros. Outro fator importante foi o aumento de casos notificados devido ao aperfeiçoamento do sistema de vigilância (BRASIL, 2017).

Para o diagnóstico da sífilis os testes utilizados são os exames diretos, usados no início da infecção quando não houve tempo suficiente para a produção de anticorpos anti-*Treponema Pallidum*, e os testes imunológicos, que na prática são os mais utilizados. Os testes imunológicos, por sua vez, se dividem em treponêmicos e não-treponêmicos. (BRASIL, 2015).

Os testes treponêmicos detectam anticorpos específicos produzidos contra os antígenos do *Treponema Pallidum*, sendo importantes para confirmação diagnóstica por serem os primeiros a se tornarem reagentes. Porém, não são indicados para o controle da resposta ao tratamento por permanecerem positivos pelo resto da vida, mesmo após o tratamento, na maioria das vezes (BRASIL, 2015). Os testes rápidos, exemplos de testes treponêmicos, são práticos e de fácil execução, com resultados em até 30 minutos. Além disso, seu emprego em maternidades apresenta vantagens como a otimização da utilização do leito, evitando que a puérpera fique internada aguardando apenas o resultado do teste para sífilis (BRASIL, 2015).

Os testes não treponêmicos detectam anticorpos não específicos anticardiolipinas para os antígenos do *Treponema Pallidum*, podendo ser qualitativo e quantitativo. O *Venereal Disease Research Laboratory* (VDRL) é o mais utilizado destes testes. Seu resultado é expresso em título, o que é importante para diagnóstico e monitoramento do tratamento. Porém, amostras com títulos elevados podem apresentar resultados falso-negativos quando triadas sem uma diluição adicional (1:8 ou 1:16), devido ao fenômeno prozona, que consiste na falta de reatividade do teste realizado em uma amostra que contém anticorpos não treponêmicos, gerando resultados falso-negativos devido a uma relação desproporcional entre as quantidades de antígenos e anticorpos presentes na reação não treponêmica. Para evitar esses falsos positivos e obter corretamente o diagnóstico da sífilis devem-se usar testes treponêmicos mais testes não

treponêmicos. Porém, em gestantes com apenas um dos testes reagentes já é indicado iniciar o tratamento (BRASIL, 2015).

A droga de escolha para o tratamento da sífilis adquirida e sífilis na gestação é a Penicilina G. Benzatina. Tratamentos não penicilínicos na gestação são considerados inadequados e só devem ser considerados uma opção nas contra-indicações absolutas ao uso da penicilina (BRASIL, 2015). O Ministério da Saúde brasileiro, em 2015, publicou a Nota Informativa Conjunta Nº 109/2015/GAB/SUS/MS, que orienta sobre a priorização da Penicilina G. Benzatina para sífilis em gestantes e seus parceiros e a Penicilina Cristalina para SC.

Os antibióticos de segunda escolha para o tratamento da sífilis adquirida dos parceiros das gestantes tem posologia de duração entre oito a 15 dias. Tal fato dificulta a adesão ao esquema terapêutico completo, resultando em falhas no tratamento e consequentes reinfecções nos casos em que as gestantes são corretamente tratadas, mas seus parceiros não (STAMM, 2015). Um estudo realizado em Londrina mostra a possível relação entre a elevação da taxa de transmissão vertical em 6,5% de 2014 para 2015 e o desabastecimento de penicilina na rede (LAZARINI; BARBOSA, 2017).

A subnotificação, o crescente número de casos de gestantes com sífilis e a persistência da transmissão vertical, pode refletir a ausência de uma política de controle da sífilis (LAFETÁ *et al.*, 2016). A atuação da Atenção Básica é fundamental no combate à transmissão vertical da sífilis uma vez que ela é a porta de entrada dos serviços de saúde. As equipes de Saúde da Família representam o elo mais próximo entre profissional e paciente, podendo colaborar na mudança do quadro epidemiológico da sífilis congênita (CAVALCANTE; PEREIRA; CASTRO, 2017).

3.2 A SÍFILIS GESTACIONAL E O PRÉ-NATAL

Na literatura existem evidências sobre os problemas que a sífilis pode causar às gestantes, aos recém-nascidos e ao sistema de saúde. Apesar disso, estudos que relacionam variáveis desde o diagnóstico até o tratamento são raros no Brasil (SOARES *et al.*, 2017). Uma das justificativas para o crescimento na incidência dos casos de sífilis congênita pode ser as deficiências na atenção primária do país que, embora tenha ocorrido um aumento na adesão às consultas de pré-natal e,

consequentemente, um diagnóstico mais precoce dessa infecção, o tratamento das gestantes ainda é na maioria dos casos inadequados (FRANÇA *et al.*, 2015).

O acesso ao pré-natal pode ser o principal indicador do prognóstico ao nascimento. O objetivo desse acompanhamento é assegurar o desenvolvimento da gestação, abordando aspectos psicossociais, atividades educativas e preventivas, viabilizando o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna. O seu início precoce é fundamental, sendo o mínimo de seis consultas a recomendação da Organização Mundial de Saúde (OMS). As consultas deverão ser mensais até a 28ª semana, quinzenais entre 28 e 36 semanas e semanais no termo (BRASIL, 2012).

A qualidade da assistência pré-natal no SUS pode ser avaliada por meio dos parâmetros do Programa de Humanização do Parto e Nascimento (PHPN) e da Rede Cegonha. Assim, os resultados indesejáveis dessa assistência, como crianças prematuras e de baixo peso e a mortalidade materna e perinatal, podem ser devido às baixas taxas de adequação ao pré-natal em seus vários níveis, sendo o maior desafio para sua implementação satisfatória à realização do conjunto de ações e não de atividades isoladas (MARTINELLI *et al.*, 2014).

Embora o PHPN norteie o atendimento pré-natal há mais de dez anos, seus índices de adequação ainda são baixíssimos, principalmente no que se refere aos exames de repetição, fator fundamental quando se trata da detecção de sífilis durante o período gestacional, sendo que os testes rápidos apresentam os piores índices (MARTINELLI *et al.*, 2014). Soares *et al.* (2017) também constataram que a maioria das gestantes (55%) do seu estudo fizeram somente um exame VDRL, indicando inconformidade com o protocolo de atenção ao pré-natal.

O acesso das gestantes com sífilis às diferentes tecnologias de saúde para a prevenção da sífilis congênita, ainda é uma lacuna de pesquisa. Como estratégias de prevenção merecem destaque o acolhimento, o aconselhamento e a visita domiciliar das gestantes com sífilis.

Em um estudo realizado em Fortaleza foi encontrada dificuldade das gestantes no acesso ao pré-natal, embora a procura acontecesse precocemente. Nesse estudo, o acolhimento era pontual e ocorria em espaço físico definido, reduzindo-se a triagem de pessoas. A consulta pré-natal acontecia de forma rápida, o que dificultava a interação e o acolhimento, não havendo oportunidade para

esclarecimento de dúvidas, sendo a demanda excessiva a justificativa dos profissionais de saúde para tal conduta (GUANABARA, 2017).

O acolhimento da gestante envolve responsabilização pela integralidade do cuidado, iniciado na recepção da usuária com a escuta qualificada, abrangendo o favorecimento do vínculo e a avaliação de vulnerabilidades, de acordo com o contexto social, dentre outros cuidados. O vínculo entre os profissionais e a gestante, assim como a qualidade técnica da atenção são preocupações constantes para um início precoce e continuidade da assistência pré-natal (REZENDE, BARBOSA; 2015).

Soares *et al.* (2017) relatam algumas características maternas relacionadas ao pré-natal que apresentam uma conexão importante com o tratamento da gestante para sífilis, tais como número de consultas, trimestre gestacional de realização do exame positivo, tratamento do parceiro e estratificação do risco gestacional. Em um estudo realizado no Recife, as variáveis de maior força associadas à sífilis gestacional foram à infecção sexualmente transmissível seguida do número inadequado de consultas no pré-natal, sendo que a baixa frequência às consultas do pré-natal apontou um risco de 3,5 para sífilis (MACÊDO *et al.*, 2017).

Ao considerar a proporção de nascidos vivos com sífilis congênita, em um estudo realizado em Goiás, somente 55,2% das mães tiveram seu diagnóstico durante o pré-natal, demonstrando erros na atenção à gestante e falta de busca ativa desta (REZENDE, BARBOSA, 2015). Lima *et al.* (2017), em seu estudo realizado em um município do Ceará, mostraram que apesar da adesão as consultas de pré-natal ser de 96,6%, quase 40% das gestantes com sífilis tiveram seu diagnóstico no momento do parto. Quando são consideradas as que foram diagnosticadas no pré-natal, menos da metade completou o tratamento em tempo oportuno.

O fortalecimento de tecnologias como a testagem de gestantes para sífilis e o tratamento de gestantes e parceiros são fatores importantes para a prevenção da sífilis congênita. Algumas dificuldades são apontadas pela literatura, são elas: falta de laboratório nas unidades de saúde, sistema de cota mensal de exames, não realização dos testes rápidos pelas unidades e resistência ou recusa pelo profissional de saúde em administrar a penicilina benzatina pela possibilidade de reação anafilática (GUANABARA, 2017). Nunes *et al.* (2017) descrevem a difícil adesão do parceiro ao tratamento, a falta temporária da penicilina G benzatina e a

interrupção do tratamento por parte de algumas gestantes como os aspectos que dificultam o tratamento da sífilis em gestantes.

Vasconcelos *et al.* (2016) relataram que os grandes desafios dos profissionais de saúde da atenção básica na prevenção da sífilis congênita são a abordagem aos parceiros sexuais das gestantes com sífilis e a garantia da realização do tratamento adequado do casal. Ressaltam ainda a necessidade de ações mais incisivas para a sua prevenção, destacando a notificação de todos os casos, a busca ativa, o diagnóstico e tratamento precoce, o seguimento e o acompanhamento sorológico até a constatação da cura.

Para o diagnóstico de sífilis devem ser utilizados teste treponêmico - teste rápido, ou FTA-Abs, ou TPHA, ou EQL ou ELISA- e teste não treponêmico - VDRL, RPR E TRUST- sendo que a ordem de realização dos exames fica a critério do serviço de saúde. O Ministério da saúde disponibiliza fluxogramas para diagnóstico de sífilis com diversas possibilidades. Tanto durante o pré-natal quanto antes do parto, a escolha do fluxograma é feita por cada serviço, levando em consideração a infraestrutura laboratorial disponível, a disponibilidade de profissionais para execução dos testes escolhidos e o tipo de teste disponível na instituição (BRASIL, 2015).

Os testes rápidos para detecção de sífilis em gestantes são recomendados em dois momentos durante o pré-natal, sendo um na primeira consulta e o outro no início do terceiro trimestre de gestação. Segundo o Ministério da Saúde, para a realização do teste rápido, um serviço de saúde deve ter condições apropriadas. Dentre elas estão à disposição de uma sala reservada, assegurando a privacidade, e geladeira para armazenamento dos testes (BRASIL, 2015; BRASIL, 2012). Lopes *et al.* (2016) apontam algumas dificuldades para a implantação dos testes rápidos como inadequação do espaço físico, indisponibilidade de Kits e capacitação profissional.

Com relação ao tratamento da sífilis em gestante é recomendado Penicilina G Benzatina 2,4 milhões durante três semanas. Embora essa droga já seja incorporada ao SUS, a incidência da sífilis congênita permanece alta, o que pode estar relacionada ao não tratamento ou tratamento inadequado das gestantes com sífilis e uma possível causa é o medo das reações anafiláticas após seu uso (BRASIL, 2015). Soares *et al.* (2017) destacam a importância do seguimento correto

no tratamento da sífilis, sendo esse considerado um nó crítico na assistência à gestante. Em seu estudo, somente 67,5 % das gestantes com sífilis foram tratadas.

A Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) elaborou um relatório de recomendação do uso da penicilina benzatina para a prevenção da sífilis congênita durante a gravidez. Neste, a administração da penicilina foi considerada segura nos centros de atenção primária, sendo o risco de reações anafiláticas com o uso da penicilina na população geral descrito como muito baixo. A penicilina é o único medicamento com eficácia documentada na prevenção da sífilis congênita, o receio de ocorrência de reação anafilática não deve ser impeditivo para a sua administração (BRASIL, 2015).

Com relação ao tratamento do parceiro, para que este seja garantido é fundamental a qualificação da atenção ao pré-natal, com destaque a participação deste nas consultas. O nível de escolaridade, o desconhecimento da doença, as atividades laborais, o nível de relacionamento com a gestante e a ausência no pré-natal são aspectos importantes a não adesão ao tratamento relacionado com os parceiros da gestante (FIGUEIREDO *et al.*, 2015).

O boletim epidemiológico 2017 mostra que em 62,2% dos casos notificados de sífilis congênita os parceiros das gestantes não haviam sido tratados. Ressalta, ainda, a provável modificação desse achado, uma vez que o tratamento concomitante da parceria sexual da gestante não é mais considerado para a classificação de tratamento adequado. A nova definição de caso considera tratamento adequado como o tratamento completo, com penicilina benzatina, iniciado até 30 dias antes do parto (BRASIL, 2017).

O cumprimento inadequado das indicações para tratamento da sífilis em gestantes ainda é notado, gerando uma necessidade de propeidêutica e tratamento ampliado ao RN. Para a erradicação da SC é fundamental a conscientização dos profissionais e a facilitação das condutas recomendadas (ROMANELLI *et al.*, 2015).

3.3 O DIAGNÓSTICO DE SÍFILIS CONGÊNITA NO RECÉM-NASCIDO

A disseminação hematogênica do *T. Pallidum* da mãe para o feto resulta na sífilis congênita, isso ocorre predominantemente por via transplacentária. De acordo com o estágio da sua evolução ela pode ser classificada como Sífilis Congênita Precoce, quando surge até o segundo ano de vida, e Sífilis Congênita Tardia,

quando surge após o segundo ano de vida. O diagnóstico na criança é um processo complexo, uma vez que mais da metade das crianças são assintomáticas ao nascimento ou apresentam sintomas discretos ou pouco específicos, sendo a associação de critérios epidemiológicos, clínicos e laboratoriais a base para o diagnóstico (BRASIL, 2015).

Em um estudo realizado por Lima *et al.* (2017) foi evidenciado que na totalidade dos casos nasceram crianças sem sintomatologia para SC, ressaltando a importância da investigação pela equipe de saúde da maternidade e da atenção básica. Moreira *et al.* (2017), em estudo realizado em Porto Velho, encontraram que em 72,27% dos casos notificados de SC as crianças eram assintomáticas.

A investigação para SC deve ser realizada mesmo nos casos de mães adequadamente tratadas, uma vez que existe a possibilidade de falha terapêutica durante a gestação em 14% dos casos. Dessa forma, todos os RN nascidos de mães com diagnóstico de sífilis na gestação ou no parto, ou na suspeita clínica de SC devem ser investigados (BRASIL, 2015).

Um estudo de caso realizado no Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas identificou diversas oportunidades perdidas de diagnóstico da SC, uma vez que nesse caso o RN recebeu alta da maternidade com 48h de vida e não foi realizada sorologia para sífilis na criança, embora apresentasse alterações clínicas importantes. As falhas apontadas perpassam pelo pré-natal, internação para o parto e assistência ao nascimento, não sendo realizada sorologia materna para sífilis no último trimestre e teste treponêmico na internação para o parto, sendo feito apenas o VDRL na maternidade que teve um resultado falso-negativo, provavelmente por efeito prozona, assim como também não foram investigadas manifestações clínicas na criança ao nascimento (ANDRADE *et al.*, 2018).

Quando ocorre a suspeita da SC testes imunológicos devem ser realizados, além da avaliação da história clínico-epidemiológica da mãe, exame físico da criança e exames radiológicos. Embora os exames laboratoriais utilizem a mesma metodologia da sífilis adquirida, na sífilis congênita existem algumas particularidades na indicação e na interpretação (BRASIL, 2015).

Os testes treponêmicos são limitados em RN, uma vez que IgG maternos ultrapassam a barreira placentária. Porém, em crianças maiores de 18 meses pode ser confirmado o diagnóstico com um resultado reagente, pois os anticorpos da mãe já teriam desaparecido. Já os testes não treponêmicos, um resultado reagente em

crianças com menos de 18 meses só tem significado clínico quando o título encontrado for duas vezes maior que o título da mãe. O sangue coletado deve ser do neonato, não devendo ser utilizado o sangue do cordão umbilical. RN de mães com sífilis podem ter anticorpos maternos, mesmo não infectados (BRASIL, 2015).

Quando os testes têm resultados não reagentes e a suspeita epidemiológica persiste, deve ser realizado o seguimento com repetição dos testes não treponêmicos com um mês, três, seis, doze e dezoito meses, sendo interrompido após dois exames negativos e consecutivos. O RN deve ser adequadamente tratado quando não tem possibilidades de realizar o seguimento. Os exames complementares recomendados para a definição do diagnóstico de sífilis congênita são: hemograma, perfil hepático, eletrólitos, avaliação neurológica, incluído punção líquórica, Raio-X de ossos longos e avaliação oftalmológica e audiológica (BRASIL, 2015).

Moreira *et al.* (2017) demonstraram que o teste não treponêmico de sangue periférico foi reagente em 81,31% dos casos de RNs notificados com sífilis congênita. Já o teste de líquido, por ser um exame mais invasivo e pela existência de um exame não treponêmico reagente, não foi realizado em 79,29% dos casos notificados mesmo fazendo parte do protocolo. As radiografias de ossos longos mostram-se inalteradas em 49,49% dos casos. É importante considerar que a escolha do esquema terapêutico depende dos exames, sendo que na impossibilidade de realização da punção lombar, o caso deve ser tratado como neurosífilis (BRASIL, 2015).

Lafetá *et al.* (2016) descreveu em seu estudo que considerando as características dos RNs, nas gestantes com VDRL positivo, 25,8% dos RNs não foram testados para VDRL e 6,5% dos casos não havia informação sobre o exame realizado. Com relação aos demais exames complementares para investigação, em 45,2% dos casos nenhum desses exames foram realizados.

Soares *et al.* (2017) destacam a classificação do risco ao nascer e a realização do exame VDRL de sangue periférico do RN como variáveis associadas à ocorrência de sífilis congênita, sendo esse exame o principal rastreador da SC, seguido da titulação e do raio-X de ossos longos. Porém, seu estudo realizado em um município do Estado do Paraná, mostrou um pequeno número de exames realizados ao nascimento e um baixo seguimento após um ano. Albuquerque *et al.* (2015) descrevem o desconhecimento das mães a respeito do tratamento no

período neonatal, assim como a desinformação destas no tocante ao acompanhamento ambulatorial de rotina na instituição de referência.

A falta de cumprimento das recomendações do MS é observada em um número expressivo de casos, considerando o manejo clínico, sendo o hemograma o exame mais negligenciado, apesar do fácil acesso e realização, seguido da punção líquórica (KAWAGUCHI *et al.*, 2014). Considerando o seguimento do tratamento dos RNs expostos à sífilis na gestação, outro estudo realizado no Paraná identificou uma proporção de 63,8% de abandono. Outro dado preocupante foi que 67,7% dos RNs que não fizeram nenhum tipo de tratamento abandonaram o seguimento, demonstrando que as atuais recomendações devem ser seguidas com mais rigor, levando em consideração a probabilidade da criança não ser levada ao seguimento adequado, pelo seu responsável (FELIZ *et al.*, 2016).

Os principais fatores relacionados à descontinuidade do seguimento são: mães com idade acima de 30 anos, mães com três ou mais filhos e ausência de coinfeção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e/ou hepatites virais. O sucesso do seguimento pode ser garantido ao considerar as necessidades da família, monitorando as crianças e estabelecendo estratégias para a formação de vínculos positivos com as famílias, além do atendimento multidisciplinar (FELIZ *et al.*, 2016).

O tratamento da sífilis congênita considera dois momentos, o período neonatal, até 28 dias de vida, e o período pós-neonatal, após 28 dias de vida. O esquema terapêutico envolve a situação clínico-laboratorial da mãe, sendo que as principais drogas utilizadas são a penicilina cristalina, penicilina G procaína e penicilina G benzatina, dependendo da situação da criança (BRASIL, 2015).

Segundo Lima *et al.* (2017), o diagnóstico e tratamento da sífilis em gestantes não tem ocorrido em tempo oportuno ou de maneira adequada. Porém, o mesmo não acontece com as crianças com sífilis congênita, o diagnóstico ocorre logo após o nascimento e todos recebem tratamento de forma adequada conforme protocolos. Já Moreira *et al.* (2017) descrevem a falta de matéria-prima para a produção de penicilina no período de sua pesquisa, como possível motivo do elevado número de tratamento inadequado.

Tratamento diferente da penicilina foi observado por kawaguchi *et al.* (2014), representando 13,6% dos RN de seu estudo, sugerindo que o tratamento pode estar sendo negligenciado. Esse estudo evidenciou, ainda, que o manejo clínico inicial e o

seguimento terapêutico do RN com sífilis congênita no Distrito Federal não foi realizado de forma adequada e estava em desacordo com as diretrizes definidas pelo MS.

Andrade *et al.* (2018) ressalta que o diagnóstico tardio institui um tratamento tardio, resultando em maior risco de sequelas ao paciente. Aponta, ainda, a necessidade de atenção e cumprimento das ações preconizadas pelo MS relacionadas com a SC, tanto para a gestante quanto para o RN, sendo assim possíveis o diagnóstico e tratamento precoces.

3.4 A ENFERMAGEM FRENTE À SÍFILIS GESTACIONAL E A SÍFILIS CONGÊNITA

A literatura aponta a necessidade de melhoria nas ações de prevenção da sífilis congênita, destacando a detecção precoce da gestante, o diagnóstico e o tratamento (LIMA *et al.*, 2017). França *et al.* (2015) descrevem que seja com o fortalecimento da educação em saúde ou com a rigidez na detecção e tratamento dessa doença é preciso avanços na atenção básica. As lacunas no pré-natal devem ser preenchidas para reforçar as estratégias de prevenção dos casos de sífilis congênita, uma vez que os casos dessa doença estão significativamente associados com falhas no tratamento da gestante infectada (LIMA *et al.*, 2017).

Dentre as atribuições do enfermeiro na atenção à gestante estão envolvidas atividades como realização do pré-natal, do teste rápido e o tratamento da sífilis na gestação. A enfermagem deve propiciar uma atenção humanizada à mulher desde o início de sua gestação. O enfermeiro pode acompanhar totalmente um pré-natal de baixo risco na rede básica de saúde (BRASIL, 2012). O uso de protocolos na conduta profissional é considerado um fator crucial para o enfermeiro na atenção a gestante, sendo o estabelecimento de protocolos de atendimento e fluxos assistenciais ações que facilitam a orientação da assistência ao pré-natal (BORTOLI *et al.*, 2017).

A consulta de enfermagem é uma prática de cuidado desempenhada pelo enfermeiro que viabiliza a realização de atividades educativas, o fortalecimento do vínculo, permite ainda conhecer e ouvir o usuário e orientar o enfermeiro com relação aos conflitos, dificuldades e resolução dos problemas do usuário no seu contexto social (ACIOLI *et al.*, 2014). Este é um importante meio para o

desenvolvimento da prática clínica, fundamentada no princípio da integralidade e baseada em evidências (KAHL *et al.*, 2018).

A atenção de enfermagem qualificada a gestante com sífilis tem por objetivo proporcionar uma atenção integral que cure a infecção e previna à sífilis congênita, apoie e acolha seu companheiro, para sua adesão ao tratamento, e garanta a sua saúde e a do seu bebê. A construção do vínculo com os usuários é fundamental, uma vez que inicia uma relação de confiança, ampliando a eficácia do tratamento, favorecendo a participação do parceiro nas ações realizadas por meio da boa acolhida e escuta qualificada. (VASCONCELOS, *et al.*, 2016).

A enfermagem desempenha importante função na inserção do parceiro no pré-natal, devendo incentivar a presença deste nas consultas. Deve demonstrar seus efeitos positivos para a gestante e o bebê, assim como a diminuição de doenças transplacentárias como a sífilis congênita, AIDS, hepatite e complicações como aborto espontâneo, natimorto, baixo peso ao nascer e prematuridade. Além disso, o enfermeiro ao elaborar protocolos, sistematizar cuidados, planejar e implementar estratégias e ações, para atender o parceiro como integrante do cuidado pré-natal e inseri-lo no cuidado de sua própria saúde, colabora com essa inserção (HORTA *et al.*, 2017).

Enfermeiras acreditam que podem ser traçados com êxito acordos e responsabilidades compartilhadas no cuidado em saúde. Para tanto, é fundamental uma comunicação eficaz que evite falhas, valorize o encontro com parceiros de gestantes com sífilis e desenvolva iniciativas que favoreçam o vínculo (VASCONCELOS, *et al.*, 2016). A enfermagem assiste a gestante durante todo o período gestacional, parto e puerpério e pode aconselhar, orientar a gestante acerca da participação do parceiro (HORTA *et al.*, 2017).

A visita domiciliar desenvolvida pelo enfermeiro também é uma prática de cuidado, uma vez que propicia um espaço de atenção, diálogo, intervenção e vínculo. Ela também está associada à investigação das necessidades de saúde, atividades assistenciais, escuta ativa, educação em saúde e observação do contexto familiar (ACIOLI *et al.*, 2014).

As atividades educativas como prática de cuidado do enfermeiro são desenvolvidas através das consultas de enfermagem, palestras e grupos de saúde. Essas atividades envolvem promoção de saúde, prevenção, controle de agravos,

autocuidado e orientações técnicas sobre a realização de procedimentos (ACIOLI *et al.*, 2014).

No âmbito hospitalar, o RN com SC necessita de internação, sendo esta por um período de 10 dias, garantindo um tratamento completo e evitando o abandono (BRASIL, 2016). Internações geram preocupação e ansiedade na família, sendo a interação entre os profissionais de enfermagem e a família/criança facilitadora do cuidado, diminuindo traumas pela hospitalização. Os familiares quando reconhecem o cuidado dispensado à criança como adequado, confiam nos profissionais e constroem parcerias com a equipe de enfermagem (GOMES *et al.*, 2015).

Os profissionais de saúde apontam como aspecto importante na assistência integral na unidade neonatal à presença da família. A humanização do cuidado ao RN deve privilegiar o acolhimento e a participação da família. Assim, o bebê não é visto como um ser isolado, mas membro de uma família que deve ser recebido e cuidado por ela. O cuidado humanizado busca um tratamento completo, a partir do trabalho em equipe, sendo oposto à assistência focada na doença, envolve compromisso e responsabilidade, visando qualidade de vida e bem-estar do paciente (ROSEIRO; PAULA, 2015).

Os profissionais de enfermagem devem demonstrar disponibilidade, por meio da escuta atenta, desenvolvendo ações educativas junto à família, objetivando a instrumentalização e o empoderamento desta no cuidado com a criança. Dessa forma, aumenta a confiança da família no profissional. As ações desenvolvidas pelos profissionais podem ser reproduzidas pela família, uma vez que o compromisso e a competência do profissional gera confiança no familiar o tornando protagonista ativo no cuidado à criança (GOMES *et al.*, 2015).

Nos diferentes cenários de atuação do enfermeiro, destaca-se a necessidade de estudos sobre sua prática clínica e a importância de investimentos políticos. Dessa forma, é possível solidificar uma prática clínica de excelência visando à melhoria da qualidade do cuidado e a integralidade (KAHL *et al.*, 2018). A capacitação do enfermeiro assistencial na busca, desenvolvimento e utilização de pesquisas na prática profissional é fundamental, visando ultrapassar as barreiras entre a pesquisa e o cuidado (PEDROSA *et al.*, 2015).

4 METODOLOGIA

A seguir serão apresentadas as etapas que foram utilizadas para a operacionalização do estudo.

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, descritivo e transversal por meio da técnica de análise documental. A abordagem quantitativa obtém dados descritivos por meio de um método estatístico, é uma análise objetiva, fiel e exata, sendo a observação bem controlada (BARDIN, 2011).

Descritivo por observar, classificar e descrever a importância, o significado e as dimensões dos fenômenos (POLIT; BECK, 2011). Transversal por coletar dados em um só momento, tempo único, descrevendo variáveis e analisando sua incidência e inter-relação em um momento determinado (SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2013). A pesquisa documental é a representação condensada da informação, contida nos documentos, para consulta e armazenamento (BARDIN, 2011).

4.2 LOCAL DE REALIZAÇÃO DO ESTUDO

O estudo foi realizado nas Unidades Básicas do Município do Rio Grande, onde grande parte das gestantes realiza o pré-natal, e nos hospitais deste município, Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr. (HU/FURG) e na Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande. O município está situado no extremo sul do estado do Rio Grande do Sul/ Brasil, entre a Lagoa Mirim, a Lagoa dos Patos e o oceano Atlântico. Com população de 207.036 habitantes, de acordo com o último censo (2014), Rio Grande é conhecido pelo seu porto, o quarto em movimentação de cargas no Brasil.

Segundo a Secretaria de Saúde do município, o sistema de saúde de Rio Grande é constituído por 30 unidades básicas, duas unidades de pronto atendimento e dois hospitais gerais. O município do Rio Grande aderiu à Estratégia Saúde da Família em 1997 e iniciou as atividades em parceria com a Universidade Federal do

Rio Grande em 1998. Porém, teve sua primeira equipe cadastrada no sistema de informação da atenção básica (SIAB) em março de 2001.

Atualmente, existe no município 25 Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) e 5 Unidades Básicas de Saúde (UBS) distribuídas entre a zona urbana, rural e litorânea. As UBSF da zona urbana são: UBSF CAIC, UBSF Marluz, UBSF Dr. Luiz Gonzaga Dora (Castelo Branco), UBSF Vereador Ciro Cardoso Lopes (PPV), UBSF Santa Rosa, UBSF Dr. Carlos Roberto Riet Vargas (Cidade de Águeda), UBSF Dr. José Salomão (Profilurb), UBSF São João, UBSF Dr. Vicente Mariano Pias (São Miguel I), UBSF São Miguel II, UBSF Bernadeth, UBSF Dr. Jayme Copstain (Aeroporto). As UBSF da zona rural são: UBSF Quinta, UBSF ACS Evanilde Nogueira De Oliveira (Quintinha), UBSF Domingos Petrolini, UBSF Povo Novo, UBSF Ilha da Torotama, UBSF Taim, UBSF Ilha dos Marinheiros. As UBSF da zona litorânea são: UBSF Querência, UBSF Barra, UBSF Bolaxa, UBSF Senandes, UBSF Santa Tereza e UBSF Arthur Schimitd. Já as UBS são: UBS Arthur Schimitg, UBS Rita Lobato, UBS Materno Infantil, UBS Hidráulica, UBS Junção, UBS Parque São Pedro e UBS Barra. Todas essas unidades realizam o pré-natal.

O Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr. (HU/FURG), segundo a instituição, tem como campo de atuação o ensino, a pesquisa, a extensão e a assistência à saúde. É um hospital de grande porte, com 222 leitos, todos os pacientes são atendidos pelo SUS. É referência no atendimento materno-infantil, HIV/AIDS e traumatologia, constituindo-se em um campo de atividades práticas para acadêmicos de enfermagem, medicina, psicologia e educação física. A maternidade possui 29 leitos para gestantes e 29 leitos para RN e no ano de 2018 foram realizados 2044 partos.

A Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande, segundo a instituição, é uma instituição filantrópica, certificada como hospital de ensino e pesquisa. É formada por um complexo com três unidades hospitalares: Hospital Geral, Complexo Hospitalar Enio Duarte Fernandez e Hospital Psiquiátrico Vicença Maria da Fontoura. A instituição atende SUS e convênios, realiza cerca de 20 mil atendimentos ambulatoriais/ano, 10 mil internações ano e nove mil procedimentos cirúrgicos/ano. Possui 370 leitos, sendo que 269 são SUS. A maternidade possui 21 leitos para gestante e 21 para RN e no ano de 2018 foram realizados 821 partos.

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

A população foi composta pelos casos de sífilis em gestantes diagnosticados, por meio do teste rápido para sífilis, nas UBS e UESF nos 12 meses do ano de 2018 e todos os casos de sífilis congênita diagnosticados, por meio de teste não treponêmico reagente, no Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr. (HU/FURG) e na Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande no mesmo período. O período escolhido foi por se tratar do último ano completo, antes da realização da pesquisa, com boletim epidemiológico publicado pelo MS.

Segundo o Sistema de Informação de Agravos (SINAN), no ano de 2018, no município do estudo, 137 gestantes tiveram diagnóstico de Sífilis na gestação confirmado e notificado e 74 RN foram diagnosticados e tratados por SC. Não foi necessário realizar cálculo amostral, pois se buscou por todos os casos de sífilis gestacional nas UBS e UESF e todos os casos de sífilis congênita do período proposto. Segundo Sampieri, Collado e Lucio (2013), nem sempre uma pesquisa tem uma amostra, podendo realizar pesquisas com todos os casos.

Dessa forma, na atenção básica, foram incluídos no estudo os prontuários de gestantes com diagnóstico de sífilis na gestação, por meio de teste rápido, que realizaram pré-natal nas UBS e nas UESF do município. Nas maternidades, foram incluídos os prontuários dos RN com diagnóstico de SC que estiveram internados para tratamento, além dos prontuários de suas respectivas mães, importantes para o fornecimento de dados completos relacionados à temática.

Foram excluídos do estudo os prontuários de gestantes que não estavam disponíveis para análise no período de coleta de dados e os prontuários de gestantes que foram consideradas cicatriz sorológica¹. Nas maternidades, foram excluídos os prontuários de recém-nascidos que mesmo tendo o diagnóstico de sífilis congênita notificado não possuíam o resultado do exame com o diagnóstico anexado.

1 Cicatriz sorológica são as pacientes com memória imunológica residual, que é quando na evolução da sífilis tratada alguns pacientes permanecem por toda a vida com títulos baixos (no VDR, até 1:2) embora o teste não treponêmico geralmente evolua para negatificação (HEBMULLER, FIORE, LAGO, 2015).

4.4 MÉTODO DE COLETA DE DADOS

A pesquisa foi realizada no período de junho a setembro do ano de 2019. Os dados foram coletados por meio de dois instrumentos, elaborados de acordo com os objetivos da pesquisa (APÊNDICES A e B). O primeiro (APÊNDICE A) continha informações da ficha de notificação de sífilis em gestantes e dados do cartão de gestante, relacionados com as informações que deveriam constar nos prontuários das UBS/UESF. Buscaram-se nos prontuários das gestantes as características sociodemográficas e obstétricas e o tratamento utilizado. O segundo instrumento (APÊNDICE B) continha informações da ficha de notificação de SC e dados que deveriam constar nos prontuários dos RN em ambos os hospitais. Quanto aos RN, buscaram-se nos prontuários as características sociodemográficas e clínicas dos recém-nascidos e o tratamento utilizado para a sífilis congênita.

Inicialmente foram realizadas visitas nas UBS e nas UESF nas quais foram explicados os objetivos da pesquisa aos responsáveis pelas unidades. Posteriormente foram analisados os livros de registro de teste-rápido para sífilis das UBS e UESF que aceitaram participar da pesquisa. A partir desta foram identificados e analisados os prontuários das gestantes com resultado reagente para sífilis atendidas durante o pré-natal nessas unidades que estavam disponíveis no período de coleta de dados.

Nos hospitais, primeiro foi realizada uma triagem por meio dos exames VDRL dos laboratórios, os quais forneceram a listagem dos RN com VDRL reagente no ano de 2018. Em seguida, foram analisados os prontuários dos RNs com diagnóstico de sífilis congênita e os prontuários de suas genitoras. Para Mota (2003) o prontuário do paciente é um documento legal no qual deve conter todas as informações pertinentes à internação ou atendimento do paciente. Conhecer os aspectos legais que envolvem esse documento é fundamental para entendermos a dimensão e importância de se registrar de forma correta as atividades que a equipe realiza durante seu trabalho. O registro em prontuário é uma obrigação legal que cabe a todos os profissionais de saúde envolvidos no atendimento ao paciente.

As variáveis foram agrupadas em duas categorias: dados provenientes dos prontuários de gestante da atenção básica e dados provenientes dos prontuários do RN e sua genitora nos hospitais.

- Dados provenientes do prontuário das gestantes na atenção básica – idade, raça, companheiro, escolaridade, ocupação, procedência (zona rural, urbana e litorânea), número de gestações, número de partos, número de abortos, número de natimortos, idade gestacional da primeira consulta, realização de teste rápido, número de consultas, idade gestacional do diagnóstico de sífilis, número de exames VDRL realizados, tratamento realizado, conclusão do tratamento 30 dias antes do parto, tratamento do parceiro, uso de droga.
- Dados provenientes dos prontuários do RN e da sua genitora nos hospitais– tipo de parto, sexo, peso ao nascer, apgar, idade gestacional ao nascimento, diagnóstico de sífilis materna, número de consultas de pré-natal realizadas, titulação do VDRL materno na internação, situação de nascimento (vivo ou natimorto), óbito por sífilis, titulação do VDRL de sangue periférico, exames realizados após diagnóstico, tratamento realizado, sintomas apresentados ao nascimento.

A coleta dos dados iniciou-se nas UBS e nas UESF, onde foi feito o levantamento, por meio do livro de registro do teste-rápido, dos casos reagentes para sífilis em gestante no ano de 2018. Após, buscou-se os prontuários dessas gestantes para o registro dos dados no formulário. Posteriormente foram coletados os dados nos prontuários dos RNs diagnosticados com sífilis congênita no ano de 2018 no HU/FURG e na Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande, os quais foram identificados através dos exames VDRL registrados no sistema do laboratório das instituições e dos livros de registro de teste rápido da gestante, sendo em seguida analisados os prontuários.

4.5 MÉTODO DE ANÁLISE DOS DADOS

Os dados encontrados receberam tratamento estatístico descritivo, sendo apresentados como média mais ou menos desvio-padrão (média \pm DP) ou mediana e intervalo interquartil (mediana [25% - 75%]) e as frequências foram apresentadas como número (N) e porcentagem (%). Foi utilizado o software estatístico *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 24.0. Os dados obtidos foram organizados em tabelas, permitindo melhor visualização dos mesmos. Segundo Polit e Beck (2011), os procedimentos estatísticos possibilitam aos pesquisadores,

organizar, interpretar e transmitir informações numéricas, sendo a estatística descritiva utilizada para sintetizar e descrever dados.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Na elaboração e desenvolvimento deste estudo foram considerados os preceitos da resolução 466/2012 com relação ao aspecto ético para a pesquisa com seres humanos (BRASIL, 2013). Previamente o projeto foi submetido ao Comitê de Pesquisa da Escola de Enfermagem. Foi solicitada autorização à Direção da Associação Santa Casa do Rio Grande, à Gerência de Ensino e Pesquisa do HU/FURG e à Chefia da Atenção básica da Secretaria Municipal da Saúde para a coleta de dados nesses contextos.

Após a autorização, o projeto foi submetido ao Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva (NUMESC) da Secretaria Municipal de Saúde, ao Comitê de Ética em Pesquisa da Área da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande - CEPAS/FURG e ao Comitê de Ética e Pesquisa da Santa Casa do Rio Grande recebendo parecer favorável, CAAE: 12658919.2.0000.5324. Só após foi iniciada a fase de coleta de dados, assegurando o compromisso ético do sigilo das informações obtidas durante o desenvolvimento da pesquisa.

Ressalta-se que toda pessoa que interna ou é atendida no HU/FURG e na Santa Casa do Rio Grande recebe um termo o qual refere que esta tem ciência de que seus dados poderão ser utilizados em pesquisa por meio da assinatura da ficha de internação/ atendimento e ao assiná-la afirma concordância a esse aspecto. Essa ficha assinada pela pessoa responsável a qual realizou a internação se encontra anexada aos prontuários. Como tratam-se de dados de prontuários, considerados dados secundários, não houve assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, apenas a autorização das instituições para uso dos mesmos sem divulgação dos nomes dos pacientes. Na UBS/UESF foi utilizado o mesmo critério, tendo em vista tratar-se de dados secundários.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Das 30 unidades da atenção básica visitadas, uma não aceitou participar da pesquisa e quatro não tinham livros de registro de teste rápido do ano de 2018, participando, portanto, 25 unidades de saúde. Destas, cinco não tiveram teste rápido reagente para sífilis em gestantes no ano de 2018 e nas 20 unidades restantes foram encontrados 97 casos de teste rápido reagente para sífilis em gestantes. Ao buscar os prontuários, 13 não estavam disponíveis para análise e 17 foram descartados por cicatriz sorológica, restando 67 prontuários para análise.

Com relação aos dados dos hospitais estudados, foram analisados os 89 prontuários de RN com VDRL reagente e os de suas respectivas mães. Ao comparar os dois levantamentos, gestantes das UBS e das UESF e RNs com VDRL reagente nas maternidades, apesar de nem todas as gestantes das UBS e das UESF terem data provável do parto no ano de 2018, identificou-se 14 RN nascidos com VDRL reagente. Inicialmente serão descritos os resultados referentes aos prontuários das gestantes na atenção básica, em seguida os resultados referentes aos dados dos RN e de suas mães nas maternidades e por último comparado os 14 desfechos.

5.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DAS GESTANTES COM SÍFILIS NA ATENÇÃO BÁSICA

Nas unidades da atenção básica estudadas com relação às características sociodemográficas das gestantes com sífilis (Tabela 1), no ano de 2018, verificou-se que a idade mínima foi de 14 anos e a máxima de 48 anos, sendo a média de idade 25 anos (DP \pm 7). Considerando a faixa etária, observou-se que apesar de 40 (60%) gestantes estarem entre 20-34 anos, um número significativo, 18 (27%), estava entre 15-19 anos. Com relação à cor da pele, em 34 prontuários (51%) não havia informações sobre essa variável. Dos 33 prontuários (49%) com a informação cor da pele preenchida, a maior parte, 23 (33%), se autodeclaravam como branca.

No que se refere a variável convive com o companheiro, 30 (45%) prontuários não tinham informações sobre essa variável. Dentre os que tinham a informação, 24 (36%) conviviam com seu companheiro e 13 (19%) não conviviam. Em se tratando do grau de escolaridade, 28 (42%) prontuários não constavam essa informação. Dentre os que constavam, 19 (28%) tinham o ensino fundamental incompleto, nove

(13%) o ensino médio e somente uma (2%) o nível superior incompleto. Quanto à zona de procedência, a maior parte, 44 (66%), residia na zona urbana, sendo que a zona litorânea apresentou um número importante, 17 (25%). Com relação a variável usuária de droga, oito (12%) prontuários relatavam o uso de drogas ilícitas pela gestante.

Tabela 1- Características sociodemográficas de gestantes com sífilis da atenção básica, sendo o n=67. Rio Grande-RS, 2018.

Variáveis	N	%
Faixa Etária (anos)		
10 a 14	1	2
15 a 19	18	27
20 a 34	40	60
35 a 49	8	12
Cor da Pele		
Preto	5	8
Branco	23	33
Pardo	5	8
Sem Informação	34	51
Convive com o Parceiro		
Sim	24	36
Não	13	19
Sem Informação	30	45
Grau de Escolaridade		
Fundamental Incompleto	19	28
Fundamental Completo	8	12
Ensino Médio Incompleto	2	3
Ensino Médio Completo	9	13
Superior Incompleto	1	2
Sem Informação	28	42
Zona de Procedência		
Rural	6	9
Urbana	44	66
Litorânea	17	25
Usuária de Droga		
	8	12

Fonte: Autoria própria.

Resultados semelhantes foram encontrados em outros municípios do Estado e em outras regiões do país. No Rio Grande do Sul, 50,8% compreendiam a faixa etária entre 20 e 29 anos, 59,6% tinham cor da pele branca, e 93,5% residiam na

zona urbana (TEIXEIRA *et al.*, 2018). No município de Araçatuba, São Paulo, a faixa etária predominante (56,3%) foi entre 20-29 anos, a cor da pele foi branca (41,9%) e 100% dos casos viviam em áreas urbanas (GARBIN *et al.*, 2019).

Em Uberaba, Minas Gerais, as pacientes também eram predominantemente brancas (37,4%) (TORRES *et al.*, 2019). Em Fortaleza, Ceará, a faixa etária predominante (56,6%) também foi de 20 a 29 anos, e as adolescentes representaram 24,6%, percentual próximo ao desta pesquisa (CARDOSO *et al.*, 2018). Em um estudo realizado no Chile, 52% das mulheres grávidas com sífilis pertenciam a faixa etária de 20-29 anos no ano de 2016 (CACERES, 2018).

Em contrapartida, com relação à raça 85,1% das gestantes de Fortaleza foram classificadas como não brancas (CARDOSO *et al.*, 2018). Em pesquisa realizada no Paraná a ocorrência da sífilis na gestação esteve associada à raça/cor não branca (PANDOVANI, OLIVEIRA, PELLOSO, 2018). Uma pesquisa realizada com dados do SINAN, no Brasil, constatou que gestantes cujos recém-nascidos eram de raça/ cor da pele indígena, parda e preta foram as que apresentaram as menores proporções de realização de sete ou mais consultas de pré-natal, na comparação com aquelas cujos filhos eram de raça/cor da pele branca (MALLMANN *et al.*, 2018).

A raça/cor da pele tem sido considerada um marcador de iniquidades no acesso e no uso dos serviços de saúde. Diferenças encontradas na utilização dos serviços de pré-natal relacionadas à raça/cor da pele podem ser devido às barreiras geográficas, econômicas e até mesmo a baixa confiança no profissional de saúde (MALLMANN *et al.*, 2018).

Com relação à escolaridade, somente 12% completaram o ensino fundamental, sendo que 40% não chegaram ao ensino médio. A baixa escolaridade também foi descrita por Bampi *et al.* (2019) em um estudo realizado no estado do Mato Grosso do Sul, no qual 71% das gestantes com sífilis completaram apenas o ensino primário, e por Silva *et al.* (2019) em um estudo realizado na região metropolitana de Recife, Pernambuco, no qual 57,87% não completaram o ensino médio. No estado do Rio Grande do Sul, 55,9% tinham o ensino fundamental incompleto ou eram analfabetas (TEIXEIRA *et al.*, 2018). Mallmann *et al.* (2018) descreveram que quanto maior o nível educacional materno, maior a proporção de realização de consultas de pré-natal.

Com relação ao companheiro, em um estudo realizado por Silva *et al.* (2019), na região metropolitana de Recife, a maioria das gestantes eram solteiras (81,25%). Neste estudo, quase metade dos prontuários estudados (45%) não tinham essa informação, sendo que 64% (44) não conviviam ou não tinham a informação.

Apesar dos dados relevantes, no que se refere às variáveis cor da pele, escolaridade e convive com companheiro, este estudo ficou limitado devido a falta de registros nos prontuários. Garbin *et al.* (2019) também observou a falta de informações sociodemográficas em formulários de notificações obrigatórios de sífilis gestacional.

Ruschi *et al.* (2017) descreveram que a informatização da saúde com a implantação do Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) em Vitória, Espírito Santos, assumiu função facilitadora e contribuiu para a qualificação do cuidado. Para ele, a completude da maioria dos dados da ficha clínica de pré-natal e a consistência observada entre o número total de consultas e a realização dos procedimentos obstétricos preconizados são reflexos diretos do processo de trabalho das unidades de saúde de Vitória e da apropriação e o domínio do instrumento pelos profissionais médicos e enfermeiros responsáveis pela assistência pré-natal no município.

Porém, Ruschi *et al.* (2017) observaram também que o condicionamento do registro de dados clínico-laboratoriais imposto pelo PEP para a adequada conclusão do atendimento pré-natal também justificou a completude e consistência dos dados. Para esses autores, o condicionamento pode não garantir a qualidade no preenchimento, não sendo incomum o mau preenchimento das fichas, ainda que os dados sejam de preenchimento obrigatório para seu encerramento.

O uso de droga entre gestante com sífilis na atenção básica também apareceu em um percentual importante, compreendendo 12% dos casos. Corroborando com esta pesquisa, um estudo realizado em Itapeva, São Paulo, encontrou um percentual de 13,6% referente ao uso de drogas ilícitas durante a gravidez em gestantes com sífilis (NETO, SILVA, SARTORI, 2018). Stafford *et al.* (2019), em estudo realizado em Nova Orleans, Louisiana, Estados Unidos, descreveu que 19% das gestantes com sífilis estudadas admitiram o uso de substâncias ilícitas durante a gravidez.

Comportamentos sexuais de risco entre os usuários de drogas são comuns. Um estudo realizado em Londrina, Paraná, descreveu o perfil de gestantes usuárias de drogas atendidas em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

(CAPSad), no qual foi possível observar que as gestantes estudadas eram adultas jovens com baixa escolaridade e grande parte delas com gestações anteriores. Vale destacar o fato de seus filhos estarem sob a guarda provisória de seus familiares. Além disso, poucas se encontravam em situação de rua. A maioria possuía referência de moradia, sendo que o núcleo familiar era composto pela presença do pai ou da mãe e a história de dependência química por seus membros ou familiares esteve presente (YABUUTI, BERNARDY, 2014).

Uma pesquisa realizada em Salvador, Bahia, destaca a alta prevalência do envolvimento com substâncias psicoativas por gestantes e as limitações e os desafios dos profissionais de saúde em lidarem com o envolvimento e as vulnerabilidades vivenciadas. O uso de drogas pode influenciar na adesão e qualidade do pré-natal, o que torna necessária a realização de intervenções assistenciais direcionadas às necessidades das gestantes e de seus companheiros e a reestruturar dessa assistência e preparando os profissionais de saúde para atender as suas demandas e garantir a minimização dessas vulnerabilidades (PORTO *et al.*, 2015).

Yabuuti e Bernardy (2014) descreveram que a falta de integração entre a UBS e o CAPSad no atendimento, simultaneamente ao uso abusivo de drogas, fizeram com que grande parte das gestantes, em sua pesquisa, não tivesse acompanhamento pré-natal. Além disso, a presença delas no CAPSad era de maneira esporádica e os registros eram pouco esclarecedores ao se tratar da assistência ofertada pelos serviços. Dessa forma, pode-se demonstrar a necessidade da efetivação do matriciamento no município estudado (YABUUTI, BERNARDY, 2014).

5.2 CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS DO DIAGNÓSTICO E DO TRATAMENTO DAS GESTANTES COM SÍFILIS DA ATENÇÃO BÁSICA

Considerando as características obstétricas e as características relacionadas ao diagnóstico e tratamento das gestantes com sífilis nas unidades de saúde da atenção básica (tabela 2), constatou-se que 21 (31%) eram primigestas e quase a metade, 31 (46%), estava na terceira ou mais gestação. No que se refere ao número de partos, 26 (39%) nunca tinham parido. Quanto ao número de aborto, 14 (21%) tinham pelo menos um aborto. Do total das gestantes, 60 (89%) iniciaram o pré-natal

antes do 3º trimestre de gestação, sendo que 37 (55%) delas iniciaram até a 12ª semana.

Com relação ao teste rápido, verificou-se que 65 (97%) gestantes realizaram teste rápido para sífilis na primeira consulta, sendo que o diagnóstico foi realizado na primeira consulta em 57 (85%) casos. Vale destacar que 12 (18%) gestantes tinham história de tratamento prévio para sífilis, sendo que, destas, em metade o diagnóstico não foi realizado logo após a testagem. No que diz respeito a idade gestacional do diagnóstico de sífilis na gestação, 32 (48%) foram diagnosticadas ainda no primeiro trimestre de gestação, sendo 57 (85%) diagnosticadas até o segundo trimestre de gestação.

O tratamento prescrito para gestante foi a Penicilina G. Benzatina 7.200 000UI em 65 (97%) casos, já a Ceftriaxone foi prescrito em um único caso (2%) devido a alergia a penicilina. O tratamento ocorreu logo após o diagnóstico em 44 (66%) casos, sendo concluído 30 dias antes da data provável do parto, e em três (4%) o tratamento não foi realizado, destas dois terços tinham história de tratamento prévio. Em 20 (30%) casos não havia informações sobre as doses realizadas ou estas estavam incompletas, apesar da prescrição do tratamento adequado.

Com relação ao VDRL controle, é importante destacar que apesar de 44 (66%) gestantes já terem realizado pelo menos quatro consultas de pré-natal, 16 (24%) não tinham realizado exames VDRL, 39 (58%) tinham entre um e dois exames VDRL e somente dois (3%) tinham realizado 4 exames VDRL. No que se refere ao companheiro da gestante, em um (2%) caso havia relato de participação do parceiro no pré-natal. Já no que se refere ao tratamento do parceiro, apesar de haver prescrição de tratamento em 22 (33%) casos, em somente em 10 (15%) havia informação de conclusão de tratamento, ou seja, 85% dos parceiros o tratamento foi não realizado ou não havia informação sobre o mesmo.

Tabela 2- Características obstétricas relacionadas ao diagnóstico e tratamento das gestantes com sífilis da atenção básica, sendo o n=67. Rio Grande-RS, 2018.

Variáveis	continua	
	N	%
Número de Gestações		
Uma	21	31
Duas	11	17
Três ou mais	31	46
Sem Informação	4	6

Tabela 2- Características obstétricas relacionadas ao diagnóstico e tratamento das gestantes com sífilis da atenção básica, sendo o n=67. Rio Grande-RS, 2018.

Variáveis	N	%
continuação		
Número de Partos		
Nenhum	26	39
Entre um e dois	27	40
Três ou mais	9	13
Sem Informação	5	8
Natimorto		
Sim	2	3
Não	59	88
Sem Informação	6	9
Número de Abortos		
Nenhum	49	73
Um	11	16
Dois	2	3
Três	1	2
Sem Informação	4	6
Idade Gestacional da Primeira Consulta*		
Até 12 semanas	37	55
Entre 13 e 27 semanas	23	34
28 ou mais semanas	4	6
Sem Informação	3	5
Número de Consultas**		
Uma	8	12
Duas	9	13
Três	6	9
Quatro	5	8
Cinco	8	12
Seis ou mais	31	46
História Prévia de Tratamento para Sífilis	12	18
Teste Rápido para Sífilis na Primeira Consulta	65	97
Diagnóstico de Sífilis Gestacional na Primeira Consulta*	57	85
Número de Exame VDRL Realizado		
Nenhum	16	24
Um	21	31
Dois	18	27
Três	5	7
Quatro	2	3
Cinco ou mais	2	3
Sem Informação	3	5

Tabela 2- Características obstétricas relacionadas ao diagnóstico e tratamento das gestantes com sífilis da atenção básica, sendo o n=67. Rio Grande-RS, 2018.

Variáveis	conclusão	
	N	%
Idade Gestacional ao Diagnóstico de Sífilis		
Até 12 semanas	32	48
Entre 13 e 27 semanas	25	37
28 ou mais semanas	7	10
Sem Informação	3	5
Realizou Tratamento após Diagnóstico		
Sim	44	66
Não	3	4
Sem Informação	2	30
Tratamento Prescrito Para Gestante		
Penicilina G. Benzatina 7.200.000 UI	65	97
Ceftriaxona 500 mg	1	2
Sem Informação	1	1
Parceiro Acompanhou Pré-natal	1	2
Parceiro Tratado	10	15
Tratamento Prescrito para o Parceiro		
Penicilina G. Benzatina 2.400.000UI	2	3
Penicilina G. Benzatina 4.800.000UI	1	2
Penicilina G. Benzatina 7.200.000UI	19	28
Sem Informação	45	67

Fonte: Autoria própria.

Nota: *Consulta Pré-natal. **Considerou-se o número de consultas até a data da coleta de dados.

Corroboraram-se com o estudo os resultados encontrados no Paraná, onde a maior parte das gestantes eram multíparas (64,81%) e 22,22% tinham tido abortos prévios (PANDOVANI, OLIVEIRA, PELLOSO, 2018). Em contrapartida, em um município da região metropolitana de Recife, Pernambuco, a maioria das gestantes não possuía filhos nascidos vivos em gestações anteriores (41,6%), sendo o percentual de perdas fetais 18,75% (SILVA *et al.*, 2019).

Com relação ao pré-natal, a necessidade de melhoria na captação da gestante para início do pré-natal e realização do teste rápido para sífilis precocemente foi observada neste estudo, uma vez que 40% (27) das gestantes iniciaram o pré-natal após o primeiro trimestre de gestação. Semelhantemente, em

pesquisa realizada em Itapeva, São Paulo, o início do pré-natal após o primeiro trimestre foi observado em 43,2% das gestantes (NETO, SILVA, SARTORI, 2018).

Uma pesquisa realizada no leste da China demonstrou que mulheres com sífilis diagnosticadas com idade gestacional maior que 36 semanas foram, aproximadamente, 25 vezes mais propensas a terem um bebê com SC do que as mulheres que receberam o diagnóstico na idade gestacional menor ou igual a 12 semanas (WANG *et al.*, 2019). Silva *et al.* (2019) aponta a necessidade imediata de implementação de ações voltadas para a redução dos casos de SC, dentre elas a avaliação da qualidade da assistência pré-natal, já que, apesar das gestantes realizarem consulta pré-natal, a transmissão vertical ainda acontece.

Para o MS (2012), o pré-natal deve ser iniciado até a 12^a semana de gestação, o que proporciona investigação e tratamento precoce desse agravo. Segundo a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), considerando de forma global a assistência pré-natal no Brasil, em termos numéricos, a situação não é ruim, mas a efetividade dessa assistência, ainda deixa muito a desejar. A oferta do pré-natal, em algumas comunidades, tem uma cobertura de 95% das grávidas; no entanto, a morbimortalidade materna e perinatal permanecem elevadas, revelando fragilidades qualitativas desse atendimento, podendo ser mencionados os casos de SC (PEIXOTO, 2014).

Garantir o acesso ao pré-natal deve ser uma preocupação primordial de todos os gestores de saúde, sendo considerado um investimento no futuro. Para evitar que uma gestação de baixo risco ou de risco habitual se transforme em uma gestação de alto risco é necessário, o atendimento de qualidade as gestantes nas UBS. A primeira consulta de pré-natal, com qualidade e humanização, tem papel fundamental e pode despertar na gestante a importância de sua continuidade e adesão (PEIXOTO, 2014).

No que se refere ao teste rápido para sífilis na gestante, este mostrou-se eficiente na realização do diagnóstico. Em contrapartida a história prévia de sífilis pôde representar oportunidades perdidas para o tratamento imediato logo após o teste rápido. As gestantes com teste rápido reagente para sífilis deverão ser consideradas como portadoras de sífilis até prova em contrário. Dessa forma, na ausência de tratamento adequado, recente e documentado, deverão ser tratadas no momento da consulta, uma vez que existe evidência de que os benefícios superam o custo e o risco do tratamento com benzilpenicilina benzatina (BRASIL, 2019).

Outro fator importante é que o exame VDRL seja colhido no momento do diagnóstico para ser a linha de base no seguimento sorológico. O retardo do tratamento no aguardo de resultados de teste complementar faz com que o profissional perca tempo e oportunidade de evitar a transmissão vertical da sífilis (BRASIL, 2019).

É importante que o tratamento da gestante com sífilis seja realizado o mais precoce possível. Nesta pesquisa, quase metade (48%) foi diagnosticada no primeiro trimestre de gestação, sendo que a maioria (85%) foi diagnosticada até o segundo trimestre de gestação, havendo tempo hábil para tratamento adequado da gestante. Porém, apesar do tratamento medicamentoso ser prescrito adequadamente para a quase totalidade dos casos (97%), a conclusão do tratamento em tempo oportuno só pôde ser observada em 66% dos casos.

Em pesquisa realizada em Fortaleza a grande maioria das gestantes com sífilis (86,1%) foi notificada entre o segundo e o terceiro trimestres de gestação (CARDOSO *et al.*, 2018). Para prevenir possíveis desfechos desfavoráveis é importante garantir o acesso precoce ao pré-natal e a qualificação dessa assistência, assegurando a realização da testagem e tratamento das gestantes com sífilis (ARAÚJO *et al.*, 2019).

Cardoso *et al.* (2018) encontraram, em suas pesquisas, um percentual de 62,9 % do esquema terapêutico Penicilina G. Benzatina 7.200 000UI, sendo que em 13% das fichas de notificações não constava a realização do tratamento ou o mesmo não foi realizado. Neto, Silva e Sartori (2018) demonstraram em seu estudo que 97% das gestantes diagnosticadas com sífilis durante a gravidez receberam uma prescrição médica para tratamento, sendo que o tratamento foi adequado em 89,8%.

Com relação ao VDRL controle é importante destacar o baixo número de realização desse exame após o diagnóstico, neste estudo, impossibilitando a avaliação da eficácia do tratamento ou identificação de uma possível reinfecção. Semelhantemente, em pesquisa realizada em Itapeva, São Paulo, apenas 31,7% das gestantes tinham VDRL mensal após o tratamento, como o recomendado pelo MS (NETO, SILVA, SARTORI, 2018).

Araújo *et al.* (2019) descreveu que a razão de chance de prevalência da gestante com sífilis apresentar desfecho desfavorável foi três vezes maior em mulheres que não realizaram o segundo VDRL. Um estudo realizado na China

demonstrou que cada aumento de duas vezes dos títulos dos testes não treponêmicos maternos duplica a probabilidade de nascer um lactente com sífilis congênita. Os títulos elevados de anticorpos não treponêmicos sugerem sífilis inicial, podendo ser primária, secundária ou início da sífilis latente, indicando que o diagnóstico tardio da sífilis materna ativa é o principal fator de risco para a sífilis congênita (WANG *et al.*, 2019).

Algumas ações da equipe multiprofissional podem ser de extrema importância na busca pelo diagnóstico, tratamento precoce da sífilis em gestante e prevenção de novas infecções. Dentre elas estão a realização da busca ativa das gestantes faltosas nas consultas de pré-natal e ações para a conscientização da população, principalmente os mais vulneráveis, quanto aos riscos da prática sexual insegura e da importância do autocuidado (PANDOVANI, OLIVEIRA, PELLOSO, 2018).

Hebmuller, Fiore e Lago (2015) destacam a importância do sistema de saúde buscar ativamente gestantes e puérperas para que se possa verificar a evolução dos seus testes sorológicos e fornecer orientações sobre prevenção, sendo estas pacientes submetidas a testes mensais para documentar a manutenção das baixas titulações do teste não treponêmico ou a possibilidade de recontaminação. Para eles, as informações sobre os resultados dos exames e a realização de tratamento devem ficar anotadas de forma bem explícita para que possam ser levadas em conta no diagnóstico e no manejo da SC nas gestações subsequentes.

Vale destacar a importância do Agente comunitário de Saúde (ACS) na atenção à gestante. Dentre as suas funções estão orientar a gestante e sua família sobre a importância do pré-natal, realizar visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal, orientar as gestantes sobre a periodicidade das consultas, realizar a busca ativa das gestantes faltosas, identificar situações de risco e vulnerabilidade e encaminhar a gestante para consulta de enfermagem ou médica quando necessário dentre outras (BRASIL, 2012). Porém, muitas UBS não possuem Agente comunitário de Saúde (ACS), sendo estes inseridos somente nas ESF, podendo dificultar a captação precoce e a busca ativa de gestantes e parceiros.

No que se refere ao tratamento do parceiro, resultados inferiores, mas não menos alarmantes, foram encontrados em Fortaleza e no Paraná, onde o esquema de tratamento do parceiro foi não tratado ou ignorado em 62,9% e em 64,07% dos casos, respectivamente (CARDOSO *et al.*, 2018; PANDOVANI, OLIVEIRA, PELLOSO, 2018). Já em estudo realizado no Rio Grande do Sul, no período de

2001 a 2012, o parceiro não foi tratado em 54,4% dos casos (TEIXEIRA *et al.*, 2018).

Rocha *et al.* (2019) descrevem a falta de conhecimento sobre estratégias para a notificação do parceiro pelos profissionais de saúde. Em sua pesquisa, médicos e enfermeiros afirmaram que não se sentem preparados para gerir adequadamente os parceiros sexuais de mulheres grávidas com sífilis, sendo a notificação limitada a profissionais de saúde que contam a mulher grávida que seu parceiro precisa de tratamento, não fornecendo alternativas quando ocorre a dificuldade, por parte da gestante, para comunicar ao seu parceiro.

Silva *et al.* (2019) descrevem a importância da análise dos mecanismos que integrem o parceiro ao pré-natal, o que favorece a sua adesão ao tratamento quando o diagnóstico é reagente para sífilis. A avaliação e tratamento das parcerias sexuais são cruciais para interromper a cadeia de transmissão da infecção (BRASIL, 2019). O tratamento concomitante da parceria sexual da gestante somente é desconsiderado para fins de definição de caso de sífilis congênita, considerando a ficha de notificação e investigação, sendo o tratamento adequado da gestante o realizado com a penicilina benzatina e iniciado até 30 dias antes do parto (BRASIL, 2017).

É fundamental que os profissionais de saúde e a comunidade se sensibilizem com relação à relevância do diagnóstico precoce e do tratamento eficaz da mulher e do seu parceiro, o que possibilita a redução da sífilis gestacional e da sífilis congênita (PANDOVANI, OLIVEIRA, PELLOSO, 2018). Para Brasil (2019), a gravidez também é assunto para os homens, devendo ser incentivada a participação do pai/parceiro durante o pré-natal, fator fundamental para o bem estar biopsicosocial da mãe, do bebê e dele próprio, sendo essencial a implementação do pré-natal do parceiro.

5.3 INCIDÊNCIA DA SÍFILIS CONGÊNITA NO MUNICÍPIO DE RIO GRANDE E O SISTEMA DE INFORMAÇÃO E AGRAVOS E NOTIFICAÇÃO

Com relação aos dados coletado nas duas maternidades do município, 89 RNs nasceram com VDRL reagente. Em contrapartida, nos registros do Departamento de Informações do SUS (DATASUS), referente ao mesmo período, há 74 casos confirmados notificados de SC. Vale ressaltar, que este estudo não incluiu

os abortos ou os RNs não reagentes de mães diagnosticadas com sífilis, demonstrando que pode haver uma subnotificação dos casos de SC no município.

A subnotificação da SC também ganha destaque em outros Estados do país, como mostra uma pesquisa realizada em uma maternidade escola de Santa Catarina, na qual demonstrou haver o dobro da taxa descrita pelo boletim epidemiológico para a região Sul, sugerindo a subnotificação de SC no período estudado. Para essa pesquisa o aumento dos casos de Sífilis Congênita está relacionado a uma inadequada assistência durante a gestação (TOLDO, MENEGAZZO, SOUTO; 2018).

Considerando os 89 casos e os 2865 partos realizados nas duas maternidades do município no ano de 2018, a incidência foi de 31,4 casos de SC para cada 1000 nascidos vivos. Dado 3,5 vezes maior que a média nacional neste mesmo ano, visto que foram notificados no SINAN 26.219 casos de SC no Brasil, sendo a taxa de incidência de 9,0/1.000 nascidos vivos (BRASIL, 2019).

Segundo o Boletim epidemiológico 2018, as Regiões Sudeste (9,4 casos/1.000 nascidos vivos) e Sul (9,1 casos/1.000 nascidos vivos) apresentam as maiores taxas de incidência de SC, ambas acima da taxa nacional. O estado do Rio Grande do Sul estava entre os com taxas de incidência de SC maiores que a média nacional e dentre as capitais, Porto Alegre era a que apresenta a maior taxa de incidência (32,8 casos/1.000 nascidos vivos), sendo 3,8 vezes mais alta que a taxa do Brasil (BRASIL, 2018).

O Boletim epidemiológico 2019 registrou as maiores taxas de incidência de SC nas Regiões Sudeste (9,7 casos/1.000 nascidos vivos) e Nordeste (9,6 casos/1.000 nascidos vivos), ambas acima da taxa nacional. O Rio Grande do Sul foi o terceiro estado com maior taxa (13,9 casos/1.000 nascidos vivos) e dentre as capitais, Recife e Porto Alegre foram as que apresentaram as maiores taxas de incidência, sendo 29,3 e 28,3 casos/1.000 nascidos vivos, respectivamente, representando mais de três vezes a taxa do Brasil (BRASIL, 2019).

Favero et al (2019) também notaram, em estudo realizado no município de Maringá, Paraná, a tendência crescente na incidência de SC, ocorrendo um aumento de 200% nas notificações de 2014 para 2015. Descreveram ainda que os motivos da alta incidência de casos de SC podem estar relacionados a condutas inadequadas como ausência do tratamento do parceiro e não realização de testes diagnósticos, como preconiza o MS.

Para Azevedo, Reis e Teles (2019) a forma como os profissionais de saúde devem atuar é fundamental para a redução dos casos de SC, sendo a realização do pré-natal, diagnóstico, tratamento e o preenchimento da ficha de notificação focos para essa atuação. Destacam ainda a necessidades da qualificação das informações notificadas, essenciais para a base de dados do SINAN.

5.4 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, CLÍNICAS E O TRATAMENTO DO RECÉM-NASCIDO COM SÍFILIS CONGÊNITA

No que se refere às características sociodemográficas e clínicas dos recém-nascidos (tabela 3) verificou-se que a maior parte foi do sexo masculino com 46 (52%) casos. A média de idade gestacional em semanas ao nascimento foi de 39 semanas ($DP\pm 2$), sendo que sete (8%) nasceram pré-termo. Com relação ao peso ao nascer, a média foi de 3200g ($DP\pm 0.6$), sendo que 12 (14%) foram classificados como baixo peso. Dentre os RN pesquisados não houve óbito e todos nasceram assintomáticos com relação à sífilis congênita, sendo que sintomas associados a prematuridade e ao uso de drogas foram desconsiderados nesta pesquisa.

Considerando o diagnóstico, todos realizaram VDRL de sangue periférico, sendo que 18 (20%) casos tiveram titulações a partir de 1:8 e 71 (80%) casos foram iguais ou inferiores a 1:4. Somente dois (2%) casos tiveram titulação duas vezes maior que a materna. Dos exames complementares, a média de exames realizados foi de 3 ($DP\pm 1$), sendo que 87 (98%) realizaram hemograma, 69 (78%) realizaram punção liquórica, 79 (89%) realizaram raio-x de ossos longos e somente dois (2%) realizaram perfil de eletrólitos. O perfill hepático não foi realizado em nenhum dos casos. Em todos os casos, tanto a punção liquórica quanto o raio-x de ossos longos não apresentaram alterações.

Com relação ao tratamento do RN, verificou-se que 87 (98%) realizaram tratamento na maternidade, sendo que em 68 (76%) casos o tratamento foi com a Penicilina G. Cristalina 100.000 a 150.000UI por 10 dias e em 19 (21%) foi com a Penicilina G. Benzatina 50.000UI/Kg/Dose única. No que tange a evolução do caso, 83 (93%) RNs receberam alta após tratamento com encaminhamento para seguimento e 5 (6%), independente de terem realizado tratamento, não tinham informação ou não foram encaminhados para o seguimento.

Tabela 3- Características sociodemográficas e clínicas dos recém-nascidos com sífilis congênita nos hospitais, sendo o n=89. Rio Grande-RS, 2018.

continua

Variáveis	média ± DP ou mediana [25% - 75%]	N	%
Sexo Masculino	-	46	52
IG* ao Nascimento	39±2	-	-
Classificação com Base na IG	-	-	-
À Termo	-	82	92
Pré-termo	-	7	8
Peso ao Nascer (quilograma)	3.2±0.6	-	-
Baixo Peso	-	12	14
Apgar 1'	8±1	-	-
Apgar 5'	9±1	-	-
VDRL de Sangue Periférico Realizado	-	89	100
Titulação do VDRL	2 [1 - 4]	-	-
≤ 1:4	-	71	80
≥ 1:8	-	18	20
Titulação 2x Maior que a Materna	-	2	2
Óbito por Sífilis	-	0	0
Assintomático	-	89	100
Exames Complementares Realizados	3±1	-	-
Hemograma	-	87	98
Perfil de Eletrólitos	-	2	2
Punção Liquórica	-	69	78
Raio-X de Ossos Longos	-	79	89
Resultados	-	-	-
Punção Liquórica	-	69	78
Raio-X de Ossos Longos	-	78	88
Realizou Tratamento para SC	-	87	98
Esquema Terapêutico Realizado	-	-	-
Penicilina G Benzatina - Dose Única	-	19	21
Penicilina G Cristalina - 10 Dias	-	68	76

Tabela 3- Características sociodemográficas e clínicas dos recém-nascidos com sífilis congênita nos hospitais, sendo o n=89. Rio Grande-RS, 2018.

continuação

Variáveis	média ± DP ou mediana [25% - 75%]	N	%
Evolução do Caso na Alta	-	-	-
Sem tratamento e Sem Seguimento	-	1	1
Após tratamento e Com seguimento	-	83	93
Sem tratamento e Com seguimento	-	1	1
Após tratamento e Sem seguimento	-	4	5

Fonte: Autoria própria.

Nota:*IG- Idade Gestacional em semanas.

O sexo masculino também foi predominante em estudos realizados na região metropolitana de Recife- PE e no Hospital das Clínicas do Triângulo Mineiro (HFTM) (SILVA *et al.*, 2019; TORRES *et al.*, 2019). Com relação ao peso ao nascer, o mesmo estudo realizado no HFTM encontrou o peso médio de 2,840 g, com 25,3% de prematuros (TORRES *et al.*, 2019). Em pesquisa realizada na cidade de New Orleans-LA, nos Estados Unidos, o peso médio foi de 3,018 g e 58% das crianças eram do sexo masculino (STAFFORD *et al.*, 2019).

Com relação à prematuridade e o baixo peso ao nascer, resultado superior foi encontrado em Itapeva-SP, no qual a prematuridade esteve presente em 30,8% e o baixo peso ao nascer em 35,6% dos RN nascidos vivos de mães com sífilis durante a gravidez (NETO, SILVA, SARTORI, 2018). Para Brasil (2019), a maior parte dos RNs nascem assintomáticos, apenas os casos muito graves são clinicamente aparentes ao nascimento. Além disso, os sintomas são inespecíficos e podem ser encontrados em outras síndromes congênitas, como toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus (CMV), herpes vírus simplex (HSV), sepse neonatal, hepatite neonatal, hidropisia fetal, entre outros.

Nesta pesquisa todos os casos foram assintomáticos ao nascimento considerando a SC, porém sintomas associados à prematuridade e ao uso de drogas foram desconsiderados. Para Akahira-Azuma *et al.* (2015), sem o cuidado pré-natal adequado e testes de triagem materna para infecção, o diagnóstico ao nascimento da SC é difícil para os não-especialistas, porque as manifestações clínicas podem ser semelhantes aos de sepse neonatal e meningite.

Em uma pesquisa realizada no Ceará, com o objetivo de analisar as mortes fetais e infantis por SC, nos diferentes sistemas de informação do país, identificou

que a SC contribuiu como causa de morte em 44 (10,6%) casos relatados para o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). Porém, após ligação de bases de dados, foram identificados mais de 370 registros de mortes que não apresentaram a SC como causa de morte em qualquer uma das secções da Declaração de Óbito, mas que se refere a casos de mães e/ou crianças com sífilis que tinham sido reportados ao SINAN. A subnotificação de SC como uma das causas de mortes fetais e infantis pode representar um grande obstáculo para o desenvolvimento de políticas de saúde pública para combater a doença, uma vez que esconde a gravidade do problema (CANTO *et al.*, 2019).

Com relação ao VDRL de sangue periférico, a totalidade dos casos realizaram o exame, e a maior parte teve como resultado títulos baixos, igual ou inferior a 1:4. Uma pesquisa realizada em Fortaleza-CE descreveu que o VDRL de sangue periférico foi realizado em 85,8% dos RN, sendo que 84,1% tiveram resultado reagente, com 86,9% apresentando titulações menores ou iguais a 1:8 (CARDOSO *et al.*, 2018).

Cardoso *et al.* (2018), demonstraram uma associação estatisticamente significativa entre a titulação do VDRL da mãe superior a 1:8 no pré-natal e no parto, com o VDRL de sangue periférico reagente dos bebês. Da mesma forma, verificaram que as titulações elevadas em sangue periférico estão também relacionadas às altas titulações maternas no pré-natal e parto. Segundo Brasil (2019) os testes de sífilis para criança exposta à sífilis com resultados não reagente ou reagente com titulação menor, igual ou até uma diluição maior que a materna classifica o RN como baixo risco de SC.

Os exames complementares hemograma, punção liquórica e raio-x de ossos longos foram realizados em grande parte dos neonatos. Quanto a punção liquórica e raio-x, todos foram considerados sem alterações. Em contrapartida, Cardoso *et al.* (2018) descreveram, em sua pesquisa, que o VDRL no líquido foi realizado em 48,5% e em 28% foram reagentes. Já o diagnóstico radiológico para verificação de alteração de ossos longos foi realizado em 60,4% dos RN e destes, 5,9% apresentaram alteração. Em pesquisa realizada no Paraná, observou-se alta frequência de não realização de raio-x de ossos longos e uma taxa elevada (34,69%) de não realização da coleta de VDRL no líquido cefalorraquidiano (PANDOVANI, OLIVEIRA, PELLOSO, 2018).

Com relação ao perfil hepático (bilirrubina total, direta, indireta, TGP, TGO, proteínas totais, albumina e fosfatase alcalina) e o de eletrólitos (Na, K, Mg, Ca e F), somente 2% dos casos realizaram o perfil de eletrólitos e nenhum caso realizou o perfil hepático, supondo sua realização na presença de indicação clínica. Segundo o algoritmo para condutas frente à sífilis congênita e a gestante com sífilis, os exames recomendados são hemograma, raio-x de ossos longos e punção lombar. Porém, existe a recomendação de exames complementares quando indicado (BRASIL, 2015).

Brasil (2019) descreveu os testes e exames complementares para crianças com sífilis congênita que devem ser realizados na maternidade. São eles: o teste não treponêmico de sangue periférico, hemograma, plaquetas, transaminases (ALT/AST), bilirrubina (total e direta), albumina, eletrólitos (pelo menos sódio, potássio, magnésio sérico), líquido (LCR), radiografia de ossos longo e a radiografia de tórax.

No que se refere ao tratamento, quase a totalidades dos RN realizaram, sendo que a maior parte (76%) fez uso da Penicilina G Cristalina, ficando internado por 10 dias. A benzilpenicilina benzatina, dose única, é outra opção terapêutica, porém, restrita às crianças cuja mãe não foi tratada ou foi tratada de forma não adequada, e que apresentaram exame físico normal, exames complementares normais e teste não treponêmico não reagente ao nascimento (BRASIL, 2019).

A única situação em que não é necessário tratamento é a da criança exposta à sífilis, ou seja, aquela nascida assintomática, cuja mãe foi adequadamente tratada e cujo teste não treponêmico é não reagente ou reagente com titulação menor, igual ou até uma diluição maior que o materno. Essas crianças não são notificadas na maternidade, mas devem ser acompanhadas na Atenção Básica, com seguimento clínico e laboratorial (BRASIL, 2019).

Quando a mãe não foi tratada ou foi tratada de forma não adequada durante o pré-natal, as crianças são classificadas como caso de SC, independentemente dos resultados da avaliação clínica ou de exames complementares. A conduta de identificar adequadamente crianças expostas, mas não infectadas, é tão importante quanto detectar e tratar crianças com SC, para não submeter as crianças expostas a condutas desnecessárias, como exames invasivos e internações prolongadas (BRASIL, 2019).

É essencial garantir o seguimento de todas as crianças expostas à sífilis, excluída ou confirmada a doença em uma avaliação inicial, uma vez que elas podem desenvolver sinais e sintomas mais tardios, independente da primeira avaliação e/ou tratamento na maternidade (BRASIL, 2019). Além disso, na impossibilidade de garantir o seguimento do RN, é preferível a realização do tratamento na maternidade (BRASIL, 2016).

Souza e Beck (2019) descrevem que a necessidade de melhor orientação as gestantes com relação a SC, uma vez que o tratamento correto resulta em chance de cura para o RN, prevenindo complicações graves. Segundo eles, a complexidade do tratamento para SC e o desconhecimento sobre a doença podem explicar limitações de puérperas quanto à compreensão da terapêutica adequada.

O tratamento do RN com sífilis congênita também foi descrito em um estudo realizado em Fortaleza-CE, no qual o esquema de tratamento com penicilina G cristalina 100.000 a 150.000 UI/kg/dia, durante 10 dias, foi prescrito para 85,8% dos RN e 10,7% não realizaram tratamento ou tinham a informação ignorada (CARDOSO *et al.*, 2018). No Paraná, a penicilina G cristalina foi prescrita para 18,37% dos recém-nascidos, e em 47,62% dos casos não foi realizado nenhum esquema terapêutico (PANDOVANI, OLIVEIRA, PELLOSO, 2018).

Stafford *et al.* (2019) observou em Orleans-LA, nos Estados Unidos, que 26% dos recém-nascidos assintomáticos considerados de baixo risco para a sífilis congênitas receberam dose única de penicilina. No entanto, apenas 63% dos RN tiveram titulação não treponêmica realizada, apesar das recomendações para testar todas as crianças em situação de risco. Dos RN que foram diagnosticados como altamente provável que tenham SC, todos realizaram tratamento com 10 dias de penicilina. Porém, apenas 20% dos lactentes foram adequadamente tratados, quer com dose única ou com um esquema de penicilina estendido quando a mãe não foi adequadamente tratada (STAFFORD *et al.*, 2019).

Um estudo realizado na China sugeriu que as crianças não infectadas nascidas de mulheres com sífilis têm padrões de crescimento e resultados de saúde semelhantes com aqueles nascidas de mulheres não infectadas, desde o nascimento até os 18 meses de vida. Para o autor, esta evidência aponta para os resultados positivos da política de prevenção da transmissão mãe-filho da sífilis realizada no país, havendo uma maior consciência da prevenção da sífilis,

melhorando sua cobertura, rastreio e tratamento, bem como dos cuidados de saúde para crianças nascidas de mães com sífilis (LUO *et al.*, 2019).

Foram descritas, também, algumas características sociodemográficas e clínicas das genitoras dos RNs com VDRL reagente (tabela 4). Observou-se que 81 (91%) residiam no município e que 12 (14%) genitoras tinham relato de uso de drogas ilícitas. Com relação ao pré-natal, 81 (91%) genitoras tiveram essa assistência, sendo a média do número consultas de sete (DP±4). O diagnóstico de sífilis na gestação ocorreu no pré-natal em 75 (84%) casos e no momento do parto em seis (7%) casos. O VDRL materno no momento do parto apresentou titulação igual ou maior que 1:8 em 38 (43%) casos.

O tratamento da gestante foi considerado adequado antes do parto em 37 (42%) casos e em 52 (58%) foi inadequado. Dentre os motivos descritos como inadequado, em 19 (36%) a genitora foi tratada, mas o parceiro não, em seis (12%) foi o tratamento não ocorreu 30 dias antes do parto, em quatro (8%) não havia comprovação de tratamento, em oito (15%) o tratamento estava incompleto, em um (2%) o tratamento foi com a ceftriaxona, em um (2%) não tinha o VDRL controle, em cinco (10%) a genitora não foi tratada e em oito (15%) não tinha relato do motivo.

Tabela 4- Características sociodemográficas e clínicas das genitoras dos recém-nascidos com sífilis congênita nos hospitais, sendo o N=89. Rio Grande-RS, 2018.

continua

Variáveis	média ± DP ou mediana [25% - 75%]	N	%
Reside no Município de Rio Grande	-	81	91
Número de Consultas de Pré-Natal	7±4	-	-
Diagnóstico de Sífilis Materna	-	-	-
Pré-Natal	-	75	84
Parto	-	6	7
Outros	-	4	5
Sem Informação	-	4	4
Exame VDRL Materno	4 [2-8]	-	-
≤ 1:4	-	50	56
≥ 1:8	-	38	43
Sem Informação	-	1	1

Tabela 4- Características sociodemográficas e clínicas das genitoras dos recém-nascidos com sífilis congênita nos hospitais, sendo o N=89. Rio Grande-RS, 2018. continuação

Variáveis	média ± DP ou mediana [25% - 75%]	N	%
Tratamento Adequado Antes do Parto	-	-	-
Sim	-	37	42
Não	-	52	58
Motivos do Tratamento Inadequado	-	-	-
Genitora Foi Tratada Mas o Parceiro Não	-	19	36
Tratamento Não Ocorreu 30 Dias Antes do Parto	-	6	12
Sem Comprovação do Tratamento	-	4	8
O Tratamento Estava Incompleto	-	8	15
O Tratamento Foi com Ceftriaxona	-	1	2
Não Tinha VDRL Controle	-	1	2
Não Recebeu Nenhum Tratamento	-	5	10
Sem Informação	-	8	15
Usuária de Droga	-	12	14

Fonte: Autoria própria.

A média de consultas de pré-natal realizadas pelas genitoras de RN reagente encontrada nesta pesquisa é superior ao mínimo preconizado pelo Ministério da saúde. A realização do pré-natal e o aumento do número de consultas também vem sendo observado em outras regiões. Em Fortaleza-CE, 97,8% das parturientes com VDRL reagente, admitidas nas maternidades públicas, realizaram o pré-natal, sendo que 54% realizaram seis ou mais consultas e somente 33,6% foram tratadas adequadamente (ARAÚJO *et al.*, 2019).

Em pesquisa realizada em uma maternidade de Tucumán, Argentina, o pré-natal foi adequado em 55,8% das puéperas estudadas. Dentre os fatores para uma verificação de pré-natal adequada foram descritos: ser adulto, ter um nível de educação elevado e ser casado (ALBORNOZ E LAZARTE, 2018). Para Araújo *et al.* (2019) achados como esses reforçam a importância de se investir na melhoria da qualidade dessa assistência ao pré-natal.

Dados globais também revelam a melhoria na frequência de cobertura de serviço de pré-natal entre 2012 e 2016, sendo de 85% para 88%, de cobertura de teste sífilis de 59% para 66% e a de tratamento de 74% para 78%. Considerando o nível regional global, as taxas de cobertura melhoraram ou eram estáveis em todas

as regiões, para todos os três indicadores. Porém, uma única região, a Região Europeia, quase alcançou as taxas de cobertura exigidos pela OMS para alcançar as metas da Iniciativa Global para a eliminação da transmissão vertical (EMTCT) de sífilis e HIV, com todos os três indicadores acima de 95%% (KORENROMP *et al.*, 2019).

Em contrapartida, apesar de um número considerável de genitoras terem realizado o pré-natal (91%), no momento do parto, 38 (43%) apresentaram VDRL com titulação igual ou maior que 1:8, sendo 15 (17%) maior que 1:8. Além disso, na maior parte dos casos, o diagnóstico da sífilis gestacional foi realizado ainda no pré-natal (84%). Porém, 68 (76%) RN ficaram internados por 10 dias para tratamento e 19 (21%) receberam alta após a aplicação da Penicilina G Benzatina dose única.

É importante destacar que quase metade das genitoras que realizaram tratamento adequado tiveram seus RNs internados por 10 dias, podendo sugerir uma reinfecção, dúvida na história clínico-epidemiológica da mãe ou falha do tratamento. A possibilidade de transmissão da sífilis para o bebê está relacionada à fase da infecção na mãe. Para Dou *et al.* (2016) títulos altos do VDRL podem possibilitar maior comprometimento fetal e desfechos desfavoráveis.

Um estudo realizado em um Hospital Universitário em Porto Alegre, com o objetivo de avaliar a frequência de SC e a sua recorrência em gestações subsequentes, identificou predomínio de títulos baixos de VDRL nas gestações subsequentes que resultaram em casos definidos como SC, sugerindo que uma proporção importante desses casos seja não por recontaminação, mas por títulos residuais. Destacou também que embora títulos altos de VDRL sejam mais frequentes entre as gestações com SC e com efeitos adversos, título baixo não afasta a possibilidade de sífilis ativa na gestante e de SC no concepto. A falta de documentação sobre tratamento anterior também foi uma das principais causas de definição de caso de SC (HEBMULLER, FIORE, LAGO, 2015).

Araújo *et al.* (2019) encontrou grande proporção de mulheres com titulação do VDRL menor ou igual à 1:8. Descreveu ainda uma razão de chance de apresentar desfecho desfavorável duas vezes maior em mulheres cuja titulação do VDRL foi superior a 1:8, o que pode representar sífilis ativa, período em que há maior possibilidade de transmissão da mãe para o feto.

Em pesquisa realizada na China, das mulheres grávidas com sífilis estudadas, 92,65% tiveram sífilis latente e 88,59% tinham uma titulação inferior a 1:4

no momento do parto, reduzindo a influência negativa sobre o RN. O tratamento foi realizado em 94,29% das mulheres antes do parto. No momento do parto e durante todo o período do estudo, crianças expostas à sífilis foram diagnosticadas com sífilis congênita (LUO *et al.*, 2019).

Foi possível observar neste estudo que dentre os motivos para tratamento inadequado, não receber nenhum tipo de tratamento foi descrito em 10% (5) dos casos. Supondo-se que houve alguma abordagem para tratamento medicamentoso em algum momento antes do parto na maior parte das gestantes. O registro do tratamento, assim como dos exames de VDRL controle da gestante com sífilis e orientações a respeito do agravo tanto para a gestante como para o parceiro pode resultar em uma melhor comunicação entre a atenção básica e a maternidade, podendo levantar um histórico mais fidedigno em relação a história clínico-epidemiológica da mãe.

Para Silva *et al* (2017) um sistema eficaz de referência e contra-referência entre os níveis de atenção é fundamental, podendo ser questionada a possibilidade de continuidade do cuidado e resolutividade numa rede com informações clínicas limitadas. Para esses autores, a falta de recursos adequados, como prontuário eletrônico e o uso de medidas adotadas por cada profissional ao seu modo, sem uma rotina de processo de trabalho estabelecida pode representar uma fragilidade que prejudica o compartilhamento de informações entre os profissionais.

É importante destacar que apesar da implementação da Nota Informativa Nº 2-SEI/2017-DIAHV/SVS/MS que desconsidera a informação do tratamento concomitante da parceria sexual das gestantes, para sua classificação de tratamento adequado, é de extrema importância o tratamento do parceiro, devido a taxa elevada de gestantes inadequadamente tratadas (HOLZTRATTNER *et al.*, 2019). Neste estudo, dentre os motivos para considerar o tratamento não adequado da gestante, a falta de tratamento do parceiro foi o mais citado.

Cardoso *et al.* (2018) descreveram, em seu estudo, que a ausência de tratamento do parceiro sexual apresentou associação estatisticamente significativa com o fato do RN apresentar sintomatologia ao nascer, alteração liquórica, além dos desfechos de aborto, natimorto ou óbito. Observou ainda que títulos maternos elevados no pré-natal e parto também esteve associado com alteração do líquido em RN e desfechos como aborto, natimorto ou óbito.

Para Torres *et al.* (2019), tratar parceiros de mulheres grávidas com sífilis continua a ser um desafio devido à sua baixa adesão ao tratamento. Em seu estudo, somente 19,8% dos parceiros no momento do diagnóstico foram submetidos a um tratamento adequado. Dentre os motivos citados pelos pacientes como fatores-chaves para a falta de tratamento estão a instabilidade conjugal, a ausência do parceiro em consultas pré-natais, ou relutância em aceitar o tratamento, sendo a triagem do RN é ainda mais importante, já que um número alto de gestante é considerada com tratamento inadequado.

Korenromp *et al.* (2019) relatam as novas estimativas globais de sífilis materna e congênita, indicando progresso contínuo para a eliminação da transmissão da sífilis de mãe para filho. No entanto, constatam também que a sífilis não tratada continua causando um número importante de resultados adversos ao nascimento, a maioria dos quais ocorrem entre as mulheres que foram inscritas no pré-natal, mas não receberam os serviços recomendados para a prevenção do SC.

A prevenção da transmissão vertical da sífilis envolve uma série de fatores. Ainda para Korenromp *et al.* (2019), deve-se acelerar as melhorias dessa assistência, garantindo a triagem para sífilis no início da gestação e o tratamento adequado, testando e tratando o parceiro, além da populações de maior risco, a fim de baixar os níveis gerais de prevalência de sífilis na comunidade. Para os autores, controlar a sífilis na população em geral, incluindo a melhoria da gestão dos parceiros de mães diagnosticadas durante o pré-natal, será a chave para eliminar a SC como problema de saúde pública até 2030.

Para tanto, incentivar a prevenção através do uso de preservativo é fundamental. As campanhas educativas entre as mulheres grávidas e a população em geral, por meio de veículos de comunicação de longo alcance, se mostra uma estratégia importante para a eliminação da SC.

A problemática da sífilis deve ser divulgada de forma mais efetiva, não somente no meio científico, mas também na população em geral. Para Holztrattner *et al.* (2019) novas estratégias para conscientizar e captar as gestantes e seus parceiros para a realização do tratamento e orientações de ações de prevenção efetivas precisam ser pensadas.

O uso de drogas também merece destaque entre as genitoras de RN reagentes para sífilis. Albornoz e Lazarte (2018) relatam que hábitos tóxicos são fatores de risco para um pré-natal. Uma pesquisa realizada em Maceió, Alagoas,

com gestantes usuárias de drogas lícitas e ilícitas de uma UBS, descreveu que o perfil sociodemográfico das gestantes, demonstrando que as mesmas vivem em condições de vulnerabilidade social e de saúde (LIMA *et al.*, 2015).

Para Lima *et al.* (2015) ainda existem obstáculos no tema droga/gestação para o trabalho realizado durante o pré-natal pelo enfermeiro. As gestantes recebem orientações sobre o tema, mas as condutas para o tratamento nos centros de atenção não são orientadas e nem realizadas. Para os autores, os profissionais possuem conhecimentos sobre o uso de drogas na gestação e suas consequências, mas eles ainda não têm mecanismos concretos para trabalhar na diminuição e extinção do uso.

Este estudo permitiu, ainda, comparar a amostra das gestantes da atenção primária com a amostra do RN nos hospitais. Dessa forma, identificaram-se 14 RN nascidos com VDRL reagente, ou seja, das 67 gestantes que realizaram o pré-natal com diagnóstico de sífilis gestacional pela atenção básica pelo menos 14 (21%) tiveram seus RNs com VDRL reagente. Destes, 10 ficaram internados por 10 dias para tratamento com penicilina e quatro receberam a penicilina G.benzatina dose única.

Dentre as informações colhidas nas unidades da atenção básica, três eram usuárias de drogas, 13 gestantes tinham prescrição de tratamento adequado e em uma o tratamento foi com a ceftriaxona, por alergia a penicilina. Porém, nove gestantes realizaram o tratamento prescrito e cinco não tinham informação ou não realizaram. Em 11 casos o diagnóstico foi na primeira consulta, sendo em 12 casos realizados até o segundo trimestre de gestação.

Com relação aos dados da maternidade, quatro eram usuárias de drogas, nove realizaram tratamento medicamentoso antes do parto, das cinco que não realizaram ou não tinha informação três eram usuárias de droga, nove realizaram mais que seis consultas de pré-natal e 12 genitoras tinham a titulação de VDRL menor ou igual a 1:8 na internação. Considerando o RN, nenhuma titulação de VDRL foi duas vezes maior que o da mãe e todos nasceram assintomáticos com relação a SC, ressaltando que não foram consideradas as sintomatologias relacionadas com outros fatores de risco presentes.

Apesar do pequeno número de casos para comparação entre a atenção primária e terciária, limitando o estudo nesta perspectiva, os dados mostram que a atenção básica está diagnosticando e prescrevendo o tratamento para a sífilis na

gestante adequadamente. Porém, não está conseguindo garantir a realização do tratamento em todas as gestantes nem evitar internações de RN por SC, mesmo o tratamento sendo feito na gestante durante o pré-natal.

Com base nos dados, a não realização do tratamento adequado pela gestante, incluindo a falta de VDRL controle, falhas na comunicação entre a atenção básica e o nível terciário, a possibilidade de reinfecção e a possível falha terapêutica podem resultar no desfecho de SC. Souza e Beck (2019) descreveram a importância de revisão dos procedimentos adotados e da maior percepção dos profissionais de saúde e gestores nos aspectos relacionados à comunicação com as usuárias do serviço frente a SC.

As atividades educativas devem alcançar não só as gestantes, mas também a comunidade em geral, no sentido de prevenir novas infecções. Souza e Beck (2019) demonstraram, em pesquisa realizada com mães de RN com SC, que seus conhecimentos em relação à transmissão da SC são confusos, sendo que informações sobre sequelas deste agravo, algumas vezes, foram adquiridas pela televisão ou internet, demonstrando serem insuficientes às informações dadas pelos profissionais de saúde. Para eles, o conhecimento das mulheres a respeito do diagnóstico de sífilis na gestação é fundamental para que haja adesão ao tratamento e a prevenção adequada.

Outro aspecto importante é a educação permanente dos profissionais pré-natalista, visto que a unidade básica é um local em que existe maior proximidade entre os profissionais e os usuários, permitindo atuar de modo mais efetivo na captação e acolhimento do parceiro sexual da gestante, a fim de realizar tratamento adequado. Para a reversão do alto índice de sífilis congênita, a disseminação direcionada de conhecimento por meio de educação, com ênfase na prevenção e tratamento da doença, é um aspecto fundamental (HOLZTRATTNER *et al.*, 2019).

Com relação aos desfechos, a totalidade dos casos foram assintomáticos ao nascimento. Segundo o Boletim Epidemiológico, houve redução do percentual de desfechos desfavoráveis ao longo dos últimos 10 anos, sendo que, em 2018, 88,6% das crianças com sífilis congênita estavam vivas. Dentre os desfechos desfavoráveis, em 2018, 1,3% foram classificados como óbito por sífilis congênita, 0,7% como óbito por outras causas, 3,4% como aborto, 2,8% como natimorto e 3,2% tiveram evolução ignorada, representando um total de 11,4% de desfechos desfavoráveis (BRASIL, 2019).

Para Favero *et al* (2019) os fatores associados a SC podem indicar falhas na assistência pré-natal, demonstrando que a reorganização das estratégias para redução da transmissão vertical da sífilis é preciso. Para tanto, destacaram a capacitação dos profissionais de saúde, o fortalecimento da vigilância epidemiológica para o monitoramento dos resultados do VDRL de gestantes no sistema de laboratórios e o reforço na orientação e busca ativa para tratamento dos parceiros sexuais.

6 CONCLUSÃO

Ao buscar conhecer o perfil das gestantes com sífilis na atenção básica do município constatou-se que a maior parte estava na faixa etária entre 20 e 34 anos, a cor da pele era branca, convivia com o companheiro, o nível de escolaridade era baixo, vivia na zona urbana e estava na terceira gestação ou mais. A falta de informações relacionadas à cor da pele, à escolaridade e à convivência com o companheiro foram limitadores do estudo. No entanto, no que se refere a estas características, serve de alerta para a busca na melhoria dos registros, fator importante para a epidemiologia, a qual busca estudar os fatores do desenvolvimento e propagação de doenças, permitindo os meios para sua prevenção e controle.

Fatores importantes que podem influenciar diretamente na transmissão vertical da sífilis foram observados, como a falha na captação da gestante para iniciar o pré-natal no primeiro trimestre de gestação, o baixo número de realização do VDRL controle pela gestante e a falta de informação sobre o tratamento ou o não tratamento do parceiro. Com relação ao tratamento da gestante com sífilis na atenção primária a saúde, foi importante observar que quase a totalidade dos casos receberam prescrição de tratamento adequado, embora em um número considerável (30%) as doses não estavam completas ou não havia informações sobre elas.

O comportamento de risco também pode ser observado entre as gestantes com sífilis, pois além do diagnóstico de sífilis na gestação atual, 18% dessas mulheres tinham história de tratamento prévio e 12% eram usuárias de drogas. Dessa forma, nota-se que todos esses fatores estão relacionados diretamente com a assistência pré-natal, pois é por meio dessa assistência que se pode atuar sob cada um deles.

Primeiramente, a captação da gestante no primeiro trimestre é tarefa fundamental para o curso de uma gestação saudável. Vários fatores estão envolvidos nesse processo, a começar pelo agente comunitário de saúde, elo de ligação entre a comunidade e o serviço de saúde, conhecedor de todo território e de cada usuário e facilitador na criação do vínculo deste com o profissional de saúde. A figura do enfermeiro também se destaca na realização do pré-natal, uma vez que, na maioria das vezes, a primeira consulta dessa assistência é realizada por este profissional.

Na primeira consulta muitos aspectos são abordados, devendo ser uma consulta extensa, com levantamento do histórico da paciente, orientações sobre a gestação, exame físico e obstétrico, realização de testes rápidos, além de atuação nas intercorrências, como no caso de um teste rápido reagente para sífilis. O parceiro da gestante deve estar presente nesse momento, tanto no sentido de apoio a sua parceira como no próprio interesse no cuidado do seu filho. Dessa forma, é preciso criar-se estratégias para conscientização da participação do parceiro da gestante nas consultas de pré-natal, o que facilitaria o tratamento, as orientações de medidas preventivas contra uma reinfecção e o segmento com o VDRL controle.

A realização do segmento tanto da gestante como do parceiro com exames VDRL é importante para o controle da cura da sífilis. Além disso, é possível distinguir uma nova infecção de uma cicatriz sorológica quando se tem um histórico de exames realizados. Como mostrou os dados, ainda existe dificuldade na realização desse segmento pelas gestantes, sendo fundamental a disponibilidade desse exame no dia da consulta pré-natal. É preciso que seja claro para a gestante e para o seu parceiro a importância do tratamento e do segmento. O entendimento destes sobre a doença é necessário para a prevenção da SC.

O tratamento da sífilis na gestação é possível, sendo seguro e acessível. A combinação do diagnóstico de sífilis, por meio do teste rápido, da realização do VDRL controle, da primeira dose da penicilina e das orientações sobre o agravo e sua prevenção na primeira consulta pré-natal é fundamental para o sucesso do tratamento. É importante considerar que tudo isso deve estar documentando, sendo esse registro imprescindível para a comunicação entre a atenção primária e a terciária.

Os dados provenientes das maternidades estimaram uma incidência de sífilis congênita 3,5 vezes maior que a média nacional. Com relação ao perfil do RN com SC pode-se descrever que a maior parte foi do sexo masculino e a média de idade gestacional ao nascimento foi de 39 semanas. O tratamento do RN foi realizado na quase totalidade dos casos, sendo a Penicilina G. Cristalina ou a Penicilina G. Benzatina as drogas de escolha. Após a alta, a maioria (93%) foi encaminhada para seguimento. Dentre os RNs pesquisados não houveram óbitos, 12 (14%) foram classificados como baixo peso, sete (8%) nasceram pré-termo e todos nasceram assintomáticos com relação a sífilis congênita.

Dentre os fatores advindos do RN para um diagnóstico de SC, o fato da totalidade dos casos nascerem assintomáticos mostrou a importância do VDRL de sangue periférico e dos exames complementares para a realização do diagnóstico e do tratamento. Além disso, a história clínico-epidemiológica da mãe foi fundamental, não podendo ser dissociada.

Ao descrever os dados das mães de RN com VDRL reagente pode-se observar que a média de consultas de pré-natal (7 ± 4) foi superior ao mínimo recomendados pelo MS e a maior parte das genitoras (84%) tiveram o diagnóstico de sífilis gestacional realizado ainda no pré-natal. No entanto, um percentual alto de RN (68%) ficou internado por 10 dias para tratamento. Menos da metade das gestantes (42%) tiveram seu tratamento considerado adequado. Dentre os motivos para tratamento inadequado, não receber nenhum tipo de tratamento foi descrito em 10% dos casos.

Notadamente, houve alguma abordagem para tratamento medicamentoso em algum momento antes do parto na maior parte das gestantes. O não tratamento do parceiro foi o motivo mais citado para o tratamento não adequado da gestante. O uso de drogas também apareceu em um percentual importante de gestantes (14%) que tiveram RN reagente para sífilis.

Considerando os desfechos da amostra da gestante na atenção primária, identificou-se que pelo menos 14 (21%) tiveram RNs com VDRL reagente, sendo que destes a maior parte (10) ficou internado por 10 dias para tratamento com penicilina, e o restante foram tratados com a penicilina G.benzatina. Vale ressaltar, que a maioria dessas gestantes (9) tinham registro de tratamento tanto na atenção básica como no hospital.

Dessa forma, alguns fatores maternos podem ter contribuído para um diagnóstico de SC, como o tratamento não adequado da gestante, dúvidas na história clínico-epidemiológica materna e a possibilidade de uma reinfecção. Por certo, é preciso atuar de forma mais efetiva sob cada um desses fatores, pois as ações realizadas por meio do pré-natal permitem que todos esses fatores sejam sanados.

A prescrição do tratamento adequado para a sífilis na gestante é fundamental, mas somente a prescrição não garante que a gestante realize o mesmo. O tratamento adequado da gestante envolve muitos aspectos, é preciso garantir a realização das doses de forma completa, incluído o registro das mesmas. Além

disso, o tratamento do parceiro da gestante com o seguimento adequado é essencial para impedir a reinfecção da gestante.

A organização de um sistema de referência e contra-referência mais efetivo relacionado a SG e SC mostra-se necessário, já que muitos RN são internados para tratamento de SC, mesmo a mãe tendo realizado o tratamento adequado e o RN não tendo o VDRL de sangue periférico duas vezes maior que o da mãe. Tal fato leva a suspeita de uma reinfecção, dúvidas na história clínico-epidemiológica da mãe ou na realização do segmento do RN, levando a internação do RN para tratamento de SC.

O comportamento de risco também pode ter influenciado para um desfecho de SC. Dentre eles, o uso de droga que pode levar a não realização do pré-natal e a comportamentos sexuais de risco, como múltiplos parceiros e o não uso de preservativos, sendo fundamental sensibilizar a gestante e o parceiro quanto a importância do preservativo.

A não realização do tratamento pelo parceiro também representa um comportamento de risco. Fator esse que deve ser trabalhado constantemente pelas equipes de saúde, trazendo esse parceiro para a unidade de saúde, por meio da criação de vínculo com os profissionais, facilitando seu acesso ao serviço e desenvolvendo atividades educativas para assim despertar a importância do autocuidado, do tratamento e da prevenção.

É importante destacar que a dificuldade na compreensão da doença prejudica seu tratamento e sua prevenção e pode estar relacionada à baixa escolaridade. Atividades educativas precisam ser realizadas de forma frequente e enfática, tanto dentro da comunidade quanto nos meios de comunicação de longo alcance. A população precisa entender o significado desse agravo para sua erradicação do contrário a prevenção da SC não será alcançada.

Todos esses fatores apontam para a necessidade de melhoria na qualidade da assistência pré-natal, no sentido da busca ativa da gestante e do parceiro para início precoce dessa assistência, da disponibilização das tecnologias necessárias para diagnóstico, tratamento e controle/seguimento, e da melhoria na qualidade dos registros, que proporcionam um histórico clínico-epidemiológico mais fidedigno, fundamental na tomada de decisão a respeito do tratamento. Outro fator importante é trabalhar dentro da comunidade a questão educativa relacionada à sífilis. Para

tanto, profissionais de saúde precisam ser capacitados constantemente, no propósito da prevenção da SC.

Atuar de forma planejada em cada um desses fatores é preciso. Entender como esses fatores influenciam na SC permite ao profissional enfermeiro trabalhar de forma mais eficaz sob eles. A dinâmica de trabalho da assistência ao pré-natal precisa ser revista para melhor atender aos usuários, sendo o apoio dos gestores fundamental neste processo. Em suma, conhecer o perfil da sífilis gestacional e congênita proporcionou melhor compreensão a respeito da temática. Espera-se que este trabalho possa contribuir para o planejamento de ações mais eficazes no combate a SC.

REFERÊNCIAS

ACIOLI, S.; KEBIAN, L.V.A.; FARIA, M.G.A.; FERRACCIOLI, P.; CORREA, V.A.F.. Práticas de cuidado: o papel do enfermeiro na atenção básica. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v.22, n.5, p.637-42, set./out. 2014. Disponível em:

<http://www.facenf.uerj.br/v22n5/v22n5a09.pdf>.

ALBORNOZ, M.; LAZARTE, S. Prevalencia de sífilis en puérperas sin control serológico en el último mes de gestación y estudio de su relación con factores de riesgo. **Rev Argent Salud Pública**. v.9, n. 35, p. 25-32, 2018. Disponível em:

<http://rasp.msal.gov.ar/rasp/articulos/volumen35/25-32.pdf>.

ALBUQUERQUE, C. M.; OLIVEIRA, ICL; NOBRE, C.S.; COUTO, C.S.; FROTA, M.A. A compreensão da qualidade de vida atrelada à sífilis congênita. **Rev. APS**, v.18, n.3, p.293-297, jul./set. 2015. Disponível em:

<https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15543>.

AKAHIRA-AZUMA, M.; KUBOTA, M.; HOSOKAWA, S.; KANESHIGE, M.; YASUDA, N.; SATO, N.; MATSUSHITA, T. Republication: Two Premature Neonates of Congenital Syphilis with Severe Clinical Manifestations. **Tropical Medicine and Health**. v. 43, n.3, p.165–170, 2015. Disponível em:

<https://doi.org/10.2149/tmh.2015-11>.

ANDRADE, A. L. M. B.; MAGALHÃES, P. V. V. S.; MORAES, M. M.; TRESOLDI, A. T.; PEREIRA, R. M. Diagnóstico Tardio de Sífilis Congênita: Uma Realidade na Atenção à Saúde da Mulher e da Criança no Brasil. **Rev Paul Pediatr**, v.36, n. 3, p.376-381, 2018. Disponível em:

<https://www.redalyc.org/jatsRepo/4060/406057157019/406057157019.pdf>.

ARAÚJO, M.A.L.; BARROS, V.L.; MOURA, H.J.; ROCHA, F.B.; GUANABARA; M.A.O. Prevenção da sífilis congênita em Fortaleza, Ceará: uma avaliação de estrutura e processo. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v.22, n.3, p.300-306, 2014. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v22n3/1414-462x-cadsc-22-03-0300.pdf>.

ARAÚJO, M.A.L.; ANDRADE, R.F.V.; BARROS, V.L.; BERTONCINI, P.M.R.P. Fatores associados aos desfechos desfavoráveis provocados pela Sífilis na gestação. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant**. v.19, n. 2, p. 421-429, abr./jun.2019. Disponível em:

http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v19n2/pt_1519-3829-rbsmi-19-02-0411.pdf.

AZEVEDO, D.M.S.; REIS, R.B.S.; TELES, M.F. Incidência e caracterização dos casos de sífilis congênita na maternidade de um hospital do sudoeste baiano. **Id on Line Rev. Mult. Psic**. v.13, n.43, p.:387-397, 2019. Disponível em:

<https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/1542>.

BAMPI, J.V.B.B; CORREA, M.E.C.; BET, G.M.S.; MARCHIORO, S.B.; SIMIONATTO, S. Descriptive analysis of syphilis cases reported in Mato Grosso do Sul, Brazil identifies failure in treatment. **Rev Soc Bras Med Trop.** v.52, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822019000100644.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo.** 70 ed. São Paulo: Casa de ideias, 2011.

BORTOLI, C.F.C.; BISOGNIN, P.; WILHELM, L.A.; PRATES, L.A.; SEHNEM, G.D.; RESSEL, L.B. Factors that enable the performance of nurses in prenatal. **J. res.: fundam. care. Online.** v.9, n.4, p. 978-983, out./nov. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/1097892175-5361.2017.v9i4.978.983>.

BRASIL. Programa Nacional de DST/AIDS. **Diretrizes para o controle da sífilis congênita: manual de bolso.** Brasília (DF), 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459 de 24 de junho de 2011.** Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 27 de Junho de 2011, Seção 1, p. 109, 2011.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco.** Brasília, 2012.p.111-113.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466** de 12 de dezembro de 2012 da CONEP/MS (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa), que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras a serem observadas a partir de 13 de junho de 2013, data de sua publicação no DOU nº 12 – quinta-feira, 13 jun. 2013 – Seção 1 – p. 59.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 5. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2012. p.139-141.

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.** Relatório de Recomendação. Brasília, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual Técnico Para o Diagnóstico da Sífilis.** Brasília, 2016.p.10-16.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Informativa Conjunta Nº 109/2015/GAB/SUS/MS.** 2015. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/novembro/12/NT-109-2015-Penicilina-Sifilis.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico.** v. 48. n 36. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Realização do Teste Rápido para HIV e Sífilis na atenção básica e aconselhamento em DST/Aids da Rede**. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do SUS. **Relatório de Recomendações. Penicilina benzatina para prevenção da Sífilis Congênita durante a gravidez**. Brasília. Junho, 2015. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2015/Relatorio_Penicilina_SifilisCongenita_CP.pdf

BRASIL. **Resolução nº 564**, de 06 de novembro de 2017. Reformulação do Código de Ética. Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html.

BRASIL. Ministério da Saúde/SVS - **Sistema de Informação de Agravos de Notificação** - SINAN NET. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinannet/cnv/sifilisrs.def>.

BRASIL. Ministério da Saúde/SVS - **Sistema de Informação de Agravos de Notificação** – SINAN NET. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinannet/cnv/sifilisgestanters.def>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. Disponível em: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Hospitalar.asp?VCo_Unidade=4315602232995.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico de Sífilis**. v.49, N.45, Out, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico de Sífilis**. Número Especial, Out., 2019.

CANTO, S.V.E.; ARAÚJO, M.A.L.; MIRANDA, A.E; CARDOSO, A.R.P.; ALMEIDA, R.L.F. Fetal and infant mortality of congenital syphilis reported to the Health Information System. **PLoS ONE**. v.14, n.1, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0209906>.

CACERES, K. Syphilis epidemiological report. Chile, 2016. **Rev. chil. infectol.** v.35, n.3, p.284-296, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4067/s0716-10182018000300284>.

CUNHA, A.R.C., MERCHAN-HAMANN, E. Sífilis em parturientes no Brasil: prevalência e fatores associados, 2010 a 2011. **Rev Panam Salud Publica**. v.38, n.6, p.479-86, 2015. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2015.v38n6/479-486/>.

CUNNINGHAM, F.G.; LEVENO, K.J; BLOOM, S.L; SPONG, C.Y.; DASHE, J.S; HOFFMAN, B.L; CASEY, B.M; SHEFFIELD, J.S. **Obstetrícia de Williams**. 24. Ed. Porto Alegre: AMGH, 2016. p 1265-1268.

CARDOSO, A.R.P.; ARAÚJO, M.A.L.; CAVALCANTE, M.S.; FROTA, M.A.; MELO, S.P. 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. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018232.01772016>.

CAVALCANTE, P.A.M.; PEREIRA, R. B. L.; CASTRO, J.G.D. Sífilis gestacional e congênita em Palmas, Tocantins, 2007-2014. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v.26, n. 2, p. 255-264, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742017000200003>.

DOU, L.; WANG, X.; WANG, F.; WANG, Q.; QIAO, Y.; SU, M.; JIN, X.; QIU, J.; SONG, L.; WANG, A. Epidemic Profile of Maternal Syphilis in China in 2013. **Hindawi Publishing Corporation BioMed Research International**. V. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1155/2016/9194805>.

FAVERO, M.L.D.C.; RIBAS, K.A.W.; COSTA, M.C.D.; BONAFÉ, S.M. Sífilis congênita e gestacional: notificação e assistência pré-natal **Arch. Health. Sci**. v.26, n.1, p.:2-8, jan./mar. 2019. Disponível em: <http://www.cienciasdasaude.famerp.br/index.php/racs/article/view/1137/776>

FELIZ, M. C.; MEDEIROS, A. R. P., ROSSONI, A. M.; TAHNUS, T.; PEREIRA, A.M.V.B.; RODRIGUES, C. Aderência ao seguimento 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, out./dez. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2016000400727.

FIGUEIREDO, M. S. N.; CAVALCANTE, E. G. R.; OLIVEIRA, C. J.; MONTEIRO, M. F. V.; QUIRINO, G.VS.; OLIVEIRA, D. R. Percepção de enfermeiros sobre a adesão ao tratamento dos parceiros de gestantes com sífilis. **Rev Rene**. v.16, n.3, p.345-54, maio/jun 2015. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3240/324041234007.pdf> .

FRANÇA, I. S.X. ; BATISTA, J. D. L.; COURA, A. S.; OLIVEIRA, C. F.; ARAÚJO, A. K. F.; SOUSA, F. S. Fatores associados à notificação da sífilis congênita: um indicador de qualidade da assistência pré-natal. **Rev Rene**. v.16, n.3, p.374-81, maio./jun. 2015. Disponível em: http://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/14356/1/2015_art_isxfranca.pdf .

GARBIN, A. J. I.; MARTINS, R. J.; BELILA, N.M.; EXALTAÇÃO, S. M.; GARBIN, C.A.S. Reemerging diseases in Brazil: sociodemographic and epidemiological characteristics of syphilis and its under-reporting. **Rev Soc Bras Med Trop** v.52, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822019000100615.

GOMES, G. C.; XAVIER, D. M.; PINTANEL, A. C.; FARIAS, D. H. R.; LUNARDI, V. L.; AQUINO, D. R. Significados atribuídos por familiares na pediatria acerca de suas interações com os profissionais da enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, v. 49, n.6, p.953-959, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n6/pt_0080-6234-reeusp-49-06-0953.pdf

GONÇALVES, M.F.; TEIXEIRA, E.M.B.; SILVA, M.A.S.; CORSI, N.M.; FERRARIA, R.A.P.; PELLOSO, S.M.; CARDELLIA, A.A.M. Pré-natal: preparo para o parto na atenção primária à saúde no sul do Brasil. **Rev Gaúcha Enferm.** v.38, n.3, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.03.2016-0063>.

GUANABARA, M. A. O.; ARAÚJO, M. A. L.; MATSUE, R. Y.; BARROS, V. L.; OLIVEIRA, F. A. Acesso de gestantes às tecnologias para prevenção e controle da sífilis congênita em Fortaleza-Ceará, Brasil. **Rev. Salud Pública.** v.19, n.1, p.73-78, 2017. DOI: <https://doi.org/10.15446/rsap.v19n1.49295>. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rsap/v19n1/0124-0064-rsap-19-01-00073.pdf

HEBMULLER, M. G.; FIORI, H. H.; LAGO, E.G. Gestações subsequentes em mulheres que tiveram sífilis na gestação. **Ciência & Saúde Coletiva.** v.20, n.9, p.:2867-2878, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000902867

HOLZTRATTNER, J.S.; LINCH, G.F.C.; PAZ, A.A.; GOUVEIA, H.G.; COELHO, D.F.. Sífilis congênita: realização do pré-natal e tratamento da gestante e de seu parceiro. **Cogitare enferm.** v.24, 2019. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/59316/pdf>.

HORTA, H. H. L.; MARTINS, M. F. M.; NONATO, T. F.; ALVES, M. I. Pré-natal do parceiro na prevenção da sífilis congênita. **Rev. APS**, v.20, n.4, p.623 – 627, out./dez.2017. DOI: <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2017.v20.16078>. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/16078>

KAHL, C.; MEIRELLES, B.H.S.; LANZONI, G.M.M.; KOERICH, C.; CUNHA, K.S. Ações e interações na prática clínica do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde. **Rev Esc Enferm USP.** v.52, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v52/0080-6234-reeusp-52-e03327.pdf>

KAWAGUCHI, I.A. L; MAGALHÃES, D. M. S.; CALDERON, I. M. P.; DIAS, A. O seguimento da sífilis congênita em crianças tratadas ao nascer. **Com. Ciências Saúde**, v.24,n. 3, p. 221-230, 2014. Disponível em: http://www.escs.edu.br/pesquisa/revista/2013Vol24_3_2_seguimentosifilis.pdf

KORENROMP, E.L.; ROWLEY, J., ALONSO, M.; MELLO, M.B.; WIJESOORIYAI, N.S.; MAHIANE, S.G; ISHIKAWAI, N.; LE, L.V.; NEWMAN-OWIREDU, M.; NAGELKERKE, N.; NEWMAN, L.; KAMB, M.; BROUTET, N.; TAYLOR, M.M. Global burden of maternal and congenital syphilis and associated adverse birth outcomes—Estimates for 2016 and progress since 2012. **PLoS ONE**. v. 14, n.2, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0211720>. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0211720>

LAFETA, K.R.G.; JUNIOR, H.M.; SILVEIRA, M.F.; PARANAÍBA, L.M.R. Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle. **Rev. Bras. Epidemiol**, São Paulo, v.19, n.1, p. 63-74, Jan./mar. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201600010006>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2016000100063&script=sci_abstract&tlng=pt .

LAZARINI, F.M.; BARBOSA, D.A. Educational intervention in Primary Care for the prevention of congenital syphilis. **Rev. Latino-Am Enfermagem**. São Paulo. v.25, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1612.2845>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/0104-1169-rlae-25-02845.pdf>. Acesso em: 02 de outubro de 2017.

LIMA, L.P.M.; SANTOS, A.A.P.; PÓVOAS, F.T.X.; SILVA, F.C.L. o papel do enfermeiro durante a consulta de pré-natal à gestante usuária de drogas. **Revista Espaço para a Saúde**. v. 16, n. 3, p. 39-46, jul./set. 2015. Disponível em: <http://espacoparasaude.fpp.edu.br/index.php/espacosaude/article/viewFile/394/382>.

LIMA, V. C.; MORORÓ, R. M.; MARTINS, M. A.; RIBEIRO, S. M.; LINHARES, M. S. C.. Perfil Epidemiológico dos Casos de Sífilis Congênita em um Município de Médio Porte no Nordeste Brasileiro. **J. Health Biol Sci**. v. 5, n.1, p.56-61, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.12662/2317-3076jhbs.v5i1.1012.p56-61.2017>. Disponível em: <https://periodicos.unichristus.edu.br/jhbs/article/view/1012>.

LOPES, A. C. M. U.; ARAÚJO, M. A. L.; VASCONCELOS, L. D. P. G.; UCHOA, F. S. V.; ROCHA, H. P.; SANTOS, J. R. Implantação dos testes rápidos para sífilis e HIV na rotina do pré-natal em Fortaleza – Ceará. **Rev Bras Enferm**. v. 69, n.1, p.62-6, jan./fev. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690108i>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000100062&lng=pt&tlng=pt.

LUO, H.; QIU, L.; WU, Y.; ZHANG, X. Growth in syphilis-exposed and -unexposed uninfected children from birth to 18 months of age in China: a longitudinal study. **Scientific Reports**. v. 9, n. 4416, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41598-019-40134-3>. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41598-019-40134-3>.

MACÊDO, V. C.; LIRA, P. I. C.; FRIAS, P. G.; ROMAGUERA, L. M. D.; CAIRES, S. F. F.; XIMENES, R. A. A. Fatores de risco para sífilis em mulheres: estudo caso-controle. **Rev Saúde Pública**. v.51, p.78, 2017. DOI:

<http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2017051007066>. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102017000100268&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)

[89102017000100268&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102017000100268&lng=en&nrm=iso&tlng=pt).

MALLMANN, M.B.; BOING, A.F.; TOMASI, Y.T.; ANJOS, J.C.; BOING A.C. Evolução das desigualdades socioeconômicas na realização de consultas de pré-natal entre parturientes brasileiras: análise do período 2000-2015. **Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília**. v.27, n.4, 2018. DOI:

[http://dx.doi.org/10.5123/s1679-](http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742018000400014)

[49742018000400014](http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742018000400014). Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2237-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2237-96222018000400311&lng=pt&nrm=iso)

[96222018000400311&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2237-96222018000400311&lng=pt&nrm=iso).

MARTINELLI, K. G.; NETO, E. T. S.; GAMA, S. G. N.; OLIVEIRA, A. E. Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e Rede Cegonha. **Rev Bras Ginecol Obstet**. v. 36, n.2, p.56-64, 2014. DOI:

[http://dx.doi.org/10.1590/S0100-](http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032014000200003)

[72032014000200003](http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032014000200003). Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032014000200056&script=sci_abstract&tlng=pt)

[72032014000200056&script=sci_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032014000200056&script=sci_abstract&tlng=pt).

NETO, S.E.S.; 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, n.6, p.819-826, Nov./Dec., 2018. Disponível em:

https://www.researchgate.net/publication/329413333_Syphilis_in_pregnancy_congenital_syphilis_and_factors_associated_with_mother-to-child_transmission_in_Itapeva_Sao_Paulo_2010_to_2014.

MOREIRA, K. F. A.; OLIVEIRA, D. M.; ALENCAR, L. N.; CAVALCANTE, D. F. B.; PINHEIRO, A. S.; ORFÃO, N. H. Perfil dos Casos Notificados de sífilis Congênita. **Cogitare Enferm**. v.22, n.2, 2017. DOI:

<http://dx.doi.org/10.5380/ce.v22i1.48949>.

Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/48949/pdf>

MOTTA, A.L.C. **Auditoria de enfermagem nos hospitais e operadoras de planos de saúde**. São Paulo: Iátria; 2003.

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**, Brasília, v.24, n.4, p.681-694, out./dez. 2015. Disponível em:

[http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1679-](http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1679-49742015000400010&lng=pt&nrm=iso)

[49742015000400010&lng=pt&nrm=iso](http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1679-49742015000400010&lng=pt&nrm=iso).

NORWITZ, E.R; HICKS, C.B. Syphilis in pregnancy. **Up to Date**. 2017. Disponível em: [http://enjoypregnancyclub.com/wp-](http://enjoypregnancyclub.com/wp-content/uploads/2017/06/Syphilis%20in%20pregnancy.pdf)

[content/uploads/2017/06/Syphilis%20in%20pregnancy.pdf](http://enjoypregnancyclub.com/wp-content/uploads/2017/06/Syphilis%20in%20pregnancy.pdf)

NUNES, J.T.; MARINHO, A.C.V.; DAVIM, R.M.B.; SILVA, G.G.O.; FELIX, R.S.; MARTINO, M.M.F. Sífilis na gestação: perspectivas e condutas do enfermeiro. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v.11, n.12, p.4875-84, dez 2017.

DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i12a23573p4875-4884-2017>. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/23573>.

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, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2305.3019>. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692018000100335

PEDROSA, K.K.A.; OLIVEIRA, I.C.M.; FEIJÃO, A.R.; MACHADO, R.C. Enfermagem baseada em evidência: caracterização dos estudos no brasil. **Cogitare Enferm**. v.20, n.4, p. 733-741, Out./dez. 2015. Disponível em:

<http://docs.bvsalud.org/biblioref/2016/08/1128/40768-166899-1-pb.pdf>.

PEIXOTO, S. **Manual de assistência pré-natal**. 2a. ed. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), 2014.

Disponível em:

https://www.febrasgo.org.br/images/arquivos/manuais/Manuais_Novos/Manual_Pre_natal_25SET.pdf.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PORTO, P.N.; OLIVEIRA, J.F.; CAMPOS, A.C.P.; PIRES, C.G.S. Acesso aos serviços de saúde: fatores associados ao envolvimento de gestantes com drogas.

Revista Baiana de Enfermagem. v. 29, n. 4, p. 350-360, out./dez. 2015. DOI:

DOI: <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v29i4.13832>. Disponível em:

<https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/13832>

REZENDE, E. M. A.; BARBOZA, N. B. A Sífilis Congênita como Indicador da Assistência de Pré-Natal no Estado de Goiás. **Rev. APS**. v.18, n.2, p.220-232, abr./jun. 2015. Disponível em:

<https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15536>.

REZENDE, J.; MONTENEGRO, C.A.B. **Rezende Obstetrícia Fundamental**. 13 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

RICORD, P. **A practical treatise on venereal diseases**. Paris: Rouvier et le Bouvier, 1838.

ROMANELLI, R. M. C.; CARELLOS, E. V. M.; SOUZA, H. C. S.; PAULA, A. T.; RODRIGUES, L. V.; OLIVEIRA, W. M.; SILVA, H. H. R. M.; SACRAMENTO, J. P. T. C.; ANDRADE, G. M. Q. Management of syphilis in pregnant women and their newborns: is it still a problem? **DST - J bras Doenças Sex Transm**. v.27, n.1-2,

p.35-39, 2015. Disponível em: http://www.dst.uff.br/revista27-1-2-2015/DST_v27n1-2_35-39_IN.pdf.

ROSEIRO, C. P.; PAULA, K. M. P.. Concepções de humanização de profissionais em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 32, n.1, p.109-119, jan./mar.2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-166X2015000100010>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0103-166X2015000100109&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.

ROCHA, K.B.; SANTOS, R.R.G.; CONZ, J.; SILVEIRA, A.C.T. Transversalizando a rede: o matriciamento na descentralização do aconselhamento e teste rápido para HIV, sífilis e hepatites. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 109, p. 22-33, abr./jun. 2016. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/sdeb/2016.v40n109/22-33>.

RUSCHI, G.E.C; ANTÔNIO, F.F.; ZANDONADE, E.; MIRANDA, A.E. Qualidade dos dados de assistência pré-natal na Atenção Básica em prontuário eletrônico e relação com apoio matricial, Vitória, Espírito Santo, 2013-2014: corte transversal. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. v.12, n.39, p.:1-13, 2017. DOI: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12\(39\)1612](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1612). Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/322678628_Qualidade_dos_dados_de_assistencia_pre-natal_na_Atencao_Basica_em_prontuario_eletronico_e_relacao_com_apoio_matricial_Vitoria_Espirito_Santo_2013-2014_corte_transversal.

SAAVEDRA, J.S.; Cesar, J.A. Uso de diferentes critérios para avaliação da inadequação do pré-natal: um estudo de base populacional no extremo Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**. v.31, n.5, maio 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/0201-311X00085014>. Disponível em: <https://scielosp.org/article/csp/2015.v31n5/1003-1014/>.

SAMPIERI, R.H.; COLLADO, C.F.; LUCIO, M.D.P.B. **Metodologia de Pesquisa**. 5 ed. Porto Alegre: Penso, 2013.

SARACENI, V; PEREIRA, G.F.M.; SILVEIRA, M.F.; ARAUJO, M.A.L.; MIRANDA, A.E.; Vigilância epidemiológica da transmissão vertical da sífilis: dados de seis unidades federativas no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**. Washington, v.41, 2017. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2017.v41/e44/>.

SILVA, I.M.D.; LEAL, E.M.M; PACHECO, H.F.F.; JÚNIOR, J.G.S.; SILVA, F.S. Perfil epidemiológico da sífilis congênita. **Rev enferm UFPE on line**. v.13, n.3, p:604-13, 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/236252/31536>.

SILVA, K.S.; SANTOS, A.M.; CARVALHO, J.A.; KOCHERGIN, C.N.; ALMEIDA, P.F. Percepção de gestores e enfermeiros sobre a organização do fluxo assistencial na rede de serviços de saúde. **Reciis – Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde**. V.11, N.3, abr./jun. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.29397/reciis.v11i2.1226>.

SPARLING, P.F.; HICKS, C.B. Pathogenesis, clinical manifestations, and treatment of late syphilis. **Up to Date**. 2012. Disponível em: <http://www.uptodate.com/online>. Acesso em: 10 out. 2017.

SOARES, L.G.; ZARPELLON, B.; SOARES, L.G.; BARATIERI, T.; LENTSCK, M. H.; MAZZA, V.A. Sífilis gestacional e congênita: características maternas, neonatais e desfecho dos casos. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v.17, n.4, p. 791-799, out./dez. 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042017000400010>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292017000400781&lng=en&tlng=en.

SOUZA, M.H.T.; BECK, E.Q. Compreendendo a sífilis congênita a partir do olhar materno. **Rev. Enferm. UFSM, Santa Maria**, v.9, p. 1-13, 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/32072/html>.

STAFFORD, I.A.; BERRA, A.; FONTENOT, C.G.M.; KOPKIN, R.H.; RODRIGUES, E.; ROITSCH, C.M.; RAC, M.W.; HILL, J.B.;. Challenges in the Contemporary Management of Syphilis among Pregnant Women in New Orleans, LA. **Hindawi Doenças Infecciosas em Obstetrícia e Ginecologia**. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1155/2019/26139622>. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-30894787>.

STAMM, LV. Syphilis: antibiotic treatment and resistance. **Epidemiol Infect.** v.143, n.8, p.1567-74, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1017/S0950268814002830>. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/journals/epidemiology-and-infection/article/syphilis-antibiotic-treatment-and-resistance/D8519DE049A3F96B18C7F29A50E5D437>

TEIXEIRA, L.O.; BELARMINO, V.; GONÇALVES, C.V.; SASSI, R.A.M. Tendência temporal e distribuição espacial da sífilis congênita no estado do Rio Grande do Sul entre 2001 e 2012. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.23, n.8, p.:2587-2597, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018238.25422016>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000802587&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

TOLDO, M.K.S.; MENEGAZZO, L.S. SOUTO, A.S. A Recrudescência Da Sífilis Congênita. **Arq. Catarin Med**. V. 47, n. 1, p.: 02-10, jan./mar. 2018. Disponível em: <http://www.acm.org.br/acm/seer/index.php/arquivos/article/view/165/221>.

TORRES, R.G.; MENDONÇA, A.L.N., MONTES, G.C.; MANZAN, J.J.; RIBEIRO, J.U.; PASCHOINI, M.C. Syphilis in Pregnancy: The Reality in a Public Hospital. **Rev Bras Ginecol Obstet**. v.41, n.2, p.90-96, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v41n2/0100-7203-rbgo-41-02-00090.pdf>.

VASCONCELOS, M. I. O.; OLIVEIRA, K. M. C.; MAGALHÃES, A. H. R.; GUIMARÃES, R. X.; LINHARES, M. S. C.; QUEIROZ, M. V. O.; ALBUQUERQUE, M. A. N. Sífilis na gestação: estratégias e desafios dos enfermeiros da atenção básica para o tratamento simultâneo do casal. **Rev Bras Promoç Saúde**, Fortaleza, v.29, n.Supl, p. 85-92, dez. 2016. Disponível em:

<https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/6409>.

VIELLAS, E.F.; DOMINGUES, R.M.S.M; DIAS, M.A.B.; GAMA, S.G.N.; FILHA, M.M.T.; COSTA, J.V.; BASTOS, M.H.; 1 LEAL, M.C. Assistência pré-natal no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.30, n.Sup, p.85-100, 2014. DOI:

<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00126013>. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300016.

WANG, Y.; WU, M.; GONG, X.; ZHAO, L.; ZHAO, J.; ZHU, C.; GONG, C. Risk Factors for Congenital Syphilis Transmitted from Mother to Infant — Suzhou, China, 2011–2014. **Morbidity and Mortality Weekly Report**. v.68, n.10, mar. 2019.

Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6421965/>.

YABUUTI, P.L.K.; BERNARDY, C.C.F. Perfil de gestantes usuárias de drogas atendidas em um centro de atenção psicossocial. **Revista Baiana de Saúde Pública**. v.38, n.2, p.344-356, abr./jun. 2014. Disponível em:

<http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2014/v38n2/a4393.pdf>.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

DADOS PROVENIENTES DO PRONTUÁRIO DE GESTANTE DA ATENÇÃO BÁSICA

DADOS DEMOGRÁFICOS	
IDADE:	_____
RAÇA:	<input type="checkbox"/> BRANCA <input type="checkbox"/> PRETA <input type="checkbox"/> AMARELA <input type="checkbox"/> PARDA <input type="checkbox"/> INDÍGENA <input type="checkbox"/> SEM INFORMAÇÃO
CONVIVE COM COMPANHEIRO EM CASA?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SEM INFORMAÇÃO
ESCOLARIDADE:	<input type="checkbox"/> NENHUMA <input type="checkbox"/> FUNDAMENTAL INCOMPLETO <input type="checkbox"/> FUNDAMENTAL COMPLETO <input type="checkbox"/> ENSINO MÉDIO COMPLETO <input type="checkbox"/> ENSINO MÉDIO INCOMPLETO <input type="checkbox"/> SUPERIOR COMPLETO <input type="checkbox"/> SUPERIOR INCOMPLETO <input type="checkbox"/> SEM INFORMAÇÃO
TRABALHA FORA DE CASA:	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SEM INFORMAÇÃO
OCUPAÇÃO:	_____
PROCEDÊNCIA:	<input type="checkbox"/> ZONA RURAL <input type="checkbox"/> ZONA URBANA <input type="checkbox"/> ZONA LITORÂNEA

DADOS OBSTÉTRICOS	
NÚMERO DE GESTAÇÕES?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> ≥3 <input type="checkbox"/> SEM INFORMAÇÃO
NÚMERO DE PARTOS?	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1-2 <input type="checkbox"/> ≥ 3 <input type="checkbox"/> SEM INFORMAÇÃO
NÚMERO DE ABORTO?	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> ≥ 3 <input type="checkbox"/> SEM INFORMAÇÃO
NÚMERO DE NATIMORTO?	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> SEM INFORMAÇÃO
IDADE GESTACIONAL DA 1ª CONSULTA PRÉ-NATAL?	<input type="checkbox"/> ≤ 13SEMANAS <input type="checkbox"/> 14- 27 SEMANAS <input type="checkbox"/> ≥ 28 SEMANAS <input type="checkbox"/> SEM INFORMAÇÃO
NÚMERO DE CONSULTAS?	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> ≥ 6

TESTE RÁPIDO PARA SÍFILIS REALIZADO NA 1ª CONSULTA?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
IDADE GESTACIONAL DO DIAGNÓSTICO DE SÍFILIS GESTACIONAL? _____	<input type="checkbox"/> ≤ 13 SEMANAS <input type="checkbox"/> 14- 27 SEMANAS <input type="checkbox"/> ≥ 28 SEMANAS <input type="checkbox"/> NÃO REALIZADO
DIAGNÓSTICO DE SÍFILIS GESTACIONAL OCORREU NA PRIMEIRA CONSULTA?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
NÚMERO DE EXAMES VDRL REALIZADOS?	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> ≥4 <input type="checkbox"/> SEM INFORMAÇÃO
TITULAÇÕES : _____	
TRATAMENTO DA GESTANTE PRESCRITO?	<input type="checkbox"/> PENICILINA G. BENZATINA 2.400.000UI <input type="checkbox"/> PENICILINA G. BENZATINA 4.800.000UI <input type="checkbox"/> PENICILINA G. BENZATINA 7.200.000UI <input type="checkbox"/> OUTRO ESQUEMA <input type="checkbox"/> NÃO REALIZADO
PENICILINA G. BENZANTINA 2. 400.000UI REALIZADAS?	<input type="checkbox"/> 1ª SEMANA <input type="checkbox"/> 2ª SEMANA <input type="checkbox"/> 3ª SEMANA <input type="checkbox"/> SEM INFORMAÇÃO
CONCLUSÃO DO TRATAMENTO 30 DIAS ANTES DO PARTO?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
TRATAMENTO DO PARCEIRO PRESCRITO?	<input type="checkbox"/> PENICILINA G. BENZATINA 2.400.000UI <input type="checkbox"/> PENICILINA G. BENZATINA 4.800.000 UI <input type="checkbox"/> PENICILINA G. BENZATINA 7.200.000 UI <input type="checkbox"/> OUTRO ESQUEMA <input type="checkbox"/> NÃO REALIZADO <input type="checkbox"/> SEM INFORMAÇÃO
PARCEIRO REALIZOU TRATAMENTO?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SEM INFORMAÇÃO
PARCEIRO ACOMPANHOU O PRÉ-NATAL?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SEM INFORMAÇÃO
USUARIA DE DROGA?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
GESTANTE TEM HISTÓRIA DE TRATAMENTO PRÉVIO?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

**APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADO
DADOS PROVENIENTES DOS PRONTUÁRIOS DOS HOSPITAIS**

TIPO DE PARTO:	<input type="checkbox"/> VAGINAL	<input type="checkbox"/> CESÁREA
SEXO :	<input type="checkbox"/> FEMININO	<input type="checkbox"/> MASCULINO
PESO AO NASCER:	_____	
COMPRIMENTO AO NASCER:	_____	
APGAR:	_____	
CLASSIFICAÇÃO DO RN AO NASCER:	<input type="checkbox"/> PIG	<input type="checkbox"/> AIG <input type="checkbox"/> GIG
DIAGNÓSTICO DE SÍFILIS MATERNA:	<input type="checkbox"/> NO PRÉ-NATAL	<input type="checkbox"/> NO PARTO
	<input type="checkbox"/> APÓS O PARTO	<input type="checkbox"/> NÃO REALIZADO
	<input type="checkbox"/> IGNORADO	<input type="checkbox"/> OUTROS
NÚMERO DE CONSULTAS DO PRÉ-NATAL:	_____	
IDADE GESTACIONAL AO NASCIMENTO:	_____	
SITUAÇÃO AO NASCIMENTO:	<input type="checkbox"/> VIVO	<input type="checkbox"/> NATIMORTO
ÓBITO POR SÍFILIS CONGÊNITA:	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
REALIZOU VDRL DE SANGUE PERÍFERICO:	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
QUAL A TITULAÇÃO DO RN?	_____	
TITULAÇÃO DO VDRL MATERNO NA INTERNAÇÃO?	_____	
TITULAÇÃO DO RN 2X MAIOR QUE A DA MÃE?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS?	<input type="checkbox"/> HEMOGRAMA <input type="checkbox"/> PERFIL HEPÁTICO <input type="checkbox"/> ELETRÓLITOS <input type="checkbox"/> PUNÇÃO LIQUÓRICA <input type="checkbox"/> RAIOS-X DE OSSOS LONGOS	
ALTERAÇÃO NO RAIOS-X DE OSSOS LONGOS?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
ALTERAÇÃO NA PUNÇÃO LIQUÓRICA?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO

SINTOMAS APRESENTADOS AO NASCIMENTO:

() ASSINTOMÁTICO
 () ICTERÍCIA
 () ANEMIA
 () ESPLENOMEGALIA
 () PSEUDOPARALISIA
 () OSTEOCONDRITE
 () RINITE MUCO-SANGUINOLENTA
 () HEPATOMEGALIA
 () LESÕES CUTÂNEAS
 () OUTROS

SINTOMAS APRESENTADOS DURANTE INTERNAÇÃO:

ESQUEMA TERAPÊUTICO REALIZADO:

() PENICILINA G CRISTALINA 100.000 A 150.000UI/KG/DIA-10 DIAS
 () PENICILINA G PROCAÍNA 50.000UI/KG/DIA-10 DIAS
 () PENICILINA G BENZATINA 50.000UI/KG/DIA-IM
 () OUTRO ESQUEMA
 () NÃO REALIZADO

EVOLUÇÃO DO CASO:

() ALTA APÓS TRATAMENTO COM SEGUIMENTO.
 () ALTA SEM TRATAMENTO COM SEGUIMENTO.
 () ALTA SEM TRATAMENTO E SEM SEGUIMENTO.
 () ALTA COM TRATAMENTO E SEM SEGUIMENTO.

GENITORA RESIDE NO MUNICÍPIO?

() SIM () NÃO

SÍFILIS MATERNA CORRETAMENTE TRATADA ANTES DO PARTO?

() SIM () NÃO

MOTIVO DO TRATAMENTO INADEQUADO:

GENITORA USUÁRIA DE DROGA?

() SIM () NÃO

ANEXO A - AUTORIZAÇÃO DO CEPAS

CEPAS / FURG
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE
Universidade Federal do Rio Grande - FURG
www.cepas.furg.br

PARECER Nº 218/2019

CEPAS 47/2019

Processo: 23116.003346/2019-86

Caae: 12658919.2.0000.5324

Título Da Pesquisa: Fatores maternos e neonatais associados ao diagnóstico e tratamento da sífilis congênita no município do Rio Grande

Pesquisador Responsável: Giovana Calcagno Gomes

PARECER DO CEPAS:

O Comitê, considerando tratar-se de um trabalho relevante, o que justifica seu desenvolvimento, bem como o atendimento à pendência informada no parecer 04/2019, emitiu o parecer de **APROVADO** para o projeto: "Fatores maternos e neonatais associados ao diagnóstico e tratamento da sífilis congênita no município do Rio Grande".

Segundo normas da CONEP, deve ser enviado relatório final de acompanhamento ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme modelo disponível na página <http://www.cepas.furg.br>.

Data de envio do relatório final: 31/12/2019.

Após aprovação, os modelos de autorizações e ou solicitações apresentados no projeto devem ser re-enviados ao Comitê de Ética em Pesquisa devidamente assinados.

Rio Grande, RS, 16 de agosto de 2019.

Prof. Eli Sinnott Silva
Coordenadora do CEPAS/FURG