REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

ANTONIA AILA COELHO BARBOSA BRITO

ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL E PERSISTÊNCIA DA SÍFILIS CONGÊNITA

FORTALEZA
2016

ANTONIA AILA COELHO BARBOSA BRITO

ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL E PERSISTÊNCIA DA SÍFILIS CONGÊNITA

Trabalho de conclusão de Mestrado apresentado à banca de defesa do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família. Universidade Federal do Ceará.

Orientadora: Prof.ª Dr.ª Neiva Francenely Cunha Vieira

Área de Concentração: Saúde da Família

Linha de Pesquisa: Promoção da Saúde

FORTALEZA

2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Federal do Ceará

Biblioteca de Ciências da Saúde

B875a Brito, Antonia Aila Coelho Barbosa.
Assistência Pré-Natal e persistência da Sífilis Congênita / Antonia Aila Coelho Barbosa Brito. – 2016.
108 f. : il. color.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família. Mestrado Profissional em Saúde da Família, Fortaleza, 2016.
Área de concentração: Saúde da Família.
Orientação: Profa. Dra. Neiva Francenely Cunha Vieira.

1. Doenças Sexualmente Transmissíveis. 2. Pré-natal. 3. Sífilis Congênita. 4. Sistema de Informações de Agravos de Notificações. I. Título.

CDD 610.73

ANTONIA AILA COELHO BARBOSA BRITO

ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL E PERSISTÊNCIA DA SÍFILIS CONGÊNITA

Trabalho de conclusão de Mestrado apresentado à banca de defesa do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família. Universidade Federal do Ceará.

Aprovada em: 23/09/2016

BANCA EXAMINADORA

Prof.ª Dr.ª Neiva Francenely Cunha Vieira (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará - UFC

Prof.ª Dr.ª Maria Alix Leite Araújo (1º membro)
Universidade de Fortaleza - UNIFOR

Prof.ª Dr.ª Ana Karina Bezerra Pinheiro (2º membro)
Universidade Federal do Ceará - UFC

À minha mãe (*in memoriam*) que sempre me incentivou a alcançar meus sonhos.

AGRADECIMENTOS

A Deus pela companhia e resposta as minhas preces nas horas difíceis, por me ter dado forças e mostrar que tudo vale a pena.

À minha mãe, Raimunda Coelho Raposo (*in memorian*), amor incondicional, que muitas vezes renunciou aos seus sonhos para que eu pudesse realizar os meus, e ao meu pai, Deusdedit de Morais Barbosa, exemplo de conhecimento, honestidade e de amor ao próximo.

Ao meu esposo, Esio, companheiro de todos os momentos, pela paciência, amor, compreensão e apoio, fundamentais para a realização deste mestrado.

Ao meu filho, Thiago, meu maior presente e que me ajudou com dedicação na formatação dessa dissertação.

À minha nora, Larissa, que gentilmente compartilhou seu tempo, colaborando em todas as etapas dessa pesquisa.

À minha família (irmãos, sobrinhos, cunhados, primos), a qual amo muito, pelo carinho, paciência e incentivo.

À minha sogra, Maria Mazú de Brito (*in memorian*), pela sua simplicidade, generosidade e torcedora de todas as minhas conquistas.

À minha orientadora, Prof.ª Dr.ª Neiva Francenely Cunha Vieira, por acreditar em mim, pelo acolhimento, preocupação e dedicação durante essa longa caminhada.

Ao Prof. Dr. Valter Cordeiro Barbosa Filho, por sua contribuição nas análises estatísticas e incentivo para a conclusão desse trabalho.

Aos professores integrantes da banca de qualificação e defesa: Prof.ª Dr.ª Ana Karina Bezerra Pinheiro; Prof. Dr. Francisco Herlânio Costa Carvalho e Prof.ª Dr.ª Maria Alix Leite Araújo, por suas contribuições no enriquecimento dessa pesquisa.

À coordenação do mestrado e aos professores do curso que contribuíram para o meu aprimoramento acadêmico.

À secretária do mestrado, Suerda, pelo carinho, preocupação e direcionamento dado às minhas necessidades.

A todos os companheiros do mestrado (Adriana, Aline, Bruno, Cristiane, Cristiano, Dirlia, Diego, Danuta, Eline, Emanuella, Fábio, Géssica, Gemimma, Joverlândia, Luciana, Lucenir,

Marielle, Maria Luíza, Risolinda e Verônica), pela alegria contagiante e pela união que fez cada momento ser uma verdadeira terapia.

À Marielle, sempre disponível para me ajudar, que se tornou uma verdadeira amiga e que juntas dividimos muitos momentos de angústias, expectativas e alegrias.
À Joverlândia e Malú, pelo carinho e atenção que sempre tiveram comigo.

Ao Dr. Walter Wesley, coordenador de saúde da Regional III, pelo seu apoio para conclusão desse trabalho.
Aos colegas de trabalho da Vigilância Epidemiológica da SR III, pelo carinho e apoio e, em especial, ao Cláudio e a Sara, que contribuíram na pesquisa de campo.
A todos os meus amigos que sempre estiveram presentes nessa trajetória com palavras de incentivo.

Às mulheres que, gentilmente, cederam um pouco de seu tempo para responder aos questionamentos desse trabalho e que confiaram suas histórias de vida, conferindo valor a esse estudo.

Só tenho a agradecer a todos que passaram pelo meu caminho durante esses dois anos. Os momentos de alegria compartilhados serviram para me permitir acreditar na beleza da vida, e os de sofrimento, serviram para um crescimento pessoal único. Serei eternamente grata a vocês, pessoas imprescindíveis para a realização e conclusão desse trabalho.

“Não me deem fórmulas certas, porque eu não espero acertar sempre. Não me mostrem o que esperam de mim, porque eu sempre vou seguir meu coração. Não me façam ser quem eu não sou. Não me convidem a ser igual, porque sinceramente, sou diferente. Não sei amar pela metade. Não ser viver de mentiras. Não sei voar de pés no chão. Sou sempre eu mesma, mas, com certeza, não serei a mesma pra sempre”. (Clarice Lispector)

RESUMO

A sífilis é uma doença infectocontagiosa sistêmica e sexualmente transmissível causada pela bactéria *Treponema Pallidum*, também podendo ser transmitida da mãe para o filho durante a gestação. Estima-se que 1,8 milhão de gestantes no mundo estejam infectadas pela sífilis e que menos de 10% sejam diagnosticadas e tratadas da forma correta. O pré-natal representa um momento bastante relevante para identificação deste agravo e, consequentemente, a realização do tratamento da mulher e do parceiro. Este estudo buscou, entre os objetivos, analisar a assistência pré-natal de gestantes com sífilis, identificando fatores de vulnerabilidade institucional que contribuíram para o nascimento de crianças com sífilis congênita. Tratou-se de um estudo transversal com abordagem descritiva em uma Secretaria Regional de Saúde do município de Fortaleza. Foram incluídas nesse estudo cem mães cujos filhos vivos foram notificados com sífilis e constavam no banco do SINAN. Foi realizado análise por meio do teste de Qui-quadrado, cujo nível de significância estatística foi de 5% ($p<0,05$). Os resultados apontam a média de idade de 26,6 anos, solteiras (57,0%), baixa escolaridade (39,0%), do lar (74,0%). Dentre as solteiras ($p=0,007$), a maioria não realizou o pré-natal (88,6% vs. 50,6%). Das que realizaram o pré-natal, 66% iniciaram no primeiro trimestre e 60% com seis ou mais consultas. 55,0% tiveram o diagnóstico da sífilis durante o pré-natal, 58,0% não iniciaram o tratamento e 45% dos parceiros não foram testados. Com relação às vulnerabilidades, 93,0% são de baixa renda, 40,0% são usuárias de álcool e "crack" e 19,0% sofriam violência doméstica. Houve diferenças estatisticamente significantes ($p<0,001$) entre as mães que fizeram e as que não fizeram o pré-natal na quantidade de três ou mais vulnerabilidades.

Por fim, para que possa ocorrer redução nas taxas da sífilis congênita, faz-se necessário a adesão de 100% das gestantes ao pré-natal no primeiro trimestre e a realização de seis ou mais consultas, com busca ativa das faltosas, assim como observar as condições de vulnerabilidades e riscos a que são expostas.

Palavras-chave: Doenças Sexualmente Transmissíveis. Pré-natal. Sífilis Congênita. Sistema de Informações de Agravos de Notificações.

ABSTRACT

Syphilis is a systemic infectious disease and sexually transmitted *Treponema Pallidum* caused by bacteria and can also be transmitted from mother to child during pregnancy. An estimated 1.8 million pregnant women worldwide are infected with syphilis and that less than 10% are diagnosed and treated properly. Prenatal care is a very important moment for identification of this disease and thus the realization of women's treatment and partner. This study sought, between the objective, to analyze the prenatal care of pregnant women with syphilis, identifying factors of institutional vulnerability that contributed to the birth of children with congenital syphilis. This was a cross sectional study with descriptive approach in a Regional Health Secretary of the city of Fortaleza. Where included in this study one hundred mothers whose children live with syphilis were reported and contained in the SINAN database. Analysis was performed using the chi-square test with a level of statistical significance was 5% ($p < 0.05$). The results show the average age of 26.6 years, single (57.0%), low education (39.0%), household (74.0%). Among the single women ($p = 0.007$), the majority did not perform prenatal care (88, 6% vs. 50.6%). Of those who underwent prenatal care, 66% started in the first quarter and 60% with 06 or more visits. 55.0% were diagnosed with syphilis during prenatal care, 58.0% did not start treatment and 45% of partners were not tested. Regarding vulnerability, 93.0% are low income, 40.0% "user of alcohol and “crack”" and 19.0% suffered domestic violence. Statistically significant differences ($p < 0.001$) among mothers who did and did not do prenatal care in the amount of three or more vulnerabilities. Finally, for that to occur the reduction in the rates of congenital syphilis is necessary for accession by 100% of pregnant women to prenatal care in the first quarter and the completion of six or more consultations with active search for defaulting, as well as monitoring the conditions of vulnerabilities and risks to which they are exposed.

Keywords: Sexually Transmitted Diseases. Prenatal. Congenital syphilis. System of Notifications Diseases Information.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Esquemas terapêuticos para sífilis em gestantes e controle de cura _____ 29

Figura 2 – Mapa da Secretaria Regional III com divisão dos 17 bairros oficiais _____ 31

Figura 3 – Número de vezes que os motivos para a não realização do pré-natal foram mencionados pelas mães cujos filhos foram diagnosticados com sífilis congênita cadastradas na Regional III do município de Fortaleza Ceará (2014-2015) _____ 39

Figura 4 – Número de vezes que os motivos para abandono do pré-natal foram mencionados pelas mães cujos filhos foram diagnosticados com sífilis congênita cadastradas na Regional III do município de Fortaleza, Ceará (2014-2015) _____ 41

Figura 5 – Número de vezes que os motivos para a não realização do tratamento da sífilis durante o pré-natal foram mencionados pelas mães avaliadas da Secretaria Regional III do município de Fortaleza, Ceará (2014-2015) _____ 43

Figura 6 – Porcentagem de mães que reportaram infecções associadas à sífilis durante a gestação em análise. Secretaria Regional III do município de Fortaleza, Ceará (2014-2015)_____ 44

Figura 7 – Porcentagem de mães com antecedente de transmissão vertical em outros filhos. Secretaria Regional III do município de Fortaleza, Ceará (2014-2015) _____ 44

Figura 8 – Quantidade de mães que reportaram as situações de vulnerabilidade individual/social durante a gestação. Secretaria Regional III do município de Fortaleza, Ceará (2014-2015) _____ 46

Figura 9 – Porcentagem de mães de acordo com a quantidade de situações de vulnerabilidade individual/social durante a gestação. Secretaria Regional III do município de Fortaleza, Ceará (2014-2015) _____ 47

Figura 10 – Comparação entre mães que fizeram e que não fizeram o pré-natal na quantidade de situações de vulnerabilidade individual/social durante a gestação. Secretaria Regional III do município de Fortaleza, Ceará (2014-2015) _____ 47

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica da amostra de mães cujos filhos foram diagnosticados com sífilis congênita cadastradas na Secretaria Regional III do município de Fortaleza, Ceará (2014-2015) 36

Tabela 2 – Características do acompanhamento do ciclo gravídico das mães cujos filhos foram diagnosticados com sífilis congênita cadastradas na Secretaria Regional III do município de Fortaleza, Ceará (2014-2015) 39

Tabela 3 – Características do diagnóstico e tratamento da sífilis materna na amostra de mães cujos filhos foram diagnosticados com sífilis congênita cadastradas na Secretaria Regional III do município de Fortaleza, Ceará (2014-2015) 42

Tabela 4 – Características do pré-natal associadas à quantidade de situações de vulnerabilidade individual/social durante a gestação em mães cujos filhos foram diagnosticados com sífilis congênita. Secretaria Regional III do município de Fortaleza, Ceará (2014-2015) 48

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária em Saúde
CDC	Centers for Disease Control
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CORES	Coordenadorias Regionais de Saúde
EACS	Equipes de Agentes Comunitários de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
FTA-abs	Teste de Absorção de Anticorpos Treponêmico Fluorescente
HDGM-BC	Hospital Distrital Gonzaga Mota - Barra do Ceará
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
MEAC	Maternidade Escola Assis Chateaubriand
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
SC	Sífilis Congênita
SG	Sífilis Gestacional
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINASC	Sistema de Informação de Nascidos Vivos
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SR	Secretaria Regional III
SUS	Sistema Único de Saúde
UAPS	Unidade de Atenção Primária à Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
VDRL	Venereal Disease Research Laboratory

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 16

2 OBJETIVOS 20

2.1 Geral 20

2.2 Específicos 20

3 REVISÃO DE LITERATURA 21

3.1 Perspectivas históricas da sífilis no mundo e no Brasil 21

3.2 Vigilância Epidemiológica 24

3.3 Prevenção, diagnóstico e tratamento da sífilis no pré-natal 25

4 METODOLOGIA 30

4.1 Caráter do estudo 30

4.2 Cenário do estudo 30

4.3 População da pesquisa 31

4.4 Coleta de dados 32

4.5 Variáveis de estudo 33

4.6 Análise de dados 34

4.7 Aspectos éticos 34

5 RESULTADOS 36

5.1 Descrição da amostra 36

5.2 Características do pré-natal 38

5.3 Situações de vulnerabilidade individual/social das mães 43

5.4 Características do pré-natal associadas às situações de vulnerabilidade individual/social durante a gestação 48

6 DISCUSSÃO 50

6.1 Caracterização sociodemográfica da amostra de mães cujos filhos foram diagnosticados com sífilis congênita cadastradas na Secretaria Regional III do município de Fortaleza/CE (2014-2015) 50

6.2 Características do acompanhamento do ciclo gravídico das mães cujos filhos foram diagnosticados com sífilis congênita cadastradas na Secretaria Regional III do município de Fortaleza, Ceará (2014-2015) 51

6.3 Características do diagnóstico e tratamento da sífilis materna na amostra de mães cujos filhos foram diagnosticados com sífilis congênita cadastradas na Secretaria Regional III do município de Fortaleza, Ceará (2014-2015) 53

6.4 Situações de vulnerabilidade individual/social das mães 56

7 CONCLUSÃO 59

REFERÊNCIAS 62

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) 71

APÊNDICE B – TERMO DE ASSENTIMENTO 74

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO 76

APÊNDICE D – TERMO DO FIEL DEPOSITÁRIO 78

ANEXO A – FICHA DE NOTIFICAÇÃO / INVESTIGAÇÃO 79

ANEXO B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS MODIFICADO 81

ANEXO C – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS 89

ANEXO D – PARECER SUBSTANCIADO DO CEP 105

1 INTRODUÇÃO

As observações de dez anos de trabalho na vigilância epidemiológica da Regional III do município de Fortaleza levou esta pesquisadora a indagar sobre as razões da ascendente curva (aumento da incidência) do número de casos de sífilis congênita, variando de 07 casos para cada mil nascidos vivos em 2005 e 11 casos para cada mil nascidos vivos em 2014, conforme o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Esses dados estão distantes de atingir o recomendado pela Organização Pan-Americana de Saúde, que tem como meta a eliminação da sífilis congênita nas Américas até 2015, atingindo a ocorrência de menos de 0,5 casos para cada mil nascidos vivos. Essa meta é adotada pelo Ministério da Saúde no Brasil.

De acordo com Mattheset *et al.* (2012), a sífilis é uma doença infectocontagiosa sistêmica e sexualmente transmissível que se configura como um desafio para a sociedade, pois, apesar da existência de tratamento eficaz e de baixo custo, mantém-se como um grave problema de saúde pública. Desse modo, destaca-se a existência de um paradoxo, haja vista algumas doenças infecciosas de maior complexidade já foram controladas.

A sífilis congênita se caracteriza pela transmissão da mãe portadora da infecção ativa em qualquer período da gestação ao feto, principalmente nos estágios primário e secundário. É uma doença que pode afetar vários órgãos, podendo levar ao óbito fetal, neonatal e à sequelas neurológicas, entre outras manifestações. (BRASIL, 2012).

Seu modo de transmissão é de maior impacto para a saúde pública por apresentar uma alta incidência mundial, não somente em países pobres, mas também no mundo desenvolvido, onde já se considerava um problema resolvido. (WALKER; WALKER, 2007).

Estima-se que 1,8 milhão de gestantes no mundo estejam infectadas pela sífilis e que menos de 10% sejam diagnosticadas e tratadas (KLAUSNER, 2013). A estratégia de eliminação da sífilis congênita foi lançada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2007 e reforçada em 2012, quando foi atrelada ao controle da prevenção da transmissão vertical do HIV. (OMS, 2007 e 2012).

O cenário mundial da sífilis congênita demonstra o aumento da doença. Os Estados Unidos da América (EUA) apresentaram uma queda na incidência de sífilis congênita por 14 anos; no entanto, houve um aumento de 23% deste indicador, de 8,2 casos/100.000 nascidos vivos em 2005, para 10,1 casos/100.000 nascidos vivos em 2008. (CDC, 2010).

Em 2013 no Brasil, do total de casos notificados de sífilis congênita, 98% foram em neonatos, sendo 96,4% na primeira semana de vida. Quanto ao diagnóstico final dos casos, observou-se que 92,7% foram classificados como sífilis congênita recente, 0,1% como casos de sífilis congênita tardia, 3,4% foram casos de abortos por sífilis e 3,9% em natimortos. (BRASIL, 2015).

Ainda no mesmo ano no País, as maiores proporções de casos de sífilis congênita ocorreram em crianças cujas mães tinham entre 20 e 29 anos de idade (50,2%) e possuíam escolaridade entre a 5ª e a 8ª série incompleta (24,7%). Ainda em relação à escolaridade materna, verificou-se na ficha de notificação que essa informação é ignorada para 31,4% dos casos. Em relação à raça/cor das mães, observa-se que a maioria é parda, seguida das brancas e pretas, respectivamente, 54,5%, 24,3%, 10,2%, e mais 0,4% amarelas e 0,3% indígenas, além de um percentual de 10,2% de casos com essa informação ignorada. (BRASIL, 2015).

A sífilis congênita constitui um tradicional evento-sentinela para monitoramento da Atenção Primária em Saúde (APS) por se tratar de uma doença de fácil prevenção, cuja ocorrência sugere falhas no funcionamento da rede de atenção básica e/ou da sua integração com o sistema de saúde (SARACENI *et al.*, 2005). A abordagem correta desse problema durante o pré-natal tem o potencial de reduzir sua incidência a menos de 0,5/1.000 nascidos vivos (nv). (WOLFF *et al.*, 2009).

Em relação ao acesso ao pré-natal, no ano de 2013, 74,8% das mães das crianças com sífilis congênita realizaram, pelo menos, uma consulta de pré-natal, 18,5% não realizaram nenhuma e 6,7% apresentaram informação ignorada/em branco. No mesmo ano, dentre aquelas que fizeram o pré-natal, 58,7% tiveram diagnóstico de sífilis durante o pré-natal, 27,8% no momento do parto/curetagem, 9,4% após o parto e 0,5% não tiveram diagnóstico, além de 3,6% de ignorados.

Apesar dos esforços para prevenção e controle, o número de casos registrados de sífilis congênita no Brasil continua em ascensão, refletindo tanto uma melhora no sistema de notificação quanto na persistência da transmissão vertical da doença. Estudo realizado por Ramos Jr. *et al*. (2007) estima que, à época da pesquisa, cerca de 50 mil brasileiras teriam sífilis gestacional e, analisando a elevada taxa de transmissão vertical (30% a 100%), mais de 15 mil crianças poderiam ter a forma congênita. O Boletim Epidemiológico informou que a incidência de sífilis em parturientes permanece em 1,6%, cerca de quatro vezes maior que a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV). (BRASIL, 2010).

No Brasil, foram notificados no SINAN 13.705 casos de sífilis em menores de um ano de idade em 2013, com taxa de incidência de 4,7 por mil nascidos vivos. As taxas de incidência por mil nascidos vivos em 2013, por região, foram de 3,5 na região Norte, 5,3 no Nordeste, 5,1 no Sudeste, 4,1 no Sul e 3,3 no Centro-Oeste. Dentre as unidades federativas, Rio de Janeiro e Ceará foram as que apresentaram maiores taxas de incidência de 9,8 e 6,8 por mil nascidos vivos, respectivamente. (BRASIL, 2014).

No Ceará, de 2001 a setembro de 2013, foram notificados e investigados 5.953 casos de sífilis congênita em menores de um ano de idade. No ano de 2012, foram notificados e investigados um total de 965 casos de sífilis congênita com uma taxa de incidência de 7,6/1000 nascidos vivos. Em 2013, até 12 de setembro, foram notificados e investigados 511 casos, com uma taxa de incidência de 6,9/1000 nascidos vivos. (CEARÁ, 2013).

De acordo com as informações disponibilizadas pela Vigilância Epidemiológica do município de Fortaleza, durante o período de 2007 a 2014, nasceram 298.744 crianças, e destes, foram registrados 4.059 casos de sífilis congênita, gerando uma incidência de 13,58 casos a cada mil nascidos vivos. Destes, 301 foram diagnosticados em 2007, 363 em 2008, 462 em 2009, 541 em 2010, 554 em 2011, 566 em 2012, 542 em 2013 e 616 em 2014. Durante o mesmo período, nasceram 41.408 crianças em residência dos bairros da Secretaria Regional III (SR) e foram notificados 494 casos de sífilis congênita, gerando uma incidência de 11,93 casos a cada mil nascidos vivos. Destes, 42 foram diagnosticados em 2007, 53 em 2008, 64 em 2009, 98 em 2010, 68 em 2011, 56 em 2012, 58 em 2013 e 58 em 2014. (BRASIL, 2015).

Outros aspectos a considerar em relação ao processo saúde-doença se referem às condições de existência das pessoas, tanto no aspecto biológico quanto no social. As distintas formas de vida no cotidiano podem acelerar ou eliminar as situações de agravo à saúde. Assim, mister conhecer que situações podem colocar as gestantes em patamares distintos de vulnerabilidade ao risco de seus filhos adquirir sífilis congênita.

A vulnerabilidade, segundo Petrini (2003), caracteriza-se como a condição de pessoas que estão à margem da sociedade**,** ou seja, pessoas ou famílias que estão em processo de exclusão social, principalmente por fatores socioeconômicos.

Para Ayres *et al.* (1999), a vulnerabilidade se apresenta de três formas distintas: vulnerabilidade individual, referindo-se ao grau e à qualidade da informação que cada indivíduo dispõe sobre as doenças, capacidade de elaboração das informações e aplicação das

mesmas na sua vida prática; vulnerabilidade social, que diz respeito a um conjunto de fatores sociais que determinam o acesso às informações, serviços, bens culturais, restrições ao exercício da cidadania, exposição à violência, grau de prioridade política ou de investimentos dados à saúde e condições de moradia, educação e trabalho e, por último, vulnerabilidade progmática, a qual se relaciona às ações que o poder público, iniciativa privada e organizações da sociedade civil empreendem, ou não, no sentido de diminuir as chances de ocorrência das enfermidades, assim como se refere ao grau e à qualidade de compromisso das instituições, dos recursos, da gerência e do monitoramento dos programas nos diferentes níveis de atenção.

Estudos ocorridos em países como Uruguai, México, Colômbia e Peru, confirmaram que o consumo de álcool interfere na percepção de risco e favorece alguns comportamentos que ampliam o contato e a disseminação de IST, como a sífilis. (VAGENAS *et al.*, 2013).

Estudo sobre a soroprevalência da sífilis em puérperas, o qual ocorreu no período de 1999 a 2000, mostrou que o maior risco para o VDRL positivo, entre outras causas, foi renda familiar, baixa escolaridade e idade materna. (RODRIGUES; GUIMARÃES, 2004).

Os dados apresentados reforçam a necessidade da realização do diagnóstico precoce e o tratamento adequado da gestante e do parceiro durante o pré-natal para que seja eliminada a sífilis congênita (sc). Em mulheres não tratadas, a transmissão é de 70% a 100% nas fases primária e secundária da doença. Essa doença pode ser classificada em recente (casos diagnosticados até o 2º ano de vida) ou tardia (casos diagnosticados após o 2º ano de vida) e apresenta elevada mortalidade, podendo chegar a 40% das crianças infectadas. (BRASIL, 2014).

Diante o exposto, urge investigar a assistência pré-natal de mulheres cujos filhos foram acometidos de sífilis congênita, no sentido de elucidar quais as características sociodemográfica dessas gestantes, do pré-natal e quais as condições de vulnerabilidade colaboram para a ocorrência desse agravo.

Tal investigação fornecerá subsídios para o desenvolvimento de futuras políticas e estratégias que promovam a melhoria da assistência às gestantes com sífilis e, consequentemente, a redução dos índices da doença.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Investigar a assistência pré-natal de mulheres cujos filhos foram acometidos de sífilis congênita, no sentido de elucidar quais as características sociodemográficas dessas gestantes, do pré-natal e que, associados às condições de vulnerabilidade, colaboram para a ocorrência do agravo.

2.2 Específicos

- Apresentar o perfil sociodemográfico de mulheres com diagnóstico de sífilis na gestação.
- Descrever as características do pré-natal que contribuíram para a transmissão da sífilis da mãe para o bebê.
- Identificar situações de vulnerabilidade individual/social que compromete a prevenção da sífilis congênita.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Perspectivas históricas da sífilis no mundo e no Brasil

Segundo Ujvari (2008) apud Gonçalves (2010), os primeiros achados sobre a doença foram apresentados por volta do século XV, sendo incerto o local (Europa ou América). Corroborando a segunda hipótese, muitos livros de história do ensino médio apresentam a sífilis como a vingança da América contra os colonizadores europeus, descrevendo o regresso de Colombo para o Velho Mundo carregando nas caravelas a bactéria da nova doença. Porém, pesquisadores brasileiros assinalam uma origem mais antiga: a sífilis teria emergido entre 16,5 mil e 5 mil anos.

A partir da segunda década do século XVI, notou-se o abrandamento das suas manifestações clínicas, assumindo características mais próximas das encontradas na sífilis atual. Esse fenômeno de atenuação da virulência foi registrado por vários autores da época, como Gabriele Fallopio apud Geraldes Neto *et al*. (2009), famoso cirurgião e anatomista italiano, que chegou a prognosticar a erradicação da sífilis.

Logo após seu aparecimento, a sífilis era tida com referência aos conflitos vivenciados na Europa, que levaram o povo a identificar uma doença, atribuindo a culpa da contaminação a outro povo ou nação: mal espanhol, mal italiano, mal francês (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).

Com a chegada do século XIX, a sífilis foi associada à prostituição, reforçando-se a ideia de uma feminilidade perigosamente descontrolada e causadora de males aos homens. Nessa época, o comportamento sexual da mulher era tido como demoníaco e subsidiou as decisões governamentais de segregar as prostitutas em zonas. (ROSA, 2012).

A sífilis no Brasil está ligada ao seu descobrimento. Nessa época, a doença era relacionada à luxúria e ao pecado, e tinha como principal causa o contato entre os colonizadores e nativos. José de Anchieta, padre jesuíta espanhol que viveu no Brasil no final do século XVI, descreveu em seus relatos que os índios tinham feridas em seus órgãos genitais, que não somente os tornavam feios, mas também manchavam e contaminavam as mulheres que com eles tinham contato. (PORTAL SÃO FRANCISCO, 2012).

Até 1940, todas as políticas contra as doenças venéreas tinham como alvo o sexo feminino e se baseavam em concepções tradicionais de gênero, evidenciando diferentes

tratamentos em relação a homens e mulheres e não havendo campanha endereçada a ambos simultaneamente. Essas condutas ainda perduram até os dias atuais, na maioria dos serviços de saúde. (ROSA, 2012).

Embora a prevalência da infecção pelo *Treponema Pallidum* tenha reduzido sensivelmente com a descoberta da penicilina na década de 1940, a partir da década de 1960 e, de maneira mais acentuada, na década de 1980, tem-se observado tendência mundial de exacerbação da sífilis entre a população em geral, e de forma especial, dos casos de sífilis congênita, tornando-a um dos mais desafiadores problemas de saúde pública deste início do milênio. (FIGUEIRÓ *et al*., 2007).

Ao longo do século XIX, registrou-se o crescimento da endemia sifilítica, condição que, de certa forma, foi mascarada pela introdução da penicilina, cuja eficácia fez com que muitos pensassem que a doença estivesse controlada**,** resultando na diminuição do interesse por seu estudo e controle. (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).

A dificuldade em controlar a sífilis gestacional (SG) e congênita tem uma relação direta com a história da saúde da mulher e as políticas públicas. No Brasil, a partir das primeiras décadas do século XX, a saúde da mulher foi atrelada às políticas nacionais de saúde, mas restringia-se às necessidades relativas ao ciclo gravídico-puerperal. Os programas materno-infantis manifestavam uma visão limitada sobre a mulher, fundamentada em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica. (BRASIL, 2004).

Até meados do século XX, um fator contribuiu para a disseminação da sífilis para o seu agravamento e para a sua subnotificação: a inexistência do rastreamento laboratorial, levando à restrição no registro dos casos. (VIEIRA, 2005).

Para Sérgio Carrara (1996), o senso comum denunciado no 1º Congresso Sul-Americano de Dermatologia e Sifilografia, realizado no Rio de Janeiro em 1918, quanto à alta incidência da sífilis no Brasil, embasou, até a década de 1920, o constante apelo dos médicos por medidas de combate à doença e suas críticas ao descaso dos diferentes governos republicanos. Esta solicitação culminou com a primeira campanha nacional de combate à sífilis, depois de 1921, que contribuiu significativamente para a redução da grave estatística relacionada à doença.

Em 1940, a avaliação numérica da extensão da doença conduzida na 1ª Conferência Nacional de Defesa contra a Sífilis, durante o governo Vargas, concluiu que a

doença permanecia bem alojada no País e resistente aos esforços para erradicá-la, continuando a ser considerada como um fator preocupante para a saúde brasileira. (CARRARA, 1996).

Com o decorrer das décadas, o crescimento populacional, a desigualdade social, o advento da pílula anticoncepcional, a popularização do uso de drogas e a maior liberação sexual provocaram a exacerbação da incidência da sífilis, tornando-a uma doença reemergente, de grande importância clínica. (YAKUBOVSKY *et al*., 2006; LIN *et al*., 2006; SINGH, 2007).

Conforme Figueiredo *et al.* (2009), outros possíveis determinantes para as altas taxas de transmissibilidade da sífilis, principalmente entre adolescentes, seriam: uso irregular e pouco frequente de preservativos, baixa escolaridade, multiplicidade de parceiros sexuais, sentimentos de onipotência e pouco envolvimento com os aspectos preventivos, denunciando a fragilidade dos programas voltados para a atenção básica.

O reconhecimento da gravidade da sífilis congênita associados à discussão feminista dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres levou o Ministério da Saúde a se preocupar com as consequências dessa nova realidade e pelo reconhecimento das consequências graves para a saúde da criança de mãe portadora da sífilis. Com isso, foram atrelados o diagnóstico e o tratamento dessa doença ao Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), lançado em 1983. (FARAH, 2002).

Seguindo as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), em 2006, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) lançou o Pacto pela Saúde, com o intuito de fortalecer a gestão compartilhada entre os diversos níveis de governo. Segundo esse pacto, cabe aos estados e municípios o desenvolvimento de ações necessárias para o cumprimento das metas de acordo com a realidade local. O pacto está dividido em três eixos, dentre os quais é relevante, em termo de saúde reprodutiva, o Pacto pela Vida, que prevê como ações prioritárias aquelas que culminem na redução da mortalidade materna e infantil. Para o alcance dessa prioridade, um dos componentes mais expressivos é a redução das taxas de transmissão vertical da sífilis. (BRASIL, 2007).

Em 2009, a OPAS e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) lançaram a “Iniciativa Regional para a Eliminação da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis na América Latina e no Caribe”. (BRASIL, 2012).

Em 2011, o Governo Federal lançou a “Rede Cegonha”, estratégia que visa assegurar à mulher e à criança o direito à atenção humanizada durante o pré-natal,

parto/nascimento, período pós-parto e atenção infantil em todos os serviços do SUS. Uma das suas estratégias é a implantação dos testes rápidos para diagnóstico do HIV e triagem da sífilis no âmbito da Atenção Básica, com responsabilidades divididas entre os três níveis de gestão do SUS, no intuito de promover um diagnóstico precoce desses agravos nas gestantes e o início oportuno das ações de prevenção, com vistas à redução das taxas de transmissão vertical do HIV e à eliminação da sífilis congênita, bem como à redução de óbitos materno-infantis evitáveis. Com a expansão do diagnóstico por meio de testes rápidos de HIV e sífilis e da "Rede Cegonha", observou-se elevação na taxa de detecção de sífilis em gestantes, decorrente da melhoria do diagnóstico e da vigilância epidemiológica. (BRASIL, 2015).

A política de saúde brasileira para enfrentamento da sc inclui o Plano Operacional para Redução da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis, publicado em 2007, definindo ações e metas para melhoria do controle dessas doença. (BRASIL, 2010).

Em 2014, a OPAS criou o Comitê Regional para Validação da Eliminação da Transmissão Materno-Infantil de HIV e Sífilis, certificando os países que alcançarem: 1) taxa de transmissão vertical do HIV ≤ 2%, ou incidência de até 0,3 caso por mil nascidos vivos; 2) taxa de incidência de sífilis congênita de 0,5 caso por mil nascidos vivos; 3) cobertura de pré-natal (pelo menos 1 consulta) ≥ 95%; 4) cobertura de testagem para HIV e sífilis em gestantes ≥ 95%; 5) cobertura de tratamento com ARV em gestantes HIV+ ≥ 95%; e 6) cobertura de tratamento com penicilina em gestantes com sífilis ≥ 95%. (BRASIL, 2015).

Com o objetivo de identificar as possíveis falhas que ocasionam a transmissão vertical da sífilis e propor medidas de correção na prevenção, assistência e vigilância da transmissão, o Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais (DDAHV) tem recomendado a instituição de Comitês de Investigação de Transmissão Vertical nas unidades da federação, capitais e municípios que apresentem elevados números de sífilis congênita. Esses comitês deverão ser implantados nos locais em que a magnitude e a transcendência do problema justifiquem sua necessidade. (BRASIL, 2015).

3.2 Vigilância Epidemiológica

No Brasil, a sífilis congênita se tornou uma doença de notificação compulsória desde 1986, através da Portaria Ministerial nº 542. A notificação é realizada através do preenchimento da ficha de notificação individual por profissional de saúde a nível local.

Posteriormente, o seu conteúdo é transmitido para o meio informatizado, chamado de Sistema Nacional de Agravos de Notificações (SINAN) das Secretarias de Saúde. (BRASIL, 2009).

A investigação de sífilis congênita será desencadeada nas seguintes situações: todas as crianças nascidas de mães com sífilis (evidência clínica e/ou laboratorial), diagnosticadas durante a gestação, parto ou puerpério; e todo indivíduo com menos de 13 anos com suspeita clínica e /ou epidemiológica de sífilis congênita. (BRASIL, 2015).

Nas ações de controle da sífilis congênita, a priorização para as ações de vigilância epidemiológica devem ser encaradas como estratégia com vistas à análise e interpretação dos dados. (RAMOS *et al.*, 2007).

Dessa feita, considerando-se a necessidade de diminuir a incidência de sífilis congênita, é importante que os profissionais de saúde e gestores tenham acesso a informações demonstrativas da magnitude do problema em cada localidade do País sobre esse agravo. (BRASIL, 2015).

3.3 Prevenção, diagnóstico e tratamento da sífilis no pré-natal

Inúmeras evidências indicam que um acompanhamento pré-natal adequado é um importante fator de diminuição da incidência de agravos, tais como: baixo peso ao nascer, prematuridade, infecção congênita e óbito perinatal. Para que tais desfechos sejam evitados, é necessário que a assistência oferecida cumpra requisitos básicos, o que tradicionalmente tem sido atribuído apenas ao número mínimo de consultas e à época de início de acompanhamento. (BRASIL, 2015).

Constata-se que, embora seja imprescindível garantir a realização de um número reduzido de consultas e a precocidade destas, é importante que se avalie a qualidade de seu conteúdo, bem como as ações a serem executadas entre as mesmas e o rastreamento de infecções de transmissão vertical. (LIMA; COSTA; DOURADO, 2008).

Segundo Duarte (2012), o pré-natal representa um momento relevante para a identificação de agravos que acometem a saúde materna e infantil, possibilitando aos profissionais de saúde, o que inclui toda a equipe multiprofissional, espaços para a discussão e orientação da saúde, com foco em um processo de cuidar dedicado aos aspectos biológicos, psicológicos e culturais da gestante.

Essa assistência multiprofissional, obtida graças à expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF), permite um atendimento integral à gestante e seu filho e aos profissionais envolvidos no compartilhamento de responsabilidades sobre o atendimento prestado nesse período. Com o aumento da cobertura da ESF e de ações básicas, como o atendimento pré-natal, seria esperado um melhor controle da transmissão vertical da sífilis, contudo, não foi o que ocorreu. (DUARTE, 2012).

A Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal prevê assistência integral às gestantes no pré-natal, incluindo a testagem para rastreio da sífilis nos primeiro e terceiro trimestres de gestação e no momento do parto, assim como o manejo com a gestante diagnosticada com a infecção sifilítica e seu(s) parceiro(s). (BRASIL, 2007; BRASIL, 2012).

Saraceni *et al.* (2005), Araújo *et al.* (2006), Rodrigues (2008) e Vanini-Brito, Brust e Silva (2009) destacam que as gestantes, mesmo com acompanhamento pré-natal prévio, tiveram filhos com sífilis congênita, em razão da falta de tratamento ou, quando tratadas, o esquema terapêutico utilizado não foi o preconizado segundo as orientações do MS.

A sífilis na gestação ainda é observada em parcela significativa de mulheres, o que favorece diretamente a ocorrência de sífilis congênita. Como evento sentinela, significa que a manutenção da ocorrência, juntamente com a falta de controle, indicam falhas no programa de DST (controle de sífilis adquirida) e também no seguimento pré-natal (aumento do número de casos). (MILANEZ; AMARAL, 2008).

Em virtude do grande número de casos de sífilis congênita no Brasil, o Ministério da Saúde tornou obrigatória a notificação da sífilis na gestação a partir da publicação da Portaria MS/SVS nº 33, a qual foi assinada em 14 de julho de 2005.

A incidência de sífilis em parturientes é quatro vezes maior que a da infecção pelo HIV. Toda gestante que, durante o pré-natal, no momento do parto ou curetagem, apresente evidência clínica de sífilis, com teste positivo ou não, é considerada infectada. (BRASIL, 2011).

Recentemente, a Portaria 77, de 12 de janeiro de 2012, instituiu o uso de testes rápidos (treponêmicos) para a detecção da sífilis nos serviços de saúde com o objetivo de realizar a triagem da doença, preferencialmente, na primeira visita da gestante ao serviço no âmbito da assistência pré-natal. Dentro da proposta de ampliação do acesso ao diagnóstico, o teste rápido para sífilis é utilizado como triagem e em situações especiais.

De acordo com o Fluxograma para Pesquisa de Sífilis Utilizando Teste Rápido Treponêmico, da Portaria nº 3.242, de 30 de dezembro de 2011, obtendo-se resultado reagente

no teste rápido para sífilis, há a necessidade de coletar amostra por punção venosa e encaminhar para o laboratório para que o Fluxograma Laboratorial para Pesquisa de Sífilis seja realizado. Em situações específicas, em caráter de exceção, há a recomendação de tratamento somente com resultado do teste rápido reagente. (BRASIL, 2011, 2012).

A gestante e todos os indivíduos com teste rápido treponêmico reagente deverão ser avaliados clinicamente, especialmente verificar a presença de lesões características de sífilis. A sorologia laboratorial deve ser realizada para orientação do profissional que está acompanhando a paciente para definição do esquema terapêutico, se for necessário. Toda parceria sexual de gestante, com teste rápido treponêmico reagente, deverá ser testada com teste rápido treponêmico e, caso reagente, deverá ser encaminhada para realizar coleta venosa para pesquisa laboratorial de sífilis, conforme Portaria GM/MS nº 3.242 de 30/12/2011.

No caso de positividade no VDRL, a gestante deverá ser acompanhada com controle mensal, considerando resposta adequada ao tratamento o declínio dos títulos. A elevação de títulos em quatro ou mais vezes (por exemplo, de 1:2 para 1:8) acima do último VDRL realizado, justifica um novo tratamento e se deve verificar se o parceiro foi tratado de forma adequada.

Para Succi *et al.* (2008), as avaliações sobre a qualidade do pré-natal têm apontado resultados insatisfatórios, em que menos da metade das gestantes (7,7% a 49,6%) receberia acompanhamento adequado. No mesmo estudo, obtiveram-se dados primários sobre a cobertura dos testes de sífilis congênita, apontando que 66% a 95% das gestantes teriam acesso a, pelo menos, um VDRL no pré-natal, mas o acesso ao 2º VDRL, que deveria ser realizado até a 30ª semana de gestação, geralmente alcança menos de 1/4 das gestantes (0,2% a 20,7%).

O tratamento e o controle de cura da sífilis obedecem a um protocolo elaborado pelo MS para que o manejo, principalmente na gestante, seja efetuado de forma que não permita falhas, ocasionando a inadequação do tratamento e comprometimento da gestação. Ele deve ser realizado com penicilina G Benzatina, pois essa droga é capaz de atingir níveis séricos bactericidas no feto, sendo eficaz nos casos de transmissão transplacentária. Entretanto, há possibilidade de falhas terapêuticas em até 14% das vezes, o que pode estar relacionado à hemodiluição gestacional, à presença de coinfecções ou a esquemas terapêuticos inadequados. (BRASIL, 2007).

A inadequação ao tratamento pode ocorrer quando for feito com qualquer medicamento, que não a penicilina; ou tratamento incompleto, mesmo tendo sido feito com penicilina; ou tratamento não adequado para a fase clínica da doença; ou a administração do

tratamento com menos de 30 dias antes do parto; ou elevação dos títulos após o tratamento, no seguimento. (BRASIL, 2015).

A Portaria nº 3.161, de 27 de dezembro de 2011, que dispõe sobre a administração da penicilina nas Unidades de Atenção Básica à Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), determina o seguinte, *in verbis* (BRASIL, 2011):

> Art. 1º Fica determinado que a penicilina seja administrada em todas as unidades de Atenção Básica à Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), nas situações em que seu uso é indicado [...]
> Art. 3º A administração da penicilina deve ser realizada pela equipe de enfermagem (auxiliar, técnico ou enfermeiro), médico ou farmacêutico.
> Art. 4º Em caso de reações anafiláticas, deve-se proceder de acordo com os protocolos que abordam a atenção às urgências no âmbito da Atenção Básica à Saúde.

A UNICEF (2008) recomenda que a penicilina seja administrada nas unidades básicas de saúde, evitando o encaminhamento de pacientes para unidades hospitalares e prontos-socorros, o que levaria a uma dificuldade na implementação do tratamento imediato e efetivo.

A Organização Mundial de Saúde (2003) também recomenda que as mulheres com sífilis em qualquer estágio da gestação, que não são alérgicas à penicilina, sejam tratadas com penicilina. As gestantes alérgicas a tal droga devem ser encaminhadas para um especialista para dessensibilização à penicilina, antes do tratamento com esse medicamento, e esse procedimento deve ser realizado em ambiente hospitalar, não sendo recomendável a sua realização em centros de atenção primária. (BRASIL, 2015).

De acordo com Felix e Kuschnir (2011), a ocorrência de reações alérgicas no uso da penicilina é estimada em 2% por curso de tratamento e as reações anafiláticas ocorrem em apenas 0,01% a 0,05% dos pacientes tratados com penicilina, com aproximadamente dois óbitos por cem mil tratamentos. Nenhum outro tratamento, além da penicilina, provou ser efetivo no tratamento da sífilis na gravidez e na prevenção da sífilis congênita. (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2010).

Apesar da raridade de estudos controlados e randomizados, as cinco décadas de experiência com a penicilina confirmam a sua absoluta superioridade no tratamento tanto da sífilis adquirida, em suas várias fases, como da congênita. A droga impede que as enzimas catalisadoras da formação de precursores da parede celular atuem. Com isso, não há restauração da parede, que é submetida continuamente à ação hidrolítica da lisozima produzida pelo organismo.

A penicilina é, portanto, bactericida, desde que utilizada em doses e intervalos adequados. Assim, é importante destacar que o número de consultas realizadas não deve nem pode ser usado como um único indicador de avaliação da atenção pré-natal. (BRASIL, 2011).

Figura 1 – Esquema Terapêutico para Sífilis em Gestante e Controle de Cura

Estadiamento	**Penicilina G Benzatina**	**Intervalo entre as doses**	**Controle de cura**
Sífilis Primária total	1 série - dose. 2.400.000UIIM	Dose única	VDRL mensal
Sífilis Secundária ou latente	2 séries - 2 doses, total: 4.800.00UIIM	1 semana	VDRL mensal
Sífilis Terciária ou com mais de 1 ano de evolução ou com duração ignorada	3 série - 3 doses total: 7.200.00UIIM	1 semana	VDRL mensal

Fonte: Ministério da Saúde. Guia de Vigilância Epidemiológica

O MS preconiza como critério de cura da sífilis o desaparecimento dos sintomas e uma queda de quatro titulações nos níveis de anticorpos. Quanto mais tempo se passa, mais caem os títulos, podendo até ficarem negativos após alguns anos. Não é preciso que o VDRL fique negativo para se atestar a cura da sífilis. (BRASIL, 2015).

Os títulos na sífilis primária caem mais rapidamente que na sífilis secundária e terciária. O FTA – abs não serve para controle de tratamento, pois, como já explicitado, não fica negativo após a cura. Uma vez positivo, o FTA - abs assim ficará por tempo indeterminado. É o que se chama de cicatriz imunológica. (BRASIL, 2015).

4 METODOLOGIA

4.1 Caráter de estudo

A pesquisa realizada foi um estudo descritivo do tipo transversal, o qual se utilizou abordagem quantitativa. Os estudos transversais envolvem a coleta de dados em um período de tempo, e são especialmente apropriados para descrever a situação, o *status* do fenômeno, ou as relações entre os fenômenos em um período fixo do tempo. (POLIT; BECK, 2011).

Para Gil (1999), pesquisas descritivas são aquelas que têm como objetivo primordial a descrição das características de uma determinada população ou fenômeno, ou então, o estabelecimento de relações entre variáveis.

De acordo com Fonseca (2002), a pesquisa quantitativa se centra na objetividade, utilizando dados recolhidos com o auxílio de instrumentos padronizados e neutros. A abordagem quantitativa se torna pertinente, principalmente, no levantamento de informações em estudos com amostras e quantidade elevadas de variáveis.

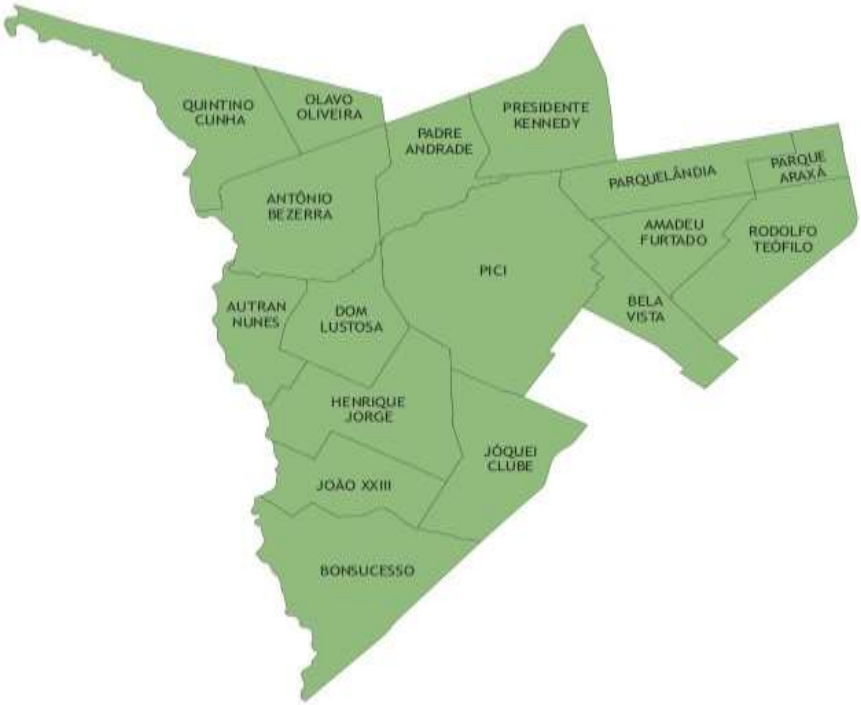
4.2 Cenário do estudo

O município de Fortaleza é dividido em conjuntos de bairros em torno das seis Secretarias Regionais e sua política municipal de saúde é executada através das coordenadorias regionais de saúde (CORES), tendo como órgão gestor a Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Atualmente, existem no município 108 Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS), com 441 equipes do Estratégia de Saúde da Família (ESF) e 102 Equipes de Agentes Comunitários de Saúde (EACS) para o acompanhamento da população adstrita em suas respectivas UAPS. (CEARÁ, 2016).

O estudo foi realizado nas residências das mães cujos filhos nasceram com diagnóstico e notificação de sífilis congênita, identificados no Sistema de Notificação e Agravos – SINAN, o qual foi utilizado para identificar crianças, mães e endereços da área de abrangência da Secretaria Regional III (SR III). Essa Regional está localizada na zona oeste de Fortaleza, possuindo área territorial de 27.777 km². Sua população é de 340.516 habitantes, representando 15,90% da população total do Município, sendo que 46,55% são do sexo

masculino e 53,45% do sexo feminino. A SR III conta com 17 bairros, em que 47,98% da população são constituídos por jovens e cerca de 8% têm acima de 60 anos. É composta, atualmente, por 17 bairros e possui 17 unidades primárias de saúde e 6 unidades de atendimento secundário e terciário.

Figura 2 – Mapa da Secretaria Regional III com divisão dos 17 bairros oficiais



4.3 População da pesquisa

A população foi constituída por mães cujos filhos foram notificados como sífilis congênita precoce nos anos de 2014 e 2015, identificados no SINAN e que residem nas áreas de abrangência da Regional III. Nesse mesmo período, de acordo com os dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), de 8.324 mulheres cadastradas como gestantes, houve uma cobertura de pré-natal de 68%.

De acordo com o Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC) disponibilizado pela Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, no ano de 2014, nasceram na Regional III 4.990 crianças. Desse total, 73 crianças foram diagnosticadas com sífilis congênita, de acordo com as informações contidas no SINAN. No ano de 2015, nasceram na Regional III 4.572 crianças. Desse total, 75 crianças foram diagnosticadas com sífilis congênita.

A escolha dessa Regional se deu em razão da mesma está na posição de terceira regional de Fortaleza em casos de sífilis congênita, conforme casos notificados no SINAN, e 83% de seus bairros terem o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) classificado como “baixo” e “muito baixo”.

A população desse estudo foi constituída de todas as mães cujos filhos foram notificados com sífilis nos anos de 2014 e 2015, cujo total foi de 148 mães. Considerando que a população a ser estudada é menor do que 200 (N<200), não foi necessário calcular o tamanho da amostra, buscando-se avaliar toda a população.

Como critérios de inclusão, foram adotados: mães que tiveram filhos notificados com sífilis congênita nos anos de 2014 e 2015, sendo residentes da área de abrangência da Regional III. Quanto aos critérios de exclusão: mulheres que não apresentem condições cognitivas para responder ao questionário, mães ausentes em duas visitas subsequentes e endereço da mãe não correspondente ao da notificação.

4.4 Coleta de dados

A coleta dos dados foi realizada em dois momentos. No primeiro, nos meses de fevereiro e março, foi realizada uma análise do banco de dados do SINAN, relativa ao período de janeiro a dezembro de 2014 e 2015. As Fichas de Notificação/Investigação da Sífilis Congênita (ANEXO A) foram utilizadas para identificar crianças, mães e endereços da área de abrangência da Secretaria Regional III. A ficha de notificação do SINAN é composta por variáveis como escolaridade, idade da mãe, raça, número de consultas do pré-natal e realização do teste sorológico. Entretanto, essas informações foram confirmadas durante as entrevistas individualizadas.

O segundo momento ocorreu nas residências das mães, onde foi aplicado um questionário (ANEXO B), o qual foi baseado no instrumento elaborado e validado pelo Ministério da Saúde (ANEXO C). Durante algumas visitas, alguns problemas foram encontrados, os quais dificultaram a realização da entrevista, tais como: violência na área, residência não encontrada e indisponibilidade das mulheres em responder o questionário. Ficou determinado que seriam realizadas até duas tentativas de visita para exclusão da participante.

Tal instrumento, denominado Protocolo de Investigação de Casos de Sífilis Congênita Precoce, foi disponibilizado pelo Ministério da Saúde para identificar as possíveis falhas que ocasionaram a transmissão vertical e, com isso, contribuir no aprimoramento das ações assistenciais e de vigilância epidemiológica, permitindo a qualificação de políticas públicas voltadas para a redução da transmissão vertical, visando sua eliminação. Do questionário original, foram retirados os itens sobre parto e puerpério, já que a finalidade do estudo é referente às questões do pré-natal. Portanto, foram utilizadas as seguintes seções: identificação, características do pré-natal e vulnerabilidades.

4.5 Variáveis de Estudo

- Idade da mãe;
- Raça;
- Escolaridade;
- Estado civil;
- Número de consultas de pré-natal;
- Idade gestacional na primeira consulta do pré-natal;
- Momento do diagnóstico da sífilis materna;
- Realização de teste sorológico;
- Tratamento da gestante e do parceiro;
- Vivendo em albergue/cortiço;
- Mudança frequente de domicílio/residência;
- Abuso/violência sexual;
- Violência doméstica física ou verbal;
- Mantida em cárcere privado;
- Usuária de “crack”;
- Usuária de álcool;
- Usuária de outro tipo de droga;
- Privação de liberdade (presidiária);
- Parceira de presidiário;
- Profissional do sexo;
- Múltiplas parcerias sexuais;
- Presença de infecções associadas na gestação;

- Antecedente de transmissão vertical.

4.6 Análise de dados

Os dados coletados foram inseridos em planilha eletrônica para procedimentos de análise descritiva, sendo utilizado o programa Excel 2010 e o *Statistical Package for Social Sciences* versão 20.0 (SPSS).

A estatística descritiva foi utilizada para apresentação dos dados do estudo, considerando-se média e desvio padrão para dados contínuos e frequência absoluta e/ou relativa para dados categóricos.

A comparação das proporções das características sociodemográficas e de vulnerabilidade entre as mães que realizaram e que não realizaram o pré-natal foi efetuada por meio do teste de Qui-quadrado. A comparação da média de idade (variável contínua do estudo) entre esses grupos foi efetuada por meio do teste *t* para amostras independentes. O nível de significância estatística foi de 5% ($p<0,05$).

As análises foram apresentadas em tabelas e gráficos e os dados foram organizados em figuras e/ou quadros e analisados à luz de referencial teórico pertinente.

4.7 Aspectos éticos

Na realização do estudo, foram seguidos os princípios da bioética, da dignidade, da liberdade e da autonomia das pessoas, previstos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), de acordo com a Constituição Federal da República Federativa do Brasil de 1988 e diversos outros documentos importantes, como a Declaração Universal dos Direitos Humanos.

No momento da visita domiciliar, foi esclarecido às mães sobre a importância da sua participação, e enfatizado que, mesmo havendo recusa, elas não teriam dificuldade de acesso às Unidades de Saúde. Após aceitação, as maiores de 18 anos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que também foi assinado por responsável ou representante legal no caso de mães menores de 18 anos, juntamente com o Termo de Assentimento, o qual foi assinado pela própria mãe menor de 18 anos.

Foram realizados esclarecimentos a todos os participantes sobre a natureza da pesquisa, bem como seus objetivos, métodos, benefícios, potenciais riscos e possíveis incômodos para garantir resultados mais próximos possíveis da realidade.

A presente pesquisa teve como um dos pilares a ética, a qual implica em assegurar o respeito da vontade do participante em contribuir e permanecer na pesquisa, por meio de manifestação expressa, livre e esclarecida, sem o risco de qualquer penalidade para o participante.

É de ciência de todos que o estudo envolvendo pessoas possui riscos mínimos aos seus participantes, porém as informações contidas nas respostas contribuíram para que haja fortalecimento das políticas públicas de saúde. Da mesma forma, foi imprescindível o sigilo e a privacidade dos participantes em todas as fases da pesquisa.

Por fim, o pesquisador respeitou o momento e as condições mais adequadas para que fosse realizada a aplicação do questionário, usando linguagem simples e direta, levando em consideração a cultura, as condições socioeconômicas e a crença.

O inicio da pesquisa somente foi realizada após autorização do comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por parte das entrevistadas, em que cada participante, através de sua assinatura, concordou espontaneamente em fazer parte da pesquisa.

5 RESULTADOS

5.1 Descrição da amostra

Sete diferentes hospitais foram as fontes notificadoras dos casos de sífilis congênita na amostra do estudo, sendo a maioria obtida mediante dados da MEAC (77 casos) e do HDGM-BC (17 casos). Foram realizadas 148 visitas, que corresponde ao total de casos de sífilis congênita registradas nos anos de 2014 e 2015. Desse total, 25 mães mudaram de endereço; 11 não foram encontradas após duas tentativas; 10 imóveis não correspondiam ao endereço registrado na notificação e 02 não quiseram participar da pesquisa. Portanto, a amostra final foi composta por 100 mães.

A caracterização do estudo está apresentada na Tabela 1. As mães avaliadas tiveram uma média de idade de 26,6 anos (desvio padrão de 5,9 anos), variando de 15 a 42 anos. Grande parte da pesquisa foi composta por mães solteiras (57,0%), que tiveram a escolaridade da 5ª a 8ª série incompleta (39,0%) e que reportaram ser do lar como atividade ocupacional (74,0%). Ainda, 77,0% das mães reportaram ser de raça/etnia parda. Ao comparar essas características sociodemográficas entre as mães que realizaram o pré-natal (n=87) e as que não realizaram (n=17), não foram observadas diferenças estatisticamente significativas (p>0,05) entre elas para a maioria das variáveis. A exceção foi o estado civil (p=0,007), em que se observou uma maior proporção de mães solteiras no grupo de mulheres que não realizaram o pré-natal em comparação às que realizaram o pré-natal (88,6% vs. 50,6%, respectivamente).

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica de mães que apresentaram sífilis na gestação cujos filhos foram diagnosticados com sífilis congênita. Secretaria Regional III, Fortaleza, Ceará (2014-2015).

Características	Total (n=100)	Contempladas com pré-natal (n=83)	Não contempladas com pré-natal (n=17)	Valor de p*
Idade (anos), média (desvio padrão).	26,6 (5,9)	26,6 (6,1)	26,0 (5,0)	0,639
Estado civil				
Solteira	57 (57,0)	42 (50,6)	15 (88,6)	0,007

Casada/união estável/amasiada	38 (38,0)	36 (43,4)	2 (11,8)	
Divorciada/separada	3 (3,0)	4 (4,8)	0 (0,0)	
Viúva	1 (1,0)	1 (1,2)	0 (0,0)	
Escolaridade, n (%)				0,265
1ª a 4ª série incompleta	14 (14,0)	9 (10,8)	5 (29,4)	
4ª série completa	12 (12,0)	9 (10,8)	3 (17,6)	
5ª a 8ª série incompleta	39 (39,0)	31 (37,3)	8 (47,1)	
Ensino fundamental completo	8 (8,0)	7 (8,7)	1 (5,9)	
Ensino médio incompleto	8 (8,0)	8 (9,6)	0 (0,0)	
Ensino médio completo	15 (15,0)	15 (18,1)	0 (0,0)	
Educação superior incompleta	2 (2,0)	2 (2,4)	0 (0,0)	
Educação superior completa ou mais	1 (1,0)	1 (1,2)	0 (0,0)	
Ocupação, n (%)				0,870
Assistente administrativo	1 (1,0)	1 (1,2)	0 (0,0)	
Autônoma	1 (1,0)	1 (1,2)	0 (0,0)	
Comerciante	1 (1,0)	1 (1,2)	0 (0,0)	
Costureira	5 (5,0)	5 (6,0)	0 (0,0)	
Cozinheira	1 (1,0)	1 (1,2)	0 (0,0)	
Diarista	4 (4,0)	4 (4,8)	0 (0,0)	
Do lar	74 (74,0)	58 (69,9)	16 (94,1)	
Empregada doméstica	2 (2,0)	2 (2,4)	0 (0,0)	
Entregadora de panfleto	1 (1,0)	1 (1,2)	0 (0,0)	
Estudante	4 (4,0)	4 (4,8)	0 (0,0)	
Faxineira	1 (1,0)	1 (1,2)	0 (0,0)	
Garçonete	2 (2,0)	1 (1,2)	1 (5,9)	
Operadora de caixa	2 (2,0)	2 (2,4)	0 (0,0)	
Professora	1 (1,0)	1 (1,2)	0 (0,0)	
Raça/etnia, n (%)				0,893

Branca	22 (22,0)	18 (21,7)	4 (23,5)
Preta	1 (1,0)	1 (1,2)	0 (0,0)
Parda	77 (77,0)	64 (77,1)	13 (76,5)

*Valor de p obtido no teste t-independente para a idade e o teste de Qui-quadrado para as demais variáveis.

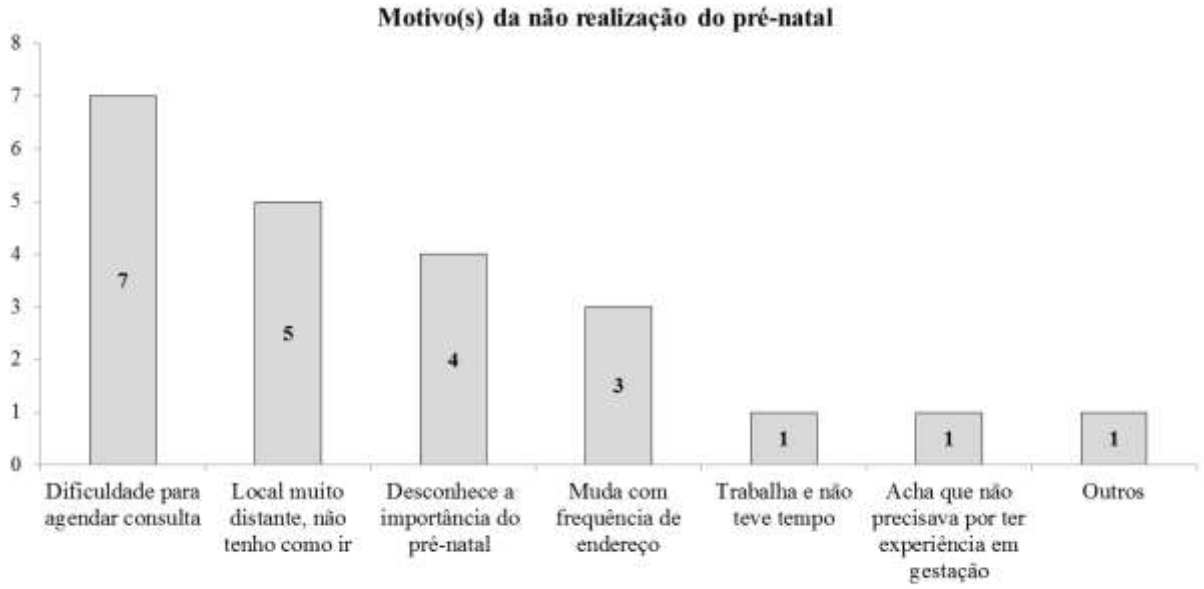
Fonte: Elaborada pela autora.

5.2 Características do pré-natal

Como previamente mencionado, 17 mães reportaram não terem realizado o pré-natal. Os motivos que foram mencionados por essas mães estão apresentados na Figura 1. Dentre os motivos, destacaram-se dificuldades relacionadas ao serviço, como a “dificuldade para agendar consulta” e “local muito distante, não tenho como ir”, mencionados sete e cinco vezes, respectivamente. Outros motivos relacionados às dificuldades de acesso ao serviço, como “muda com frequência de endereço” (três vezes) e “trabalha e não teve tempo” (uma vez) também foram mencionados.

Não obstante, alguns motivos relacionados ao conhecimento das mães sobre o pré-natal também foram apontados, como “desconhece a importância do pré-natal” (quatro vezes) e “acha que não precisava por ter experiência em gestação” (uma vez).

Figura 3 – Número de vezes que os motivos para a não realização do pré-natal foram mencionados* pelas mães cujos filhos foram diagnosticados com sífilis congênita cadastradas na Secretaria Regional III do município de Fortaleza, Ceará (2014-2015).



*O total da quantidade de motivos pode ser maior que a amostra avaliada, uma vez que as mães poderiam mencionar mais de um motivo. Os demais motivos não foram mencionados e, portanto, não foram apresentados na figura.
Fonte: Elaborada pela autora.

A Tabela 2 apresenta as características do acompanhamento do ciclo gravídico e do diagnóstico de sífilis congênita na amostra de mães avaliadas. A maior parte das mães realizou o pré-natal nas Unidades Básicas de Saúde do SUS (78,0%). Em geral, das mães que realizaram o pré-natal, a primeira consulta foi entre 9-12 semanas (22,0%) de gestação, seguida das que iniciaram da 5-8 semanas (21,0%). Não obstante, a maior parte das mães realizou seis ou mais consultas (60,0%). Por fim, destaca-se que 22 mães que estavam envolvidas nas consultas do pré-natal abandonaram esse processo. Destas, 12 (12,0%) reportaram que não houve busca ativa para que as consultas do pré-natal fossem completadas.

Tabela 2 – Características do acompanhamento do ciclo gravídico das mães cujos filhos foram diagnosticados com sífilis congênita cadastradas na Secretaria Regional III do município de Fortaleza, Ceará (2014-2015).

Características	N	%
Local onde fez o pré-natal		
Unidade Básica de Saúde	78	78,0

Maternidadede Referência	4	4,0
Serviço de Saúde Suplementar (Convênio/Plano de Saúde).	1	1,0
Idade gestacional na 1ª consulta de pré-natal (em semanas) (n=83)		
1-4 semanas	13	13,0
5-8 semanas	21	21,0
9-12 semanas	22	22,0
13-16 semanas	12	12,0
17 ou mais semanas	15	15,0
Número total de consultas no pré-natal (médico e enfermagem)		
1-3 consultas	9	9,0
4-5 consultas	14	14,0
6 ou mais consultas	60	60,0
Busca ativa entre faltosas do pré-natal (n=22)		
Sim	10	10,0
Não	12	12,0

Fonte: Elaborada pela autora.

A Figura 4 apresenta os motivos do abandono do pré-natal que foram mencionados pelas mães avaliadas. A falta de profissionais foi o motivo mais mencionado pelas mães (nove vezes). A dificuldade de deslocamento para as consultas foi apontada como o motivo para o abandono do pré-natal. Outros seis motivos foram mencionados, uma vez cada, e incluíram dificuldades relacionadas à organização do tempo e do trabalho (“dificuldade de sair do trabalho”, “falta de tempo”), assim como aspectos relacionados ao serviço (por exemplo, “dificuldade de marcar consultas”).

Figura 4 – Número de vezes que os motivos para abandono do pré-natal foram mencionados* pelas mães cujos filhos foram diagnosticados com sífilis congênita cadastradas na Secretaria Regional III do município de Fortaleza, Ceará (2014-2015).

*O total da quantidade de motivos pode ser maior que a amostra avaliada, uma vez que as mães poderiam mencionar mais de um motivo. Os demais motivos não foram mencionados e, portanto, não foram apresentados na figura.
Fonte: Elaborada pela autora.

A Tabela 3 apresenta as características do diagnóstico e do tratamento da sífilis materna na amostra avaliada. A maior parte das mães (55,0%) teve o diagnóstico da sífilis durante o pré-natal, enquanto que 23,0% tiveram o diagnóstico durante o parto e 22% após o parto.

Das mães que tiveram acesso ao pré-natal, a maior parte (58,0%) não iniciou o tratamento no pré-natal para prevenir a transmissão vertical da sífilis. Entre os tratamentos aplicados, a Penicilina benzatina 7.200.00UI foi a mais utilizada (21,0%). Por fim, destaca-se que apenas uma mãe reportou a busca ativa para continuar o tratamento para sífilis durante o pré-natal. Verificou-se, ainda, que, embora 45% dos parceiros fossem conhecidos das mães, não foram realizados testes sorológicos nos mesmos.

Tabela 3 – Características do diagnóstico e tratamento da sífilis materna na amostra de mães cujos filhos foram diagnosticados com sífilis congênita cadastradas na Secretaria Regional III do município de Fortaleza, Ceará (2014-2015).

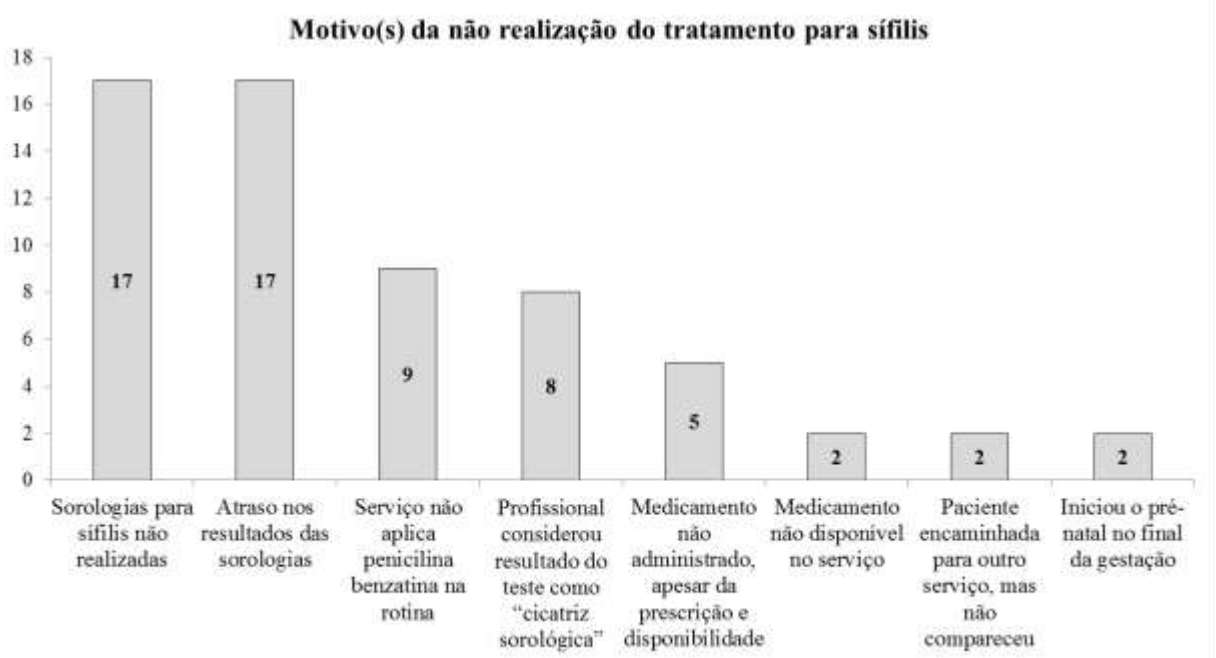
Características	N	%
Momento do diagnóstico de sífilis materna:		
Durante o pré-natal	55	55,0
Durante o parto	23	23,0
Após o parto	22	22,0
Tratamento para prevenir a transmissão vertical da sífilis durante o pré-natal		
Sim	25	25,0
Não	58	58,0
Esquema de tratamento para sífilis usado pela mãe		
Penicilina benzatina 4.800.000UI	3	3,0
Penicilina benzatina 7.200.000UI	21	21,0
Outro medicamento.	1	1,0
Busca ativa para o tratamento		
Sim	1	1,0
Não	24	24,0
Estado sorológico do parceiro da mãe		
Sorologia não reagente para sífilis	2	2,0
Caso de sífilis não tratada	15	15,0
Caso de sífilis tratada	9	9,0
Parceiro conhecido e não testado	45	45,0
Parceiro sem contato com a família/desconhecido	29	29,0

Fonte: Elaborada pela autora.

A Figura 5 apresenta os motivos reportados pelas mães (n=58) para a não realização do tratamento da transmissão vertical da sífilis. Dois motivos foram os mais mencionados: “sorologias para sífilis não realizadas” e “atraso nos resultados das sorologias”, os quais foram mencionados por 17 mães, cada. Outros dois aspectos do serviço foram mencionados pelas mães como motivos para a não realização do tratamento da transmissão vertical da sífilis: “serviço não aplica Penicilina benzatina na rotina” e “profissional

considerou resultado do teste como ‘cicatriz sorológica’”; mencionados nove e oito vezes, respectivamente.

Figura 5 – Número de vezes que os motivos para a não realização do tratamento da sífilis durante o pré-natal foram mencionados* pelas mães avaliadas da Secretaria Regional III do município de Fortaleza, Ceará (2014-2015).

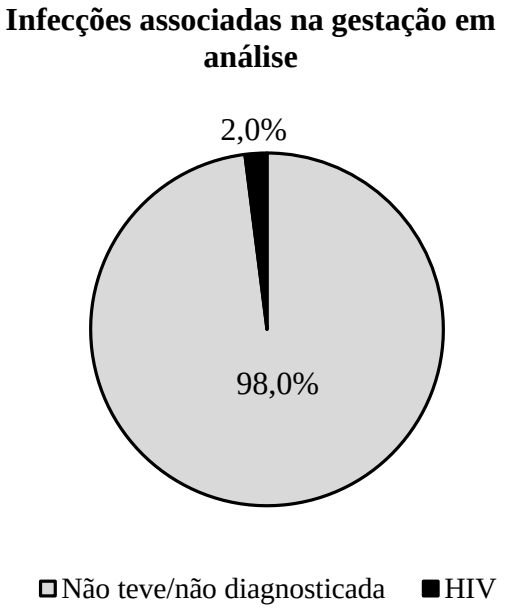


*O total da quantidade de motivos pode ser maior que a amostra avaliada, uma vez que as mães poderiam mencionar mais de um motivo. Os demais motivos não foram mencionados e, portanto, não foram apresentados na figura.
Fonte: Elaborada pela autora.

5.3 Situações de vulnerabilidade individual/social das mães

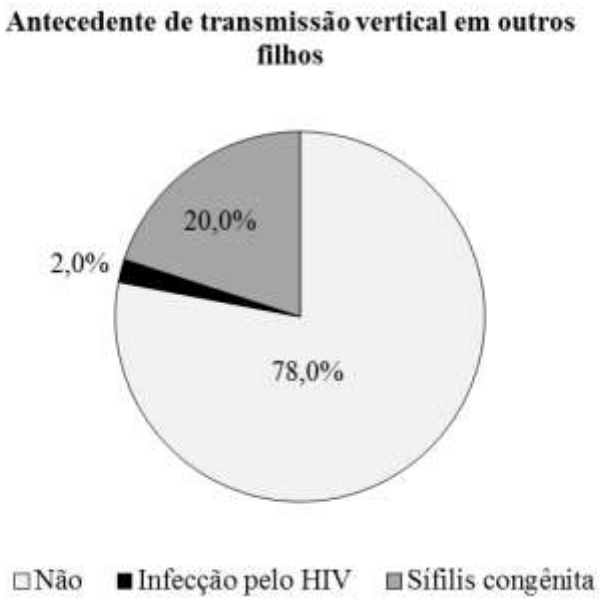
As Figuras 6 e 7 apresentam a porcentagem de mães que reportaram situações de vulnerabilidade individual, tais como infecções associadas à sífilis na gestação em análise e ter antecedentes de transmissão vertical em outros filhos, sequencialmente. 2,0% das mães reportaram ter tido infecções associadas por HIV durante a gestação. Ainda, 20,0% das mães reportaram ter antecedentes de transmissão vertical da sífilis em outros filhos.

Figura 6 – Porcentagem de mães que reportaram infecções associadas à sífilis durante a gestação em análise. Secretaria Regional III do município de Fortaleza, Ceará (2014-2015).



Fonte: Elaborada pela autora.

Figura 7 – Porcentagem de mães com antecedente de transmissão vertical em outros filhos. Secretaria Regional III do município de Fortaleza, Ceará (2014-2015).



Fonte: Elaborada pela autora.

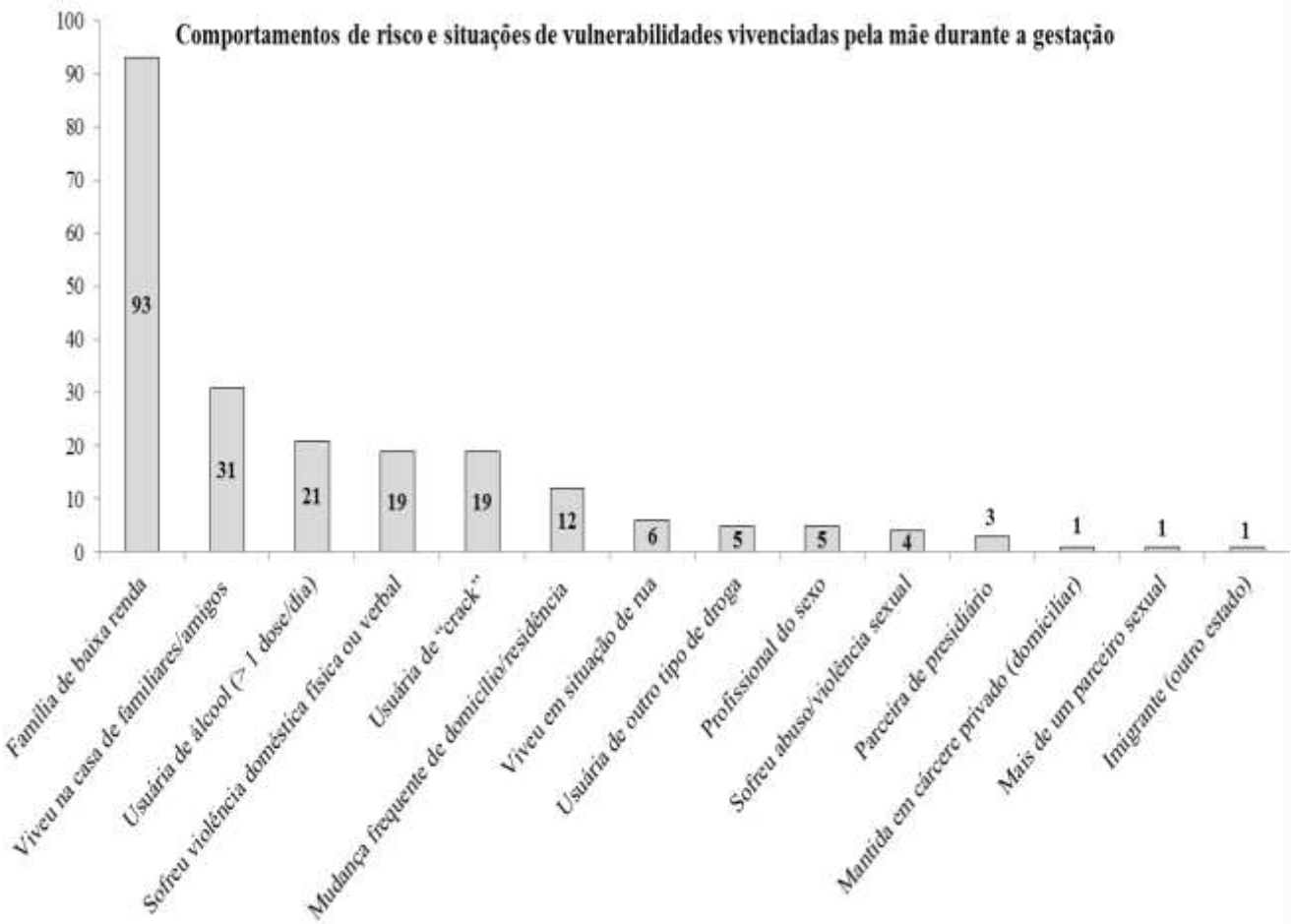
A Figura 8 apresenta as situações de vulnerabilidade social que foram vivenciadas pelas mães durante a gestação. Família de baixa renda foi a situação de vulnerabilidade social que ocorreu em maior parcela da amostra (93,0%). Situações relacionadas à condição de

moradia (“viveu em casa de familiares/amigos”, com 31,0%), à violência doméstica (“sofreu violência doméstica física ou moral”, com 19,0%) e aos comportamentos de risco (“usuária de álcool” e “usuária de “crack”, com 21,0% e 19,0%, respectivamente) também foram mencionadas constantemente. O detalhamento das demais situações pode ser observado na Figura 8.

A Figura 9 apresenta a porcentagem de situações de vulnerabilidade individual/social relatadas pelas mulheres durante a gestação. 5,0% das mães não reportaram situações de vulnerabilidade individual/social. Em contrapartida, 34,0% reportaram duas situações de vulnerabilidade, enquanto que 35,0% reportaram três ou mais situações de vulnerabilidade.

Uma comparação entre mães que fizeram e que não fizeram o pré-natal na quantidade de situações de vulnerabilidade individual/social durante a gestação foi efetuada, conforme Figura 10. Houve diferenças estatisticamente significantes ($p<0,001$). Em particular, essas diferenças ocorreram na porcentagem de mães com três ou mais situações de vulnerabilidade no grupo que fez o pré-natal em comparação ao que não fez (25,3% vs. 82,4%, respectivamente).

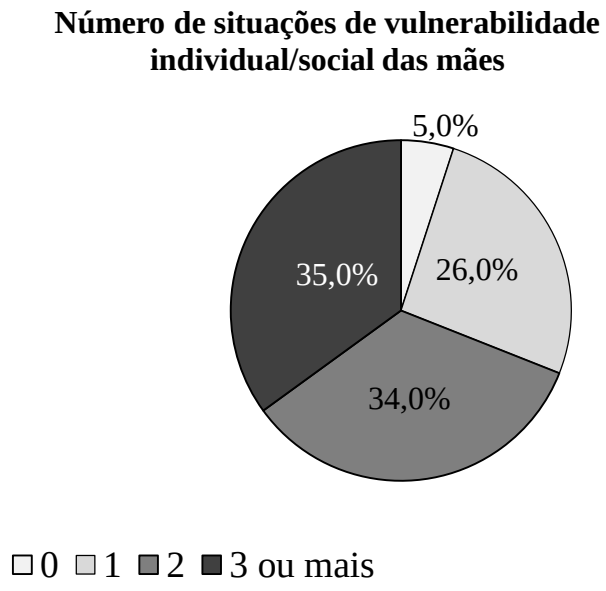
Figura 8 – Quantidade de mães que reportaram as situações de vulnerabilidade individual/social durante a gestação. Secretaria Regional III do município de Fortaleza, Ceará (2014-2015).



*O total da quantidade de motivos pode ser maior que a amostra avaliada, uma vez que as mães poderiam mencionar mais de um motivo. Os demais motivos não foram mencionados e, portanto, não foram apresentados na figura.

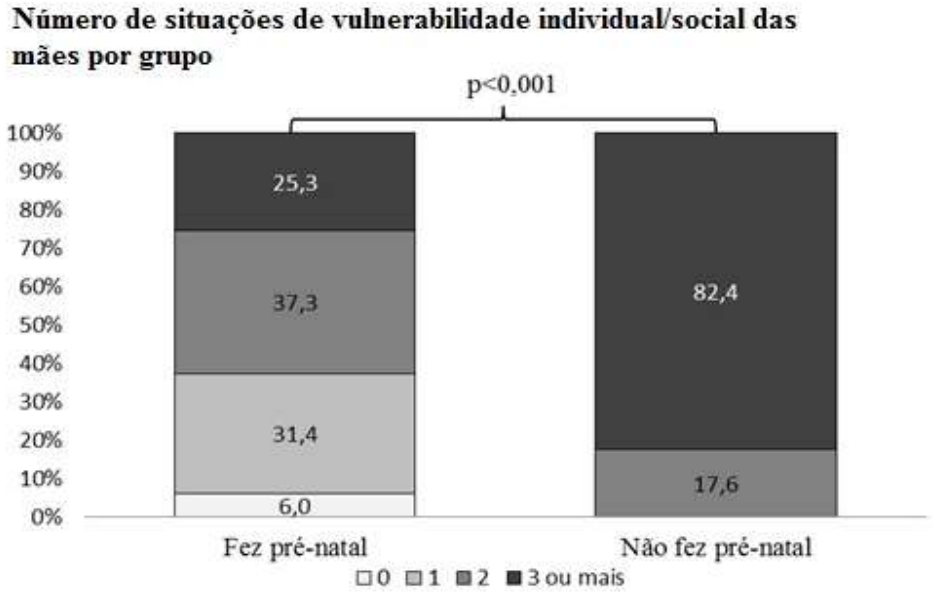
Fonte: Elaborada pela autora.

Figura 9 – Porcentagem de mães de acordo com a quantidade de situações de vulnerabilidade individual/social durante a gestação. Secretaria Regional III do município de Fortaleza, Ceará (2014-2015).



Fonte: Elaborada pela autora.

Figura 10 – Comparação entre as mães que fizeram e que não fizeram o pré-natal na quantidade de situações de vulnerabilidade individual/social durante a gestação. Secretaria Regional III do município de Fortaleza, Ceará (2014-2015).



*Valor de *p* obtido no teste de Qui-quadrado.

Fonte: Elaborada pela autora.

5.4 Características do pré-natal associadas às situações de vulnerabilidade individual/social durante a gestação

Algumas características relacionadas ao pré-natal (idade gestacional da primeira consulta, número de consultas e momento de diagnóstico da sífilis materna) foram associadas à quantidade de situações de vulnerabilidade individual/social durante a gestação; os dados foram apresentados na Tabela 4. Houve diferenças estatisticamente significativas (p<0,05) para a quantidade de situações de vulnerabilidade entre as categorias das três características do pré-natal avaliadas.

Esses resultados indicaram que a proporção de mães com três ou mais situações de vulnerabilidade também foi maior nas mães que realizaram a primeira consulta da nona semana de gravidez em diante, em comparação às que fizeram antes da nona semana (31,9% vs. 14,7%, p<0,001).

A proporção de mães com três ou mais situações de vulnerabilidade também foi superior nas que efetuaram menos de seis consultas de pré-natal, em comparação às que realizaram seis ou mais consultas (34,8% vs. 21,7%, p=0,017). Por fim, mães com diagnóstico da sífilis materna durante o pré-natal tiveram menor proporção de situações de vulnerabilidade em comparação às que tiveram o diagnóstico somente no parto ou após (25,5% vs. 46,7%).

Tabela 4 – Características do pré-natal associadas à quantidade de situações de vulnerabilidade individual/social durante a gestação em mães cujos filhos foram diagnosticados com sífilis congênita. Secretaria Regional III do município de Fortaleza, Ceará (2014-2015).

Característica do pré-natal	N	**Quantidade de situações de vulnerabilidade individual/social das mães**			
		0 ou 1	2	3 ou mais	Valor de p*
Idade gestacional na 1ª consulta de pré-natal (em semanas)					**<0,001**
1-8 semanas	34	41,2%	44,1%	14,7%	

9 ou mais semanas	49	36,2%	31,9%	31,9%	
Número de consultas no pré-natal (médico e enfermagem)					**0,017**
< 6 consultas	23	26,1%	39,1%	34,8%	
≥6 consultas	60	41,7%	36,7%	21,7%	
Momento do diagnóstico de sífilis materna					**0,012**
Durante o pré-natal	55	40,0%	34,5%	25,5%	
Durante parto ou depois	45	20,0%	33,3%	46,7%	

* Valor de *p* obtido no teste de Qui-quadrado.
Fonte: Elaborada pela autora.

6 DISCUSSÃO

6.1 Caracterização sociodemográfica da amostra de mães cujos filhos foram diagnosticados com sífilis congênita cadastradas na Secretaria Regional III do município de Fortaleza/CE (2014-2015)

No perfil sociodemográfico presente nesse estudo, verificou-se que a média da idade das mulheres foi de 26,6 anos, variando de 15 a 42 anos. Esse dado é distinto do estudo sobre incidência da sífilis congênita no Brasil e sua relação com a Estratégia Saúde da Família, cuja faixa etária de maior prevalência foi de 21 a 26 anos (ARAUJO *et al.*, 2016). No estudo de Domingues *et al*. (2013), a faixa etária predominante foi de 20 a 34 anos. Esses achados estão em concordância com os dados nacionais, de acordo com o Boletim Epidemiológico Sífilis 2015, que aponta a média da idade das mães entre 20 a 29 anos.

Em relação ao estado civil, mais de 50% das mulheres responderam serem mães solteiras. Esse fato também foi evidenciado em estudo de Nonato *et al*. (2015) em Belo Horizonte/MG, que, do total da amostra 353, 198 (56%) responderam que não tinham parceiro fixo.

Já outro estudo realizado na cidade de São Paulo/SP, no centro de saúde que atende, predominantemente, pessoas com infecções sexualmente transmissíveis, verificou-se resultados parecidos com o encontrado na presente pesquisa, 72,3% eram mães solteiras. (FAGUNDES *et al*., 2013).

O estado conjugal esteve associado significativamente (p=0,07) ao comparecimento ao pré-natal, demonstrando que as mulheres solteiras apresentam mais dificuldade de realizá-lo. Hildebrand (2010), em Campo Grande/MS, com 110 gestantes positivas para sífilis, encontrou associação positiva entre o apoio do parceiro na gestação e a realização do tratamento para a doença, mostrando a importância do incentivo da família.

Quanto à escolaridade, das 100 mulheres entrevistadas, 59% tinham até oito anos de estudo. Em outro estado do nordeste, Rio Grande do Norte, estudo com 389 casos de mulheres cujos filhos nasceram com sífilis, 65% destas também tinham até oito anos de estudo. (CARVALHO *et al*., 2010).

No sudeste do país, na cidade de Vitória/ES, estudo acerca de fatores de risco para a sífilis em mulheres jovens revelou, dentre outros fatores, menor escolaridade (menos de oito anos de estudo). Não ocorreu, nesse estudo, associação estatística significativa sobre escolaridade e pré-natal (MIRANDA *et al*. 2012). Porém, existem estudos levando em

consideração a baixa escolaridade e a ocorrência de IST. (XIMENES *et al*., 2008; CRUZEIRO *et al*., 2010).

Em relação à profissão, 77% se definiram como “do lar”. Essa condição talvez ocorra em virtude da baixa escolaridade, o que dificulta o acesso ao mercado de trabalho formal. Estudo intitulado Análise dos Dados Registrados no SINAN 2007 – 2012, em Macapá/AP, aponta que 87,3% eram donas de casas (CARDOSO, 2014). Outro estudo ocorrido no Rio de Janeiro se identifica com o encontrado na presente pesquisa. De 1.124 notificações, 710 (63%) tinham a ocupação mencionada. (DOMINGUES *et al.*, 2013).

Ao analisar a raça autodeclarada pelas mulheres, a tabela 1 mostra que 77% se declaram de cor parda. Dados semelhantes foram encontrados em dissertação de mestrado sobre sífilis congênita realizado em Fortaleza/CE, a qual se verificou que 66% das mulheres se declararam como pardas (COUTINHO, 2014). Da mesma forma, estudo realizado no Distrito Federal apontou um percentual de 55% (TAVARES *et al*., 2012). Contudo, a diversidade étnica do país revelou que no Rio de Janeiro, em unidade de saúde, a predominância foi de mulheres que se auto declararam de cor preta. (DOMINGUES *et al*., 2013).

Esses dados se tornam relevantes para que os serviços de saúde exerçam uma maior vigilância para esse grupo de mulheres que apresentam essas características: jovens adultas, solteiras, cor parda, desempregada e baixa escolaridade. Esses determinantes sociais devem ser considerados durante a realização do pré-natal pelos profissionais da ESF como fatores predisponentes às condições de vulnerabilidades e riscos das mulheres gestantes.

6.2 Características do acompanhamento do ciclo gravídico das mães cujos filhos foram diagnosticados com sífilis congênita cadastradas na Secretaria Regional III do município de Fortaleza, Ceará (2014-2015)

De acordo com os dados na tabela 2, contatou-se que 83% das mães realizaram pré-natal. Evidenciaram-se resultados semelhantes no estudo de Costa *et al.* (2010) ocorrido no estado no Maranhão que apresentou uma cobertura de pré-natal de 85,6% (1.776) em relação ao universo de 2.075 mulheres selecionadas. Também colaborando com esse resultado, outro estudo ocorrido na região sudeste, em Belo Horizonte/MG, 2001-2008, apresentou cobertura de pré-natal de 84%. (LIMA *et al*., 2013).

Do total de mulheres que informaram ter realizado alguma consulta de pré-natal, 78% foram atendidas nas unidades básicas de saúde. Estudo realizado em Fortaleza/CE

(2012), também mostrou que o atendimento em unidades primárias de saúde foi de 79,5%. (ALMEIDA, 2012).

Esses estudos mostram que a porta de entrada das gestantes para realização do seu pré-natal está de acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde, que elegeu a Estratégia Saúde da Família como prioritária para o fortalecimento da atenção primária à saúde, destacando-se, dentre as atividades desempenhadas pelas equipes, o acompanhamento do pré-natal de baixo risco. (BRASIL, 2012).

Na tabela supramencionada, verificamos que o início do pré-natal que ocorreu até a 12ª semana de gestação apresentou um percentual de 56%. Dado semelhante foi observado no DF entre 2009 e 2010, o qual indicou que somente 58% das mulheres iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre. (MAGALHÃES *et al*., 2013).

Observou-se, em estudo sobre sífilis congênita ocorrido na região nordeste na cidade de São Luis/MA, em 2011, que 64,6% (1.147) iniciaram o pré-natal antes do término do primeiro trimestre gestacional. (COSTA *et al*., 2014).

Contudo, esses percentuais não atendem à meta preconizada pelo Ministério da Saúde, a qual recomenda que 95% da assistência prestada no período do pré-natal deve ter início no primeiro trimestre gestacional. (BRASIL, 2015).

Em relação ao número de consultas, 60% das gestantes do estudo informaram ter realizado seis consultas ou mais. Pesquisa desenvolvida na cidade de Vitória/ES, ocorrida entre os anos de 2009 e 2010, quando participaram 360 mulheres, aponta que o número de consultas igual ou superior a seis tenha acontecido em 75,6% das gestantes. (MIRANDA *et al*., 2012).

Em outro estudo, o mesmo resultado foi encontrado com 353 gestantes que realizaram seis consultas ou mais com o percentual de 65% de frequência no pré-natal e, mesmo assim, apresentaram sífilis congênita. (NONATO *et al*., 2015).

Percebe-se que o resultado dessa pesquisa, assim como as demais apresentadas, indica que a cobertura de assistência pré-natal mostrou valores inferiores ao que é preconizado pelo MS, em que todas as mulheres deveriam iniciar a primeira consulta até a 12ª semana de gravidez. Da mesma forma, o número mínimo de atendimentos realizados deveria ser de seis consultas para 95% das gestantes, sendo intercaladas com os profissionais de saúde qualificados para o serviço, com pelo menos duas devendo ser realizadas pelo médico. (BRASIL, 2015).

Entende-se que a cobertura do pré-natal, a data de início e a frequência de consultas são procedimentos que devem ser revistos pela equipe da atenção primária à saúde

para melhor qualificar a assistência à gestante. Estratégias inovadoras são necessárias, visando à captação precoce das gestantes para o início da assistência pré-natal no primeiro trimestre de gravidez, elevando, assim, o percentual para o atendimento das normas determinadas pelo MS, dessa forma garantindo que as doenças sejam diagnosticadas no início da gestação e consequentemente tratadas oportunamente.

Das 83 mulheres que realizaram o pré-natal, 22 deixaram de comparecer às consultas em algum período da gravidez. O motivo mais mencionado foi que, quando do comparecimento às unidades de saúde, eram informadas que não tinha o profissional (médico/enfermeiro) da sua área de abrangência para atendê-las. Dessas, 10 informaram ter recebido a visita do Agente Comunitário de Saúde falando da importância do retorno para as consultas, porém 12 não foram procuradas.

A visita domiciliar é uma tecnologia de interação no cuidado a saúde, sendo de fundamental importância quando adotada pela equipe de saúde no conhecimento das condições de vida e saúde das famílias sob sua responsabilidade. Pode-se utilizar para que seja possível alcançar o que é preconizado pelo MS com relação ao acompanhamento do pré-natal. (ALBUQUERQUE; BOSI, 2009).

A não realização da consulta por motivo de falta da gestante ou ausência do profissional para o atendimento são situações que os serviços de saúde devem reorganizar para que seja resgatada em tempo hábil a continuidade da atenção pré-natal das gestantes. É importante salientar que o modelo adotado pela ESF estabelece a delimitação da área de abrangência da unidade de saúde, tornando possível detectar precocemente as gestantes residentes na comunidade e incentivá-las ao comparecimento no início da gravidez e consultas aprazadas.

6.3 Características do diagnóstico e tratamento da sífilis materna na amostra de mães cujos filhos foram diagnosticados com sífilis congênita cadastradas na Secretaria Regional III do município de Fortaleza, Ceará (2014-2015)

Em relação aos testes para realização do diagnóstico da sífilis, identificou-se nesse estudo achados que demonstram a dificuldade de acesso e/ou adesão para a realização desses exames. Das mulheres entrevistadas, 55% tiveram diagnóstico de sífilis no pré-natal e 45% no momento do parto ou após.

Dados semelhantes com os achados nessa pesquisa se encontram em estudo realizado no Brasil em 2008 com o intuito de analisar incidência da sífilis congênita e sua

relação com a ESF. Nele se identificou que 57% das mulheres tiverem diagnóstico no pré-natal e que 38% tiveram no parto ou após. (ARAÚJO *et al*., 2012).

Estudo ocorrido em Mato Grosso, analisando uma série histórica do período de 2001 a 2011, revelou-se que 50,3% receberam esse resultado no pré-natal de um universo de 567 casos de sífilis congênita. (OLIVEIRA, 2012).

No município de Santa Maria/RS foi identificado que, de 910 puérperas, 65% não realizaram VDRL no período da gestação. (ANVERSA *et al.*, 2012).

O diagnóstico oportuno da infecção pelo HIV e de sífilis durante o período gestacional é fundamental para a redução da transmissão vertical. Portanto, verifica-se a necessidade das equipes de saúde da atenção primária realizar os testes rápidos para diagnóstico de HIV e a triagem da sífilis no âmbito da atenção ao pré-natal para as gestantes. A ampliação do acesso e da melhoria da qualidade do pré-natal na atenção primária se apoia na oferta na execução dos testes rápidos de HIV e de sífilis. (BRASIL, 2011).

Nos estudos desenvolvidos por Filho *et al*. (2007) e Brito, Jesus e Silva (2009), foi verificado que, entre os fatores que contribuem para elevada prevalência dos casos de sífilis congênita, destaca-se a falta de qualidade no pré-natal. Isso pode ser observado nesse estudo devido ao expressivo número de mulheres que realizaram exame sorológico apenas no momento do parto.

Das 83 mulheres que realizaram pré-natal, 58 (70%) não fizeram uso da terapêutica estabelecida pelo Ministério da Saúde para sífilis na gestação, e apenas 21 (25%) usaram o tratamento preconizado. Em Belo Horizonte/MG, do universo de 116 mulheres cujos filhos foram diagnosticados com sífilis, 100 (86%) não realizaram tratamento durante seu pré-natal. (LIMA *et al*., 2013).

Entre os motivos mais mencionados pelas entrevistadas para a não realização do tratamento foram: sorologias para sífilis não realizadas, “atraso nos resultados das sorologias” e “serviço não aplica Penicilina benzatina na rotina”. Araújo *et al.* (2014) apresentou que, em Fortaleza, apenas 68,5% das unidades tinham sala de coleta para realização dos exames sendo enviados para os laboratórios de referência, havendo necessidade das gestantes retornarem várias vezes para realização do VDRL e recebimento, causando, provavelmente, atraso no diagnóstico e tratamento

Em nenhuma unidade o retorno do exame ocorria no período de até sete dias e somente 15 (16,9%) administravam a penicilina G Benzatina em decorrência do temor de reações adversas, entre outras, a reação anafilática e entregavam a medicação para que sua aplicação fosse realizada em hospitais.

Em Amambi (MS), identificaram-se Unidades Básicas de Saúde que não fazem administração da penicilina benzatina. Justificativa apresentada para a não aplicação foi o fato de que podem ocorrer eventos adversos. (SCHMEING, 2012).

Estudos afirmam que é grande a proporção de mulheres com sífilis que não são beneficiadas com as ações terapêuticas recomendadas pelo Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), apesar de já se contar com um tratamento estabelecido há 71 anos de baixo custo e eficácia comprovada. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010; AMARAL, 2012).

Disposto na Portaria nº 156, de 19 de janeiro de 2006, o uso de penicilina na atenção básica representa uma ferramenta em potencial para a cura de gestantes com sífilis, haja vista essa droga é capaz de atravessar a barreira placentária. Enfatiza-se que o tratamento do parceiro se torna um determinante para a cura eficaz da mãe, assim como para o fim do agravo. (OLIVEIRA, 2011).

Com relação aos parceiros, 45% eram conhecidos das gestantes e não foram testados. A realização do tratamento ocorreu em apenas 5%. Em pesquisa nacional realizada em 2008, sobre casos de sc em menores de 1 ano no período de 1998 a 2008, verificou-se que, em 55% das mulheres estudadas, o diagnóstico foi no período gestacional e 66% dos respectivos parceiros não aderiram ao tratamento. (OLIVEIRA *et al*., 2011).

No município de Sobral/CE, estudo em 2010 identificou que, de nove gestantes diagnosticadas com sífilis no pré-natal, sete parceiros não realizaram ou não se obteve informações acerca do tratamento. (MESQUITA *et al*. 2012).

Esses dados, mais uma vez, revelam a necessidade urgente de reorientação dos serviços e capacitação dos trabalhadores da ESF para prevenção e controle da sífilis congênita, pois, entre as dificuldades encontradas para a não realização de procedimentos de diagnóstico, controle e tratamento, estão: infraestrutura dos serviços inadequadas para realização de exames laboratoriais, atraso nos resultados e não administração da penicilina benzatina.

6.4 Situações de vulnerabilidade individual/social das mães

Em relação às IST, 20% relataram ter tido sífilis em gestações anteriores, o que pode sugerir que, talvez, as mesmas não fossem tratadas adequadamente ou fazem uso de prática sexual desprotegida. Estudo realizado em maternidade de referência em Fortaleza, no ano de 2012, apresentou que, das mulheres entrevistadas, 14% relataram antecedentes de sífilis em outras gestações (ALMEIDA, 2012). A compreensão dos riscos de exposição à IST/AIDS foi identificada nos participantes casados que se acham livre do risco de contrair alguma doença, tendo em vista que não fazem uso habitual de preservativo, considerando seguro o fato de terem parceiro fixo (ROGRIGUES *et al*., 2004).

No presente estudo, houve uma alta proporção de mulheres que se declararam pertencer a uma família de baixa renda (93%), vivendo em casa de parentes e amigos (31%), vítimas de violência doméstica (19%) e uso de drogas, lícitas ou ilícitas, que juntas totalizaram 40%.

Estudo sobre a prevalência da sífilis em puérperas, ocorrido no período de 1999 a 2000, mostrou que o maior risco para o VDRL positivo, entre outras causas, foi baixa renda familiar, baixa escolaridade e idade materna jovem (RODRIGUES; GUIMARÃES, 2004). De acordo com os dados dessa pesquisa e comparando aos de outras, verifica-se que, embora a sífilis não seja um agravo restrito às camadas socioeconômicas mais pobres, os resultados sinalizam que baixa renda e baixa escolaridade são marcadores importantes que dificultam o acesso aos serviços de saúde, pois, em muitas situações, elas precisam se deslocar várias vezes para conseguir atendimento, seja nas consultas, nos resultados de exames e/ou tratamento.

Fazer uso de álcool e “crack” durante o período gestacional foi situação de risco citada em um número bastante expressivo. Sabe-se que o uso dessas drogas causam mudanças na percepção e na forma de agir das pessoas, contribuindo para o descaso com sua saúde. Infelizmente, esses hábitos se tornam mais frequentes a cada dia, espalhando-se pelo País e em todas as classes sociais.

Colaborando com esse estudo, pesquisa realizada em 25 Unidades Básicas de Saúde de Maringá/PR com 394 gestantes, 72 (18%) informaram utilizar algum tipo de droga. (KASSADA; MARCON; WAIDMAN, 2014).

As gestantes e puérperas usuárias de drogas são muito mais discriminadas, o que predispõe à negação do vício e não procura pela assistência pré-natal ou ao acesso tardio à assistência médica. Usuárias de “crack” têm déficit de cuidados pré-natais, e essa falta ou número escasso de consultas se relaciona também ao isolamento social, imposto a essas mulheres com discriminação e preconceito. (KASSADA; MARCON; WAIDMAN, 2014).

Marques *et al*. (2012), em estudo de revisão sobre abuso e dependência de “crack”, mostrou dados que revelam o uso dessa droga em idades cada vez mais precoces, além disso, ressalta interfaces dos usuários de “crack” com outros comportamentos, determinando mais complicações, como a associação à infecção pelo HIV. O mesmo estudo revela que crianças nascidas de usuárias de “crack” apresentam maior exposição às infecções, incluindo hepatites, síndrome da imunodeficiência adquirida e sífilis.

Na população em estudo composta de 100 mulheres, a violência doméstica foi citada em 19%. No estudo realizado na cidade de São Luis/MA com 971 gestantes, 488 das entrevistadas (50,26%) passaram por situação de violência durante a gravidez em curso e 317 (65%) foram submetidas à violência no âmbito doméstico/familiar. (COSTA *et al.*, 2011).

Existem estudos nacionais e internacionais que apontam o ambiente doméstico/familiar como principal lugar de violência contra mulheres (BRASIL, 2004; BRASIL, 2007; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005).

Chama atenção nesse estudo as condições em que um maior quantitativo de situações de vulnerabilidade não ocorreu somente entre as mães que não realizaram o pré-natal. A proporção de mães com três ou mais situações de vulnerabilidade também foi maior nas mães que realizaram a primeira consulta da nona semana de gravidez em diante, em comparação às que fizeram antes da nona semana (31,9% vs. 14,7%, $p<0,001$), e naquelas que efetuaram menos de seis consultas de pré-natal, em comparação às que realizaram seis ou mais consultas (34,8% vs. 21,7%, $p=0,017$), como também, nas mães com diagnóstico da sífilis no parto ou após, em comparação às que tiveram o diagnóstico durante o pré-natal. (46,7% vs.25,5%)

Fatores associados à qualidade da assistência e à situação socioeconômica têm sido apontados como determinantes sociais que dificultam a presença das gestantes brasileiras nas consultas pré-natais, pelas dificuldades que essa vulnerabilidade pode acarretar (SILVEIRA; SANTOS; COSTA, 2001). Somam-se a isto as longas filas, o longo tempo de espera para as consultas, a forma insensível com que alguns profissionais lidam com suas pacientes, a falta de apoio familiar, dificuldades com transporte, diferenças culturais e de linguagem. (COOK *et al*., 1999).

Diante de todas as vulnerabilidades apresentadas, percebe-se que existe uma associação significativa entre o número de vezes que as vulnerabilidades foram mencionadas e as dificuldades da não realização do pré- natal.

O conjunto dessas situações: histórico de IST em gestações anteriores, procedência de família de baixa renda, violência doméstica e uso de drogas licitas e ilícitas potencializam as condições de vulnerabilidades e riscos dessas mulheres, o que eleva a probabilidade para o desfecho desfavorável do pré-natal. A não observância desse contexto no atendimento pré-natal agrava a posição de inequidade a que essas mulheres estão submetidas.

7 CONCLUSÃO

Esse estudo finaliza com as seguintes inferências: o perfil sociodemográfico das mães de crianças com sífilis congênita indica a predominância em mulheres solteiras, jovens, de cor parda e baixo nível de escolaridade.

Dentre os motivos mais frequentes apontados pelas mães para a não realização do pré-natal foram “dificuldade para agendar consulta” e “local muito distante, não tenho como ir”. Quanto ao abandono do pré-natal, a falta dos profissionais foi o motivo mais citado.

A maior parte das mães (78%) realizou pré-natal nas unidades de saúde. Dessas, 56% teve início no primeiro trimestre. Com 60% de frequência de seis ou mais consultas. Do total de 83 mulheres que realizaram o pré-natal, 22 informaram ter faltado a alguma consulta. Esse dado revela que a maioria das mães pesquisadas teve acesso à assistência pré-natal e, ainda assim, seus filhos nasceram com a sífilis.

Tais achados reforçam a ideia de que a atenção pré-natal não pode e não deve ser medida apenas por quantitativo de consultas médicas e de enfermeiros, e sim, considerando de modo particular, a qualidade dessa assistência prestada. Chama atenção ao fato de que, das 22 mulheres que informaram ter faltado a alguma consulta, apenas 10 (45%) foram visitadas pelo ACS, sendo necessário que a visita domiciliar, que é uma ferramenta de interação no cuidado a saúde, seja incorporada no modelo da ESF.

Das mulheres entrevistadas, 55% tiveram diagnóstico de sífilis no pré-natal e 45% no momento do parto ou após, 70% não fizeram uso da terapêutica estabelecida pelo Ministério da Saúde para sífilis na gestação e apenas 25% usaram o tratamento preconizado. Com relação aos parceiros, 45% eram conhecidos das gestantes e não foram testados. A realização do tratamento ocorreu em apenas 5%.

Observa-se que a situação é bastante complexa, perpassando por falhas no acesso ao serviço de saúde, pela não realização e entrega em tempo oportuno de exames para o diagnóstico da sífilis nas mulheres, falhas na condução do processo terapêutico e o pequeno percentual de parceiros incluídos no controle e prevenção da sífilis diagnosticadas e tratadas, sinalizando a elevação dos casos de sífilis na área de cobertura do estudo. É imprescindível que profissionais e serviços da ESF realizem ações efetivas para a quebra da cadeia epidemiológica.

Em relação aos hábitos de vida e situações de vulnerabilidade, evidenciou-se correlação entre a ocorrência de sífilis congênita e os seguintes aspectos: pertencer à família de baixa renda (93%), uso de drogas lícitas ou ilícitas (40%), viver em casa de parentes ou

amigos (31%), entre outros. Nesse sentido, demonstra-se que mulheres que apresentam esses hábitos de vida e/ou vivenciaram essas condições de vulnerabilidade possuem uma chance ampliada para a ocorrência de sífilis gestacional e, quando não tratadas, seus filhos nascem com o agravo.

Agravos como a sífilis congênita, quase sempre, refletem questões relacionadas ao acesso e à utilização de serviços de saúde, atingindo, prioritariamente, a população mais desfavorecida. Ficando claro que é de vital importância a utilização de marcadores da qualidade desse atendimento no planejamento, na gestão e na elaboração de políticas públicas relacionadas à saúde.

Os achados obtidos no presente estudo reafirmam a importância da utilização das taxas de sífilis congênita como indicador de qualidade da assistência perinatal, visto que esta doença é totalmente evitável por meio da assistência pré-natal. A constatação de elevado percentual de casos notificados, apesar de as mães terem realizado acompanhamento pré-natal, reflete a necessidade de se rever ou mesmo reformular a assistência pré-natal ofertada às mulheres. Consultas realizadas pela gestante no atendimento do pré-natal não são suficientes para garantir o controle da sífilis.

A diminuição significativa da sua incidência no período gestacional e a consequente diminuição de casos só poderão ocorrer quando as medidas de prevenção e controle forem satisfatoriamente aplicadas. Para isso, é necessário que tanto os profissionais da saúde quanto os gestores estejam seriamente comprometidos com a qualidade dos serviços prestados na assistência pré-natal.

Por fim, para que possa ocorrer a redução nas taxas da sífilis congênita, faz-se necessário, principalmente, a adesão de 100% das gestantes ao pré-natal no primeiro trimestre, realizando seis ou mais consultas, busca ativa das faltosas, testar 95% das gestantes e tratar 95% das mulheres diagnosticadas com a sífilis na gestação, assim como observar as condições de vulnerabilidades e riscos a que são expostas.

Desafios persistem, todavia, para a melhoria da qualidade dessa assistência, faz-se necessário a realização de todos os procedimentos considerados efetivos para a redução da incidência da sífilis.

O estudo aponta que a realidade do município de Fortaleza não se mostra tão diferente do restante do País no que se refere aos efeitos da transmissão vertical da sífilis. É preciso avançar na organização dos serviços de saúde, incrementar a captação precoce de gestantes, aumentar a adesão ao serviço de pré-natal, viabilizar a rotina de exames preconizada pelo MS e garantir o tratamento adequado e oportuno da gestante e de seu

parceiro na presença de positividade para sífilis.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE A. B. B.; BOSI, M. L. M. Visita domiciliar no âmbito da Estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n5/17.pdf. Acesso em: 31 jul. 2016.

ALMEIDA, F. C. M. **Transmissão vertical da sífilis:** análise dos fatores intervenientes na morbimortalidade. 2012. Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública, Fortaleza, 2012. Disponível em: http://www.uece.br/cmasp/dmdocuments/franciscaclaudia_2012.pdf. Acesso em: 31 jul. 2016.

AMARAL, E. Sífilis na gravidez e óbito fetal: de volta para o futuro. **Rev. Bras. ginecol. obstet**., Rio de Janeiro, v.34, n.2, p. 52-55, Fev. 2012.

ANVERSA, E. T. R. *et al*. Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de Estratégia Saúde da Família em município no Sul do Brasil. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro/RJ, v. 28, n. 4, p. 789-800, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000400018&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 31 jul. 2016.

ARAÚJO, E.C. *et al.* Importância do pré-natal na prevenção da Sífilis Congênita. **Revista Paraense de Medicina.** 2006. Disponível em: http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/rpm/v20n1/v20n1a08.pdf. Acesso em: 9 ago. 2016.

ARAÚJO, C. L. de. *et al*. Incidência da sífilis congênita no Brasil e sua relação com a Estratégia Saúde da Família. **Revista Saúde Pública**, São Paulo/SE, v. 46, n. 3, p. 479-486. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102012000300010&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 9 ago. 2016.

ARAUJO, M. A. L.*et al.* Prevenção da sífilis congênita em Fortaleza, Ceará: uma avaliação de estrutura e processo. **Caderno de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n.3, p. 300-306, Setembro de 2014. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2014000300300&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 24 jul. 2016.

AVELLEIRA, J. C. R.; BOTTINO, G. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. **An. Bras. Dermatol.** Rio de Janeiro, v. 81, n. 2, p. 111-26, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/abd/v81n2/v81n02a02.pdf. Acesso em: 24 jul. 2016.

AYRES, J. R. de C. M. *et al.* O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. *In:* FREITAS, C. M. de; CZERESNIA, D. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466/2012.** Estabelece critérios sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília. 2012. Disponível em: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:r0_Q_SY6XQ0J:conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br. Acesso em: 14 set. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico:** Sífilis. 2012. Ano 1, n. 1. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais.

_____. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico:** Sífilis. 2015. Ano IV, n. 1. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais.

_____. Ministério da Saúde. Célula de Vigilância Epidemiológica. **Boletim de Saúde de Fortaleza**. Fortaleza: Ceará, v. 13, n. 3. 2009.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico Sífilis**. 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/periodicos/boletim_epidem_sifilis_2012.pdf. Acesso em: 24 mar. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Sífilis**. 2011. Disponível em: http://www.aids.gov.br/node/120#scongenita. Acesso em: 16 out. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Gestação de alto risco**. Brasília, 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao_alto_risco.pdf. Acesso em: 24 mar. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**: Princípios e diretrizes. Brasília, 2004. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2007/politica_mulher.pdf. Acesso em: 24 mar. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis:** manual de bolso. 2007. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_prevencao_transmissao_verticalhivsifilis_manualbolso.pdf. Acesso em: 24 mar. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Transmissão vertical do HIV e Sífilis: estratégias para redução e eliminação**. Brasília, DF, 2014. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2014/56610/folder_transmissao_vertical_hiv_sifilis_web_pd_60085.pdf. Acesso em: 2 jan. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Portaria nº 33, de 14 de julho de 2005.** Inclui doenças à relação de notificação compulsória, define agravos de notificação imediata e a relação dos resultados laboratoriais que devem ser notificados pelos laboratórios de referência nacional ou regional. Diário Oficial da União, Brasília, p.111, 15 jul. 2005. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2005/prt0033_14_07_2005.html. Acesso em: 2 jan. 2015.

BRITO, E. S. V.; JESUS, S. B. de; SILVA, M. R. F. da. Sífilis congênita como indicador da qualidade da assistência ao pré-natal no município de Olinda (PE), Brasil. **Revista APS**. 2009. Disponível em: https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/229/189. Acesso em: 2 jan. 2015.

CARDOSO, V. C. **Análise dos Dados Registrados no SINAN 2007 – 2012**. Macapá, 2014.

CARRARA, S. **Tributo a Vênus:** A luta contra a sífilis no Brasil, da passagem do século aos anos 40**.** Rio de Janeiro, 1996.

CARVALHO, I. da S.; BRITO, R. S de. Sífilis congênita no Rio Grande do Norte: estudo descritivo do período 2007-2010. **Epidemiologia Serv. Saúde**. 2014. Disponível em:

http://www.scielosp.org/pdf/ress/v23n2/1679-4974-ress-23-02-00287.pdf. Acesso em: 6 set. 2016.

CEARÁ. Secretária da Saúde do Estado. Coordenadoria de Promoção e Proteção à Saúde. Núcleo de Vigilância Epidemiológica. **Informe Epidemiológico de Sífilis Congênita**. 2016 Disponível em: http://www.saude.ce.gov.br/index.php/boletins. Acesso em: 6 set. 2016.

CENTERS FOR DISEASES CONTROL AND PREVENTION. Congenital Syphilis- United States, 2003–2008. **Morb Mortal Wkly Rep**, v. 59, n. 14, p. 413-17, 2010.

COOK, C. A. L. *et al*. **Access barriers and the use of prenatal care by lowincome, inner-city women**. Social Work, 1999.

COSTA, D. C. S. *et al.* **Violência doméstica/familiar e comunitária contra gestantes usuárias de serviços de pré-natal do município de São Luís/MA**. 2011. Disponível em: http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2011/CdVjornada/JORNADA_EIXO_2011/PODER_VIOLENCIA_E_POLITICAS_PUBLICAS/VIOLENCIA_DOMESTICA_FAMILIAR_E_COMUNITARIA_CONTRA_GESTANTES.pdf. Acesso em: 4 ago. 2016.

COSTA, G. R. C. *et al*. Caracterização da cobertura do pré-natal no Estado do Maranhão, Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n6/21.pdf. Acesso em: 4 ago. 2016.

COUTINHO, R. L. de C. **Sífilis congênita:** panorama do agravo em um hospital de ensino. 2014. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do Ceará. Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Gestão da Educação Superior, Fortaleza, 2014. Disponível em: http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/8996/1/2014_dis_rlccoutinho.pdf. Acesso em: 4 ago. 2016.

CRUZEIRO, A. L. S. *et al*. Comportamento sexual de risco: fatores associados ao número de parceiros sexuais e ao uso de preservativo em adolescentes. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2010. Disponível em: http://www.scielosp.org/pdf/csc/v15s1/023.pdf. Acesso em: 28 ago. 2016.

DOMINGUES, R. M. S. M. *et al.* Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal. **Rev Saúde Pública**. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v47n1/19.pdf. Acesso em: 28 ago. 2016.

FARAH, M. F. S. Gênero e políticas públicas no nível subnacional de governo**.** *In:* **26 ENCONTRO ANUAL DA ANPOCS**. Caxambu, 2002.

FELIX, M. M. R.; KUSCHNIR, F. C. Alergia à penicilina: aspectos atuais. **Adolescência & Saúde**. 2011. Disponível em: file:///C:/Users/Convidado/Downloads/v8n3a07.pdf. Acesso em: 28 ago. 2016.

FIGUEIREDO, E. N. *et al.* The challenge of the reference and counter-reference system in the prenatal assistance to pregnant women with infectious diseases. **Acad. Bras. Cienc**., v. 81, n. 3, p. 551-558, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/aabc/v81n3/v81n3a18.pdf. Acesso em: 28 ago. 2016.

FILHO, E. A. F. *et al*. Sífilis Congênita como fator de assistência pré-natal no município de Campo Grande/MS. **DST – Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**. 2007. Disponível em: http://www.dst.uff.br//revista19-3-2007/5.pdf. Acesso em: 3 ago. 2016.

FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza: UEC, 2002.

GERALDES NETO, B. *et al.* A sífilis no século XVI: o impacto de uma nova doença. **Arq. Ciênc. Saúde**, v.16, n.3, p.127-129, 2009. Disponível em: http://repositorio-racs.famerp.br/racs_ol/vol-16-3/IDJ4.pdf. Acesso em: 3 ago. 2016.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GONÇALVES, A. **Origem da sífilis é mais antiga que o imaginado**. São Paulo: O Estadão de São Paulo, 2010. Disponível em: http://www.estadao.com.br/noticias/geral,origem-da-sifilis-e-mais-antiga-que-o-imaginado,524033. Acesso em: 3 ago. 2016.

HILDEBRAND, V. L. P. C. **Sífilis congênita:** fatores associados ao tratamento das gestantes e seus parceiros. Rio de Janeiro; s. n; 2010. Disponível em: file:///C:/Users/Convidado/Downloads/hildebrandvlpcm.pdf. Acesso em: 3 ago. 2016.

KASSADA, D. S.; MARCON, S. S.; WAIDMAN, M. A. P.. Percepções e práticas de gestantes atendidas na atenção primária frente ao uso de drogas. **Revista de Enfermagem**, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n3/1414-8145-ean-18-03-0428.pdf. Acesso em: 3 ago. 2016.

KLAUSNER, J. D. The sound of silence: missing the opportunity to save lives at birth. **Bull World Health Organ**. 2013. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3590629/?tool=pubmedhttp://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&nrm=iso&lng=pt&tlng=pt&pid=S0042-96862013000300002. Acesso em: 3 ago. 2016.

LIMA, B. G. de C.; COSTA, M. da C. N.; DOURADO, M. I. C. Avaliação da qualidade do rastreamento de HIV/AIDS e sífilis na assistência pré-natal. **Revista Epidemiologia e Serviços de saúde**. 2008. Disponível em: http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v17n2/v17n2a07.pdf. Acesso em: 3 ago. 2016.

LIMA, M. G. *et al.* Incidência e fatores de risco para sífilis congênita em Belo Horizonte, MG, 2001-2008. **Ciência Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 499 506, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000200021&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 31 jul. 2016.

LIN, C. C. *et al.* China's Syphilis Epidemic: A Systematic Review of Seroprevalence Studies. **Sex. Transm. Dis.**, v. 33, n. 12, p. 726–736, 2006. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16755273. Acesso em: 31 jul. 2016.

MAGALHÃES, D. M. dos S. *et al*. Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 6, p. 1109-1120, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000600008&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 28 ago. 2016.

MARQUES, A. C. P. R. *et al.* Abuso e dependência: "crack". **Rev Assoc Med Bras** 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ramb/v58n2/v58n2a08.pdf. Acesso em: 3 ago. 2016.

MESQUITA, K. O. *et al.* Análise dos Casos de Sífilis Congênita em Sobral, Ceará: Contribuições para Assistência Pré-Natal. **DST - Jornal Brasileiro de Doenças Sexulamente Transmissíveis**. 2012. Disponível em: http://www.dst.uff.br/revista24-1-2012/7.Analise%20dos%20Casos%20de%20Sifilis%20Congenita.pdf. Acesso em: 28 ago. 2016.

MATTHES, A. C. S. *et al.* Sífilis congênita: mais de 500 anos de existência e ainda uma doença em vigência. **Pediatr Mod**. 2012. Disponível em:

http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=4977. Acesso em: 28 ago. 2016.

MILANEZ, H.; AMARAL, E. Por que ainda não conseguimos controlar o problema da sífilis em gestantes e recém-nascidos? **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v30n7/a01v30n7.pdf. Acesso em: 28 ago. 2016.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MIRANDA, A. E. *et al.* Risk factors for syphilis in young women attending a family health program in Vitória, Brazil. **An. Bras. Dermatol.**, Rio de Janeiro, v. 87, n. 1, p. 76-83, Feb. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962012000100009&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 25 ago. 2016.

NONATO, S. M. *et al.* **Epidemiologia Serv. Saúde**, Brasília, 2015.

OLIVEIRA, L. R. de. **Avaliação da efetividade das ações para prevenção e controle da transmissão vertical da Sífilis em Cuiabá e Mato Grosso**. 2012. Dissertação (mestrado). Disponível em: http://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/12014. Acesso em: 31 de jul. 2016.

OLIVEIRA, D.R.; FIGUEIREDO, M. S. N. de. Abordagem conceitual sobre a sífilis na gestação e o tratamento de parceiros sexuais. **Revista Enfermagem em Foco.** 2011. Disponível em: http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/106/88. Acesso em: 9 ago. 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **The Global elimination of congenital syphilis:** rationale and strategy for action. Geneva, 2007.

_____. **Investment case for eliminating mother-to-child transmission of syphilis:** promoting better maternal and child health and stronger health systems. Geneva, 2012.

PETRINI, J. C. Pós-modernidade e família. **Ed. Edusc**. Bauru, 2003.

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

RAMOS, J. R. *et al.* Control of mother-to-child transmission of infectious diseases in Brazil**:** progress In: HIV/Aids and failure in congenital syphilis. **Cad Saúde Pública**. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csp/v23s3/05.pdf. Acesso em: 9 ago. 2016.

RODRIGUES, C. S.; GUIMARÃES, M. D. Grupo Nacional de Estudo sobre Sífilis Congênita. Positividade para sífilis em puérperas: ainda um desafio para o Brasil. **Revista Panamericana de Salud Publica**. 2004. Disponível em: http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v16n3/23086.pdf. Acesso em: 9 ago. 2016.

ROSA, J. M. **No asilo das Madalenas**. Jornal da Unicamp, Campinas, 2012.

SARACENI, V. *et al.* Mortalidade perinatal por Sífilis Congênita: indicador da qualidade da atenção à mulher e à criança. **Cad Saúde Pública**. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n4/27.pdf. Acesso em: 9 ago. 2016.

SILVEIRA, D. S. da; SANTOS, I. S. dos; COSTA, J. S. D. da. Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 131-139, 2001. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2001000100013&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 28 ago. 2016.

SINGH, A. E. *et al.* **Resurgence of Early Congenital Syphilis in Alberta.** CMAJ, v.177, n.7 p.33-36, 2007. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1896043/. Acesso em: 9 ago. 2016.

SUCCI, R. C. M. *et al.* A systematic review of alcohol use and sexual risk-taking in Latin America. **Rev. Panam, salud. publica.**, Washington, v. 34, n. 4, p 267-74, 2013. Disponível em: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/8966/08.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 28 ago. 2016.

UNICEF. **Como prevenir a transmissão vertical do HIV e da Sífilis no seu Município**. Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), 2008. Disponível em: http://www.unicef.org/brazil/pt/br_hivsifilis_edu.pdf. Acesso em: 2 jan. 2015.

VANINI-BRITO, E. S.; BRUST, S. J.; SILVA, M. R. F. Sífilis Congênita como indicador de avaliação da assistência ao pré-natal no município de Olinda. **Rev APS**. 2009. Disponível em: https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/229/189. Acesso em: 2 jan. 2015.

VIEIRA, A. Contribuição ao estudo epidemiológico da Sífilis Congênita no Município de Carapicuíba: ainda uma realidade em 2002. **DST – J Bras. Doenças Sex. Transm.**, v.17, n.1, p.10-17, 2005. Disponível em: http://www.dst.uff.br//revista17-1-2005/contribuicaoaoestudo.pdf. Acesso em: 2 jan. 2015.

XIMENES, E. *et al*. Incidência e controle da Sífilis Congênita no Ceará. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 9, n. 3, 2008. Disponível em: http://www.redalyc.org/html/3240/324027963010/. Acesso em: 28 ago. 2016.

WALKER, G. J. A.; WALKER, D. G. **Congenital syphilis:** a continuing but neglected problem. Semin. Fetal Neonatal Med., v.12, n.3, p.198-206, 2007. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17336171. Acesso em: 28 ago. 2016.

WOLFF, T. *et al.* Screening for syphilis infection in pregnant women: evidence for the U.S. Preventive Services Task Force reaffirmation recommendation statement. *Ann* **InternMed.** 2009.

YAKUBOVSKY, A. *et al.* Syphilis Management in St. Petersburg, Russia: 1995-2000. **Sex. Transm. Dis.**, v. 33, n. 4, p. 244–249, 2006. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16565645. Acesso em: 28 ago. 2016.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Categoria de pesquisa: Mães de filhos com diagnóstico de Sífilis Congênita

Você está sendo convidada pela pesquisadora Antonia Aila Coelho Barbosa Brito (aluna do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará/RENASF-FIOCRUZ) a participar de uma pesquisa intitulada "Assistência Pré-Natal e Persistência da Sífilis Congênita". Não se sinta forçada a participar. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

Esse projeto de pesquisa será desenvolvido em todas as residências de mães cujos filhos nasceram com diagnóstico de sífilis congênita, moradores dos bairros pertencentes a Regional III, na cidade de Fortaleza/CE, sob a orientação da Profª Neiva Francenely. O objetivo geral é verificar os fatores associados à ocorrência de casos de sífilis congênita verificados na SR III, nos períodos de 2014 e 2015.

Sua participação é fundamental para o meu trabalho. Dou-lhe garantia de que as informações colhidas serão usadas apenas para a realização do presente estudo e asseguro que a qualquer momento você poderá ter acesso às informações sobre a pesquisa, inclusive com a finalidade de sanar alguma dúvida. A qualquer momento, você poderá se recusar a continuar participando dessa pesquisa e também terá a liberdade de retirar o seu consentimento sem que isso traga qualquer prejuízo.

Ressalto que sua participação nesta pesquisa é voluntária, não havendo, portanto, nenhum tipo de remuneração. Ademais, garanto que as informações conseguidas através da sua participação não permitirão a identificação da sua pessoa, exceto aos responsáveis pela pesquisa, e que a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto.

Os riscos da pesquisa se limitam a um possível constrangimento de pequena ordem no que tange à abordagem das questões de cunho pessoal, porém, a pesquisadora usará de discrição na abordagem.

Já os benefícios adquiridos através desta pesquisa servirão futuramente para a aplicação de Políticas Públicas de Saúde no Município de Fortaleza e, particularmente, na Regional III, visando à diminuição de casos de sífilis congênita.

Sua participação se dará por meio do preenchimento de um formulário, com questões fechadas e padronizadas. Tal instrumento será aplicado pelo método de entrevista estruturada, com o preenchimento realizado pela pesquisadora numa situação face a face com o entrevistado.

Caso aceite participar, solicito que assine o presente termo de consentimento, que será impresso em duas vias, uma ficando com o pesquisador e a outra com o entrevistado. Caso necessário, informo-lhe o nome da pesquisadora, com os números de telefone e endereço eletrônico para maiores esclarecimentos.

Nome da pesquisadora: Antônia Aila Coelho Barbosa

Instituição: Universidade Federal do Ceará (UFC)

Endereço do trabalho: Av. Jovita Feitosa, 1264 – Parquelândia

Telefones para contato: (85) 3223.1137 / (85) 34332543 / (85) 98899.6526

E-mail: aila.barbosa@hotmail.com

ATENÇÃO: Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará UFC/PROPESQ, situado à Rua Coronel Nunes de Melo, 1000, Rodolfo Teófilo. Telefone: 3366.8344

O abaixo assinado _____, _____anos, RG: _____ declara que é de livre e espontânea vontade que está como participante desta pesquisa.

Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura, tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre a pesquisa, e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. Declaro, portanto, que concordo em participar da pesquisa “Assistência Pré-Natal e

Persistência da Sífilis Congênita". E declaro, ainda, estar recebendo uma via assinada desse termo.

Fortaleza, _____de _____ de_____

Nome da participante: _____

_____

Assinatura do participante

Nome da pesquisadora: _____

_____

Assinatura da pesquisadora

Nome da testemunha: _____

_____

Assinatura da testemunha

APÊNDICE B – TERMO DE ASSENTIMENTO

TERMO DE ASSENTIMENTO

(No caso de menor entre 12 a 18 anos)

Você está sendo convidada a participar da pesquisa **"ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL E PERSISTÊNCIA DA SÍFILIS CONGÊNITA"**, e seus pais permitiram que você participasse.

A pesquisa será realizada nas residências das mães cujos filhos nasceram com sífilis congênita nos bairros pertencentes à Regional III, na cidade de Fortaleza – CE, através de um questionário que constará: situação econômica, escolaridade, raça, entre outros. Com as suas respostas, será possível analisar as possíveis falhas no diagnóstico e tratamento precoce da sífilis materna.

Para participar desta pesquisa, o responsável por você deverá autorizar e assinar um Termo de Consentimento. Você não terá nenhum custo nem receberá qualquer vantagem financeira e a duração da pesquisa será de aproximadamente uma hora, respeitando a sua disponibilidade de tempo e, se necessário, retornaremos para uma segunda visita.

Você será esclarecida em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou se recusar. O responsável por você poderá retirar o consentimento ou interromper a sua participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendida pela pesquisadora que irá tratar a sua identidade com sigilo. Você não será identificada em nenhuma publicação.

Essa pesquisa apresenta risco mínimo, isto é, o mesmo risco existente em atividades rotineiras como conversar, tomar banho, ler etc. Apesar disso, você tem assegurado o direito a ressarcimento ou indenização no caso de quaisquer danos eventualmente produzidos pela pesquisa.

Os resultados estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a permissão do responsável por você. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com a pesquisadora responsável por um período de cinco anos e, após esse tempo, serão destruídos. Esse termo de consentimento se encontra impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pela pesquisadora responsável e a outra será fornecida a você.

Nome do pesquisador: Antônia Aila Coelho Barbosa Brito

Instituição: Universidade Federal do Ceará (UFC)

Endereço do trabalho: Av. Jovita Feitosa, 1264 - Parquelândia

Telefone: (85) 3223.1137/ (85) 3433.2543/ (85) 98899.6526

E-mail: aila.barbosa@hotmail.com

ATENÇÃO: Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre sua participação na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará UFC/PROPESQ, situado na Rua Coronel Nunes de Melo, 1000, Rodolfo Teófilo, telefone 3366.8344

Eu,_____, portadora do documento de Identidade_____, fui informada dos objetivos da presente pesquisa, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e me retirar do estudo sem qualquer prejuízo, e o meu responsável poderá modificar a decisão de participar se assim o desejar. Tendo o consentimento do meu responsável já assinado, declaro que concordo em participar dessa pesquisa. Recebi uma cópia deste termo de assentimento e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Fortaleza, ____ de _____ de 2016.

_____

Assinatura da menor

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) senhor(a), a menor, pelo qual o(a) senhor(a) é responsável, está sendo convidada para participar da pesquisa intitulada **"ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL E PERSISTÊNCIA DA SÍFILIS CONGÊNITA"**, sob a responsabilidade da pesquisadora Antônia Aila Coelho Barbosa Brito.

Nesta pesquisa, estamos buscando entender quais são as falhas no diagnóstico e tratamento de sífilis materna que estão ocasionando nascimento de crianças com sífilis congênita.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será obtido pelo pesquisador Antônia Aila Coelho Barbosa Brito, sendo a pesquisa realizada em sua residência.

Na pesquisa, ela, através de um questionário, responderá algumas perguntas nas quais constará a situação econômica, escolaridade, raça, entre outras. Com as suas respostas, será possível analisar as possíveis falhas no diagnóstico e tratamento precoce da sífilis materna.

Em nenhum momento a menor será identificada. Os resultados da pesquisa serão publicados e, ainda assim, a sua identidade será preservada. A menor não terá nenhum gasto ou ganho financeiro por participar na pesquisa.

Essa pesquisa apresenta risco mínimo, isto é, o mesmo risco existente em atividades rotineiras como conversar, tomar banho, ler etc. Apesar disso, você tem assegurado o direito a ressarcimento ou indenização no caso de quaisquer danos eventualmente produzidos pela pesquisa.

Uma via original deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com o(a) senhor(a), responsável legal pela menor. Qualquer dúvida a respeito da pesquisa, o(a) senhor(a), responsável legal pela menor, poderá entrar em contato com:

Nome do pesquisador: Antônia Aila Coelho Barbosa.

Instituição: Universidade Federal do Ceará (UFC)

Endereço do trabalho: Av. Jovita Feitosa, 1264 – Parquelândia

Telefone: (85) 3223.1137/ (85) 3433.2543/ (85) 98899.6526

E-mail: aila.barbosa@hotmail.com

Fortaleza, _____ de _____ de 2016

_____

Assinatura da pesquisadora

Eu, responsável legal pelo (a) menor _____ consinto na sua participação no projeto citado acima, caso ela deseje, após ter sido devidamente esclarecido.

_____

Responsável pela menor participante da pesquisa

APÊNDICE D – TERMO DO FIEL DEPOSITÁRIO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – CCS
CURSO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA
TERMO DO FIEL DEPOSITÁRIO

Eu, Walter Wesley de Andrade, Coordenador de Saúde da Regional III, fiel depositário da base de dados da instituição da Coordenadoria Regional III, situada em Fortaleza/CE, declare que a pesquisadora Antônia Aila Coelho Barbosa Brito está autorizada a realizar, nesta Instituição, o projeto de pesquisa: Assistência Pré-Natal e Persistência da Sífilis Congênita, cujo objetivo geral é verificar os fatores associados à ocorrência de casos de sífilis congênita verificados na SR III, nos períodos de 2014 e 2015. Adicionalmente, esse projeto consiste em analisar o Banco de Dados da Sífilis Congênita, do Sistema de Informações de Agravo de Notificações – SINAN, da Regional III, durante o mês de Fevereiro.

Ressalto que estou ciente de que serão garantidos os direitos, dentre outros assegurados pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde de:

1) Garantia da confidencialidade, do anonimato e da não utilização das informações em prejuízo dos outros;

2) Emprego dos dados somente para fins previstos nesta pesquisa;

3) Retorno dos benefícios obtidos por meio deste estudo para as pessoas e a comunidade onde o mesmo foi realizado.

Informo-lhe, ainda, que a pesquisa somente será iniciada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP da Universidade Federal do Ceará, para garantir a todos os envolvidos os referenciais básicos da bioética, isto é, autonomia, não maleficência, benevolência e justiça.

Fortaleza, _____ de _____ de _____.

_____

(Carimbo e Assinatura do Responsável)

ANEXO A – FICHA DE NOTIFICAÇÃO / INVESTIGAÇÃO

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE NOTIFICAÇÃO / INVESTIGAÇÃO **SÍFILIS CONGÊNITA**

Nº

Definição de caso:
Primeiro Critério: Toda criança, ou aborto, ou natimorto de mãe com evidência clínica para sífilis e/ou com sorologia não treponêmica reagente para sífilis com qualquer titulação, na ausência de teste confirmatório treponêmico, realizada no pré-natal ou no momento do parto ou curetagem, que não tenha sido tratada ou tenha recebido tratamento inadequado.
Segundo Critério: Todo indivíduo com menos de 13 anos de idade com as seguintes evidências sorológicas: titulações ascendentes (testes não treponêmicos); e/ou testes não treponêmicos reagentes após seis meses de idade (exceto em situação de seguimento terapêutico); e/ou testes treponêmicos reagentes após 18 meses de idade; e/ou títulos em teste não treponêmico maiores do que os da mãe. Em caso de evidência sorológica apenas, deve ser afastada a possibilidade de sífilis adquirida.
Terceiro Critério: Todo indivíduo com menos de 13 anos de idade, com teste não treponêmico reagente e evidência clínica ou liquórica ou radiológica de sífilis congênita.
Quarto Critério: Toda situação de evidência de infecção pelo Treponema pallidum em placenta ou cordão umbilical e/ou amostra da lesão, biópsia ou necropsia de criança, aborto ou natimorto.

Dados Gerais

1 Tipo de Notificação: 2 - Individual
2 Agravo/doença: SÍFILIS CONGÊNITA — Código (CID10): A 5 0.9
3 Data da Notificação
4 UF
5 Município de Notificação — Código (IBGE)
6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) — Código
7 Data do Diagnóstico

Notificação Individual

8 Nome do Paciente
9 Data de Nascimento
10 (ou) Idade — 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano
11 Sexo — M - Masculino F - Feminino I - Ignorado
12 Gestante
13 Raça/Cor — 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado
14 Escolaridade
15 Número do Cartão SUS
16 Nome da mãe

Dados de Residência

17 UF
18 Município de Residência — Código (IBGE)
19 Distrito
20 Bairro
21 Logradouro (rua, avenida,...) — Código
22 Número
23 Complemento (apto., casa, ...)
24 Geo campo 1
25 Geo campo 2
26 Ponto de Referência
27 CEP
28 (DDD) Telefone
29 Zona — 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado
30 País (se residente fora do Brasil)

Dados Complementares

Antecedentes Epid. da gestante / mãe

31 Idade da mãe — Anos
32 Raça/cor da mãe — 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9-Ignorado
33 Ocupação da mãe
34 Escolaridade — 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª à 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica
35 Realizou Pré-Natal nesta gestação — 1-Sim 2-Não 9-Ignorado
36 UF
37 Município de Realização do Pré-Natal — Código (IBGE)
38 Unidade de Saúde de realização do pré-natal — Código
39 Diagnóstico de sífilis materna — 1 - Durante o pré-natal 2 - No momento do parto/curetagem 3 - Após o parto 4 - Não realizado 9 - Ignorado

Dados do Lab. da gestante / mãe

40 Teste não treponêmico no parto/curetagem — 1-Reagente 2-Não reagente 3-Não realizado 9-Ignorado
41 Título — 1:
42 Data
43 Teste confirmatório treponêmico no parto/curetagem — 1-Reagente 2-Não reagente 3-Não realizado 9-Ignorado

Trat. da gestante / mãe

44 Esquema de tratamento — 1- Adequado 2- Inadequado 3- Não realizado 9- Ignorado
45 Data do início do Tratamento
46 Parceiro(s) tratado(s) concomitantemente a gestante — 1-Sim 2-Não 9-Ignorado

Sífilis Congênita — Sinan NET — SVS — 04/08/2008

Ass. Epidem. da Criança

47 UF | 48 Município de nascimento / aborto / natimorto | Código (IBGE) | 49 Local de Nascimento (Maternidade/Hospital) | Código

Dados de Laboratório da Criança

50 Teste não treponêmico - Sangue Periférico
1-Reagente 2-Não reagente 3-Não realizado 9-Ignorado
51 Título 1: | 52 Data

53 Teste treponêmico (após 18 meses)
1-Reagente 2-Não reagente 3-Não realizado 4 - Não se aplica 9-Ignorado
54 Data

55 Teste não treponêmico - Liquor
1-Reagente 2-Não reagente 3-Não realizado 9-Ignorado
56 Título 1: | 57 Data

58 Titulação ascendente
1 - Sim 2 - Não 3 - Não realizado 9-Ignorado

59 Evidência de *Treponema pallidum*
1 - Sim 2 - Não 3 - Não realizado 9-Ignorado

60 Alteração Liquórica
1 - Sim 2 - Não 3 - Não realizado 9-Ignorado

61 Diagnóstico Radiológico da Criança: Alteração do Exame dos Ossos Longos
1 - Sim 2 - Não 3 - Não realizado 9-Ignorado

Dados Clínicos da Criança

62 Diagnóstico Clínico
1 - Assintomático 3 - Não se aplica
2 - Sintomático 9 - Ignorado

63 Presença de sinais e sintomas 1 - Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9 - Ignorado
☐ Icterícia ☐ Anemia ☐ Esplenomegalia ☐ Osteocondrite ☐ Outro _____
☐ Rinite muco-sanguinolenta ☐ Hepatomegalia ☐ Lesões Cutâneas ☐ Pseudoparalisia

Tratamento

64 Esquema de tratamento
1 - Penicilina G cristalina 100.000 a 150.000 UI/Kg/dia - 10 dias
2 - Penicilina G procaína 50.000 UI/Kg/dia - 10 dias
3 - Penicilina G benzatina 50.000 UI/Kg/dia
4 - Outro esquema _____
5 - Não realizado
9 - Ignorado

Evolução

65 Evolução do Caso
1 - Vivo 2 - Óbito por sífilis congênita 3 - Óbito por outras causas
4 - Aborto 5 - Natimorto 9 - Ignorado

66 Data do Óbito

Observações Adicionais:

Investigador

Município / Unidade de Saúde | Código da Unid. de Saúde

Nome | Função | Assinatura

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO

Nenhum campo deverá ficar em branco.

Na ausência de informação, usar categoria ignorada.

7 - Anotar a data do diagnóstico ou da evidência laboratorial e/ou clínica da doença de acordo com a definição de caso vigente no momento da notificação.

8 - Nome do Paciente: preencher com o nome completo da criança (sem abreviações); se desconhecido, preencher com **Filho de: (o nome da mãe)**.

9 - Data do nascimento: deverá ser anotada em números correspondentes ao dia, mês e ano.

10 - Idade: anotar a idade somente se a data de nascimento for desconhecida.

48 - 50 - 55 - Sorologia não treponêmica: VDRL (Veneral Diseases Research Laboratory) e RPR (Rapid Plasma Reagin): indicados para a triagem e seguimento terapêutico.

43 - 53 - FTA-Abs (Fluorescent Treponemal Antibody-absorption), MHA-Tp (Microhemagglutination Treponema pallidum), TPHA (Treponema pallidum Hemagglutination), ELISA (Enzyme-Linked Immunosorbent Assay): indicados na confirmação diagnóstica e exclusão de resultados de testes não treponêmicos falsos positivos. Em crianças, menores 18 meses de idade, a performance dos testes treponêmicos pode não ser adequada para definição diagnóstica.

44 - Esquema de Tratamento da mãe:

Esquema de Tratamento Adequado:

É todo tratamento completo, com penicilina e adequado para a fase clínica da doença, instituído pelo menos 30 dias antes do parto e parceiro tratado concomitantemente com a gestante.

Esquema de Tratamento Inadequado:

É todo tratamento feito com qualquer medicamento que não a penicilina; ou tratamento incompleto, mesmo tendo sido feito com penicilina; ou tratamento não adequado para a fase clínica da doença; ou a instituição do tratamento com menos de 30 dias antes do parto; ou - elevação dos títulos após o tratamento, no seguimento; ou - quando o(s) parceiro(s) não foi(ram) tratado(s) ou foi(ram) tratado(s) inadequadamente, ou quando não se tem essa informação disponível.

53 - Refere-se ao resultado do teste treponêmico, confirmatório, realizado após os 18 meses de idade da criança. Informar - **Não se aplica** - quando a idade da criança for menor que 18 meses.

58 - Titulação ascendente - Refere-se à comparação dos títulos da sorologia não treponêmica da criança após cada teste realizado durante o esquema de seguimento (VDRL com 1mes, 3, 6 ,12 e 18 meses).

59 - Evidência de T. **pallidum** - Registrar a identificação do **Treponema pallidum** por microscopia em material colhido em placenta, lesões cutâneo-mucosas da criança, cordão umbilical, ou necrópsia, pela técnica de campo escuro, imunofluoresceína ou outro método específico.

60 - Alteração liquórica - Informar detecção de alterações na celularidade e/ou proteínas ou outra alteração específica no líquor da criança;

63 - Em relação ao tratamento da criança com sífilis congênita consultar o Manual de Sífilis Congênita - Diretrizes para o Controle, 2005.

65 - Informar a evolução do caso de sífilis congênita

Considera-se **óbito por sífilis congênita** - o caso de morte do recém-nato, após o nascimento com vida, filho de mãe com sífilis não tratada ou tratada inadequadamente.

Considera-se **Aborto** - toda perda gestacional, até 22 semanas de gestação ou com peso menor ou igual a 500 gramas.

Considera-se **Natimorto** - todo feto morto, após 22 semanas de gestação ou com peso maior que 500 gramas.

ANEXO B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS MODIFICADO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ

MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

PESQUISA: ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL E PERSISTÊNCIA DA SÍFILIS CONGÊNITA

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS MODIFICADO

Protocolo de Investigação de Casos de Sífilis Congênita Precoce

Número do SINAN:_____

Registro da Notificação

Notificação:

UF:_____ Município:_____

Unidade de Saúde:_____

Data da notificação: ___ /___/____

Dados de Identificação da Criança

Tipo de investigação: ( ) Natimorto ( ) Nascido vivo

Nome:_____

Data de Nascimento/aborto/natimorto: _____ / _____ / _____

Sexo: ( ) (F - Feminino, M - Masculino, I - Ignorado)

Número da Declaração de Nascido Vivo: _____

Número do Cartão SUS: _____

Número do(s) Prontuário(s): Nº _____ Serviço: _____

Nº _____ Serviço: _____

Residência:

UF: _____ Município: _____

Endereço:_____

Dados da Mãe

1. Nome:_____

2. Data de Nascimento: ___/___/____ ou idade da mãe no parto: ___ anos

3. Estadocivil/conjugal:

(1) Solteira

(2) Casada/uniãoestável/amasiada

(3) Divorciada/separada

(4) Viúva

(9) Ignorado

4. Escolaridade:

(1) Analfabeta

(2) 1ª a 4ª série incompleta do Ensino Fundamental (antigo primário ou 1º grau)

(3) 4ª série completa do Ensino Fundamental (antigo primário ou 1º grau)

(4) 5ª a 8ª série incompleta do Ensino Fundamental (antigo ginásio ou 1º grau)

(5) Ensino Fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau)

(6) Ensino Médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau)

(7) Ensino Médio completo (antigo colegial ou 2º grau)

(8) Educação superior incompleta

(9) Educação superior completa ou mais

(10) Ignorada ou anos completos de estudos: _____anos

5. Ocupação: _____

6. Raça/cor damãe:

(1) Branca

(2) Preta

(3) Amarela

(4) Parda

(5) Indígena

(9) Ignorada

Antecedentes Epidemiológicos da Mãe

7. Comportamentos de risco e situações de vulnerabilidades vivenciadas pela mãe durante a gestação da criança em investigação: (1-Sim, 2-Não, 9-Ignorado)

( ) Durante a gestação, vivendo em situação de rua
( ) Durante a gestação, sem moradia, vivendo em casa de familiares/amigos
( ) Durante a gestação, vivendo em albergue/cortiço
( ) Mudança frequente de domicílio/residência
( ) Sofreu abuso/violênciasexual
( ) Sofreu violência doméstica física ou verbal
( ) Mantida em cárcere privado (domiciliar) durante a gestação
( ) Usuária de "crack"
( ) Usuária de álcool (> uma lata de cerveja ou dose/dia)
( ) Usuária de outro tipo de droga. Especifique:_____
( ) Privada de liberdade (presidiária)
( ) Parceira de presidiário
( ) Profissional do sexo
( ) Múltiplas parcerias sexuais (mais de um parceiro na gestação da criança em investigação)
( ) Imigrante. De qual país?_____ Há quanto tempo? _____
( ) Imigrante. De qual estado?_____Há quanto tempo?_____
( ) Família de baixa renda
( ) Outras situações de vulnerabilidade. Especifique:_____

8. Presença de infecções associadas nesta gestação: (1-Sim, 2-Não, 9-Ignorado)
( ) HIV
( ) Hepatite B
( ) Hepatite C
( ) Outras DST. Especifique:_____
Se presente, foi tratada? ( )
9. Antecedentes obstétricos:

Número de gestações anteriores: _____ Número de nascidos vivos:_____

Número de natimortos: _____ Número de abortos:_____

10. Antecedente de transmissão vertical. Possui outros filhos com: (1-Sim, 2-Não, 9-Ignorado)

( ) Infecção pelo HIV

( ) Sífilis congênita

( ) Hepatite B

( ) Hepatite C

11. Momento do diagnóstico de sífilis materna: Data: ___/____/____

(1) Durante o pré-natal

(2) Durante oparto

(3) Durante curetagem

(4) Após oparto

(9) Desconhecido

12. No caso de o diagnóstico materno de sífilis ter sido realizado no parto/puerpério, qual foi o motivo? (1-Sim, 2-Não, 9-Ignorado)

( ) Não fez pré-natal

( ) Fez pré-natal e não foi solicitado teste para sífilis

( ) Fez pré-natal, foi solicitado teste para sífilis, mas houve falha no fluxo do serviço. Especifique:_____

( ) Fez pré-natal, foi solicitado teste para sífilis, mas houve falha no fluxo do laboratório. Especifique: _____

( ) Erro de diagnóstico (falha no entendimento - profissional de saúde considerou "cicatriz sorológica")

( ) Teste rápido para sífilis não disponível na Unidade de Saúde

( ) Outro. Especifique:_____

Pré-Natal

13. Realização de pré-natal: ( ) (1-Sim, 2-Não)

14. Motivo(s) da não realização do pré-natal: (1-Sim, 2-Não, 9-Ignorado)

( ) Desconhece a importância do pré-natal

( ) Muda com frequência de endereço

( ) Trabalha e não teve tempo

( ) Trabalha e o empregador não deixou

( ) Acha que não precisava porque já tinha experiência em gestação anterior

( ) Parceiro não deixou

( ) Privada de liberdade (presidiária) sem acesso ao serviço de pré-natal

( ) Mantida em cárcere privado

( ) Local muito distante, não tinha dinheiro para ir ao pré-natal

( ) Dificuldade no acesso (demora) para agendar consulta no pré-natal ou na unidade de referência

( ) Unidade de Saúde não realiza teste para gravidez

( ) Unidade de Saúde exigiu a presença de um responsável porque a mãe era menor de 18 anos durante a gestação da criança em investigação

( ) Outro. Especifique: _____

15. Pré-natal realizado em: (1-Sim, 2-Não, 9-Ignorado)

( ) Unidade Básica de Saúde (UBS) do SUS

( ) Serviço de referência

( ) Serviço de Saúde Suplementar (Convênio/Plano de Saúde). Informar:

Nome do Convênio/Plano: _____

Nome do médico do convênio: _____

CRM do médico: _____

( ) Consultório Médico Particular. Informar:

Nome do médico: _____

CRM do médico:_____

16. Local do pré-natal:

UF:_____Município:_____

Unidade de Saúde:_____

17. Idade gestacional na 1ª consulta de pré-natal (em semanas): _____ (Ign-99)

18. Número total de consultas no pré-natal (médico e enfermeiro): _____ (Ign-99)

19. Em caso de usuária faltosa ou de abandono do pré-natal, foi realizado contato/busca ativada gestante?

(1) Sim

(2) Não. Por quê?_____

20. Motivo(s) do abandono do pré-natal:

_____

_____

21. Durante o pré-natal, foi realizado tratamento materno para prevenir a transmissão vertical da sífilis? ( ) (1-Sim, 2-Não, 9-Ignorado)

22. Qual esquema de tratamento foi utilizado pela mãe da criança em investigação?

(1) Penicilina benzatina 2.400.000UI Data: ____/____/_____

(2) Penicilina benzatina 4.800.000UI Data: ____/____/_____ Data: ____/____/_____

(3) Penicilina benzatina 7.200.000UI Data: ____/____/_____ Data: ____/____/_____

(4) Outro medicamento: ____/____/____. Por quê?_____

Qual droga?_____

Por quanto tempo: _____ (dias)

23. Se houve falta/abandono do tratamento, foi realizada busca da gestante?

(1) Sim

(2) Não. Por quê? _____

24. Se a mãe não fez tratamento para sífilis, informar o(s) motivo(s): (1 - Sim, 2 - Não, 9 - Ignorado):

( ) Sorologias para sífilis não realizadas

( ) Atraso nos resultados das sorologias

( ) Medicamento não disponível no serviço

( ) Medicamento não prescrito

( ) Medicamento não administrado, apesar da prescrição e disponibilidade no serviço

( ) Gestante não aderente ao tratamento/faltosa

( ) Recusa da gestante ao tratamento

( ) Profissional de saúde considerou resultado do teste para sífilis como "cicatriz sorológica"

( ) Serviço não aplica penicilina benzatina na rotina

( ) Paciente encaminhada para outro serviço para receber penicilina benzatina e não compareceu

25. Estado sorológico e/ou clínico do parceiro durante a gestação da criança em investigação:

(1) Sorologia não reagente para sífilis

(2) Caso de sífilis não tratada. Informar o(s) motivo(s):_____

(3) Caso de sífilis tratada. Qual droga?_____

Quantas doses?_____ Data:___/___/_____ Data:___/___/_____ Data___/___/____

(4) Parceiro conhecido e não testado. Por quê?_____

(9) Parceiro sem contato com a família/desconhecido

CONCLUSÃO DA INVESTIGAÇÃO

26. Durante a investigação, foi realizada alguma ação educativa para os problemas identificados?

_____
_____
_____

27. Após a investigação, apontar o(s) eixo(s) que abrange(m) o(s) principal(is) problema(s) identificado(s) no pré-natal, parto e puerpério (vide instrução de preenchimento): (1-Sim, 2-Não)

Pré-natal:

( ) Eixo Vulnerabilidade individual e social. Especifique:_____

( ) Eixo Serviço – vulnerabilidade programática. Especifique:_____

( ) Eixo Gestão – vulnerabilidade programática. Especifique:_____

( ) Outros. Especifique:_____

28. Encaminhamentos/recomendações para correção de problemas identificados:

_____
_____
_____
_____
_____

Responsável pela investigação:_____ Data: _____/_____/_____

Fone para contato:_____

ANEXO C – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

PESQUISA: ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL E PERSISTÊNCIA DA SÍFILIS CONGÊNITA

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Protocolo de Investigação de Casos de Sífilis Congênita Precoce

Registro da Notificação

Número do SINAN:_____

Notificação:
UF:_____Município:_____

Unidade de Saúde_____ Data da notificação:___/___/____

Dados de Identificação da Criança

Tipo de investigação:

( ) Aborto

( ) Natimorto

( ) Nascido vivo

Nome: _____

Data de Nascimento/aborto/natimorto: ___/___/_____

Sexo: ( ) (F-Feminino, M-Masculino, I–Ignorado)

Número da Declaração de Nascido Vivo: _____

Número do Cartão SUS: _____

Número do(s) Prontuário(s): Nº_____

Serviço:_____

Nº:_____ Serviço:_____

Residência:_____

UF:_____ Município:_____

Endereço: _____

Dados da Mãe

1. Nome: _____

2. Data de Nascimento:___/___/_____ ou idade da mãe no parto:_____ anos

3. Estado civil/conjugal:

(1) Solteira

(2) Casada/uniãoestável/amasiada

(3) Divorciada/separada

(4) Viúva

(9) Ignorado

4. Escolaridade:

(0) Analfabeta

(1) 1ª a 4ª série incompleta do Ensino Fundamental (antigo primário ou 1º grau)

(2) 4ª série completa do Ensino Fundamental (antigo primário ou 1º grau)

(3) 5ª a 8ª série incompleta do Ensino Fundamental (antigo ginásio ou 1º grau)

(4) Ensino Fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau)

(5) Ensino Médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau)

(6) Ensino Médio completo (antigo colegial ou 2º grau)

(7) Educação superior incompleta

(8) Educação superior completa ou mais

(9) Ignorada ou anos completos de estudos: ____ anos

5. Ocupação:_____

A ocupação é sazonal? ( ) (1-Sim, 2-Não, 9-Ignorado)

6. Raça/cor da mãe:

(1) Branca

(2) Preta

(3) Amarela

(4) Parda

(5) Indígena

(6) Ignorada

Antecedentes Epidemiológicos da Mãe

1. Comportamentos de risco e situações de vulnerabilidades vivenciadas pela mãe durante a gestação da criança em investigação: (1-Sim, 2-Não, 9-Ignorado)

( ) Durante a gestação, vivendo em situação de rua

( ) Durante a gestação, sem moradia, vivendo em casa de familiares/amigos

( ) Durante a gestação, vivendo em albergue/cortiço

( ) Mudança frequente de domicílio/residência

( ) Sofreu abuso/violência sexual

( ) Sofreu violência doméstica física ou verbal

( ) Mantida em cárcere privado (domiciliar) durante a gestação

( ) Usuária de “crack”

( ) Usuária de álcool (> uma lata de cerveja ou dose/dia)

( ) Usuária de outro tipo de droga. Especifique:_____

( ) Privada de liberdade (presidiária)

( ) Parceira de presidiário

( ) Profissional do sexo

( ) Múltiplas parcerias sexuais (mais de um parceiro na gestação da criança em investigação)

( ) Imigrante. De qual país?_____ Há quanto tempo?_____

( ) Imigrante. De qual estado?_____ Há quanto tempo?_____

( ) Família de baixa renda

( ) Outras situações de vulnerabilidade. Especifique: _____

4. Presença de infecções associadas nesta gestação:

(1-Sim, 2-Não, 9-Ignorado)

HIV ( )

Hepatite B ( )

Hepatite C ( )

( ) Outras DST. Especifique:_____

Se presente, foi tratada? ( )

5. Antecedentes obstétricos:

Número de gestações anteriores:_____Número de nascidos vivos:_____

Número de natimortos:_____Número de abortos:_____

6. Antecedente de transmissão vertical. Possui outros filhos com: (1-Sim, 2-Não, 9-Ignorado)

Infecção pelo HIV ( )

Sífilis congênita ( )

Hepatite B ( )

Hepatite C ( )

7. Momento do diagnóstico de sífilis materna: Data:_/___/_____

(1) Durante o pré-natal

(2) Durante o parto

(3) Durante curetagem

(4) Após o parto

(9) Desconhecido

8. No caso de o diagnóstico materno de sífilis ter sido realizado no parto/puerpério, qual foi o motivo? (1-Sim, 2-Não, 9-Ignorado)

( ) Não fez pré-natal

( ) Fez pré-natal e não foi solicitado teste para sífilis

( ) Fez pré-natal, foi solicitado teste para sífilis, mas houve falha no fluxo do serviço. Especifique: _____

( ) Fez pré-natal, foi solicitado teste para sífilis, mas houve falha no fluxo do laboratório. Especifique: _____

( ) Erro de diagnóstico (falha no entendimento - profissional de saúde considerou "cicatriz sorológica")

( ) Teste rápido para sífilis não disponível na Unidade de Saúde

( ) Outro. Especifique:_____

Pré-Natal

8 Realização de pré-natal: ( ) (1-Sim, 2-Não)

9 Motivo(s) da não realização do pré-natal: (1-Sim, 2-Não, 9-Ignorado)

( ) Desconhece a importância do pré-natal

( ) Muda com frequência de endereço

( ) Trabalha e não teve tempo

( ) Trabalha e o empregador não deixou

( ) Acha que não precisava porque já tinha experiência em gestação anterior

( ) Parceiro não deixou

( ) Privada de liberdade (presidiária) sem acesso ao serviço de pré-natal

( ) Mantida em cárcere privado

( ) Local muito distante, não tinha dinheiro para ir ao pré-natal

( ) Dificuldade no acesso (demora) para agendar consulta no pré-natal ou na unidade de referência

( ) Unidade de Saúde não realiza teste para gravidez

( ) Unidade de Saúde exigiu a presença de um responsável porque a mãe era menor de 18 anos, durante a gestação da criança em investigação

( ) Outro. Especifique: _____

10 Pré-natal realizado em: (1-Sim, 2-Não, 9-Ignorado)

( ) Unidade Básica de Saúde (UBS) do SUS

( ) Serviço de referência

( ) Serviço de Saúde Suplementar (Convênio/Plano de Saúde). Informar:

Nome do Convênio/Plano:_____

Nome do médico do convênio:_____

CRM do médico:_____

( ) Consultório Médico Particular. Informar:

Nome do médico:_____

CRM do médico:_____

11 Local do pré-natal:

UF: _____ Município:_____

Unidade de Saúde:_____

12 Idade gestacional na 1ª consulta de pré-natal (em semanas):_____(Ign-99)

13 Número total de consultas no pré-natal (médico e enfermeiro):_____(Ign-99)

14 Em caso de usuária faltosa ou de abandono do pré-natal, foi realizado contato/busca ativada gestante?

(1) Sim

(2) Não. Por quê?_____

15 Motivo(s) do abandono do pré-natal:

_____

_____

16 Foi recebido algum auxílio/incentivo para fidelização ao pré-natal? (1-Sim, 2-Não, 9-Ignorado)

( ) Auxílio transporte

( ) Enxoval

( ) Cesta básica

( ) Não recebeu qualquer auxílio

( ) Outros. Especifique:_____

17 O parceiro foi chamado para o pré-natal? ("Pré-natal do parceiro" ou "Pré-natal do homem")

(1) Sim

(2) Não. Por quê?_____

18 Estado sorológico e/ou clínico do parceiro durante a gestação da criança em investigação:

(1) Sorologia não reagente para sífilis

(2) Caso de sífilis não tratada. Informar o(s) motivo(s):_____

(3) Caso de sífilis tratada. Qual droga?_____

Quantas doses:_____ Data:___/___/____ Data:___/___/____ Data:___/___/_____

(4) Parceiro conhecido e não testado. Por quê?_____

19 Qual a forma clínica da sífilis materna durante a gestação da criança em investigação?

(1) Primária

(2) Secundária

(3) Latente precoce

(4) Latente tardia

(5) Latente duração indeterminada

(6) Terciária

20 Durante o pré-natal, foi realizado tratamento materno para prevenir a transmissão vertical da sífilis? ( ) (1-Sim, 2-Não, 9-Ignorado)

21 Qual esquema de tratamento foi utilizado pela mãe da criança em investigação?

(1) Penicilina benzatina 2.400.000UI Data:___/___/_____

(2) Penicilina benzatina 4.800.000UI Data:___/___/_____

(3) Penicilina benzatina 7.200.000UI Data:___/___/_____ (4) Outro medicamento. Por quê?_____

Qual droga?_____

Por quanto tempo:_____(dias) Data:___/___/_____

22 Se houve falta/abandono do tratamento, foi realizada busca da gestante?

(1) Sim

(2) Não. Por quê? _____

23 Se a mãe não fez tratamento para sífilis, informar o(s) motivo(s): (1-Sim, 2-Não, 9-Ignorado):

( ) Sorologias para sífilis não realizadas

( ) Atraso nos resultados das sorologias

( ) Medicamento não disponível no serviço

( ) Medicamento nãoprescrito

( ) Medicamento não administrado, apesar da prescrição e disponibilidade serviço

( ) Gestante não aderente ao tratamento/faltosa

( ) Recusa da gestante ao tratamento

( ) Profissional de saúde considerou resultado do teste para sífilis como "cicatriz sorológica"

( ) Serviço não aplica penicilina benzatina na rotina

( ) Paciente encaminhada para outro serviço para receber penicilina benzatina e não compareceu

( ) Gestante alérgica a penicilina, não realizou dessensibilização (falta local de referência)

( ) Iniciou o pré-natal no final da gestação/realizou apenas uma consulta

( ) Outros motivos. Especifique:_____

24 Estado sorológico da mãe, durante a gestação da criança em investigação:
(1-Reagente, 2-Não reagente, 3- Não realizado, 9-Ignorado)

( ) 1º Teste Treponêmico (Teste rápido) Data___/___/____

( ) 2º Teste Treponêmico (Teste rápido) Data___/___/____

( ) 1º Teste Treponêmico (FTA-ABS, ELISA, TPHA, CMIA) Data___/___/___

( ) 2º Teste Treponêmico (FTA-ABS, ELISA, TPHA, CMIA) Data___/___/____

( ) 1º Teste não Treponêmico (VDRL, RPR) Título1:____Data___/___/____

( ) 2º Teste não Treponêmico (VDRL, RPR) Título1:_____Data___/___/____

( ) 3º Teste não Treponêmico (VDRL, RPR) Título1:_____Data___/___/____

( ) 4º Teste não Treponêmico (VDRL, RPR) Título 1:_____Data___/___/____

( ) Último teste não Treponêmico antes do parto. Título1:____ Data___/___/____

PARTO

25 Local do parto:

UF:_____ Município:_____

Unidade de Saúde:_____

26 Parto realizado em:

(1) Serviço Público (SUS)
(2) Serviço de Saúde Suplementar (Convênio/Plano de Saúde)
(3) Serviço Privado Particular
(4) Domicílio
(5) Trânsito/percurso (no deslocamento para serviço de saúde)

27 Peso da criança ao nascer:_____gramas

28 Idade gestacional da criança ao nascer:_____semanas

29 Resultado do teste não treponêmico da mãe, no momento do parto: (1- Reagente, 2- Não reagente, 3 - Não realizado, 9-Ignorado)

( ) VDRL/RPR Título 1:_____ Data:____/____/_____

30 Resultado do teste não treponêmico de sangue periférico e líquor do recém-nascido: (1- Reagente, 2- Não reagente, 3- Não realizado, 9-Ignorado)

( ) VDRL/RPR (sangue periférico) Título 1:___
Data:___/____/_____
( )VDRL/RPR (líquor) Título 1:_____Data:___/____/_____

31 Há presença de alteração no líquor?

(1) Sim. Celularidade:____leucócitos/mm³ Proteínas:_____mg/dL
2 No caso de gestante com sífilis tratada em seguimento sorológico
(2) Não

32 Foi realizado RX de ossos longos no recém-nascido?

(1) Sim. Resultado do RX:
(1) Alterado
(2) Normal
(3) Não

33 Presença de sinais e sintomas: (1-Sim, 2-Não, 9-Ignorado)

( ) Icterícia
( ) Anemia
( ) Plaquetopenia, púrpura

( ) Hepatomegalia
( ) Esplenomegalia
( ) Rinite muco-sanguinolenta
( ) Lesões cutâneo-mucosas
( ) Lesões ósseas (metafisite, periostite, osteocondrite)
( ) Pseudoparalisia de Parrot
( ) Edema generalizado
( ) Outros. Especifique:_____

34 Motivos da não realização de exames complementares (RX de ossos longos, VDRL no sangue periférico e líquor) no recém-nascido: (1-Sim, 2-Não, 9-Ignorado)

( ) Não havia médico para colher líquor
( ) Laboratório da maternidade não realiza exame VDRL
( ) Maternidade não faz RX de ossos longos
( ) Não havia profissional para interpretar o RX de ossos longos
( ) Aparelho de RX quebrado
( ) Médico não solicitou o exame
( ) Mãe não fez diagnóstico de sífilis
( ) Recém-nascido com VDRL não reagente
( ) Mãe com história de sífilis tratada adequadamente durante a gestação
( ) Outro(s). Especifique:_____

35 Motivos da não realização de exames complementares (RX de ossos longos, VDRL no sangue periférico e líquor) no recém-nascido: (1-Sim, 2-Não,9-Ignorado)

( ) Não havia médico para colher líquor
( ) Laboratório da maternidade não realiza exame VDRL
( ) Maternidade não faz RX de ossos longos
( ) Não havia profissional para interpretar o RX de ossos longos
( ) Aparelho de RX quebrado
( ) Médico não solicitou o exame
( ) Mãe não fez diagnóstico de sífilis

( ) Recém-nascido com VDRL não reagente

( ) Mãe com história de sífilis tratada adequadamente durante a gestação

( ) Outro(s). Especifique:_____

36 Foi realizado tratamento para sífilis no recém-nascido?

(1) Penicilina G cristalina 100.000 a 150.000 UI/Kg/dia, durante 10 dias

(2) Penicilina G procaína 50.000 UI/Kg/dia, durante 10 dias

(3) Penicilina G benzatina 50.000 UI/kg, dose única

(4) Outro esquema com penicilina. Especifique:_____

(5) Outro medicamento? Por quê?_____

Qual droga?_____

Por quanto tempo?_____ Data___/____/_____

(6) Não realizado

37 Motivos da não utilização das medidas terapêuticas para a sífilis no recém-nascido: (1-Sim, 2-Não, 9-Ignorado)

( ) Medicamento (penicilina) não disponível na maternidade

( ) Mãe não realizou sorologia para sífilis no parto

( ) Recém-nascido não realizou teste não treponêmico

( ) Teste não treponêmico no recém-nascido não reagente

( ) Recusa da mãe em medicar a criança

( ) Outros motivos. Especifique:_____

PUERPÉRIO

(seguimento da criança após o parto)

38 Local de acompanhamento da criança:

UF:_____Município: _____

Unidade de Saúde:_____

39 Data da primeira consulta da criança na Unidade de acompanhamento: ____/____/_____

40 Em caso de não comparecimento à Unidade de acompanhamento ou abandono do serviço durante o seguimento, foi realizada busca da criança?

(1) Sim

(2) Não. Por quê?_____

41 Avaliações realizadas: (1-Sim, 2-Não, 9-Ignorado)

( ) Neurológica

( ) Alterada

( ) Normal Data:____/____/_____

( ) Auditiva

( ) Alterada

( ) Normal Data:____/____/_____

( ) Oftalmológica

( ) Alterada

( ) Normal Data: ____/____/_____

( ) Liquórica de seguimento, no caso de líquor alterado e/ou com VDRL reagente na maternidade. Data:___/____/____Data:___/____/____

Se não realizadas as avaliações, informar o(s) motivo(s)_____

42 Resultados dos testes não treponêmicos da criança durante o seguimento: (1- Reagente, 2- Não reagente, 3 - Não realizado, 9 - Ignorado)

( ) VDRL/RPR com 1 mês de idade. Título1:_____ Data:___/___/_____

( ) VDRL/RPR com 3 meses de idade. Título1:_____ Data:___/___/_____

( ) VDRL/RPR com 6 meses de idade. Título1:_____ Data:___/___/_____

( ) VDRL/RPR com 12 meses de idade. Título 1:_____ Data:___/___/_____

( ) VDRL/RPR com 18 meses de idade. Título 1:_____ Data:___/___/_____

43 Teste treponêmico: (após 18 meses de idade) Data da coleta:_____/___/_____

(1) Reagente (2) Não reagente (3) Não realizado (9) Desconhecido

Se não realizado, informar o(s) motivo(s):_____

44 Situação da criança:

(1) Viva (2) Morta (3) Desconhecida

45 Data do óbito: ___/___/_____

46 Número da Declaração de Óbito:_____

47 Local do Óbito:_____

UF:_____Município:_____

Unidade de Saúde:_____

48 Causa do óbito (conforme Declaração de Óbito): Parte I:

a) _____CID:_____

b) _____CID:_____

c) _____ CID:_____

d) _____CID:_____

Parte II:

a) _____CID:_____

b) _____CID:_____

49 Notificações realizadas no Sinan, relacionadas ao caso em investigação: (1-Sim, 2-Não)

( ) Sífilis adquirida

( ) Gestante com sífilis

( ) Sífilis congênita

50 Após a investigação utilizando este protocolo, o caso foi encerrado como sífilis congênita:

(1) Confirmada

(2) Suspeita

(3) Descartada

Se o caso foi considerado suspeito ou descartado, justifique:_____

51 Durante a investigação, foi realizada alguma ação educativa para os problemas identificados?

_____
_____
_____

52 Após a investigação, apontar o(s) eixo(s) que abrange(m) o(s) principal(is) problema(s) identificado(s) no pré-natal, parto e puerpério (vide instrução depreenchimento): (1-Sim, 2-Não)

Pré-natal:

( ) Eixo Vulnerabilidade individual e social.Especifique_____

( ) Eixo Serviço – vulnerabilidade programática.Especifique:_____

( ) Eixo Gestão – vulnerabilidade programática.Especifique:_____

( ) Outros.Especifique:_____

Parto:

( ) Eixo Vulnerabilidade individual e social. Especifique:_____

( ) Eixo Serviço – vulnerabilidade programática. Especifique_____

( ) Eixo Gestão – vulnerabilidade programática. Especifique:_____

( ) Outros. Especifique:_____

Puerpério:

( ) Eixo Vulnerabilidade individual e social. Especifique:_____

( ) Eixo Serviço – vulnerabilidade programática. Especifique:_____

( ) Eixo Gestão – vulnerabilidade programática. Especifique:_____

( ) Outros. Especifique:_____

53 Encaminhamentos/recomendações para correção de problemas identificados:

_____
_____
_____
_____
_____

Responsável pela investigação:_____

Data:___/___/_____

Telefone para contato:_____

ANEXO D – PARECER SUBSTANCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ/ PROPESQ

Plataforma Brasil

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: FATORES ASSOCIADOS À OCORRÊNCIA DE SÍFILIS CONGÊNITA NA SECRETARIA REGIONAL III DE FORTALEZA
Pesquisador: ANTONIA AILA COELHO BARBOSA BRITO
Área Temática:
Versão: 2
CAAE: 52435816.0.0000.5054
Instituição Proponente: Universidade Federal do Ceará/ PROPESQ
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.508.695

Apresentação do Projeto:
A pesquisa é um estudo descritivo do tipo transversal, que utilizará abordagem quantitativa. O estudo será realizado nas residências das mães cujos filhos nasceram com diagnóstico e notificação de sífilis congênita, identificados no Sistema de Notificação e Agravos – SINAN, e residentes na área de abrangência da Secretaria Regional III (SR III), localizada na zona oeste de Fortaleza, representando 15,90% da população total do Município.
A população será constituída por mães cujos filhos foram notificados como sífilis congênita precoce nos anos de 2014 e 2015, identificados no SINAN e que residem nas áreas de abrangência da Regional III.
De acordo com o Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC) disponibilizado pela Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, no ano de 2014, nasceram na Regional III 4.990 crianças. Desse total, 58 crianças foram diagnosticadas com sífilis congênita, de acordo com as informações contidas no SINAN. Até novembro de 2015, nasceram na Regional III 4.572 crianças. Desse total, 61 crianças foram diagnosticadas com sífilis congênita.
A amostra definida para esse estudo será com todas as mães cujos filhos foram notificados com sífilis nos anos de 2014 e 2015. Até a presente data, esse total é de 120 mães.
Como critério de inclusão serão as mães que tiveram filhos notificados com sífilis congênita nos

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000
Bairro: Rodolfo Teófilo CEP: 60.430-275
UF: CE Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3366-8344 E-mail: comepe@ufc.br

anos de 2014 e 2015, ser residente da área de abrangência da Regional III. Quanto ao critério de exclusão serão adotados: mulheres que não apresentem condições cognitivas para responder ao questionário, quando da ausência das mães em duas visitas subsequentes, quando o endereço da mãe não corresponder ao da notificação.

A coleta dos dados será realizada no período de abril a maio de 2016. A mesma se dará em dois momentos: inicialmente, será realizada uma análise do banco de dados do SINAN, através das Fichas de Notificação/Investigação da Sífilis Congênita (ANEXO I), em que serão coletadas informações de crianças com a doença e das mães residentes na área da Regional III no período de janeiro a dezembro de 2014 e 2015. Serão observadas as seguintes variáveis: escolaridade, idade da mãe, raça, número de consultas do pré-natal, realização do teste sorológico. O segundo momento ocorrerá nas residências das mães cujos filhos nasceram com diagnóstico e notificação de sífilis congênita.

Será aplicado um questionário modificado baseado no modelo elaborado e validado pelo Ministério da Saúde. Tal instrumento, denominado Protocolo de Investigação de Casos de Sífilis Congênita Precoce, foi disponibilizado pelo Ministério da Saúde para identificar as possíveis falhas que ocasionaram a transmissão vertical e, com isso, contribuir no aprimoramento das ações assistenciais e de vigilância epidemiológica, permitindo a qualificação de políticas públicas voltadas para a redução da transmissão vertical, visando sua eliminação.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Verificar os fatores associados à ocorrência de casos de sífilis congênita verificados naSR III, nos períodos de 2014 e 2015.

Objetivo Secundário:

1. Descrever o perfil sóciodemográfico das mães cujos filhos foram diagnosticados com sífilis congênita;
2. Identificar antecedentes epidemiológicos maternos em relação a comportamentos de risco e vulnerabilidade para sífilis congênita.
3. Analisar as possíveis falhas no diagnóstico e tratamento precoce da sífilis materna.
4. Estudar os fatores associados a realização do diagnostico de sífilis durante a gestação.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Deverão ser esclarecidos a todos os participantes sobre a natureza da pesquisa, bem como seus

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ/ PROPESQ

Continuação do Parecer: 1.508.695

objetivos, métodos, benefícios, potenciais riscos e possíveis incômodos para garantir resultados mais próximos possíveis da realidade.

Benefícios:

Deverão ser esclarecidos a todos os participantes sobre a natureza da pesquisa, bem como seus objetivos, métodos, benefícios, potenciais riscos e possíveis incômodos para garantir resultados mais próximos possíveis da realidade.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é relevante e está de acordo com as normas relativas à pesquisas com seres humanos, em especial a 466/12 do CNS/MS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os documentos foram devidamente apresentados.

Recomendações:

Apresentar relatório final.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado, s.m.j. desse C.E.P..

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_631645.pdf	26/02/2016 20:49:57		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	APENDICE3TCLEResponsavelAILA.pdf	26/02/2016 20:47:49	ANTONIA AILA COELHO BARBOSA BRITO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	APENDICE2Assentimento2AILA.pdf	26/02/2016 20:47:32	ANTONIA AILA COELHO BARBOSA BRITO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	APENDICE1TCLE2AILA.pdf	26/02/2016 20:47:17	ANTONIA AILA COELHO BARBOSA BRITO	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA2Aila.pdf	26/02/2016 20:47:04	ANTONIA AILA COELHO BARBOSA BRITO	Aceito

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000
Bairro: Rodolfo Teófilo CEP: 60.430-275
UF: CE Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3366-8344 E-mail: comepe@ufc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ/ PROPESQ

Continuação do Parecer: 1.508.695

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoPesquisaCompleto2AILA.pdf	26/02/2016 20:46:49	ANTONIA AILA COELHO BARBOSA BRITO	Aceito
Outros	APENDICE4FielDepositarioAILA.pdf	23/02/2016 22:51:27	ANTONIA AILA COELHO BARBOSA BRITO	Aceito
Outros	TERMOFIELDEPOSITARIOAssinadoAILA.pdf	11/01/2016 23:15:20	ANTONIA AILA COELHO BARBOSA BRITO	Aceito
Outros	CARTADEAPRECIACAOADCEPAssinadaAILA.pdf	05/01/2016 23:03:24	ANTONIA AILA	Aceito
Outros	CARTADEANUENCIAAila.pdf	05/01/2016 23:02:52	ANTONIA AILA	Aceito
Outros	CURRICULOLATTESAila.pdf	05/01/2016 23:02:15	ANTONIA AILA	Aceito
Outros	ANEXO3InstrumentoAILA.pdf	05/01/2016 23:00:44	ANTONIA AILA	Aceito
Outros	ANEXO2InstrumentoModificadoAILA.pdf	05/01/2016 23:00:20	ANTONIA AILA	Aceito
Outros	ANEXO1FichadeNotificacaoAILA.pdf	05/01/2016 22:59:51	ANTONIA AILA	Aceito
Orçamento	ORCAMENTOAssinadoAila.pdf	05/01/2016 22:58:14	ANTONIA AILA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAODECONCORDANCIAAssAILA.pdf	05/01/2016 22:57:52	ANTONIA AILA	Aceito
Folha de Rosto	FOLHADEROSTOAssinada2AILA.pdf	05/01/2016 22:52:51	ANTONIA AILA	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

FORTALEZA, 20 de Abril de 2016

Assinado por:
FERNANDO ANTONIO FROTA BEZERRA
(Coordenador)

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000
Bairro: Rodolfo Teófilo **CEP:** 60.430-275
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3366-8344 **E-mail:** comepe@ufc.br