



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICAS

Karoline Bunn Borba

**Sífilis na gravidez em um Hospital Universitário da Grande Florianópolis, no
período de 2018 a 2019: um estudo de coorte histórica**

Florianópolis

2022

Karoline Bunn Borba

Sífilis na gravidez em um Hospital Universitário da Grande Florianópolis, no período de 2018 a 2019: um estudo de coorte histórica

Tese submetida ao Programa de Pós-graduação em Ciências Médicas da Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do título de doutora em Ciências Médicas
Orientadora: Profa. Rosemeri Maurici da Silva, Dra.

Florianópolis
2022

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Bunn Borba, Karoline

Sífilis na gravidez em um Hospital Universitário da Grande Florianópolis, no período de 2018 a 2019: um estudo de coorte histórica / Karoline Bunn Borba ; orientador, Rosemeri Maurici da Silva, 2022.

92 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós Graduação em Ciências Médicas-Novo, Florianópolis, 2022.

Inclui referências.

1. Ciências Médicas-Novo. 2. Sífilis na gestação. 3. Sífilis congênita. 4. Adequabilidade de tratamento. I. Maurici da Silva, Rosemeri. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas-Novo. III. Título.

Karoline Bunn Borba

Sífilis na gravidez em um Hospital Universitário da Grande Florianópolis, no período de 2018 a 2019: um estudo de coorte histórica

O presente trabalho em nível de Doutorado foi avaliado e aprovado, em 25 de julho de 2022, pela banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof. Alexandre Sherlley Casimiro Onofre, Dr
Universidade Federal de Santa Catarina

Profa. Fernanda Rodrigues Fonseca, Dra
Universidade Federal de Santa Catarina

Profa. Aline Daiane Schlindwein, Dra
Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina

Certificamos que esta é a versão original e final do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de Doutora em Ciências Médicas.

Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas

Profa. Rosemeri Maurici da Silva, Dra
Orientadora

Florianópolis, 2022.

Este trabalho é dedicado aos meus filhos, Gabriel e Rafael, inspiração para que eu procure ser sempre a minha melhor versão pessoal e profissional.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por permitir que eu chegasse ao fim dessa jornada acadêmica com saúde, em tempos de pandemia contra o coronavírus (COVID-19).

Agradeço à minha família pelo suporte, apoio e incentivo incansáveis. Sem vocês essa conquista não seria possível. Agradecimento especial ao meu marido Douglas, meu filho mais velho, Gabriel, meu filho mais novo, Rafael, que nasceu durante o período do curso. Meus pais, Renato e Tânia, minha irmã Mariana, meus afilhados Lucas e João Pedro.

Agradeço aos funcionários do Alojamento Conjunto do HU/UFSC pela paciência durante a coleta de dados no setor.

Agradeço a todos que, de alguma maneira, contribuíram para a execução deste projeto.

Agradeço à minha orientadora, Professora Rosemeri Maurici da Silva, pela paciência e pela brilhante profissional médica e professora. A senhora é inspiração para a docência.

Agradeço à banca pela avaliação deste trabalho.

Por fim, agradeço especialmente às pacientes participantes do estudo, que abraçaram o projeto e tornaram possível chegarmos a esses resultados.

Que este trabalho possibilite a melhoria das condições do atendimento pré-natal na saúde pública do estado de Santa Catarina.

“Nunca, jamais, desanimeis, embora venham ventos contrários.”

Santa Paulina

RESUMO

A sífilis consiste em infecção de caráter sistêmico, curável e exclusiva do ser humano. Objetivos: Conhecer o perfil demográfico e socioeconômico das gestantes, identificar os fatores de risco para aquisição de sífilis na gestação, avaliar a efetividade do tratamento para sífilis durante a gestação, identificar fatores de risco das pacientes com sífilis para desenvolvimento de sífilis congênita e avaliar repercussões fetais em pacientes que adquiriram sífilis durante a gestação. Método: Estudo de coorte histórica. Pacientes realizaram testes rápidos para sífilis e responderam ao questionário estruturado. Analisou-se a normalidade dos dados pelo teste de *Kolmogorov-Smirnov*. Os testes qui-quadrado e o Exato de *Fisher*, quando indicados, foram empregados para analisar a associação entre: infecção por sífilis e fatores sociodemográficos e econômicos; a associação entre adequação ao tratamento para sífilis com variáveis sociodemográficas, econômicas e clínicas; a associação entre a sífilis congênita e número de consultas, faixa etária, etnia, escolaridade, classe social e ocupação profissional. O teste *t* de *Student* para amostras independentes foi usado para comparar o número de consultas pré-natais entre pacientes que apresentaram ou não adequação ao tratamento para sífilis. A regressão logística binária (método inserir) foi utilizada para investigar em que medida a adequação ao tratamento da sífilis poderia ser adequadamente prevista pelo número de consultas pré-natais, além de investigar os fatores associados ao desfecho infecção por sífilis por *odds ratio* bruta e ajustada para fatores sociodemográficos e econômicos. Adotou-se o nível de significância estatística de 5%. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa. Resultados: Participaram 560 gestantes. A média de idade foi de 27,7 anos, a maioria oriundas da grande Florianópolis, brancas e com ensino médio completo. Em relação à classe social, 40,9% estavam alocadas na classe D. Encontrou-se significância estatística na associação entre classe social e etnia negra e infecção por sífilis na gestação. Já com relação à adequabilidade de tratamento para sífilis, observou-se que as pacientes com maior número de consultas de pré-natal apresentaram maior êxito no tratamento contra a sífilis. O resultado da regressão logística foi estatisticamente significativo, demonstrando que mulheres que são acompanhadas em consulta pré-natal, têm maior chance de realizar tratamento adequado e efetivo contra sífilis. Quanto aos desfechos das gestações com diagnóstico de infecção por sífilis, três resultaram em sífilis congênita, um recém-nascido apresentou baixo peso ao nascer e dois se mostraram assintomáticos. Foi encontrada associação com significância estatística entre sífilis congênita e o número de consultas de pré-natal. Não foi observada nas gestações analisadas, nenhuma anormalidade nos recém-nascidos em decorrência da infecção por sífilis.

Palavras-chave: Sífilis na gestação; Sífilis congênita; Adequabilidade de tratamento.

ABSTRACT

Syphilis is a systemic, curable and exclusive human infection. Objectives: To know the demographic and socioeconomic profile of pregnant women, to identify risk factors for acquiring syphilis during pregnancy, to assess the effectiveness of treatment for syphilis during pregnancy, to identify risk factors for patients with syphilis for the development of congenital syphilis and to assess the repercussions fetal infections in patients who acquired syphilis during pregnancy. Method: Historical cohort study. Patients underwent rapid tests for syphilis and answered the structured questionnaire. Data normality was analyzed using the Kolmogorov-Smirnov test. The chi-square test and Fisher's exact test, when indicated, were used to analyze the association between: syphilis infection and sociodemographic and economic factors; the association between adequacy to treatment for syphilis with sociodemographic, economic and clinical variables; the association between congenital syphilis and number of consultations, age group, ethnicity, education, social class and professional occupation. Student's t test for independent samples was used to compare the number of prenatal visits between patients who were or were not suitable for treatment for syphilis. Binary logistic regression (insert method) was used to investigate the extent to which suitability for syphilis treatment could be adequately predicted by the number of antenatal visits, in addition to investigating factors associated with the outcome syphilis infection by crude and adjusted odds ratios. for sociodemographic and economic factors. A statistical significance level of 5% was adopted. The project was approved by the Ethics and Research Committee. Results: 560 pregnant women participated. The average age was 27.7 years, most of them from Florianópolis, white and with complete high school. Regarding social class, 40.9% were allocated to class D. Statistical significance was found in the association between social class and black ethnicity and syphilis infection during pregnancy. Regarding the suitability of treatment for syphilis, it was observed that patients with a greater number of prenatal consultations were more successful in treating syphilis. The result of the logistic regression was statistically significant, demonstrating that women who are followed up in prenatal consultations are more likely to undergo adequate and effective treatment against syphilis. As for the outcomes of pregnancies diagnosed with syphilis infection, three resulted in congenital syphilis, one newborn had low birth weight and two were asymptomatic. An association with statistical significance was found between congenital syphilis and the number of prenatal consultations. In the analyzed pregnancies, no abnormality was observed in the newborns due to syphilis infection.

Keywords: Syphilis in pregnancy; Congenital syphilis; Treatment suitability.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1.	Taxa de detecção de sífilis adquirida, taxa de detecção de sífilis em gestantes e taxa de incidência de sífilis congênita, segundo o ano de diagnóstico. Brasil, 2010 a 2017 (MS, 2018)	17
Figura 2.	Frequência de tipos mais frequentes das comorbidades apresentadas pelas participantes do estudo.....	29
Figura 3.	Realização de testes rápidos para detecção de sífilis em cada trimestre de gestação.....	31

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Manifestações clínicas de acordo com a evolução e os estágios da sífilis adquirida.....	19
Quadro 2. Manifestações clínicas de acordo com a evolução e os estágios da sífilis congênita.....	21

LISTA DE TABELAS

Tabela 1.	Perfil sociodemográfico e econômico das participantes do estudo.....	27
Tabela 2.	Relação entre infecção por sífilis de acordo com fatores sociodemográficos e econômico.....	32
Tabela 3.	Chance de sífilis na gravidez segundo variáveis sociodemográficas e econômicas.....	34
Tabela 4.	Associação entre adequação de tratamento para sífilis e fatores sociodemográficos, econômicos e clínicos.....	36
Tabela 5.	Associação entre desenvolvimento de sífilis congênita e fatores clínicos, sociodemográficos e econômicos das participantes do estudo.....	38
Tabela 6.	Dados referentes ao desfecho geral de gestações e nascimentos analisados no estudo.....	39

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEPSH/UFSC	Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DP	Desvio-padrão
ELISA	Ensaio imunossorvente ligado à enzima (do inglês <i>Enzyme-linked Immunosorbent Assay</i>)
EQL	Eletroquimioluminescente
FTA-Abs	Teste de anticorpos treponêmicos com absorção (do inglês <i>Fluorescent Treponemal Antibody Absorption Test</i>)
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Intervalo de Confiança
IST	Infecções Sexuamente Transmissíveis
HU/UFSC	Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina
MS	Ministério da Saúde
NA	Não se aplica
OMS	Organização Mundial de Saúde
OR	<i>Odds Ratio</i>
RN	Recém-nascidos
RPR	Teste de reaginina plasmática rápida (do inglês <i>Rapid Plasmatic Reagin</i>)
SINAN	Sistema de Informações de Agravos de Notificação
SUS	Sistema Único de Saúde
TALE	Termo de Assentimento Livre e Esclarecido
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TPHA	Ensaio de hemaglutinação para <i>Treponema pallidum</i> (do inglês <i>T. pallidum Haemagglutination Test</i>)
TR	Testes Rápidos
TRUST	Prova de toluidina vermelha em soro não aquecido (do inglês <i>Toluidine Red Unheated Serum Test</i>)
UI	Unidades Internacionais
VDRL	Pesquisa Laboratorial de Doenças Venéreas (do inglês <i>Venereal Disease Research Laboratory</i>)

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
1.1	CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA.....	16
1.2	OBJETIVOS.....	22
1.2.1	Objetivo Geral.....	22
1.2.2	Objetivos Específicos.....	22
1.3	JUSTIFICATIVA	23
1.4	HIPÓTESES	23
1.4.1	Hipótese nula.....	23
1.4.2	Hipótese alternativa.....	23
2	MÉTODOS.....	24
2.1	DESENHO DO ESTUDO E ASPECTOS ÉTICOS.....	24
2.2	PARTICIPANTES.....	24
2.3	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	24
2.4	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	24
2.5	TAMANHO AMOSTRAL.....	24
2.6	PROCEDIMENTO DA COLETA DOS DADOS.....	25
2.7	ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS DADOS	25
3	RESULTADOS	27
4	DISCUSSÃO	41
5	CONCLUSÃO.....	52
6	PERPECTIVAS FUTURAS	53
	REFERÊNCIAS.....	54
	APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....	61
	APÊNDICE B – TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TALE).....	64
	APÊNDICE C - FORMULÁRIO DE ADMISSÃO DA GESTANTE NA COORTE.....	67
	APÊNDICE D - INFORMAÇÕES DO PRÉ-NATAL	68
	APÊNDICE E - PARA PACIENTES COM E SEM SÍFILIS.....	69
	APÊNDICE F - TITULAÇÕES DE VDRL E INFORMAÇÕES CLÍNICAS DA GESTANTE COM SÍFILIS	70

APÊNDICE G: INFORMAÇÕES SOBRE O RECÉM-NASCIDO DE GESTANTES COM SÍFILIS	71
APÊNDICE H: PROJETO DE EXTENSÃO PARA REDUÇÃO DA PREVALÊNCIA DE SÍFILIS EM GESTANTES E ERRADICAÇÃO DA SÍFILIS CONGÊNITA NO ESTADO DE SANTA CATARINA.	72
ANEXO A - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA EM SERES HUMANOS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA.....	80
ANEXO B - CADERNETA PRÉ-NATAL DO MINISTÉRIO DA SAÚDE.....	83
ANEXO C - EVOLUÇÃO MÉDICA DE ADMISSÃO DA MATERNIDADE DO HU/UFSC.....	85
ANEXO D - PARTOGRAMA DO HU/UFSC	86
ANEXO E - INFORMATIZAÇÃO DOS DADOS DE PARTO E NASCIMENTO DA MATERNIDADE DO HU/UFSC.....	87
ANEXO F - ATENDIMENTO AO RECÉM-NASCIDO NO CENTRO OBSTÉTRICO DO HU/UFSC	89

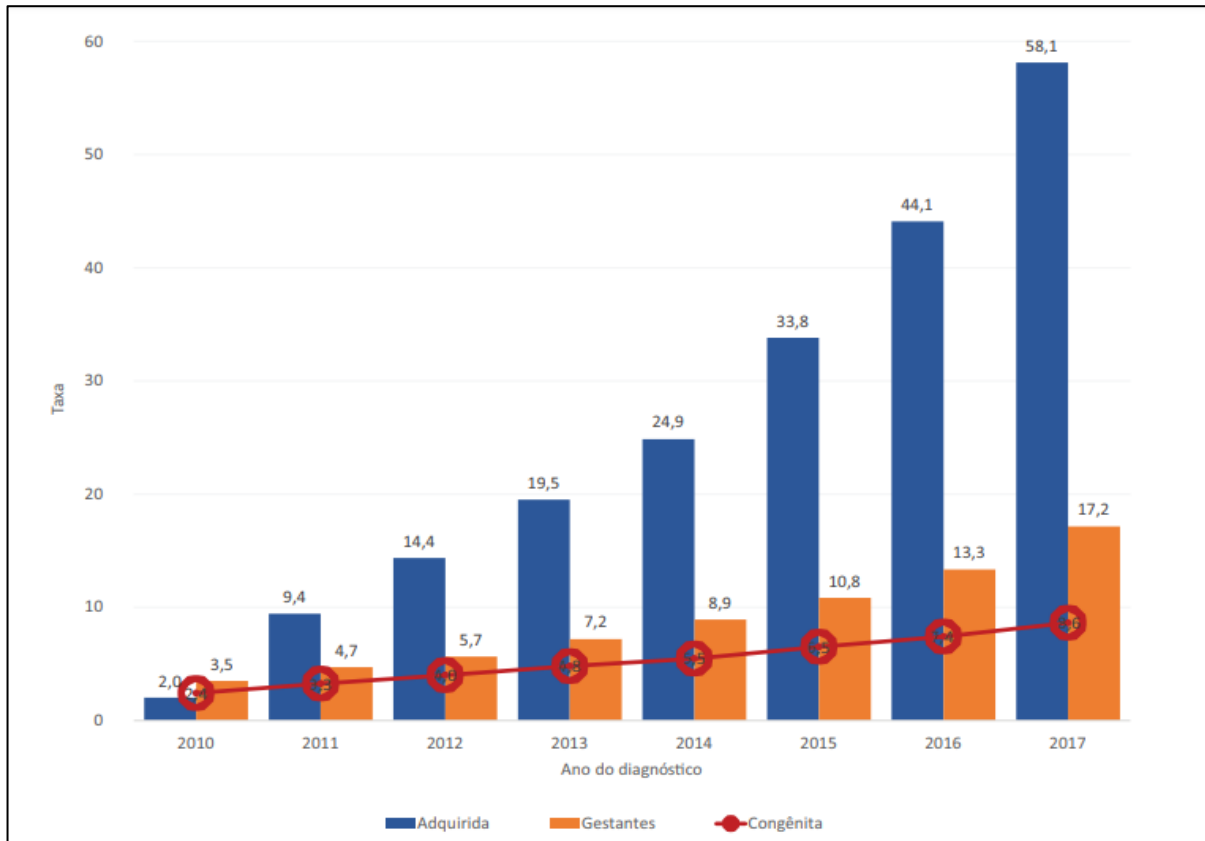
1 INTRODUÇÃO

1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA

A sífilis consiste em infecção de caráter sistêmico, curável e exclusiva do ser humano, causada por bactéria Gram negativa, do grupo das espiroquetas, denominada *Treponema pallidum*, descoberta em 1905.^{1,2} O período de incubação é de 21 a 30 dias, podendo variar de 10 a 90 dias, a depender do número e da virulência das bactérias, bem como da resposta imunológica do hospedeiro². A sífilis congênita é doença de notificação compulsória desde 1986; a sífilis em gestantes, desde 2005; e a sífilis adquirida, desde 2010.^{1,3,4}

As taxas de sífilis em mulheres têm aumentado desde 2004.^{5,6} De acordo com o DATASUS, base de dados de doenças de notificação compulsória no Brasil, entre 2010 e 2013 foram notificados 48.692 casos de sífilis em gestantes em todo o território nacional e 5.248 casos de sífilis congênita⁷ (Figura 1).

Figura 1. Taxa de detecção de sífilis adquirida, taxa de detecção de sífilis em gestantes e taxa de incidência de sífilis congênita, segundo o ano de diagnóstico. Brasil, 2010 a 2017 (MS, 2018).



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), atualizado em 30/06/2018.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) (2013), a sífilis na gravidez ocasiona 300.000 mortes fetais e neonatais ao ano e coloca 215.000 recém-nascidos sob o risco de morte prematura, baixo peso ao nascer ou sífilis congênita.^{1,8} A situação da sífilis no Brasil, assim como em outros países de todo o mundo, é preocupante, e os municípios necessitam esforços para que seja controlada.^{9,10}

Com o objetivo de assegurar a todas as mulheres um acompanhamento pré-natal adequado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), em 2011 foi instituída a Rede Cegonha. Dentre suas ações, encontram-se a prevenção e o tratamento das infecções sexualmente transmissíveis (IST), com a disponibilização dos testes rápidos (TR) nas unidades de saúde.^{1,3,4} A implementação do rastreamento de sífilis na gestação reduz o risco de sífilis congênita,^{5,11,12} por possibilitar à mulher tratar-se e não transmitir a infecção para o feto.

O ano de 2017 foi o primeiro ano em que ocorreu oficialmente o “Dia Nacional de Combate à Sífilis e à Sífilis Congênita”. Em março de 2017, o Senado Federal aprovou a criação

do Dia Nacional de Combate à Sífilis e à Sífilis Congênita, agora instituído no terceiro sábado do mês de outubro em todo o Brasil, de acordo com a lei 13.430. Em 31 de outubro de 2017 foi lançada a “Agenda de Ações Estratégicas para Redução da Sífilis no Brasil” para o biênio 2018-2019, com o objetivo de agir com mais rapidez e eficiência em relação ao agravo.¹³ Em maio de 2016, a Assembleia Mundial da Saúde adotou a estratégia 2016-2021 do setor global de saúde para as IST, com o objetivo de controlá-las (incluindo a sífilis) e diminuir seu impacto como problema de saúde pública até 2030.¹⁴

A transmissão da sífilis ocorre principalmente pela via sexual. A infectividade é maior nos estágios iniciais, diminuindo gradualmente com o passar do tempo. A transmissão por transfusão de sangue ou hemoderivados pode ocorrer, porém tornou-se menos frequente devido ao controle dos hemocentros^{1,3}. Em gestantes não tratadas ou tratadas inadequadamente, a transmissão vertical ocorre mais frequentemente pela via transplacentária (com taxa de transmissão de até 80%). No entanto, a transmissão também pode acontecer durante a passagem do feto no canal do parto, se existirem lesões genitais.^{1,2,4,5,15} Durante o aleitamento, ocorrerá apenas se houver lesão mamária por sífilis.⁴

A sífilis pode ser classificada de duas maneiras: segundo o tempo de infecção e segundo as manifestações clínicas. Segundo o tempo de infecção, tem-se a sífilis adquirida recente (menos de 1 ano de evolução) e a sífilis adquirida tardia (mais de 1 ano de evolução). Já de acordo com as manifestações clínicas, tem-se a sífilis primária, a sífilis secundária, a sífilis latente e a sífilis terciária (Quadro 1).¹⁻⁴

Quadro 1. Manifestações clínicas de acordo com a evolução e os estágios da sífilis adquirida.

Evolução	Estágios da Sífilis Adquirida	Manifestações clínicas
Sífilis Recente	<u>Primária</u> ·10 a 90 dias após o contato, em média 3 semanas; ·A lesão desaparece sem cicatriz em duas a seis semanas com ou sem tratamento.	·Úlcera genital (cancro duro) indolor, geralmente única, com fundo limpo, infiltrada; ·Linfonodos regionais indolores, de consistência elástica, que não fistulizam.
	<u>Secundária</u> ·6 semanas a 6 meses após o contato; ·Lesões desaparecem sem cicatrizes em 4 a 12 semanas; ·Pode haver novos surtos	·Lesões cutaneomucosas sintomáticas ^(a) ; ·Sintomas gerais, micropoliadenopatia; ·Pode haver envolvimento ocular (ex.: uveíte), hepático e neurológico (ex.: alterações nos pares cranianos, meningismo).
	<u>Latente recente</u> ^(b)	·Assintomática, com testes imunológicos reagentes.
Sífilis tardia	<u>Latente tardia</u> ^(b)	·Assintomática, com testes imunológicos reagentes.
	<u>Terciária</u> ^(c) · 2 a 40 anos após o contato	·Quadro cutâneo destrutivo e formação de gomas sífilíticas que podem ocorrer em qualquer órgão; ·Acometimento cardiovascular, neurológico e ósseo.

Fonte: MS, 2015/DDAHV/SMS/MS.

^(a) Erupção maculosa (roséola) ou papulosa, lesões palmoplantares com escamação em colarinho, placas mucosas (tênuas e acizentadas), lesões papulohipertróficas nas mucosas ou pregas cutâneas (condiloma plano), alopecia em clareiras e madarose.

^(b) A maioria dos diagnósticos ocorre nesses estágios; frequentemente é difícil diferenciar a fase latente recente da latente tardia.

^(c) Lesões cutâneas nodulares e gomosas (destrutivas), ósseas (periostite, osteíte gomosa ou esclerosante), articulares (artrite, sinovite e nódulos justa-articulares), cardiovasculares (aortite sífilítica, aneurisma e estenose de coronárias), neurológicas (meningite, gomas do cérebro ou da medula, paralisia geral, *tabes dorsalis* e demência).

Conforme o protocolo da Rede Cegonha, recomenda-se que todas as gestantes realizem TR para sífilis na primeira consulta de pré-natal, idealmente no primeiro trimestre gestacional, no início do terceiro trimestre (28^a semana), no momento do parto (independente de exames

anteriores) e em caso de abortamento. Quando o TR for reagente, uma amostra de sangue deverá ser coletada e encaminhada para realização de um teste não treponêmico, porém, o tratamento deve ser iniciado, sem aguardar o resultado do segundo teste.^{3,4}

Os fatores que contribuem para infecção por sífilis em uma mulher têm relação tanto com os aspectos socioeconômicos quanto com os aspectos culturais.¹⁶ Esses fatores associam-se, principalmente, à qualidade da assistência pré-natal, tanto relacionado ao acesso aos serviços quanto ao atendimento prestado à mulher.

O tratamento deve ser realizado com Penicilina G benzatina. Para sífilis primária, sífilis secundária e latente recente, preconiza-se a administração de 2,4 milhões UI, intra-muscular, em dose única (1,2 milhão em cada glúteo). Embora não exista evidência científica, alguns manuais recomendam uma segunda dose.^{3,12} Já para os casos de sífilis latente tardia, latente com duração ignorada e sífilis terciária, deve-se realizar a administração de 2,4 milhões UI, intra-muscular (1,2 milhão em cada glúteo), semanal, por 3 semanas. Dose total de 7,2 milhões UI. Para os casos de neurosífilis administra-se 18 a 24 milhões UI/dia, em doses de 3 a 4 milhões UI a cada 4 horas ou por infusão contínua, por 14 dias.^{1,3,17}

As gestantes são consideradas inadequadamente tratadas quando:^{1,3,13}

- O tratamento foi realizado com qualquer medicamento que não seja a penicilina benzatina;
- O tratamento foi incompleto, mesmo tendo sido feito com penicilina benzatina;
- O tratamento foi inadequado para a fase clínica da doença; ou
- A instituição do tratamento se deu no prazo de até 30 dias antes do parto.

O seguimento se dá com testes não treponêmicos mensalmente. É indicativo de sucesso no tratamento quando ocorre redução dos títulos em torno de duas diluições em 3 meses, e três diluições em 6 meses após a conclusão do tratamento, e a negatização ou manutenção dos títulos em valores baixos (1:1 – 1:4). A persistência de valores de títulos baixos denomina-se memória ou cicatriz sorológica e pode durar anos ou a vida toda. Caso haja uma elevação dos títulos em duas diluições ou mais, deve-se considerar a possibilidade de reinfeção ou de reativação da doença. Nesses casos, deve-se realizar novo tratamento.^{1,3}

A sífilis congênita consiste em doença prevenível quando se identificam e se tratam adequadamente e oportunamente a gestante infectada e seus parceiros sexuais. Por isso, os esforços das políticas públicas em saúde relacionadas à sífilis na gestação devem estar voltados para diagnóstico oportuno e tratamento adequado.

As manifestações clínicas da doença variam conforme o estágio da sífilis congênita^{1,3,18} (Quadro 2). Mais de 50% das crianças infectadas são assintomáticas ao nascimento; por isso, é importante a triagem sorológica da mãe na maternidade.⁴

Quadro 2. Manifestações clínicas de acordo com a evolução e os estágios da sífilis congênita.

Evolução	Estágios da Sífilis Congênita	Manifestações clínicas
Sífilis congênita (antes de dois anos de idade)	Precoce	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prematuridade; ▪ Baixo peso ao nascimento; ▪ Hepatomegalia com ou sem esplenomegalia e icterícia; ▪ Lesões cutâneas (pênfigo palmo-plantar, condiloma plano), petéquias, púrpura; ▪ Periostite ou osteíte ou osteocondrite, pseudoparalisia dos membros; ▪ Sofrimento respiratório com ou sem pneumonia; ▪ Rinite serosanguinolenta, anemia e linfadenopatia generalizada (epitrocLEAR); ▪ Fissura peribucal, síndrome nefrótica, hidropsia, edema, convulsão e meningite.
Sífilis congênita (após dois anos de idade)	Tardia	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tíbia em “lâmina de sabre”; ▪ Fronte “olímpica” e nariz “em sela”; ▪ Dentes incisivos medianos superiores deformados (dentes de Hutchinson), molares em “amora”; ▪ Ráguas periorais, mandíbula curta, arco palatino elevado; ▪ Ceratite intersticial; ▪ Surdez neurológica e dificuldade no aprendizado.

Fonte: MS, 2015/DDAHV/SMS/MS; MS, 2006.

Diante da suspeita de sífilis congênita, devem ser realizados testes imunológicos. Os testes treponêmicos (TPHA, FTA-Abs, EQL, ELISA ou testes rápidos) são de uso limitado, pois os anticorpos IgG maternos ultrapassam a barreira placentária. Os testes não treponêmicos (VDRL, RPR ou TRUST) são indicados, então. Devem ser realizados no sangue do neonato, evitando-se o uso de sangue do cordão umbilical. Para definição do diagnóstico de sífilis congênita, recomenda-se, ainda, que sejam realizados os seguintes exames complementares:

- Amostra de sangue: hemograma, perfil hepático e eletrólitos;
- Avaliação neurológica, incluindo punção líquórica: células, proteínas, testes treponêmicos e não treponêmicos;

- Raio-X de ossos longos; e
- Avaliação oftalmológica e audiológica.^{1,3}

De acordo com o Ministério da Saúde (2015), “todos os recém-nascidos de mães com diagnóstico de sífilis na gestação ou no parto, ou na suspeita clínica de sífilis congênita, devem realizar a investigação para sífilis congênita, mesmo nos casos de mães adequadamente tratadas, devido à possibilidade de falha terapêutica durante a gestação, que pode ocorrer em cerca de 14% dos casos”.³

O tratamento da sífilis congênita deve ser realizado com penicilina cristalina, com penicilina G benzatina ou com penicilina G procaína, a depender das manifestações clínicas da doença.^{1,3,4}

O seguimento deve ser realizado com consultas ambulatoriais mensais até o 6º mês de vida e bimensais do 6º ao 12º mês. Realiza-se testes não treponêmicos com 1, 3, 6, 12 e 18 meses de idade, interrompendo o seguimento após dois exames consecutivos negativos. Recomenda-se, ainda, acompanhamento oftalmológico, neurológico e audiológico das crianças, semestralmente, por dois anos.^{1,3} Crianças com menos de 13 anos, com suspeita clínica e/ou epidemiológica de sífilis congênita, devem ser investigadas.⁴

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo Geral

Identificar fatores relacionados à aquisição de sífilis durante a gestação.

1.2.2 Objetivos Específicos

Conhecer o perfil demográfico e socioeconômico das gestantes;

Identificar os fatores sociais e demográficos nas gestantes que estejam relacionados à aquisição de sífilis na gestação;

Avaliar a efetividade do tratamento para sífilis durante a gestação;

Identificar fatores associados às pacientes com sífilis para desenvolvimento de sífilis congênita; e

Avaliar repercussões fetais em pacientes que adquiriram sífilis durante a gestação.

1.3 JUSTIFICATIVA

O aumento da incidência de sífilis na gestação e, conseqüentemente, de sífilis congênita demonstra que o assunto ainda necessita ser amplamente debatido, tanto no sentido de orientação dos profissionais de saúde para a realização de tratamentos adequados para as fases da doença, bem como a identificação de fatores de risco para a aquisição de sífilis e para o desenvolvimento de sequelas fetais.

Minha experiência entre os anos de 2013 e 2016, como residente de Ginecologia e Obstetrícia no HU/UFSC, e de 2016 até hoje, como obstetra, mostrou que a sífilis permanece como uma doença obscura para os profissionais que atendem gestantes. Sejam médicos, sejam enfermeiros, muitos têm dificuldade de atender adequadamente as pacientes, postergam realização de exames. E, diante do resultado positivo, não sabem orientar as pacientes nem prescrever o tratamento. Já as pacientes desconhecem a doença, confundem as IST e não sabem as possíveis conseqüências fetais caso não haja o tratamento adequado.

O presente estudo servirá, principalmente, como estímulo para o desenvolvimento de políticas públicas que visem o tratamento da sífilis em gestantes e da erradicação da sífilis congênita, em parceria com o que já existe de protocolos estaduais de diagnóstico e tratamento.

1.4 HIPÓTESES

1.4.1 Hipótese nula

Não existem fatores maternos relacionados à aquisição de sífilis durante a gestação.

1.4.2 Hipótese alternativa

Existem fatores maternos relacionados à aquisição de sífilis durante a gestação.

2 MÉTODOS

2.1 DESENHO DO ESTUDO E ASPECTOS ÉTICOS

Foi realizado um estudo de coorte com abordagem quantitativa, cujo projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (CEPSH/UFSC) e aprovado sob parecer número 2.825.269 e CAAE número 90848618.7.0000.0121 (ANEXO A). Informações sobre o estudo foram fornecidas e, em seguida, o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A) foi disponibilizado para leitura e assinatura pelas participantes ou pelos seus responsáveis legais. Para as menores de idade, disponibilizou-se o termo de assentimento livre e esclarecido (TALE) (APÊNDICE B).

2.2 PARTICIPANTES

Pacientes gestantes encaminhadas ao Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago (HU/UFSC) entre 2018 e 2019.

2.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Foram consideradas elegíveis para o estudo pacientes com diagnóstico de gestação ou puerpério pós-parto, de qualquer idade e lúcidas no momento da internação (sem efeito de medicações que pudessem interferir em seu estado de consciência).

2.4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Foram excluídas pacientes com deficiência mental, déficit cognitivo ou outro estado clínico que impedisse a realização da entrevista, além de pacientes cujo(a) responsável legal manifestasse vontade contrária à participação no estudo.

2.5 TAMANHO AMOSTRAL

Por meio do programa OpenEpi,¹⁹ calculou-se um tamanho amostral igual a 489 pacientes. Foram considerados um nível de significância bilateral de 95%, um poder de 80% e

uma prevalência de 4% para o cálculo amostral. Selecionou-se a amostra por conveniência — a coleta de dados foi realizada em dias aleatórios para que todas as pacientes internadas em leitos de alojamento conjunto ou em consultórios de emergência obstétrica tivessem a oportunidade de participar da pesquisa.

2.6 PROCEDIMENTO DA COLETA DOS DADOS

Em entrevista realizada com questionário estruturado (APÊNDICES C, D, E, F e G) e (ANEXO A), coletaram-se dados referentes a idade, etnia, escolaridade, renda familiar, ocupação profissional, comorbidades e informações pré-natais. Todas as participantes realizaram teste rápido para sífilis no momento da internação. Aquelas que apresentaram teste rápido reagente para sífilis no pré-natal e/ou no momento da internação foram submetidas à titulação de VDRL (ANEXO B) e dados referentes aos seus partos e recém-nascidos foram coletados em avaliação clínica (ANEXOS C, D, E e F).

2.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS DADOS

Os dados foram tabulados em planilha Microsoft Excel® e analisados por meio do *Statistical Package for the Social Sciences* versão 22 (*International Business Machines*, NY, EUA). Analisou-se a normalidade dos dados pelo teste de *Kolmogorov-Smirnov*. O perfil da amostra foi sumarizado por meio de análise descritiva, com medidas de tendência central e variabilidade (para as variáveis numéricas) e frequências absoluta e relativa (para as variáveis categóricas).

Os testes qui-quadrado e o Exato de Fisher, quando indicados, foram empregados para analisar a associação entre: infecção por sífilis e fatores sociodemográficos e econômicos; a associação entre adequação ao tratamento para sífilis com variáveis sociodemográficas, econômicas e clínicas; a associação entre a sífilis congênita e número de consultas, faixa etária, etnia, escolaridade, classe social e ocupação profissional.

O teste *t* de Student para amostras independentes foi usado para comparar o número de consultas pré-natais entre pacientes que apresentaram ou não adequação ao tratamento para sífilis.

A regressão logística binária (método inserir) foi utilizada para investigar em que medida a adequação ao tratamento da sífilis poderiam ser adequadamente previstas pelo número de consultas pré-natais, além de investigar os fatores associados ao desfecho infecção por sífilis

por *odds ratio* bruta e ajustada para fatores sociodemográficos e econômicos. Adotou-se o nível de significância estatística de 5%.

3 RESULTADOS

Participaram deste estudo 560 pacientes que foram internadas no HU/UFSC no período de 2018 a 2019. A média de idade foi de 27,7 (DP = 6,4) anos. A maioria (98,0%) oriundas dos municípios pertencentes à grande Florianópolis, 330 (59,2%) se autodeclararam brancas e 282 (50,4%) tinham ensino médio completo. Em relação à classe social, 229 (40,9%) estavam alocadas na classe D, com renda média de R \$3.164,00 (DP = 2.416,60) reais, correspondendo a 3,4 (DP = 2,15) salários-mínimos. A Tabela 1 mostra detalhes do perfil sociodemográfico das participantes desse estudo.

Tabela 1. Perfil sociodemográfico e econômico das participantes do estudo.

Características	n (%)
Etnia (autodeclarada) *	
Branca	330 (59,2)
Negra	94 (16,9)
Parda	131 (23,5)
Amarela	2 (0,4)
Escolaridade	
Sem escolaridade	54 (9,6)
Ensino Fundamental	113 (20,2)
Ensino Médio	282 (50,4)
Ensino Superior	111 (19,8)
Classe social (IBGE) *	
Classe A	1 (0,2)
Classe B	6 (1,1)
Classe C	90 (16,7)
Classe D	229 (42,6)
Classe E	21(39,4)

Fonte: da autora, 2022.

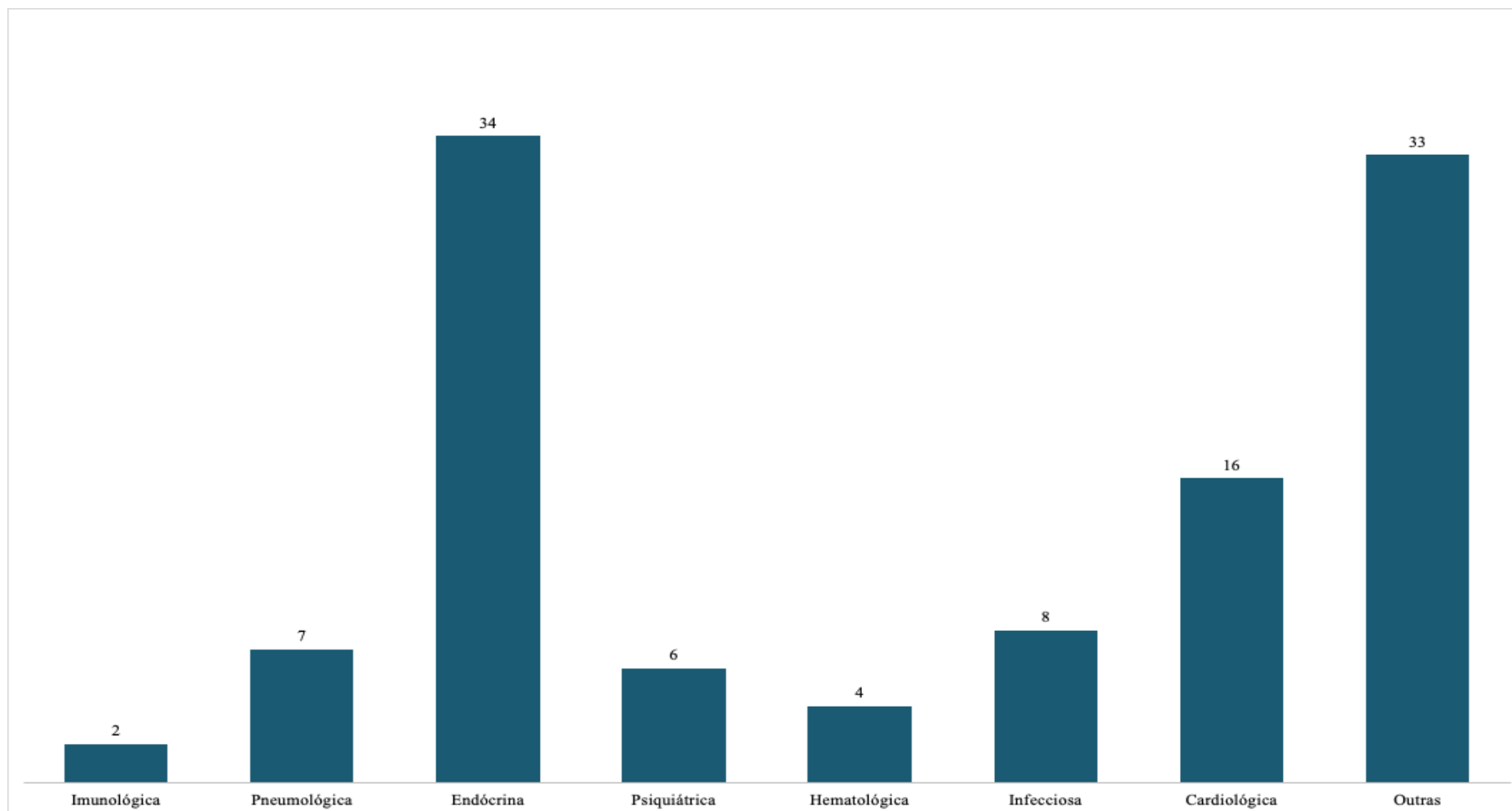
Legenda: IBGE = Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

Nota: * variáveis com valores ausentes.

A média da idade gestacional foi 273,6 (DP = 14,5) dias, 450 (80,4%) pacientes não tinham histórico de comorbidades, 83 (14,8%) apresentaram uma comorbidades e 27 (4,8%),

duas ou mais comorbidades (Figura 1). Cinquenta e uma gestantes precisaram de internação durante o período gestacional. Por colestase gestacional foram três (5,9%) casos, 15 (29,4%) por diabetes mellitus gestacional, três (5,9%) hiperemese gravídica, mal formação fetal foram três (5,9%), 12 (23,5) pré-eclâmpsia, por pielonefrite foram sete (13,7%) casos e oito (15,7%) internações devido a outras complicações.

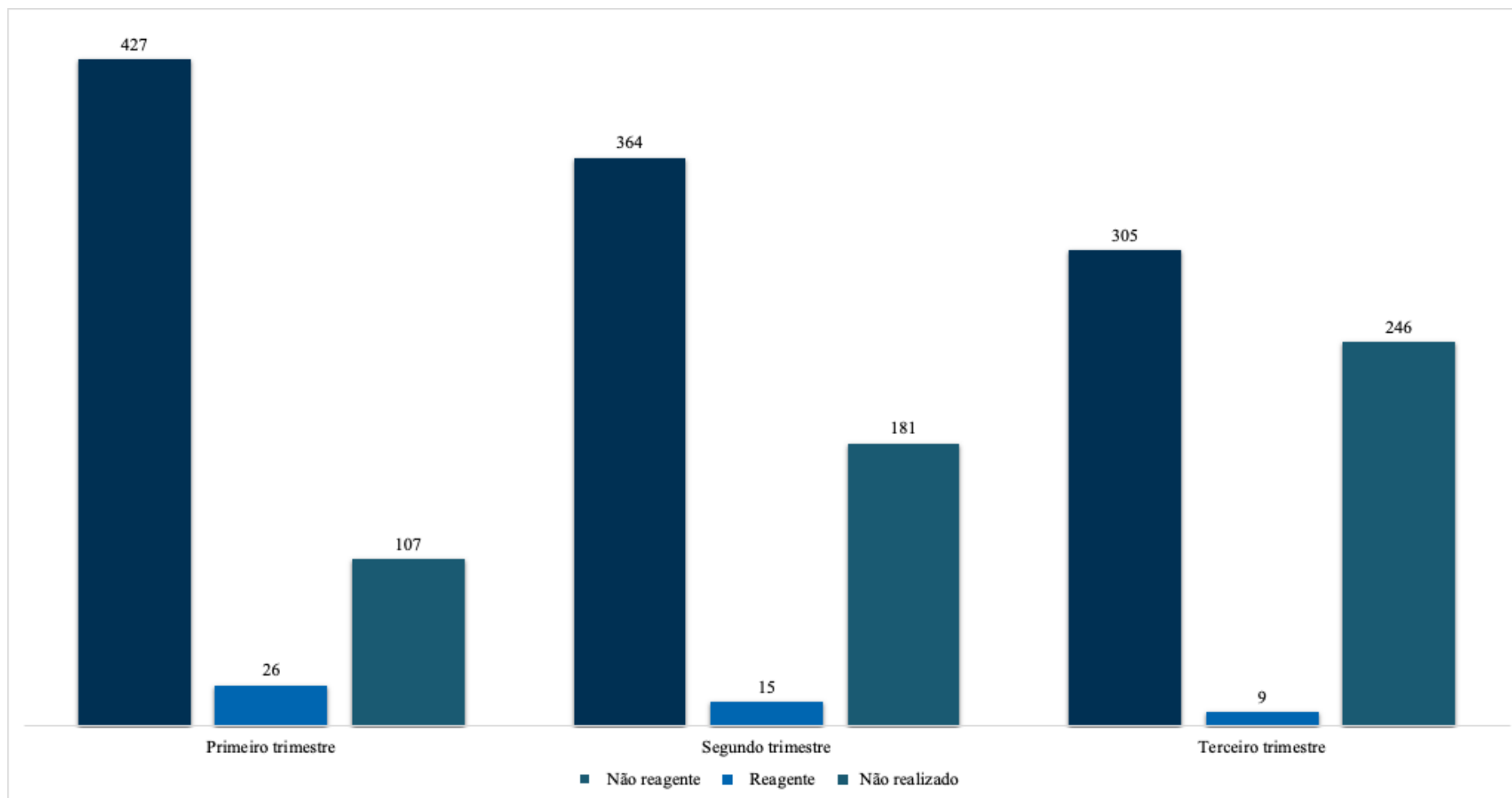
Figura 2 – Frequência de tipos mais frequentes das comorbidades apresentadas pelas participantes do estudo.



Fonte: da autora, 2022.

O número de consultas de pré-natal teve média de 8,7 (DP = 2,9), sendo que 66 pacientes (11,8%) tinham relato de ter 0 a 5 consultas, e 491 (88,2%) com mais de 6 consultas. No primeiro, segundo e terceiro trimestre gestacional, 107 (19,1%), 181 (32,3%) e 246 (43,9%) pacientes não realizaram o teste rápido para sífilis, respectivamente (ver Figura 3). No momento da internação, todas as participantes desse estudo realizaram o teste rápido para detecção de sífilis, que resultou em 28 (5,0%) que apresentaram positividade. Quando do controle com o exame VDRL, 33 (5,9%) pacientes foram diagnosticadas com sífilis. No que se refere à adequação do tratamento, 29 (5,2%) foram consideradas adequadamente tratadas, enquanto quatro, não. Quanto à falha do tratamento, uma foi atribuída à dose inadequada para a fase da doença e três à provável reinfeção.

Figura 3. Realização de testes rápidos para detecção de sífilis em cada trimestre de gestação.



Fonte: da autora, 2022.

Encontrou-se significância estatística na associação entre classe social e infecção por sífilis [χ^2 9,821 (4); $p = 0,046$]. Entretanto, não foram encontradas associações significativas com as variáveis faixa etária, etnia e escolaridade das participantes desse estudo. Esses achados podem ser observados em detalhes na Tabela 2.

Tabela 2. Relação entre infecção por sífilis de acordo com fatores sociodemográficos e econômicos.

Variáveis	Infecção por sífilis		p valor
	Sim n (%)	Não n (%)	
Faixa etária			0,126
15 – 17	2 (10,5%)	17 (89,5%)	
18 – 30	23 (7,1%)	302 (92,9%)	
31 – 45	8 (3,7%)	207 (96,3%)	
Etnia *			0,77
Branca	13 (3,9%)	317 (96,1%)	
Negra	9 (9,6%)	85 (90,4%)	
Parda	11 (8,4%)	120 (91,6%)	
Amarela	0 (0,0%)	2 (100,0%)	
Escolaridade			0,334
Sem escolaridade	2 (3,7%)	52 (96,3%)	
Ensino fundamental	8 (7,1%)	105 (92,9%)	
Ensino médio	20 (7,1%)	262 (92,9%)	
Ensino superior	3 (2,7%)	108 (97,3%)	
Classe social (IBGE) *			0,046
Classe A	0 (0,0%)	1 (100,0%)	
Classe B	1 (16,7%)	5 (83,3%)	
Classe C	1 (1,1%)	89 (98,9%)	
Classe D	12 (5,2%)	217 (94,8%)	
Classe E	18 (8,5%)	194 (91,5%)	

Fonte: da autora, 2022.

Legenda: IBGE = Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

Nota: * variáveis com valores ausentes.

As variáveis sociodemográficas e econômicas foram inseridas no modelo de regressão logística. O resultado da análise bruta demonstrou que gestantes que pertenciam a classe social C apresentaram menor chance de terem infecção por sífilis quando comparadas às gestantes que pertenciam a classe social E (OR = 0,121; IC95% = 0,016 –0,921). Demonstrou também que mulheres negras têm mais chance de infecção por sífilis comparadas com mulheres brancas (OR = 2,582; IC95% = 1,068 –6,243). Após ajuste do modelo, entretanto, o resultado mostrou significância estatística apenas para a variável etnia (Tabela 3).

Tabela 3. Chance de sífilis na gravidez segundo variáveis sociodemográficas e econômicas.

Variáveis	Odds ratio bruta		Odds ratio ajustada	
	OR (IC95%)	p valor	OR (IC95%)	p valor
Faixa etária				
15 – 17*	1		1	
18 – 30	0,647 (0,141 – 2,975)	0,576	0,523 (0,096 – 2,840)	0,452
31 – 45	0,329 (0,065 – 1,671)	0,180	0,296 (0,047 – 1,866)	0,195
Classe social **				
Classe B	2,156 (0,239 – 19,469)	0,494	5,751 (0,506 – 65,373)	0,158
Classe C	0,121 (0,016 – 0,921)	0,044	0,165 (0,020 – 1,327)	0,091
Classe D	0,596 (0,280 – 1,269)	0,179	0,669 (0,300 – 1,492)	0,325
Classe E*	1		1	
Escolaridade				
Sem escolaridade*	1		1	
Ensino fundamental	1,981 (0,4061 – 9,663)	0,398	1,814 (0,361 – 9,121)	0,470
Ensino médio	1,985 (0,4501 – 8,751)	0,365	2,495 (0,528 – 11,797)	0,249
Ensino superior	0,722 (0,1171 – 4,455)	0,726	1,445 (0,199 – 10,471)	0,716
Etnia **				
Branca*	1		1	
Negra	2,582 (1,068 – 6,243)	0,035	2,703 (1,062 – 6,880)	0,037
Parda	2,235 (0,975 – 5,126)	0,058	2,233 (0,930 – 5,360)	0,072

Fonte: da autora, 2022.

Legenda: OR = *Odds ratio*; IC = intervalo de confiança.

Nota: * categoria de referência, ** excluídas do modelo as categorias classe A e a categoria amarela por conter apenas 1 e 2 casos, respectivamente.

Análises ajustadas por número de consultas.

No que diz respeito à adequação ao tratamento da sífilis, foi encontrada associação estatisticamente significativa com o número de consultas de pré-natal [χ^2 6,163 (2); $p = 0,03$]. Entretanto, não foram achadas associações significativas entre adequação do tratamento com as variáveis: classe social [χ^2 14,356 (8); $p = 0,15$], escolaridade [χ^2 7,491 (6); $p = 0,20$] e etnia [χ^2 12,468 (6); $p = 0,07$] (Tabela 4).

Tabela 4. Associação entre adequação de tratamento para sífilis e fatores sociodemográficos, econômicos e clínicos.

Variáveis	Adequação do tratamento			p valor
	Sim n (%)	Não n (%)	NA n (%)	
Faixa etária				0,091
15 – 17	1 (5,3%)	1 (5,3%)	17 (89,5%)	
18 – 30	20 (6,2%)	3 (0,9%)	302 (92,9%)	
31 – 45	8 (3,7%)	0 (0,0%)	207 (96,3%)	
Etnia *				0,067
Branca	10 (3,0%)	3 (0,9%)	317 (96,1%)	
Negra	8 (8,5%)	1 (1,1%)	85 (90,4%)	
Parda	11 (8,4%)	0 (0,0%)	120 (91,6%)	
Amarela	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2 (100,0%)	
Escolaridade				0,201
Sem escolaridade	1 (1,9%)	1 (1,9%)	52 (96,3%)	
Ensino fundamental	6 (5,3%)	2 (1,8%)	105 (92,9%)	
Ensino médio	19 (6,7%)	1 (0,4%)	262 (92,9%)	
Ensino superior	3 (2,7%)	0 (0,0%)	108 (97,3%)	
Classe social (IBGE) *				0,149
Classe A	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (100,0%)	
Classe B	1 (16,7%)	0 (0,0%)	5 (83,3%)	
Classe C	1 (1,1%)	0 (0,0%)	89 (98,9%)	
Classe D	10 (4,4%)	2 (0,9%)	217 (94,8%)	
Classe E	16 (7,5%)	2 (0,9%)	194 (91,5%)	
Consulta pré-natal *				0,034
0 a 5	1 (1,5%)	2 (3,0%)	63 (95,5%)	
6 ou mais	28 (5,7%)	2 (0,4%)	461 (93,9%)	

Fonte: da autora, 2022.

Legenda: NA = Não se aplica; IBGE = Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

Nota: * variáveis com valores ausentes.

Os achados do teste *t* de Student corroboram com os encontrados no teste Exato de Fisher, mostrando que as pacientes com maior número de consulta pré-natal apresentaram maior êxito no tratamento contra a sífilis (M = 9,6; DP = 2,5) comparadas àquelas com menor

número de consultas de pré-natal ($M = 5,5$; $DP = 2,4$) [$t(31) = 3,058$; $p = 0,01$]. O resultado da regressão logística foi estatisticamente significativo [$\chi^2(1) = 9,197$, $p = 0,002$; Nagelkerke $R^2 = 0,466$], demonstrando que, mulheres que são acompanhadas em consulta pré-natal, têm maior chance de terem tratamento adequado e efetivo contra sífilis ($OR = 2,266$; $IC95\% = 1,084 - 4,739$).

Quanto aos desfechos das gestações com diagnóstico de infecção por sífilis, três (9,1%) resultaram em sífilis congênita, um (3,0%) recém-nascido apresentou baixo peso ao nascer e dois (6,0%) se mostraram assintomáticos. Foi encontrada associação com significância estatística entre sífilis congênita e o número de consultas de pré-natal [$\chi^2 7,580(2)$; $p = 0,017$]. A Tabela 5 mostra os resultados do teste de associação entre as variáveis número de consultas, via de parto, faixa etária, etnia, escolaridade, classe social e ocupação profissional das participantes do estudo.

Tabela 5. Associação entre desenvolvimento de sífilis congênita e fatores clínicos, sociodemográficos e econômicos das participantes do estudo.

Variáveis	Sífilis congênita			p valor
	Sim n (%)	Não n (%)	NA n (%)	
Número de consulta pré-natal *				0,017
0 a 5	2 (3,0%)	1 (1,5%)	63 (95,5%)	
6 ou mais	1 (0,2%)	28 (5,7%)	462 (94,1%)	
Via de parto				0,873
Parto normal	2 (0,6%)	16 (4,9%)	311 (94,5%)	
Parto cesáreo	1 (0,4%)	13 (5,6%)	217 (93,9%)	
Faixa etária				0,170
15 – 17	0 (0,0%)	2 (10,5%)	17 (89,5%)	
18 – 30	3 (0,9%)	20 (6,2%)	302 (92,9%)	
31 – 45	0 (0,0%)	7 (3,3%)	208 (96,7%)	
Etnia *				0,060
Branca	2 (0,6%)	10 (3,0%)	318 (96,4%)	
Negra	1 (1,1%)	8 (8,5%)	85 (90,4%)	
Parda	0 (0,0%)	11 (8,4%)	120 (91,6%)	
Amarela	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2 (100,0%)	
Escolaridade				0,149
Sem escolaridade	1 (1,9%)	1 (1,9%)	52 (96,3%)	
Ensino fundamental	1 (0,9%)	7 (6,2%)	105 (92,9%)	
Ensino médio	1 (0,4%)	19 (6,7%)	262 (92,9%)	
Ensino superior	0 (0,0%)	2 (1,8%)	109 (98,2%)	
Classe social (IBGE) *				0,139
Classe A	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (100,0%)	
Classe B	0 (0,0%)	1 (16,7%)	5 (83,3%)	
Classe C	0 (0,0%)	1 (1,1%)	89 (98,9%)	
Classe D	2 (0,9%)	10 (4,4%)	217 (94,8%)	
Classe E	1 (0,5%)	16 (7,5%)	195 (92,0%)	
Ocupação profissional *				0,377
Empregada	1 (0,3%)	21 (5,6%)	354 (94,1%)	

Desempregada, do lar, estudante	2 (1,1%)	8 (4,4%)	172 (94,5%)
------------------------------------	----------	----------	-------------

Fonte: da autora, 2022.

Legenda: NA = Não se aplica; IBGE = Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

Nota: * variáveis com valores ausentes.

No que se refere ao desfecho geral de todas as gestações analisadas (Tabela 6), 329 (58,8%) pacientes tiveram parto normal, o peso médio do recém-nascido foi 3.249,1 (DP = 588,5) gramas, 52 (9,3%) prematuros (< 37 semanas), e 55 (9,8%) apresentaram baixo peso ao nascer (< 2.500 gramas). A Escala de Apgar 1º minuto variou de 1 a 10, sendo que 478 (85,4%) apresentaram boa vitalidade, já a Escala Apgar 5º minuto variou de 4 a 10 resultando em boa vitalidade para 542 (97,0%) recém-nascidos.

Tabela 6. Dados referentes ao desfecho geral de gestações e nascimentos analisados no estudo.

Desfecho	n (%)
Via de parto	
Parto normal	329 (58,8)
Parto cesáreo	231 (41,3)
Recém-nascido	
Pré-termo	52 (9,3)
Termo	508 (90,7)
Escala de Apgar 1º minuto *	
Asfixia leve	66 (11,8)
Asfixia moderada	11 (2,0)
Asfixia grave	4 (0,7)
Boa vitalidade	478 (85,4)
Escala de Apgar 5º minuto *	
Asfixia leve	15 (2,7)
Asfixia moderada	2 (0,4)
Boa vitalidade	542 (97,0)

Fonte: da autora, 2022.

Nota: * variável com valores ausentes.

Não foi observada nas gestações analisadas, nenhuma anormalidade nos recém-nascidos em decorrência da infecção por sífilis.

4 DISCUSSÃO

A sífilis gestacional é uma infecção sexualmente transmissível curável e, quando adequadamente tratada, pode evitar a sífilis congênita.²⁰ A situação da sífilis no Brasil, assim como em outros países, é preocupante, e a infecção precisa ser controlada.^{9,10} Em maio de 2016, a Assembleia Mundial da Saúde adotou a estratégia 2016-2021 do setor global de saúde para as IST, com o objetivo de controlá-las (incluindo a sífilis) e diminuir seu impacto como problema de saúde pública até 2030.¹⁹

Sem o devido diagnóstico e tratamento, desenvolve complicações perinatais: em 40% dos casos ocorrem, aborto espontâneo, sífilis congênita em 20% dos casos, seguida por parto prematuro em 12 a 13% dos casos e em 11%, a morte fetal.²¹⁻²³ Portanto, para prevenir estes desfechos, o Ministério da Saúde recomenda o rastreamento da sífilis e o tratamento de gestantes com resultado positivo, como prática rotineira durante o pré-natal.^{24,25}

Os fatores que contribuem para infecção por sífilis em uma mulher têm relação tanto com os aspectos socioeconômicos quanto com os aspectos culturais.²⁵ A fim de identificar estes fatores, no presente trabalho, foram avaliados dados de 560 gestantes que internaram para parto na maternidade do HU/UFSC. A média de idade destas gestantes foi de 27,7 anos, estando, portanto, na faixa etária de 20 a 29 anos, o que corresponde a 56,4% das gestantes diagnosticadas com sífilis no Brasil. Com relação ao critério raça/cor, a maioria (50,4%) se autodeclararam brancas, contrariando os dados nacionais, em que a maioria (52,7%) se autodeclararam pardas.²⁶ Contudo, estes dados corroboram com os dados do IBGE (2019), em que a população declarada de cor branca na região Sul do Brasil representa 73,2% contra 21,3% e 4,6% de pessoas declaradas pardas e pretas, respectivamente.²⁷ Outros estudos realizados no Sul do país também encontraram valores percentuais semelhantes a este trabalho, quanto à faixa etária e a cor da pele/raça.^{25,28-30}

Em estudo realizado na Bahia, compreendendo os períodos de 2007 a 2017, observou-se redução na taxa de analfabetismo das pacientes e aumento da renda domiciliar média (R\$335,81).³¹ Em São Paulo, em estudo realizado entre 2010 e 2017, a maior parte das gestantes tinha entre 20 e 39 anos, eram brancas e tinham ensino fundamental completo.³² Em estudo realizado em Hospital do Maranhão, em 2018 e 2019, a maior parte das pacientes tinha entre 20 e 29 anos, era parda, tinha ensino fundamental incompleto, renda domiciliar de até 1 salário-mínimo e era desempregada.³³ Já no Amazonas, a idade foi 20 a 29 anos, etnia parda e apresentaram escolaridade ensino fundamental incompleto.³⁴

Observam-se diferenças regionais entre as pacientes das diferentes pesquisas. A etnia autodeclarada apresenta resultado diverso ao encontrado na literatura. De acordo com o Ministério da Saúde, nos anos de 2018 e 2019, a maior parte das gestantes que tiveram diagnóstico de sífilis congênita no Brasil era parda.^{9,35} No entanto, percebe-se diferenças relacionadas à colonização em todo o território nacional, com antepassados indígenas, africanos, europeus e asiáticos. É possível que o Brasil seja o país mais miscigenado do mundo³⁶ e essas variações são facilmente percebidas nas diferentes regiões. Na região Sul do país, a colonização deu-se principalmente por imigrantes europeus.²⁹

Percebe-se grande número de mulheres com sífilis gestacional em idade inferior a 30 anos. Essa tendência segue o observado para todo o Brasil entre 2005 e 2018, de acordo com o Ministério da Saúde.¹⁷ Esses achados podem estar relacionados com o início precoce da vida sexual, fase sexual mais intensa, baixa frequência de uso de *condom* durante as relações sexuais, índice elevado de gestações não planejadas e início tardio do acompanhamento pré-natal em adolescentes e adultos jovens.^{34,37-39}

Em relação à renda domiciliar média, embora tenha havido aumento na Bahia, há uma grande discrepância entre os valores recebidos na Bahia, no Maranhão e em Santa Catarina. De acordo com o IBGE, a renda média em 2019 das famílias na Bahia, no Maranhão e em Santa Catarina foram respectivamente R\$913,00, R\$636,00 e R\$1769,00,⁴⁰ demonstrando a grande variação de renda entre as diferentes regiões do país.

Com relação às consultas de pré-natal, 88,2% das pacientes tiveram 6 ou mais consultas, conforme o preconizado pelo MS.^{1,3,4} Mesmo assim, em se tratando do exame de rastreio para sífilis gestacional, grande parte das pacientes não realizou o teste rápido para sífilis, principalmente no terceiro trimestre. Isso demonstra que apenas o número de consultas não seria suficiente para considerar o pré-natal como adequado e para reduzir a morbimortalidade materna e neonatal. As gestantes precisam ter acesso a medicações, à informação acessível, com compreensão da doença e do tratamento a ser seguido, e a possibilidade de acompanhamento adequado com os exames necessários.^{33,38,41} Além disso, as gestantes e seus companheiros precisam sentir-se incluídos e acolhidos pelo serviço de saúde, gerando uma relação de confiança, e também, que os profissionais de saúde sejam constantemente atualizados e capacitados, para proporcionar às pacientes atendimento de qualidade.³³

Alguns estudos demonstram diagnóstico de sífilis gestacional somente no momento do parto, mesmo que as pacientes tenham realizado pré-natal considerado como adequado.³³ Estudo realizado em Portugal demonstrou que apenas 7,4% das pacientes com sífilis gestacional

tiveram o diagnóstico no momento do parto, demonstrando diferença na qualidade da assistência pré-natal de um país desenvolvido.⁴²

Ao realizar análises entre as variáveis sociodemográficas e econômicas deste trabalho, foi identificado que mulheres negras têm mais chance de infecção por sífilis comparadas com mulheres brancas. O mesmo achado foi encontrado em estudo realizado no Paraná, entre 2011 e 2015, em que 60% da população pesquisada se autodeclararam brancas e houve associação entre a sífilis durante a gestação e a pele não branca.²⁸ Para Medeiros et al. (2022), a vulnerabilidade social, a baixa escolaridade e cor da pele parda ou preta têm sido associadas a populações com maior índice de doenças sexualmente transmissíveis, como a sífilis.¹⁶

Neste trabalho, quanto à escolaridade, 50,4% tinham ensino médio e mais uma vez, este dado não foi ao encontro dos registros nacionais para esta população pesquisada, que no Brasil, 26,3% foi registrada como “ignorada” e somente 24% foi registrada com ensino médio.²⁶ Entretanto, nos estudos de Lafetá et al.,⁴³ Benedetti et al.,⁴⁴ Padovani et al.,²⁸ e Roehrs et al.,²⁵ também foi observado que a maioria dos casos de sífilis congênita foram provenientes de mães com escolaridade superior a oito anos de estudo, o que pode contribuir para melhor acesso e compreensão das informações quanto à importância do acompanhamento do pré-natal e quanto às medidas de prevenção da sífilis.

Quanto à classe social, neste trabalho foi encontrada significância estatística na associação entre classe social e infecção por sífilis, de forma que, mulheres grávidas de classe social mais baixa têm mais chance de serem diagnosticadas com sífilis, quando comparadas a gestantes de classe social mais alta. Vários estudos identificaram que quanto maior for a vulnerabilidade social da mulher, maior é a prevalência do diagnóstico de sífilis na gestação. Estas mulheres possuem assistência pré-natal inadequada e conseqüentemente, o diagnóstico de sífilis gestacional é mais tardio, além da falta de tratamento ou tratamento inadequado.^{16,28,45} A classe social mais baixa compromete o acesso à assistência à saúde de qualidade³⁸ e à percepção do autocuidado em saúde.³² Embora neste estudo a escolaridade não tenha sido fator de risco estatisticamente significativo para sífilis materna, sabe-se que existe uma proporcionalidade direta entre escolaridade e renda.⁴⁶

Outros estudos demonstram que a etnia parda e a escolaridade são variáveis associadas à sífilis gestacional.³³ Em revisão realizada por Santos,⁴⁷ observou-se que, em geral, a cor da pele não branca está relacionada com uma pior qualidade de saúde. Neste sentido, percebe-se uma desigualdade de acesso aos serviços de saúde relacionada com a etnia. A baixa escolaridade configura-se como limitação para o entendimento da importância da prevenção das IST, através de educação sexual, dificultando romper a cadeia de transmissão.³⁸

Soares e Aquino³¹ demonstraram associação estatisticamente significativa entre cobertura pré-natal e sífilis gestacional. Na realidade baiana, embora os testes rápidos sejam preconizados pela Rede Cegonha desde 2011, a realização ainda é incipiente, revelando limitação na qualidade da assistência pré-natal.

Estudo qualitativo realizado no Rio Grande do Sul, em 2018, avaliando o conhecimento que as gestantes tinham sobre a sífilis, demonstrou que as mulheres recebem pouca informação sobre a doença nas consultas nas unidades de saúde. Apesar de as gestantes demonstrarem conhecimento restrito sobre a doença e vias de transmissão, algumas pacientes citaram o *condom* como método de prevenção.⁴⁸ Desse modo, são necessárias estratégias para sensibilizar as mulheres e estimular o autocuidado para a prevenção das IST, mesmo nas pacientes com relacionamentos estáveis.⁴⁹⁻⁵¹ É necessário, também, certificar-se que a gestante compreendeu as informações e orientações repassadas nas consultas de pré-natal, uma vez que o nível de escolaridade interfere na interpretação das informações.⁵²

Pode-se afirmar que a sífilis é uma doença multifatorial, reflexo das condições de vida e das desigualdades sociais da saúde. Na gestação, é também reflexo da falta de acesso e de qualidade da assistência pré-natal.³¹ De acordo com o MS, é recomendado um mínimo de seis consultas de pré-natal.^{45,53} O programa nacional “Rede Cegonha” preconiza que o rastreamento da sífilis por meio de testes rápidos deve ser realizado na primeira consulta de pré-natal, no segundo e terceiro trimestre e na ocasião da internação para o parto ou curetagem, independentemente do resultado de exames anteriores e no caso de abortamento.^{25,54,55} Florianópolis encontra-se entre as capitais com maiores taxas de detecção de sífilis na gestação, com incidência acima da média nacional.^{19,10}

Os testes rápidos realizados durante o pré-natal para detecção de sífilis na atenção primária à saúde visam auxiliar os profissionais da saúde a realizarem o diagnóstico e o tratamento adequados no pré-natal.⁵⁵ Segundo Brandenburger e Ambrosino,²² vários estudos já demonstraram que em países em desenvolvimento, como Brasil, Peru, Tanzânia, Uganda, Zâmbia e China, houve um aumento de mais de 90% na triagem de sífilis e tratamento durante o pré-natal, após o aumento da disponibilidade de testes rápidos.

Neste estudo, observou-se que 19,1 % das pacientes não realizaram o exame no primeiro trimestre de gestação, 32,3% não realizaram no segundo trimestre e 43,9% não realizaram no terceiro trimestre de gestação. Embora o MS implantado os protocolos de rastreamento pela Rede Cegonha,⁵ a Bahia apresentou cobertura de testes rápidos para gestantes abaixo de 5% entre 2013 e 2017.²⁵

Apesar de a maioria das gestantes deste trabalho terem realizado o teste rápido para sífilis durante o pré-natal, foi identificado que no primeiro, segundo e terceiro trimestre gestacional, 107 (19,1%), 181 (32,3%) e 246 (43,9%) pacientes não realizaram o teste rápido para sífilis, respectivamente. No terceiro trimestre, portanto, o percentual destas gestantes que não realizaram o teste foi o mais alto. Domingues et al.,⁵⁶ por meio de entrevistas realizadas com 23.894 mulheres no pós-parto, constataram que as pacientes não eram diagnosticadas com sífilis no pré-natal, porque no primeiro trimestre, a proporção de testes era elevada, enquanto a realização do segundo exame ocorria em menos de 30% das grávidas, o que evidencia uma falha nos serviços de saúde no rastreamento da sífilis de acordo com a idade gestacional. Em estudo realizado na Bahia, evidenciou-se uma cobertura de testes rápidos para gestantes abaixo de 5% entre 2013 e 2016.⁵⁷

Dentre as pacientes estudadas, 5,9 % diagnosticaram sífilis durante o período gestacional. O acompanhamento pré-natal assume importância em identificar as pacientes gestantes, realizar o rastreio e tratar precocemente aquelas com sífilis, evitando assim a transmissão vertical e a sífilis congênita.^{1,3} De acordo com o SINAN, em 2019 a taxa de detecção de sífilis em gestantes no Brasil foi maior nas regiões Sul e Sudeste. Observou-se, ainda, que a taxa de detecção em Florianópolis, onde foi realizado o presente estudo, foi superior à nacional.¹⁰

O diagnóstico clínico da sífilis primária nas mulheres é tido como difícil, porque o cancro duro não causa sintomas e, na maioria das vezes, está localizado na parede da vagina, cérvix ou períneo. No ano de 2020, segundo a idade gestacional por regiões brasileiras, a maior proporção dos casos de sífilis em gestantes foi diagnosticada no primeiro trimestre e na região Sul (49,8%).²⁶ Os dados deste trabalho, confirmam esta informação, porque 4,6% das mulheres foram diagnosticadas no primeiro trimestre, ao passo que 2,7% representaram diagnósticos realizados no segundo trimestre, e apenas 1,6%, no terceiro trimestre. Assim como neste trabalho, Nazário et al.²⁹ identificaram que a maior parte do diagnóstico de sífilis em gestantes, ocorreu no primeiro trimestre da gestação.

Todas as participantes deste trabalho realizaram o teste rápido para detecção da sífilis no momento da internação e 5% apresentou positividade, assim como no estudo de Roehrs et al.,²⁵ realizado na Maternidade Carmela Dutra, também em Florianópolis, em que todas as pacientes internadas para o parto ou em razão de abortamento, realizaram o teste rápido e em 4,6% tiveram teste positivo para sífilis e 27,3% das pacientes com sífilis na gestação atual tiveram o diagnóstico da infecção somente no momento da internação na maternidade. Com estes dados, o que se observa é que a transmissão vertical de sífilis pode ser evitada, quando o

rastreamento da doença durante o pré-natal for realizado adequadamente, inclusive no terceiro trimestre, e não deixando o diagnóstico somente para o momento do parto.

No presente estudo, a média do número de consultas foi de 8,7 (DP = 2,9) e 491 (88,2%) gestantes realizaram mais de 6 consultas, cumprindo o número mínimo de consultas preconizado pelo MS. No estudo de Padovani et al.,²⁸ as mulheres que não tiveram assistência pré-natal adequada apresentaram 7,4 vezes maior prevalência de terem o diagnóstico de sífilis quando comparado com as mulheres que tiveram assistência pré-natal adequada.

O diagnóstico e o tratamento da sífilis gestacional devem ser realizados no estágio inicial da gravidez, na atenção básica. Nos últimos anos, houve aumento na cobertura populacional, em virtude do aumento no número de equipes e de testes rápidos, o que acarretou melhoria de indicadores, como a redução da sífilis congênita, da mortalidade infantil e outros desfechos adversos.^{16,22}

No entanto, a eficácia destas estratégias depende da boa organização dos sistemas de saúde, o que não é comum nos países em desenvolvimento. No Brasil, embora o MS disponibilize estes testes no pré-natal em unidades de atenção básica, parece que o uso destes testes ainda não está completamente inserido na prática de saúde. No estudo de Roncalli et al.,⁵⁵ foi identificado que o número de testes rápidos realizados foi quase oito vezes menor que o número mínimo para uma única testagem por nascido vivo estabelecido pelo protocolo. De acordo com o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica, essa oferta de teste rápido de sífilis é crescente, mas a utilização e a cobertura nas unidades de saúde ainda não são satisfatórias.³⁵

Em 2018 foi publicado um relato de enfermeiros de Tubarão/SC sobre as dificuldades de implementação dos testes rápidos na Atenção Básica do SUS. De acordo com o estudo, as maiores dificuldades encontradas foram insuficiência de infraestrutura e de recursos humanos, sobrecarga de trabalho e dificuldade na elaboração de um fluxo de trabalho adequado.⁵⁸ Portanto, há desafios que devem ser enfrentados, particularmente em municípios com recursos limitados, como o fornecimento regular de *kits* de teste, além da adesão dos profissionais da saúde locais e o fornecimento do tratamento adequado.^{22,59} O estudo de Lazarini e Barbosa,⁶⁰ apontou que 92,2% dos profissionais não sabiam o procedimento correto quando o VDRL apresentou resultado positivo, o que pode causar a subnotificação da sífilis gestacional.

Por isso, além da necessidade da ampliação do acesso às consultas de pré-natal e ao diagnóstico precoce da sífilis ainda no primeiro trimestre de gestação, esta ampliação requer não só programas de educação em saúde voltados para as gestantes, como também a educação continuada voltada para os profissionais, ampliando o

conhecimento sobre as IST, os procedimentos preconizados e a adequada intervenção quando estas doenças são diagnosticadas. Neste sentido, Lazarini e Barbosa,⁶⁰ realizaram em Londrina (PR), uma intervenção educativa com 102 profissionais de saúde, o que promoveu resultados satisfatórios na detecção precoce da sífilis em gestantes e a redução da taxa de transmissão vertical.

No presente trabalho, as pacientes com maior número de consultas de pré-natal apresentaram maior êxito no tratamento contra a sífilis comparadas àquelas com menor tempo de acompanhamento pré-natal, demonstrando que mulheres que são acompanhadas em consulta pré-natal têm maior chance de terem tratamento adequado e efetivo contra sífilis. Por isso, destaca-se a importância do acompanhamento da consulta pré-natal para a triagem da sífilis, o tratamento correto e as medidas de prevenção no enfrentamento da sífilis na gestação e da sífilis congênita.

A penicilina é o tratamento de primeira escolha para a sífilis e largamente utilizada na prática clínica em mulheres grávidas, porque a penicilina é 98,2% eficaz para o tratamento da sífilis gestacional e sua administração deve ser realizada o mais rápido possível após o diagnóstico.^{29,43,61,62} A prevenção da transmissão vertical foi alcançada de 90 a 98,2% dos casos, quando o tratamento além de ter sido rapidamente iniciado, foi completo e adequado até a 28ª semana de gestação.⁶³ O tratamento iniciado tardiamente ou inadequado pode aumentar o risco de exposição do feto à *T. pallidum*. Por isso, quando o tratamento é realizado antes da 21ª semana de gestação, a mortalidade perinatal é reduzida em 70%, ou seja, a duração da exposição fetal é grave para o bebê, e estes desfechos dependem da fase da infecção materna e da idade gestacional da exposição fetal.²⁸

Das 33 pacientes que tiveram diagnóstico de sífilis durante a gestação, 4 foram consideradas inadequadamente tratadas. Quanto à falha do tratamento, uma foi atribuída à dose inadequada para a fase da doença e as outras três à provável reinfecção. Destaca-se também que, em setembro de 2017, o MS alterou os critérios de definição de adequabilidade de tratamento para sífilis em gestantes, retirando o tratamento do parceiro sexual do grupo de critérios para o tratamento ser considerado adequado.⁶⁴ Em estudo realizado no Maranhão, em 2019, das pacientes com diagnóstico de sífilis congênita, 72,2% tinham tratamento considerado adequado, mas 77,8% não tinha sido instituído tratamento ao parceiro sexual.⁶⁵ De acordo com as pesquisas realizadas por Galatoire et al.,⁶⁶ diagnóstico e o tratamento oportuno da gestante e seu parceiro são as formas mais eficazes de proteção dos conceitos e dos recém-nascidos. A grande parcela de parceiros sexuais que não recebem tratamento adequado para a sífilis é condição desencadeadora de novas infecções.^{67,68}

Mesmo quando era necessário o tratamento do parceiro para considerar a paciente gestante adequadamente tratada, muitas vezes havia dificuldade na captação desses indivíduos. Acredita-se que a dificuldade do tratamento do parceiro sexual podia estar relacionada à construção histórica das políticas de saúde e à visão que muitos homens têm em relação à saúde, pois atribuem à mulher a responsabilidade pelo cuidado.⁶⁹ Os impactos desta mudança de critérios serão percebidos futuramente, quando poderemos verificar se a mudança aumentará o número de casos de reinfecção da doença. Os resultados destes e de estudos futuros poderão levar o MS a reavaliar a necessidade do tratamento do parceiro sexual para considerar o tratamento da sífilis adequado durante a gestação.

Outro fator que pode estar relacionado com a dificuldade de adequabilidade do tratamento consiste na possibilidade de o diagnóstico de sífilis congênita poder estar ocorrendo tardiamente. Sendo assim, embora a assistência pré-natal possa ser efetiva no diagnóstico, pode não ser eficaz na transmissão vertical, uma vez que as medidas para tratamento da sífilis não sejam implementadas a tempo.⁷⁰⁻⁷²

Alguns estudos trazem um período de desabastecimento de penicilina benzatina, o tratamento de escolha para a sífilis gestacional, ocorrido entre 2014 e 2016 em diversos países, inclusive o Brasil.⁷³ À época, pode ter sido um dos motivos de aumento de falha de tratamento, porém quando o presente estudo foi realizado, os estoques já estavam normalizados, não justificando a inadequabilidade de tratamento.

Neste estudo, observou-se associação estatisticamente significativa entre realização de consultas de pré-natal e adequação do tratamento para sífilis gestacional. Ou seja, mulheres que são acompanhadas em consultas de pré-natal (6 ou mais) têm maior chance de receber tratamento adequado para sífilis. Este resultado mostra a importância da realização do pré-natal completo para identificação e tratamento oportuno da doença. As falhas na assistência pré-natal, falta às consultas, não realização de exames são fatores importantes para explicar os altos índices de sífilis, uma vez que se trata de doença de fácil diagnóstico e tratamento acessível.⁶⁶ O resultado que corrobora com os achados de Padovani et al,²⁸ em que a ausência de pré-natal ou baixo número de consultas pré-natais, mostraram-se estatisticamente associadas à ocorrência de sífilis durante a gestação. Entretanto, neste trabalho, não foram encontradas associações significativas entre adequação do tratamento com as variáveis classe social, escolaridade e etnia.

A dificuldade de acesso de muitas mulheres aos serviços de saúde é realidade no Brasil. A exemplo, em 2011, as gestantes com diagnóstico de sífilis atendidas em Fortaleza, Ceará, não tiveram acesso à prevenção e ao controle de sífilis gestacional e congênita.⁷⁰ Sabe-se que a

captação precoce e a adesão da gestante ao pré-natal, assim como uma assistência de qualidade, dão oportunidade à gestante de receber informações e orientações que lhe permitam prevenir uma gravidez não planejada e proteger-se de IST.⁷⁴ Estudo realizado na Bahia entre 2007 e 2017 demonstrou que a cobertura pré-natal apresentou associação significativa com o diagnóstico de sífilis na gestação, porém o mesmo não ocorreu com o diagnóstico de sífilis congênita. Pode-se inferir que, embora a ampliação da cobertura de atenção pré-natal nos municípios tenha contribuído com o aumento da detecção dos casos de sífilis em gestantes, não contribuiu para a redução da taxa de incidência de sífilis congênita. Isso indica que, possivelmente, algumas pacientes de sífilis gestacional não tiveram acesso ao tratamento adequado para o bloqueio da transmissão fetal.³¹

Embora este estudo não tenha demonstrado relação estatisticamente significativa entre adequação do tratamento e classe social, escolaridade e etnias, estudos demonstram idade materna jovem (menor de 20 anos), baixa escolaridade e realização de menos de 6 consultas de pré-natal como fatores associados ao desenvolvimento de sífilis congênita⁷⁴ e, conseqüentemente, a tratamento inadequado materno durante a gestação.

Nunes et al.,⁶³ realizaram um estudo de série histórica entre os anos de 2007 e 2014, para avaliar se havia relação entre a cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e sífilis congênita, porém não houve correlação negativa entre incidência de sífilis congênita e cobertura ESF. Observou-se também que menos de 50% das pacientes realizaram testes para sífilis durante a gravidez, demonstrando que somente a cobertura ESF presente não seja suficiente, mas sim a assistência pré-natal capacitada.

Neste trabalho, o controle após o tratamento de sífilis foi realizado com o exame VDRL e 33 (5,9%) pacientes foram diagnosticadas com sífilis e 29 (5,2%) foram consideradas adequadamente tratadas, enquanto quatro, não. Quanto à falha do tratamento, uma foi atribuída à dose inadequada para a fase da doença e três à provável reinfecção. Quando se considerava o tratamento da parceria sexual como condicionante para a adequabilidade do tratamento, já havia a percepção de que a inadequação do tratamento era bem comum e o principal motivo estava ligado à baixa adesão do tratamento pelos parceiros.^{43,75} No estudo de Nazário et al.,²⁹ parte das gestantes ou não foi tratada ou não foi tratada adequadamente, assim como a maioria dos parceiros não foram tratados com penicilina. Estes achados mostram a importância da educação em saúde não só para as gestantes, mas também para os parceiros sexuais. Torres et al.,⁷⁵ afirmam que a instabilidade conjugal, ausência do parceiro durante as consultas de pré-natal ou relutância do parceiro em aceitar o tratamento são frequentemente mencionados pelas pacientes como os motivos para o tratamento inadequado.

Quanto aos desfechos das gestações com diagnóstico de infecção por sífilis, três (9,1%) resultaram em sífilis congênita, um (3,0%) recém-nascido apresentou baixo peso ao nascer e dois (6,0%) se mostraram assintomáticos. Houve associação estatisticamente significativa entre sífilis congênita e o número de consultas de pré-natal, o que reforça a importância do acompanhamento da gestante. No estudo de Roehrs et al.,²⁴ realizado em uma outra maternidade de Florianópolis, 5,5 % das pacientes que tiveram o tratamento da sífilis inadequado apresentaram parto prematuro, enquanto em 24,5% ocorreu o abortamento. Em contrapartida, no grupo que teve o tratamento adequado, 4,2% tiveram parto prematuro, e apenas 5,8% tiveram abortamento da gestação.

Segundo Marques dos Santos et al.,⁵⁹ existe associação significativa entre sífilis congênita e o perfil sociodemográfico das mães, como idade abaixo de 20 anos, baixa escolaridade, início precoce do pré-natal, não ter sido testada para sífilis nos três primeiros meses de gestação, e menos de seis consultas pré-natais.

No estudo de Benedetti et al.,⁴⁴ houve associação estatisticamente significativa entre história de abortamento com gestantes diagnosticadas com sífilis e complicações como o aborto também foram observadas em 14,9% de gestantes que fizeram o pré-natal, mas não fizeram testes ou não foram tratadas para sífilis. Padovani et al.,²⁸ encontraram que a prematuridade e o baixo peso ao nascer mostraram-se associados positivamente à infecção materna. Já no estudo de Torres et al.,⁷⁵ a taxa de prematuridade em virtude das gestantes com sífilis foi de 25,9% e foi encontrada associação significativamente maior de prematuridade em pacientes inadequadamente tratados. No trabalho vigente, foi encontrada associação com significância estatística entre sífilis congênita e o número de consultas de pré-natal, mais uma vez reafirmando a importância do pré-natal para a saúde materna e da criança.

A sífilis congênita e a sífilis gestacional possuem comportamento sinérgico, de forma que, um aumento na segunda pode levar ao aumento de casos da primeira e a sua dificuldade no controle.¹⁶ De acordo com o Boletim Epidemiológico de Sífilis, em 2020, Florianópolis apresentou taxa de incidência de sífilis congênita de 8,6 casos por 1.000 nascidos vivos, e taxa de detecção de sífilis em gestantes de 5,1 casos por 1.000 nascidos vivos, o que demonstra uma possível lacuna na notificação dos casos de sífilis em gestante.¹⁰

Para Lafetá et al.,⁴³ todos os RN de mães portadoras de sífilis devem ser investigados para sífilis congênita. Em casos em que a gestante realizou o tratamento adequado e completo, basta fazer o teste VDRL no RN e se o resultado for negativo, o RN deve ser acompanhado, e quando não for possível o acompanhamento, deve-se realizar o tratamento com penicilina G benzatina em dose única. Mas, se o RN apresentar resultado positivo, investigar com o VDRL,

hemograma, radiografia de ossos longos e exame do líquido, para que o tratamento seja traçado a partir dos resultados destes exames.

Quanto à via de parto, o que predominou neste trabalho foi o parto normal, o que pode estar relacionado à condição socioeconômica, porque no Brasil, essa via de parto é mais realizada em serviços públicos, em mulheres de poder socioeconômico mais baixo e com menor nível de escolaridade, enquanto a cesárea está relacionada historicamente a situação socioeconômica mais privilegiada e em hospitais privados.²⁸ O peso médio ao nascer foi adequado (3.249,1g) e a Escala de Apgar do 1º minuto foi favorável em 85,4% dos RNs, enquanto no Apgar do 5º minuto apresentou boa vitalidade para 97,0% dos recém-nascidos. No estudo de Torres et al. foi obtido resultado semelhante, como a via de parto, o peso médio adequado dos RNs e Apgar favoráveis.⁷⁵

O perfil epidemiológico das pacientes deste trabalho foi condizente com o encontrado na literatura para a região Sul do país. No presente estudo, além de ter sido identificado o perfil sociodemográfico e clínico das gestantes do HU/UFSC entre 2018 e 2019, foram identificados fatores associados à cor da pele/raça, ao tratamento adequado da sífilis com o número de consultas de pré-natal, assim como o diagnóstico de sífilis congênita com o número de consultas pré-natal.

Foi observado que a sífilis não afeta apenas um grupo de risco específico e dadas as diferenças na distribuição da população brasileira entre os diversos estados brasileiros, é fundamental as medidas de prevenção e de rastreamento da sífilis para a população geral. A qualidade do cuidado nos períodos pré-natal, nascimento e puerperal, com a realização dos testes conforme o protocolo do Ministério da Saúde, o tratamento adequado do casal associados às ações de promoção da saúde, orientação sexual e reprodutiva, são medidas que comprovadamente reduzem a doença em gestantes e diminuem a transmissão vertical.

5 CONCLUSÃO

Por intermédio deste estudo, concluiu-se que a maior parte das participantes eram brancas, tinham ensino médio completo, encontravam-se na classe social D, de acordo com o IBGE e não tinham comorbidades. A média de idade foi 27,7 anos.

Identificaram-se, como fatores para adquirir sífilis na gravidez, classe social mais baixa e etnia negra. Como fatores para inadequabilidade de tratamento e, conseqüentemente, desenvolvimento de sífilis congênita, foi identificado o número inferior a 6 consultas de pré-natal. Não foi observada, nas gestações analisadas, nenhuma anormalidade nos recém-nascidos em decorrência da infecção por sífilis.

6 PERPECTIVAS FUTURAS

Observou-se a importância da qualidade do atendimento às mulheres gestantes e às que desejam engravidar, no sentido de prevenção da aquisição da sífilis na gestação, bem como o adequado diagnóstico e tratamento para a fase da doença. Sabe-se, também, que existe grande rotatividade dos profissionais de saúde nas unidades básicas de saúde municipais, o que dificulta o trabalho de educação continuada das prefeituras municipais do estado. Para isso, será proposto um projeto de extensão, em parceria da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) com as prefeituras municipais através do Governo do Estado de Santa Catarina, para encontros bimensais, em plataformas *online*, para que sejam realizadas orientações e atualizações sobre sífilis e discussão de casos. Participarão das reuniões professores e alunos da UFSC que desejem participar do projeto, médicos e enfermeiros das unidades básicas de saúde dos municípios de Santa Catarina (APÊNDICE H).

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais. Brasília: Ministério da Saúde; 2015. [Acesso 19 may 2022]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-prevencao-da-transmissao-vertical-de-hiv>.
2. Montenegro CAB, Rezende Filho J. Rezende Obstetrícia. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde; 2015. [Acesso 19 may 2022]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-atencao-integral-pessoas-com-infecoes>.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Diretrizes para o controle da Sífilis Congênita: Manual de Bolso. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. [Acesso 20 may 2022]. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_sifilis_bolso.pdf.
5. Woff T, Shelton E, Sessions C, Miller T. Screening for Syphilis Infection in Pregnant Women: Evidence for the U. S. Preventive Services Task Force Reaffirmation Recommendation Statement. In: *Annals of Internal Medicine*; 2009; 150 (10): 710-6.
6. CDC Centers for Disease Control and Prevention. Surveillance 2006: National Profile: Syphilis. Atlanta: CDC; 2007.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Informações em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. [Acesso 19 may 2022]. Disponível em: <http://siab.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?acao=11&id=30410&tp=1>.
8. WHO. World Health Organization. Sexually Transmitted Infections (STIs): The importance of a renewed commitment to STI prevention and control in achieving global sexual and reproductive health. Geneva: WHO; 2013. [Acesso 30 may 2022]. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/82207/WHO_RHR_13.02_eng.pdf.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico Sífilis 2019. Brasília: Ministério da Saúde; 2019. [Acesso 21 may 2022]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2019/boletim-epidemiologico-sifilis-2019>.

10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico Sífilis 2020. Brasília: Ministério da Saúde; 2020. [Acesso 21 may 2022]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2020/boletim-sifilis-2020>.
11. Cheng JQ, Zhou H, Hong F et al. Syphilis screening and intervention in 500,000 pregnant women in Shenzhen, the People's Republic of China. *Sex Transm Infect.* 2007; 83: 347-50.
12. CDC Centers for Disease Control and Prevention. 2015. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines. Atlanta: CDC; 2016.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento Vigilância, Prevenção e Controle das IST, Aids e Hepatites Virais. Notícias: Novas ações estratégicas para combater a sífilis. Brasília: Ministério da Saúde; 2017. [Acesso 21 may 2022]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/noticias/novas-acoes-estrategicas-para-combater-sifilis>.
14. World Health Organization. Global health sector strategy on sexually transmitted infections, 2016-2021: Towards ending STIs. Report No.: WHO/RHR/16.09. Geneva: WHO; jun. 2016. [Acesso 14 jun 2022]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246296/WHO-RHR-16.09-eng.pdf>.
15. Majeroni BA, Ukkadam S. Screening and treatment for sexually transmitted infections in pregnancy. *Am Fam Physician.* 2007; 76: 265-70.
16. Medeiros JAR, Yamamura M, da Silva ZP, Domingues CSB, Waldman EA, Chiaravalloti-Neto F. Spatiotemporal dynamics of syphilis in pregnant women and congenital syphilis in the state of São Paulo, Brazil. *Scientific reports.* 2022;12 (1):1-13.
17. Creasy RK, Resnik R, Iams J D, et. al. *Creasy and Resnik's Maternal-Fetal Medicine: Principles and practice.* 7. ed. Elsevier Saunders: Philadelphia, 2014.
18. Magalhães M, Basto L, Areia AL, Franco S, Malheiro ME, Afonso ME, et al. Syphilis in pregnancy and congenital syphilis: reality in a Portuguese Central University Hospital. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia.* 2017; 39:265-72.
19. Dean AG, Sullivan KM, Soe MM. *OpenEpi: Open Source Epidemiologic Statistics for Public Health, Versão.* www.OpenEpi.com, atualizado 2013/04/06, acessado 2019/05/28.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. Guia de vigilância em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2017. [Acesso 21 may 2022]. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/bvsmis/?lang=pt&q=au:%22Brasil.%20Ministério%20da%20Saúde.%20Secretaria%20de%20Vigilância%20em%20Saúde.%20Coordenação%20de%20Desenvolvimento%20da%20Epidemiologia%20em%20Serviços%22>.

21. Bottura BR, Matuda L, Rodrigues PSS, Amaral CMCA, Barbosa LC. Perfil epidemiológico da sífilis gestacional e congênita no Brasil—período de 2007 a 2016. *Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo*. 2019; 69-75.
22. Brandenburger D, Ambrosino E. The impact of antenatal syphilis point of care testing on pregnancy outcomes: A systematic review. *PloS One*. 2021;16 (3): e0247649.
23. de Moraes CM, Teixeira IV, Sadok S, Endo PT, Kelner J. Syphilis Trigram: a domain-specific visualisation to combat syphilis epidemic and improve the quality of maternal and child health in Brazil. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2022; 22 (1):1-21.
24. Shahrook S, Mori R, Ochirbat T, Gomi H. Strategies of testing for syphilis during pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2014; 10: 1-28.
25. Roehrs MP, Silveira SK, Gonçalves HH, Sguario RM. Sífilis materna no Sul do Brasil: epidemiologia e estratégias para melhorar. *Femina*. 2021; 49(2):102-8.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Boletim epidemiológico de sífilis de 2021. [Acesso 14 jun 2022]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2021/boletim-epidemiologico-de-sifilis-2021>.
27. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Características Gerais dos Domicílios e dos Moradores: 2018 - 2019. [Acesso 14 jun 2022]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2101654>
28. Padovani C, de Oliveira RR, Pelloso SM. Syphilis in during pregnancy: association of maternal and perinatal characteristics in a region of southern Brazil. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2018; 26: e3019.
29. Nazário RF, e Silva HCG, Schuelter-Trevisol F, do Nascimento DZ. Casos notificados de sífilis em gestantes no estado de Santa Catarina, no período de 2010 a 2015. *Ver Assoc Med Rio Gd do Sul*. 2021; 65 (2):198-204.
30. Ongaratto F, Bomfim SB, Rossetto M. Características sociodemográficas e clínicas de uma coorte de puérperas em um hospital de Santa Catarina. *Research, Society and Development*. 2021; 10 (1): e34510111288.
31. Soares MAS, Aquino R. Associação entre as taxas de incidência de sífilis gestacional e sífilis congênita e a cobertura pré-natal no Estado da Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2021; 37 (7): e00209520.
32. Garbin CAS, Custódio LBM, Saliba Junior AO, Garbin AJI, Moimaz SAS. Sífilis na gravidez: perfil e fatores sociodemográficos associados na Região Noroeste do Estado de São Paulo. *Saud Pesq*. 2021; 14 (3):e7772.

33. Silva NC, Carvalho KB, Chaves KZ. Sífilis gestacional em uma maternidade pública no interior do Nordeste brasileiro. *Femina*. 2021; 49(1): 58-64.
34. de Araujo-Sousa RJ et al. Gestational syphilis in the low amazon mesoregion, Brazil, 2008-2018. *Arch Med (Manizales)*. 2021; 21 (1):67-76.
35. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico Sífilis 2018. Brasília: Ministério da Saúde; 2018. [Acesso 11 jun 2022]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/boletim-epidemiologico-de-sifilis-2018>.
36. Becker G. O Brasil tem provavelmente a maior miscigenação do mundo. DW Made for minds. 2019. [Acesso 05 jun 2022]. Disponível em: <https://www.dw.com/pt-br/o-brasil-%C3%A9-provavelmente-o-pa%C3%ADs-com-maior-miscigena%C3%A7%C3%A3o-do-mundo/a-51733280#:~:text=O%20caso%20do%20Brasil%2C%20no,com%20maior%20miscigena%C3%A7%C3%A3o%20no%20mundo.%E2%80%9D>.
37. Oliveira RBB, Peixoto AMCL, Cardoso MD. Sífilis em gestantes adolescentes de Pernambuco. *Adoles & Saúd*. 2019; 16(2):47-55.
38. Sousa SS, Silva YB, da Silva YML, Oliveira HFC, Castro AGS, de Araujo Filho ACA. Aspectos clínico-epidemiológicos da sífilis gestacional no Nordeste do Brasil. *Revista Ciencia Plural*. 2022; 8(1): e22522.
39. Maschio-Lima T, Machado ILL, Siqueira JPZ, Almeida MTG. Perfil epidemiológico de pacientes com sífilis congênita e gestacional em um município do Estado de São Paulo. *Rev Bras Saude Mater Infant*. 2019; 19 (4): 865-72.
40. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE divulga o rendimento domiciliar per capita 2019. [Acesso 15 jun 2022]. Disponível em: https://ftp.ibge.gov.br/Trabalho_e_Rendimento/Pesquisa_Nacional_por_Amostra_de_Domicilios_continua/Renda_domiciliar_per_capita/Renda_domiciliar_per_capita_2019.pdf.
41. Silva PS, Vieira CSA, Gomes LMX, Barbosa TLA. Gestational and congenital syphilis in a municipality in Brazil between 2014 and 2018. *DST J Bras Doenças Sex Transm*. 2020; 31(4): 112-7.
42. Magalhães M, Basto L, Areia AL, Franco S, Malheiro ME, Afonso ME, et al. Syphilis in Pregnancy and Congenital Syphilis: Reality in a Portuguese Central University Hospital. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2017; 39:265-72.
43. Lafetá KGR, Martielli Juior H, Silveira MF, Paranaíba LMR. Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle. *Rev Bras Epidemiol*. 2016; 19(1):63-74.

44. Benedetti CSV, Ribeiro ADC, Queiroz JHFS, Melo ABD, Batista RB, Delgado FM et al. High prevalence of syphilis and inadequate prenatal care in Brazilian pregnant women: a cross-sectional study. *Am J Trop Med Hyg.* 2019; 101 (4): 761-766.
45. Benzaken AS, Pereira GFM, Cunha ARC, de Souza FMA, Saraceni V. Adequacy of prenatal care, diagnosis and treatment of syphilis in pregnancy: a study with open data from Brazilian state capitals. *Cad de saude publica.* 2019; 36 (1): e00057219.
46. Salvato MA, Ferreira PCG, Duarte AJM. O impacto da escolaridade sobre a distribuição de renda. *Est Econ.* 2010; 40(4):753-91.
47. Santos JAF. Desigualdade racial de saúde e contexto de classe no Brasil. *Rev Ciências Sociais.* 2011; 54(1): 5-40.
48. Gomes NS, Prates LA, Wilhelm LA, Lipinski JM, Velozo KDS, Pilger C et al. "Só sei que é uma doença" conhecimento de gestante sobre sífilis. *Rev Bras Promoç Saúde.* 2021; 34: 10964.
49. Nascimento ECG, Cavalcanti MAF, Alchieri JC. Adesão ao uso da camisinha: a realidade comportamental no interior do nordeste do Brasil. *Rev Salud Pública.* 2017; 19 (1): 39-44.
50. Barbosa KF, Batista AP, Nacife MBPSL, Vianna VN, Oliveira WW, Machado EL, et al. Factors associated with non-use of condoms and prevalence of HIV, viral hepatitis B and C and syphilis: a cross-sectional study in rural communities in Ouro Preto, Minas Gerais, Brazil, 2014-2016. *Epidemiol Serv Saúde.* 2019; 28(2): e2018408.
51. Dourado I, MacCarthy S, Reddy M et al. Revisitando o uso do preservativo no Brasil. *Rev Bras Epidemiol.* 2015; 18(suppl 1): 63-88.
52. Costa JS, de Vasconcelos PRSS, de Carvalho HEF, Julião MAS, Sá MIMR, Monte NL. O conhecimento de gestantes com diagnóstico de sífilis sobre a doença. *Rev Interd.* 2016; 9(2): 79-89.
53. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. [Acesso 15 jun 2022]. Disponível em: Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MTIwOQ>.
54. de Souza JM, Giufrida R, Ramos APM, Morceli G, Coelho CH, Rodrigues MVP. Mother-to-child transmission and gestational syphilis: Spatial-temporal epidemiology and demographics in a Brazilian region. *PloS Negl Trop Dis.* 2019; 13 (2): e0007122.
55. Roncalli AG, Rosendo TMSS, dos Santos MM, Lopes AKB, de Lima KC. Efeito da cobertura de testes rápidos na atenção básica sobre a sífilis em gestantes no Brasil. *Rev Saude Publica.* 2021; 55:94.

56. Domingues RMSM, Szwarcwald CL, Souza Junior PRB, Leal MC. Prevalência de sífilis na gestação e testagem pré-natal: Estudo Nascer no Brasil. *Rev Saude Publica*. 2014; 48: 766-774.
57. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Nota Técnica DIVEP nº 02/2018, de 5 de março de 2018. Acesso 22 may 2022]. Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2018/08/notaTecnica-SifilisDIVEP-02_2018.pdf.
58. Nascimento DSF, Silva RC, Tártari DO, Cardoso EK. Relato da dificuldade na implementação de teste rápido para detecção de sífilis em gestantes na Atenção Básica do SUS em um município do Sul do Brasil. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2018;13(40):1-8.
59. dos Santos MM, Lopes AKB, Roncalli, AG, de Lima KC. Trends of syphilis in Brazil: a growth portrait of the treponemic epidemic. *PloS One*. 2020; 15 (4): e0231029.
60. Lazarini FM, Barbosa DA. Intervenção educacional na Atenção Básica para prevenção da sífilis congênita. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2017; 25: e2845.
61. Adhikari EH. Syphilis in pregnancy. *Obstet Gynecol*. 2020; 135 (5): 1121-1135.
62. Tsai S, Sun MY, Kuller JA, Rhee EHJ, Dotters-Katz S. Syphilis in pregnancy. *Obstet Gynecol Surv*. 2019; 74 (9): 557-564.
63. Nunes PS, Zara ALSA, Rocha DFNC, Marinho TA, Mandacarú PMP, Turchi MD. Sífilis gestacional e congênita e sua relação com a cobertura da Estratégia de Saúde da Família, Goiás, 2007-2014: um estudo ecológico. *Epidemiol Serv Saúde*. 2018; 27 (4): e2018127.
64. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Nota informativa Nº2 SEI/2017-DIAHV/SMS/MS - Altera os Critérios de Definição de Casos para Notificação de Sífilis Adquirida, Sífilis em Gestantes e Sífilis Congênita. Brasília: Ministério da Saúde; 2017. [Acesso 21 may 2022]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/legislacao/nota-informativa-no-02-sei2017-diahvsms>.
65. Conceição HN, Câmara JT, Pereira BM. Análise epidemiológica e espacial dos casos de sífilis gestacional e congênita. *Saúde Debate*. 2019; 43 (123): 1145-58.
66. Galatoire PSA, Rosso JA, Sakae TM. Incidência de sífilis congênita nos estados do Brasil no período de 2007 a 2009. *Arq Catarin Med*. 2012; 41(2): 26-32.
67. Menezes MLB, Marques CAS, Leal TMA, Melo MC, Lima PR. Neurosífilis congênita: ainda um grave problema de saúde pública. *DST-J Bras Doenças Sex Transm*. 2007;19(3-4):134-8.
68. Carvalho, ISB, de Brito RS. Sífilis congênita no Rio Grande do Norte. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2014; 23 (2): 287-94.

69. Campos ALA, Araújo MAL, de Melo SP, Andrade RFV, Gonçalves MLC. Sífilis em parturientes: aspectos relacionados ao parceiro sexual. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2012; 34 (9): 397-402.
70. Guanabara MAO, Leite-Araújo MA, Matsue RY, de Barros VL, Oliveira FA. Acesso de gestantes às tecnologias para prevenção e controle da sífilis congênita em Fortaleza-Ceará, Brasil. *Rev Salud Publica.* 2017; 19: 73-8.
71. Lima VC, Mororó RM, Martins MA, Ribeiro SM, Linhares MSC. Perfil epidemiológico dos casos de sífilis congênita em um município de médio porte no nordeste brasileiro. *J Health Biol Sci.* 2017; 4: 56-61.
72. Rodrigues IM, Ribeiro MA, Albuquerque IMN, Lima DS, Dias LKS, Aguiar NLT. Perfil e distribuição espacial da sífilis congênita em Sobral-CE no período de 2007 a 2013. *Ciênc Saúde.* 2018; 11: 70-6.
73. WHO. World Health Organization. Shortages of benzathine penicillin. How big is this problem? And why it matters. 2017. [Acesso 20 may 2022]. Disponível em: <https://www.who.int/news/item/26-12-2017-shortages-of-benzathine-penicillin.-how-big-is-the-problem-and-why-it-matters>.
74. Nonato SM, Melo APS, Guimarães MDC. Sífilis na gestação e fatores associados à sífilis congênita em Belo Horizonte-MG, 2010-2013. *Epidemiol Serv Saúde.* 2015; 24 (4): 681-94.
75. Torres RG, Mendonça ALN, Montes GC, Manzan JJ, Ribeiro JU, Paschoini MC. Syphilis in pregnancy: the reality in a public hospital. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2019; 41: 90-96.

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

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você é convidada a participar, como voluntária, em uma pesquisa chamada “Sífilis adquirida na gravidez e repercussões fetais”. Essa pesquisa está associada ao projeto de Tese de Doutorado da aluna Karoline Bunn Borba, sob orientação da Dra. Rosemeri Maurici da Silva, do Programa de Pós Graduação em Ciências Médicas da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Tem como objetivo identificar fatores de risco relacionados à aquisição de sífilis durante a gravidez, bem como as possíveis repercussões ao feto por causa da infecção.

No período de dois anos, as pacientes (como você) que internarem na Maternidade do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago (HU/UFSC) para o parto ou se tiverem abortamento serão convidadas a participar do estudo. Será realizada uma entrevista inicial com perguntas relacionadas seu perfil demográfico e socioeconômico. Em seguida, informações relacionadas ao seu pré-natal serão coletadas através das anotações feitas na caderneta de pré-natal. Após o nascimento do seu filho, informações sobre o parto e sobre a avaliação do recém-nascido serão coletadas através do prontuário. Todas as entrevistas serão conduzidas nas dependências do HU/UFSC. A entrevista será realizada pelo médico plantonista da Maternidade e a pesquisadora, Karoline Bunn Borba, será acionada sempre que for necessário.

Os benefícios e vantagens em participar dessa pesquisa serão auxiliar os pesquisadores a avaliarem o perfil das pacientes atendidas na Maternidade do HU/UFSC, bem como desenvolver políticas públicas que reduzam a incidência de sífilis durante a gestação e de sífilis congênita. Para isso, além da Tese de Doutorado, serão publicados trabalhos para mais pessoas tenham acesso aos resultados da pesquisa.

Em caso de necessidade, a senhora receberá o tratamento para a doença e o encaminhamento para outras especialidades durante a internação. Dificilmente a senhora terá desconfortos durante a entrevista. Caso apresente sintomas relacionados ao diagnóstico recente, como tristeza, ansiedade, distúrbios emocionais, a senhora terá o suporte do médico obstetra de plantão acompanhado pelos demais profissionais de saúde da Maternidade, como enfermeiros, técnicos de enfermagem, psicólogo e assistente social. A entrevista não apresenta riscos além daqueles associados a uma consulta médica de rotina.

Durante todo o período da pesquisa, você terá o direito a esclarecimento de dúvidas, bastando para isso entrar em contato com as pesquisadoras ou com o Conselho de Ética em

Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH). Você terá garantido o direito de não aceitar participar ou de retirar sua permissão a qualquer momento, sem nenhum tipo de penalização por sua decisão. Caso haja alguma despesa comprovadamente decorrente da pesquisa, garantimos ressarcimento do valor gasto. Participantes que sofrerem danos decorrentes da entrevista e da pesquisa terão direito a buscar assistência e indenização.

As informações dessa pesquisa serão confidenciais, sendo divulgadas apenas em eventos ou em publicações científicas, não havendo identificação dos participantes (a não ser entre as pesquisadoras) e sendo assegurado o sigilo sobre sua participação.

Não há colaboração financeira interna ou externa para a realização dessa pesquisa, bem como não há fim lucrativo. A legislação brasileira não permite que a senhora tenha qualquer compensação financeira pela participação. A pesquisadora, que também assina este documento, compromete-se a conduzir a pesquisa de acordo com o que preconiza a Resolução 466/12 de 12/06/2012, que trata dos preceitos éticos e da proteção aos participantes da pesquisa.

Agradecemos a sua participação e colaboração.

Profa. Dra. Rosemeri Maurici da Silva (e-mail: rosemaurici@gmail.com)

Karoline Bunn Borba (e-mail: karolbunn@gmail.com)

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), HU/UFSC, Campus Universitário, Trindade, Florianópolis, Santa Catarina (SC) – CEP 88040-970.

Telefone: +55 (48) 3721-2041; +55 (48) 98415-6508.

Se a senhora tiver alguma dúvida ou consideração sobre a ética desta pesquisa, entre em contato com o CEPSH da UFSC.

Endereço: Rua Desembargador Vitor Lima, nº 222, Prédio da Reitoria II, 4º andar, sala 401, Trindade, Florianópolis, SC.

Telefone: +55 (48) 3721-6094.

CONSENTIMENTO EM PARTICIPAR

Declaro que fui informada sobre todos os procedimentos da pesquisa, que recebi de forma clara e objetiva todas as explicações pertinentes ao estudo e que todos os meus dados coletados serão sigilosos. Tive tempo para tomar a decisão, bem como chance de fazer questionamentos sobre o estudo. Minhas dúvidas foram esclarecidas. Estou ciente de que posso interromper a participação no estudo a qualquer momento.

Nome da participante por extenso:

Assinatura da participante ou do responsável pela internação:

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura da pesquisadora:

Data: ____ / ____ / ____

Nota: O presente Termo terá duas vias, uma ficará à guarda dos pesquisadores e a outra via será da posse da própria participante da pesquisa.

**APÊNDICE B – TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(TALE)**

TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você é convidada a participar, como voluntária, em uma pesquisa chamada “Sífilis adquirida na gravidez e repercussões fetais”. Essa pesquisa está associada ao projeto de Tese de Doutorado da aluna Karoline Bunn Borba, sob orientação da Dra. Rosemeri Maurici da Silva, do Programa de Pós Graduação em Ciências Médicas da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Tem como objetivo identificar fatores de risco relacionados à aquisição de sífilis durante a gravidez, bem como as possíveis repercussões ao feto por causa da infecção.

No período de dois anos, as pacientes (como você) que internarem na Maternidade do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago (HU/UFSC) para o parto ou se tiverem abortamento serão convidadas a participar do estudo. Será realizada uma entrevista inicial com perguntas relacionadas seu perfil demográfico e socioeconômico. Em seguida, informações relacionadas ao seu pré-natal serão coletadas através das anotações feitas na caderneta de pré-natal. Após o nascimento do seu filho, informações sobre o parto e sobre a avaliação do recém-nascido serão coletadas através do prontuário. Todas as entrevistas serão conduzidas nas dependências do HU/UFSC. A entrevista será realizada pelo médico plantonista da Maternidade e a pesquisadora, Karoline Bunn Borba, será acionada sempre que for necessário.

Os benefícios e vantagens em participar dessa pesquisa serão auxiliar os pesquisadores a avaliarem o perfil das pacientes atendidas na Maternidade do HU/UFSC, bem como desenvolver políticas públicas que reduzam a incidência de sífilis durante a gestação e de sífilis congênita. Para isso, além da Tese de Doutorado, serão publicados trabalhos para mais pessoas tenham acesso aos resultados da pesquisa.

Em caso de necessidade, a senhora receberá o tratamento para a doença e o encaminhamento para outras especialidades durante a internação. Dificilmente a senhora terá desconfortos durante a entrevista. Caso apresente sintomas relacionados ao diagnóstico recente, como tristeza, ansiedade, distúrbios emocionais, a senhora terá o suporte do médico obstetra de plantão acompanhado pelos demais profissionais de saúde da Maternidade, como enfermeiros, técnicos de enfermagem, psicólogo e assistente social. A entrevista não apresenta riscos além daqueles associados a uma consulta médica de rotina.

Durante todo o período da pesquisa, você terá o direito a esclarecimento de dúvidas, bastando para isso entrar em contato com as pesquisadoras ou com o Conselho de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH). Você terá garantido o direito de não aceitar participar ou de retirar sua permissão a qualquer momento, sem nenhum tipo de penalização por sua decisão. Caso haja alguma despesa comprovadamente decorrente da pesquisa, garantimos ressarcimento do valor gasto. Participantes que sofrerem danos decorrentes da entrevista e da pesquisa terão direito a buscar assistência e indenização.

As informações dessa pesquisa serão confidenciais, sendo divulgadas apenas em eventos ou em publicações científicas, não havendo identificação dos participantes (a não ser entre as pesquisadoras) e sendo assegurado o sigilo sobre sua participação.

Não há colaboração financeira interna ou externa para a realização dessa pesquisa, bem como não há fim lucrativo. A legislação brasileira não permite que a senhora tenha qualquer compensação financeira pela participação. A pesquisadora, que também assina este documento, compromete-se a conduzir a pesquisa de acordo com o que preconiza a Resolução 466/12 de 12/06/2012, que trata dos preceitos éticos e da proteção aos participantes da pesquisa.

Agradecemos a sua participação e colaboração.

Profa. Dra. Rosemeri Maurici da Silva (e-mail: rosemaurici@gmail.com)

Karoline Bunn Borba (e-mail: karolbunn@gmail.com)

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), HU/UFSC, Campus Universitário, Trindade, Florianópolis, Santa Catarina (SC) – CEP 88040-970.

Telefone: +55 (48) 3721-2041; +55 (48) 98415-6508.

Se a senhora tiver alguma dúvida ou consideração sobre a ética desta pesquisa, entre em contato com o CEPSH da UFSC.

Endereço: Rua Desembargador Vitor Lima, nº 222, Prédio da Reitoria II, 4º andar, sala 401, Trindade, Florianópolis, SC.

Telefone: +55 (48) 3721-6094.

ASSENTIMENTO EM PARTICIPAR

Declaro que fui informada sobre todos os procedimentos da pesquisa, que recebi de forma clara e objetiva todas as explicações pertinentes ao estudo e que todos os meus dados coletados serão sigilosos. Tive tempo para tomar a decisão, bem como chance de fazer questionamentos sobre

o estudo. Minhas dúvidas foram esclarecidas. Estou ciente de que posso interromper a participação no estudo a qualquer momento.

Nome da participante por extenso:

Assinatura da participante ou do responsável pela internação:

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura da pesquisadora:

Data: ____ / ____ / ____

Nota: O presente Termo terá duas vias, uma ficará à guarda dos pesquisadores e a outra via será da posse da própria participante da pesquisa.

APÊNDICE C - FORMULÁRIO DE ADMISSÃO DA GESTANTE NA COORTE

Questionário n°: _____

Qual a sua idade? _____

Qual a sua etnia auto afirmada? _____

Até que série estudou (completa)? _____

Qual a renda familiar total da casa? _____

Qual a sua profissão? _____

Quantos parceiros sexuais você já teve? _____

APÊNDICE D - INFORMAÇÕES DO PRÉ-NATAL

Questionário n°: _____

Data: ____/____/____ - TR sífilis=

- TR HIV=

- TR Hepatite B=

- TR Hepatite C=

Data: ____/____/____ - TR sífilis=

- TR HIV=

- TR Hepatite B=

- TR Hepatite C=

Data: ____/____/____ - TR sífilis=

- TR HIV=

- TR Hepatite B=

- TR Hepatite C=

Data da internação: ____/____/____ - TR sífilis (admissão hospitalar)=

Número de consultas de pré-natal=

Comorbidades da paciente =

A paciente teve internações anteriores nessa gestação? (Sim) (Não)

Se sim, por qual motivo? =

Qual o motivo da internação atual? =

Idade gestacional=

APÊNDICE E - PARA PACIENTES COM E SEM SÍFILIS

Questionário n°: _____

Via de parto=

Se cesariana, qual a indicação? =

Intercorrências obstétricas=

Peso fetal ao nascimento=

Apgar=

Capurro somático=

Anormalidades fetais não relacionadas à sífilis congênita=

**APÊNDICE F - TITULAÇÕES DE VDRL E INFORMAÇÕES CLÍNICAS DA
GESTANTE COM SÍFILIS**

Questionário nº: _____

Datas do tratamento: _____, _____ e _____

Data: ___ / ___ / ___ VDRL=

Data: ___ / ___ / ___ VDRL=

Data: ___ / ___ / ___ VDRL=

Data: ___ / ___ / ___ VDRL=

Data: ___ / ___ / ___ VDRL=

Data: ___ / ___ / ___ VDRL=

Data: ___ / ___ / ___ VDRL=

Data: ___ / ___ / ___ VDRL=

Data: ___ / ___ / ___ VDRL=

Sintomatologia da paciente ao diagnóstico:

Sintoma	Marcar quando positivo	Observações
Assintomática		
Úlceras genitais		
Linfonodomegalias		
Lesões cutâneo-mucosas		
Acometimento ocular		
Acometimento hepático		
Acometimento neurológico		
Acometimento cardiovascular		
Acometimento ósseo		

**APÊNDICE G: INFORMAÇÕES SOBRE O RECÉM-NASCIDO DE
GESTANTES COM SÍFILIS**

Questionário nº: _____

VDRL do RN=

Informações clínicas do RN ao nascimento:

Informação	Marcar quando positivo	Observações
Assintomático		
Prematuridade		
Baixo peso ao nascimento		Peso=
Hepatomegalia		
Esplenomegalia		
Acometimento cutâneo		
Acometimento respiratório		
Acometimento ósseo		
Rinite serosanguinolenta		
Anemia		
Linfadenopatia generalizada		
Fissura peribucal		
Síndrome nefrótica		
Hidropsia		
Edema		
Convulsão		
Meningite		

**APÊNDICE H: PROJETO DE EXTENSÃO PARA REDUÇÃO DA
PREVALÊNCIA DE SÍFILIS EM GESTANTES E ERRADICAÇÃO DA SÍFILIS
CONGÊNITA NO ESTADO DE SANTA CATARINA.**



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

Karoline Bunn Borba

**Projeto de extensão para redução da prevalência de sífilis em gestantes e erradicação da
sífilis congênita no estado de Santa Catarina.**

Florianópolis

2022

1. TÍTULO

Projeto de extensão para redução da prevalência de sífilis em gestantes e erradicação da sífilis congênita no estado de Santa Catarina.

2. ÁREA TEMÁTICA

Educação e Saúde.

3. COORDENADOR

Professora Karoline Bunn Borba.

4. EQUIPE TÉCNICA

Poderão participar do projeto:

- Professores da Universidade Federal de Santa Catarina;
- Alunos da Universidade Federal de Santa Catarina, sob supervisão dos professores;
- Alunos de outras Instituições de Ensino Superior, caso as vagas de alunos participantes não sejam preenchidas por alunos da UFSC;
- Médicos e enfermeiros das unidades básicas de saúde dos municípios de Santa Catarina;
- Representante da Secretaria de Saúde do Governo do Estado de Santa Catarina (SES/SC).

5. DEPARTAMENTO OU SETOR

Departamento de Ginecologia e Obstetrícia (DTO/CCS).

6. INSTITUIÇÕES PARCEIRAS

Secretaria de Saúde do Governo do Estado de Santa Catarina.

7. NÚMERO ESTIMADO DE PARTICIPANTES

O número estimado de participantes é:

- 3 professores;
- 3 alunos;
- 1 representante da SES/SC;
- 5000 profissionais da saúde.

8. LOCAL (IS) DE REALIZAÇÃO

As atividades serão realizadas através de plataforma on-line, para que os participantes não necessitem realizar deslocamentos físico para os encontros.

9. PERÍODO

Dois anos, podendo ser prorrogado o tempo conforme a necessidade. Data de início: 01/02/2023. Data de término: 31/01/2025. Três meses antes do término do prazo, será avaliada a possibilidade e necessidade de prorrogação do prazo.

10. RESUMO DA PROPOSTA

A proposta consiste em promover a interação entre a UFSC e os profissionais de saúde das unidades de saúde de Santa Catarina. Os municípios de SC serão divididos em grupos. Cada grupo terá uma reunião de atualização e discussão de casos a cada 3 meses, para que sejam repassadas as normativas da Rede Cegonha relacionadas à prevenção, diagnóstico e tratamento da sífilis e discussão de casos que os colegas tenham dúvidas.

As reuniões serão coordenadas pelo professor e auxiliadas pelos alunos envolvidos. Os alunos poderão ser substituídos no decorrer do processo, assim como os profissionais de saúde, caso haja necessidade.

Dados relacionados à aquisição de sífilis na gestação e incidência de sífilis congênita serão verificados através da plataforma DATASUS de dados secundários, para observar o impacto do projeto no estado de Santa Catarina.

11. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A sífilis consiste em infecção de caráter sistêmico, curável e exclusiva do ser humano, causada por bactéria Gram negativa, do grupo das espiroquetas, denominada *Treponema pallidum*, descoberta em 1905 (MS, 2015; MONTENEGRO et al, 2010). O período de incubação é de 21 a 30 dias, podendo variar de 10 a 90 dias, a depender do número e da virulência das bactérias, bem como da resposta imunológica do hospedeiro (MONTENEGRO et al, 2010). A sífilis congênita é doença de notificação compulsória desde 1986; a sífilis em gestantes, desde 2005; e a sífilis adquirida, desde 2010 (MS, 2015; MS, 2015; MS, 2006).

As taxas de sífilis em mulheres têm aumentado desde 2004 (WOLLF et al, 2009; CDC, 2007). De acordo com o DATASUS, base de dados de doenças de notificação compulsória no Brasil, entre 2010 e 2013 foram notificados 48.692 casos de sífilis em gestantes em todo o território nacional e 5.248 casos de sífilis congênita (MS, 2013).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) (2013), a sífilis na gravidez ocasiona 300.000 mortes fetais e neonatais ao ano e coloca 215.000 recém-nascidos sob o risco de morte prematura, baixo peso ao nascer ou sífilis congênita (MS, 2015; WHO, 2013).

Com o objetivo de assegurar a todas as mulheres um acompanhamento pré-natal adequado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), em 2011 foi instituída a Rede Cegonha. Dentre suas ações, encontram-se a prevenção e o tratamento das infecções sexualmente transmissíveis (IST), com a disponibilização dos testes rápidos (TR) nas unidades de saúde (MS, 2015; MS, 2006). A implementação do rastreamento de sífilis na gestação reduz o risco de sífilis congênita (WOLLF et al, 2009; CHENG et al, 2007; CDC, 2015), por possibilitar à mulher tratar-se e não transmitir a infecção para o feto.

O diagnóstico e o tratamento da sífilis gestacional devem ser realizados no estágio inicial da gravidez, na atenção básica. Nos últimos anos, houve aumento na cobertura populacional, em virtude do aumento no número de equipes e de testes rápidos, o que acarretou na melhoria de indicadores, como a redução da sífilis congênita, da mortalidade infantil e outros desfechos adversos (BRANDENBURGER; AMBROSINO, 2021; MEDEIROS et al., 2022).

No entanto, a eficácia destas estratégias depende da boa organização dos sistemas de saúde, o que não é comum nos países em desenvolvimento. No Brasil, embora o Ministério da Saúde disponibilize estes testes no pré-natal em unidades de atenção básica, parece que o uso destes testes ainda não está completamente inserido na prática de saúde. No estudo de Roncalli et al. (2021), foi identificado que o número de testes rápidos realizados foi quase oito vezes menor que o número mínimo para uma única testagem por nascido vivo estabelecido pelo protocolo (RONCALLI, 2021). De acordo com o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica, essa oferta de teste rápido de sífilis é crescente, mas a utilização e a cobertura nas unidades de saúde ainda não são satisfatórias, (MS, 2018).

Em 2018 foi publicado um relato de enfermeiros de Tubarão/SC sobre as dificuldades de implementação dos testes rápidos na Atenção Básica do SUS. De acordo com o estudo, as maiores dificuldades encontradas foram insuficiência de infraestrutura e de recursos humanos, sobrecarga de trabalho e dificuldade na elaboração de um fluxo de trabalho adequado (NASCIMENTO, 2018). Portanto, há desafios que devem ser enfrentados, particularmente em municípios com recursos limitados, como o fornecimento regular de kits de teste, além da

adesão dos profissionais da saúde locais e o fornecimento do tratamento adequado (MARQUES DOS SANTOS, 2020; BRANDENBURGER; AMBROSINO, 2021). O estudo de Lazarini e Barbosa (2017), apontou que 92,2% dos profissionais não sabiam o procedimento correto quando o VDRL apresentou resultado positivo, o que pode causar a subnotificação da sífilis gestacional.

Por isso, além da necessidade da ampliação do acesso às consultas de pré-natal e ao diagnóstico precoce da sífilis ainda no primeiro trimestre de gestação, esta ampliação requer não só programas de educação em saúde voltados para as gestantes, como também a educação continuada voltada para os profissionais, ampliando o conhecimento sobre as infecções sexualmente transmissíveis (IST), os procedimentos preconizados e a adequada intervenção quando estas doenças são diagnosticadas. Neste sentido, Lazarini e Barbosa (2017), realizaram em Londrina (PR), uma intervenção educativa com 102 profissionais de saúde, o que promoveu resultados satisfatórios na detecção precoce da sífilis em gestantes e a redução da taxa de transmissão vertical.

12. OBJETIVOS

Reduzir a taxa de detecção de sífilis em gestantes em Santa Catarina.

Erradicar a sífilis congênita em Santa Catarina.

13. JUSTIFICATIVA

A sífilis é doença curável e exclusiva do ser humano. Percebe-se que uma das grandes dificuldades para a redução da prevalência na gravidez é a falta de compreensão das mulheres sobre os riscos e prevenção adequada, compreendendo a educação social em saúde, bem como os riscos fetais quando não adequadamente tratada.

A qualidade do atendimento pré-natal, tanto no que diz respeito às orientações dadas às pacientes, quanto ao correto diagnóstico e tratamento, estão relacionadas ao desenvolvimento de sífilis congênita.

Com este projeto, também haverá a oportunidade de os professores e alunos promoverem relação com a sociedade, através da educação continuada dos profissionais que executam o atendimento pré-natal nas unidades básicas de saúde.

“A primeira diretriz do Plano Nacional de Extensão diz respeito à indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão, ela ‘reafirma a Extensão Universitária como processo

acadêmico’. Nessa perspectiva, o suposto é que as ações de extensão adquirem maior efetividade se estiverem vinculadas ao processo de formação de pessoas (Ensino) e de geração de conhecimento (Pesquisa). No que se refere à relação Extensão e Ensino a diretriz de indissociabilidade coloca o estudante como protagonista de sua formação técnica [...]. Na relação entre Extensão e Pesquisa, abrem-se múltiplas possibilidades de articulação entre a Universidade e a sociedade”. (Política Nacional de Extensão Universitária/ elaborada pelo Fórum de Pró-Reitores de Extensão das Instituições de Educação Superior Públicas Brasileiras, p. 49-50)”.

14. METODOLOGIA

Os professores e alunos envolvidos no projeto realizarão, a cada 20 dias, uma reunião de aproximadamente 90 minutos com um dos grupos. Portanto, a cada 3 meses, os grupos voltarão a se reunir. Nesse intervalo, os profissionais poderão enviar por e-mail casos que surjam durante o intervalo, para que os alunos respondam sob supervisão dos professores semanalmente.

A abordagem inicial e resumida de como abordar a sífilis na primeira consulta de pré-natal, como diagnosticar, quando fazer o teste rápido e como proceder e acompanhar nos casos em que seja realizado o diagnóstico de sífilis será feita e atualizada em todas as reuniões, uma vez que novos profissionais podem iniciar a participação nos grupos, ou pode haver esquecimento dos conhecimentos passados na reunião anterior. Após, serão trazidos para debate os principais casos enviados por e-mail (sífilisnao.sc@gmail.com).

15. RESULTADOS ESPERADOS

A cada 18 meses de projeto, será avaliado se houve mudança na taxa de detecção de sífilis em gestantes e se houve redução da incidência de sífilis congênita. Espera-se que haja redução considerável, principalmente da incidência de sífilis congênita.

16. CRONOGRAMA

Revisão bibliográfica	junho 2022 a dezembro 2025
Aprovação do projeto	agosto 2022 a outubro 2022
Aprovação de fonte de fomento	agosto 2022 a dezembro 2022

Processo seletivo de alunos bolsistas	novembro 2022 a dezembro 2022
Reuniões com profissionais da saúde	fevereiro 2023 a janeiro 2025
Primeira avaliação dos resultados do projeto	agosto 2024 a setembro 2024
Avaliação sobre prorrogação do projeto	novembro 2024
Entrega do relatório final dos primeiros 2 anos de projeto	fevereiro 2025

REFERÊNCIAS

- BRANDENBURGER, Dana; AMBROSINO, Elena. The impact of antenatal syphilis point of care testing on pregnancy outcomes: A systematic review. **PloS one**, v. 16, n. 3, p. e0247649, 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Diretrizes para o controle da Sífilis Congênita: Manual de Bolso**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). **Informações em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- CDC Centers for Disease Control and Prevention. **Surveillance 2006: National Profile: Syphilis**. Atlanta: CDC, 2007.
- CDC Centers for Disease Control and Prevention. **2015 Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines**. Atlanta: CDC, 2016.
- CHENG, J. Q.; ZHOU, H.; HONG, F. C. et al. Syphilis screening and intervention in 500,000 pregnant women in Shenzhen, the People's Republic of China. **Sex Transm Infect.** n. 83. p. 347-50; 2007.

LAZARINI, Flaviane Mello; BARBOSA, Dulce Aparecida. Intervenção educacional na Atenção Básica para prevenção da sífilis congênita. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 25, 2017.

MARQUES DOS SANTOS, Marquiony et al. Trends of syphilis in Brazil: a growth portrait of the treponemic epidemic. **Plos one**, v. 15, n. 4, p. e0231029, 2020.

MONTENEGRO, C. A. B.; REZENDE FILHO, J. **Rezende Obstetrícia**. 11. ed. Guanabara Koogan: Rio de Janeiro, 2010.

WOLFF, T.; SHELTON, E.; SESSIONS, C.; MILLER, T. Screening for Syphilis Infection in Pregnant Women: Evidence for the U. S. Preventive Services Task Force Reaffirmation Recommendation Statement. **Annals of Internal Medicine**. n. 150. v. 10. p. 710-6; 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Sexually Transmitted Infections (STIs):** The importance of a renewed commitment to STI prevention and control in achieving global sexual and reproductive health. Geneva: WHO, 2013.

ANEXO A - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA EM SERES HUMANOS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SÍFILIS ADQUIRIDA NA GRAVIDEZ E REPERCUSSÕES FETAIS

Pesquisador: Rosemeri Maurici da Silva

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 90848618.7.0000.0121

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.825.269

Apresentação do Projeto:

Projeto de doutorado de Karoline Bunn Borba sob orientação de Rosemeri Maurici da Silva, do Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas/UFSC. Estudo de coorte, com 3000 participantes. Critérios de inclusão: Pacientes com termo de consentimento livre e esclarecido assinado, pacientes com diagnóstico de gestação, pacientes com diagnóstico de abortamento. Critérios de exclusão: Pacientes com estado clínico que impeça a realização da entrevista, como deficiências mentais. Intervenções: serão coletados dados relacionados à idade, gênero, etnia, escolaridade, renda familiar, resultado dos testes rápidos realizados na internação, questionário estruturado a ser respondido pela própria paciente ou pelo acompanhante. Outros dados a serem coletados: resultados de exames de pré-natal, número de consultas, internações anteriores (e motivos), indicação da internação atual, resultado dos exames para sífilis, comorbidades, informações sobre exames de sífilis durante a gestação. Após o nascimento, serão coletadas informações de todas as participantes sobre via de parto, intercorrências do nascimento, peso fetal, Apgar, Capurro somático e avaliação de anormalidades fetais. As informações de consultas de pré-natal, bem como dos exames, serão coletadas dos registros encontrados nos cartões de pré-natal, nos dados de exames anotados nas evoluções médicas da admissão hospitalar.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Identificar fatores de risco relacionados à aquisição de sífilis durante a gestação. Objetivo Secundário: • Conhecer o perfil demográfico e socioeconômico das gestantes; • Avaliar a

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401

Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400

UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS

Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 2.825.269

efetividade do tratamento para sífilis durante a gestação;• Identificar fatores de risco das pacientes com sífilis para desenvolvimento de sífilis congênita; e• Avaliar repercussões fetais em pacientes que adquiriram sífilis durante a gestação.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Análise adequada dos riscos e benefícios.

Riscos: A entrevista não apresenta riscos além daqueles associados a uma consulta médica de rotina. Eventualmente a paciente poderá ter reações como tristeza e ansiedade, e terá o suporte do médico obstetra de plantão acompanhado pelos demais profissionais de saúde da Maternidade, como enfermeiros, técnicos de enfermagem, psicólogo e assistente social.

Benefícios: Os benefícios e vantagens em participar dessa pesquisa serão auxiliar os pesquisadores a avaliarem o perfil das pacientes atendidas na Maternidade do HU/UFSC, bem como desenvolver políticas públicas que reduzam a incidência de sífilis durante a gestação e de sífilis congênita.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Sem comentários adicionais.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de rosto assinada pela pesquisadora responsável e coordenador do Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas/UFSC. Declaração da Superintende do HU autorizando a pesquisa nos termos da resolução 466/12. Cronograma, informando que a coleta de dados se dará após aprovação pelo CEPESH/UFSC. Orçamento, informando que as despesas serão custeadas pelos pesquisadores. Questionário a ser aplicado aos participantes. TCLE e TALE atendem as exigências da resolução 466/12.

Recomendações:

Substituir no TALE e no TCLE a nome "Conselho de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH)", por Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH).

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 2.825.269

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1146510.pdf	13/07/2018 07:59:32		Aceito
Outros	Carta_Resposta.docx	13/07/2018 07:57:49	Rosemeri Maurici da Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_projeto.docx	13/07/2018 07:56:57	Rosemeri Maurici da Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TALE_projeto.docx	13/07/2018 07:56:39	Rosemeri Maurici da Silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_sifilis.docx	13/07/2018 07:55:04	Rosemeri Maurici da Silva	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	decla_inst.pdf	29/05/2018 10:23:29	Rosemeri Maurici da Silva	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	29/05/2018 10:12:35	Rosemeri Maurici da Silva	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:


Não

FLORIANOPOLIS, 16 de Agosto de 2018

Assinado por:
Nelson Canzian da Silva
(Coordenador)

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

ANEXO B - CADERNETA PRÉ-NATAL DO MINISTÉRIO DA SAÚDE



FICHA PERINATAL – Ambulatório

Unidade

Nome Como quer ser chamada

Endereço Cidade

Idade	<input type="radio"/> ≤18 anos <input type="radio"/> >35 anos	Estado civil/família	<input type="radio"/> Casado <input type="radio"/> Solteiro <input type="radio"/> Estável <input type="radio"/> Outro
Instrução	<input type="radio"/> Nenhuma <input type="radio"/> Fundamental <input type="radio"/> Média <input type="radio"/> Superior	Peso anterior	Gravidez
Altura em	Gravidez planejada	Risco habitual	<input type="radio"/> Alto risco <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO
DUM	/ /	Tipo de gravidez	
DPP	/ /	<input type="radio"/> Única <input type="radio"/> Gemelar <input type="radio"/> Triplo ou mais <input type="radio"/> Ignorada	
DPP em	/ /	Hospitalização na gravidez	Grupo
		<input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM	<input type="radio"/> Rh + <input type="radio"/> Rh -
		Data	Sensibilizada <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM
			Antecedentes familiares
			<input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM
			<input type="radio"/> Diabetes <input type="radio"/> Hipertensão arterial <input type="radio"/> Gemelar <input type="radio"/> Outros

Abortos

Gest. prévias Abortos 3 ou + abortos

Embriões Bebê <2.500g Bebê >2.500g Pre-eclâmpsia Eclâmpsia

Gestações

Parto vaginal Parto cesáreo 3 ou mais partos

Nascidos vivos Vivos Mortos Mortos após do 1º trimestre Mortos após do 2º trimestre

Fim da gestação anterior há 1 ano NÃO SIM

<p>Antecedentes clínicos</p> <p><input type="radio"/> NÃO SIM</p> <p><input type="radio"/> Diabetes <input type="radio"/> Infecção urinária <input type="radio"/> Infertilidade <input type="radio"/> Edif. amament. <input type="radio"/> Outros</p>	<p><input type="radio"/> NÃO SIM</p> <p><input type="radio"/> Cardiopatia <input type="radio"/> Tromboembolismo <input type="radio"/> Hipertensão arterial <input type="radio"/> Outros</p>	<p><input type="radio"/> NÃO SIM</p> <p><input type="radio"/> Cir. gástr. uterina <input type="radio"/> Cirurgia <input type="radio"/> Outros</p>
--	---	---

<p>Gestação atual</p> <p><input type="radio"/> NÃO SIM</p> <p>Fútil (nº de abortos) <input type="radio"/> Aborto <input type="radio"/> Anemia <input type="radio"/> Hipertensão arterial <input type="radio"/></p> <p>Alcool <input type="radio"/> In. transcoriônica <input type="radio"/> Pré-eclâmpsia/eclâmpsia <input type="radio"/></p> <p>Outros drogas <input type="radio"/> Ameaça de parto premat. <input type="radio"/> Carilopatia <input type="radio"/></p> <p>Volúmia elevadas <input type="radio"/> Instrumentação Rh <input type="radio"/> Diabetes gestacional <input type="radio"/></p> <p>HIV/Hbs <input type="radio"/> Oligo/polihidramn. <input type="radio"/> Uso de medicação <input type="radio"/></p> <p>Sífilis <input type="radio"/> Ruptura premat. de membranas <input type="radio"/> Hemorragia 1º trimestre <input type="radio"/></p> <p>Toxoplasmose <input type="radio"/> CUR <input type="radio"/> Hemorragia 2º trimestre <input type="radio"/></p> <p>Infecção urinária <input type="radio"/> Pós-datismo <input type="radio"/> Hemorragia 3º trimestre <input type="radio"/></p> <p>Falhas <input type="radio"/> Esctema/vulv. uterina <input type="radio"/></p>
--

<p>Exames</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Exame</th> <th>Data</th> <th>Resultado</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>ABO-RH</td><td>/ /</td><td>/ /</td></tr> <tr><td>Glicemia de Jejum</td><td>/ /</td><td>/ /</td></tr> <tr><td>Teste Oral Tolerância Glic. SIFILIS (teste rápido)</td><td>/ /</td><td>/ /</td></tr> <tr><td>VDRL</td><td>/ /</td><td>/ /</td></tr> <tr><td>HIV /Anti-HIV (teste rápido)</td><td>/ /</td><td>/ /</td></tr> <tr><td>Hepatite B-HBsAg</td><td>/ /</td><td>/ /</td></tr> <tr><td>Toxoplasmose</td><td>/ /</td><td>/ /</td></tr> <tr><td>Hemog. Hematócrito</td><td>/ /</td><td>/ /</td></tr> <tr><td>Urina-EAS</td><td>/ /</td><td>/ /</td></tr> <tr><td>Urina-Cultura</td><td>/ /</td><td>/ /</td></tr> <tr><td>Coombs Indireto</td><td>/ /</td><td>/ /</td></tr> </tbody> </table>	Exame	Data	Resultado	ABO-RH	/ /	/ /	Glicemia de Jejum	/ /	/ /	Teste Oral Tolerância Glic. SIFILIS (teste rápido)	/ /	/ /	VDRL	/ /	/ /	HIV /Anti-HIV (teste rápido)	/ /	/ /	Hepatite B-HBsAg	/ /	/ /	Toxoplasmose	/ /	/ /	Hemog. Hematócrito	/ /	/ /	Urina-EAS	/ /	/ /	Urina-Cultura	/ /	/ /	Coombs Indireto	/ /	/ /	<p>Vacina Influenza</p> <p>Data / /</p> <p>Vacina dTpa</p> <p>Data / /</p>
Exame	Data	Resultado																																			
ABO-RH	/ /	/ /																																			
Glicemia de Jejum	/ /	/ /																																			
Teste Oral Tolerância Glic. SIFILIS (teste rápido)	/ /	/ /																																			
VDRL	/ /	/ /																																			
HIV /Anti-HIV (teste rápido)	/ /	/ /																																			
Hepatite B-HBsAg	/ /	/ /																																			
Toxoplasmose	/ /	/ /																																			
Hemog. Hematócrito	/ /	/ /																																			
Urina-EAS	/ /	/ /																																			
Urina-Cultura	/ /	/ /																																			
Coombs Indireto	/ /	/ /																																			

<p>Ultrassonografia</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Data</th> <th>IG DUM</th> <th>IG USG</th> <th>Peso fetal</th> <th>Placenta</th> <th>Líquido</th> <th>Outras</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>/ /</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>/ /</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>/ /</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	Data	IG DUM	IG USG	Peso fetal	Placenta	Líquido	Outras	/ /							/ /							/ /							<p>Vacina antitetânica (dT)</p> <p>Sem informação de imunização <input type="radio"/></p> <p>Imunizada há menos de 5 meses <input type="radio"/></p> <p>Imunizada há mais de 5 meses <input type="radio"/></p> <p>1ª dose / /</p> <p>2ª dose / /</p> <p>3ª dose / /</p> <p>Reforço / /</p> <p>Vacina Hepatite B</p> <p>Imunizada <input type="radio"/></p> <p>1ª dose / /</p> <p>2ª dose (1 mês após 1ª dose) / /</p> <p>3ª dose (6 meses após 1ª dose) / /</p> <p>Electroforese de Hemoglobina</p> <p>Padrão <input type="radio"/> AA</p> <p>outros <input type="radio"/> Heterozigose AS <input type="radio"/> AC</p> <p>outros <input type="radio"/> Homozigose SS <input type="radio"/> SC</p> <p>Tratamento de SIFILIS</p> <p>1ª dose / /</p> <p>2ª dose / /</p> <p>3ª dose / /</p>
Data	IG DUM	IG USG	Peso fetal	Placenta	Líquido	Outras																							
/ /																													
/ /																													
/ /																													

<p>Malária</p> <p>Exame para diagnóstico da febre malarial</p> <p>1º mês <input type="radio"/> 2º mês <input type="radio"/> 3º mês <input type="radio"/> 4º mês <input type="radio"/> 5º mês <input type="radio"/> 6º mês <input type="radio"/> 7º mês <input type="radio"/> 8º mês <input type="radio"/> 9º mês <input type="radio"/></p>	<p>Sulfato ferroso</p> <p>1º mês <input type="radio"/> 2º mês <input type="radio"/> 3º mês <input type="radio"/> 4º mês <input type="radio"/> 5º mês <input type="radio"/> 6º mês <input type="radio"/> 7º mês <input type="radio"/> 8º mês <input type="radio"/> 9º mês <input type="radio"/></p> <p>Ácido fólico</p> <p>1º mês <input type="radio"/> 2º mês <input type="radio"/> 3º mês <input type="radio"/> 4º mês <input type="radio"/> 5º mês <input type="radio"/> 6º mês <input type="radio"/> 7º mês <input type="radio"/> 8º mês <input type="radio"/> 9º mês <input type="radio"/></p>
---	--

Curva de altura uterina / idade gestacional

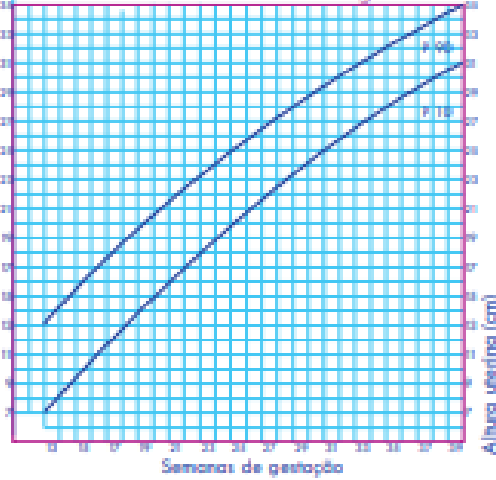
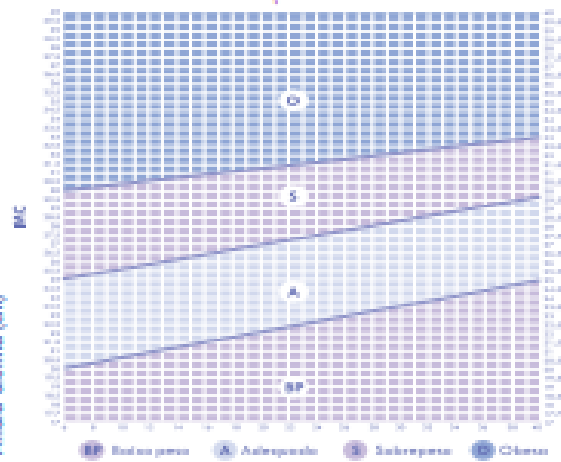


Gráfico de acompanhamento nutricional



	1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º
Data	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
Clínico										
IG - DUM/USG										
Peso (kg) / IMC										
Idema										
Pressão arterial (mmHg)										
Altura uterina (cm)										
Apresentação fetal										
BCF / Mov. fetal										
Toque, se indicado										
Excitância (preço e sites)										
Realizou visita à maternidade Sim <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/>										
Participou de atividades educativas Sim <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/>										
Data										
Data										
Data										

Idade gest.
Semanas

Parto
Epitomeo NÃO SIM
Laceração
Desq. espont.
Placenta compl.

Medicação no parto
Anestesia local Analgético
Anestesia geral Analgético
Troc. Outros

Recém-nascido
Sexo: Fem. Masc.
VDLR: Neg. Pos.
APGAR 1º min. 2º min.
Reanimação: NÃO SIM
Ex. físico imediato: Normal Anormal
Peso (kg): Estatura:
Peso (kg): Adequado Grande Pequeno
Pec. inf.: Mede exam. fr. Idade de 17

Alta materna
Saída Com part.
Troc.
C/obito
C/ovideia
Parto
Puerpério

Alta recém-nascido
Saída Com part.
C/obito
Integrido
Pós-parto
Dias
Meses

Parâmetros E.N.
Nenhuma
M. local
Agnosia
Infecção
S. org.
Hemorr.
Nervol.
Rupt.
A. org.
Outro SDR

ANEXO E - INFORMATIZAÇÃO DOS DADOS DE PARTO E NASCIMENTO DA MATERNIDADE DO HU/UFSC

ORDEM _____ (para uso do digitador)											
MATERNIDADE DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO POLYDORO ERNANI DE SÃO THIAGO UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA											
INFORMATIZAÇÃO DOS DADOS DO PARTO E NASCIMENTO											
NOME COMPLETO			DATA DE NASCIMENTO Dia ____ Mes ____ Ano ____			ETNIA <input type="radio"/> Branca <input type="radio"/> Indígena <input type="radio"/> Preta <input type="radio"/> Amarela <input type="radio"/> Outra		ESTADOS Distrito da ____ do ____ do ____		SEXO Masculino <input type="radio"/> Feminino <input type="radio"/>	
BAIRRO		CIDADE		DATA DE INTERNAÇÃO Dia ____ Mes ____ Ano ____			TIPO DE INTERNAÇÃO <input type="radio"/> Hospitalar <input type="radio"/> Ambulatorial		APRESENTAÇÃO PESSOA Pelo verso - 11		
PROFISSÃO		TEL.									
GESTAÇÕES ANTERIORES				DATA DO ÚLTIMO PARTO Dia ____ Mes ____ Ano ____		PAIOLÓGICAS GESTAÇÕES ANTERIORES - 11		GESTAÇÃO ATUAL		AMBIÇÃO	
Parto planejado <input type="checkbox"/>		Obstetra <input type="checkbox"/>		Além do planejado <input type="checkbox"/>		Tipo de parto		Gravidez programada		Preferência por tipo de parto	
Natural <input type="checkbox"/>		Mista <input type="checkbox"/>		Cesárea <input type="checkbox"/>		Normal <input type="radio"/>		Cesárea <input type="radio"/>		Não <input type="radio"/>	
Sua mãe de idade <input type="checkbox"/>		Peso anterior		Peso atual		Altura		DUM		DUM por DUM	
Sim <input type="checkbox"/>		Não <input type="checkbox"/>		Kg ____		cm ____		Dia ____ Mes ____ Ano ____		Sim <input type="checkbox"/>	
Não <input type="checkbox"/>		Sim <input type="checkbox"/>		Não <input type="checkbox"/>		Sim <input type="checkbox"/>		Não <input type="checkbox"/>		Sim <input type="checkbox"/>	
Também <input type="checkbox"/>		Inserção rotunda		Grupo sanguíneo		RHL		RHL		RHL	
Sim <input type="checkbox"/>		Completa <input type="checkbox"/>		A, B, AB, O		+ <input type="checkbox"/>		+ <input type="checkbox"/>		+ <input type="checkbox"/>	
Não <input type="checkbox"/>		Incompleta <input type="checkbox"/>		Sim <input type="checkbox"/>		- <input type="checkbox"/>		- <input type="checkbox"/>		- <input type="checkbox"/>	
Não fez <input type="checkbox"/>		RUBÉOLA		MUNDOCA		RHL		RHL		RHL	
Sim <input type="checkbox"/>		Sim <input type="checkbox"/>		Sim <input type="checkbox"/>		Sim <input type="checkbox"/>		Sim <input type="checkbox"/>		Sim <input type="checkbox"/>	
Não <input type="checkbox"/>		Não <input type="checkbox"/>		Não <input type="checkbox"/>		Não <input type="checkbox"/>		Não <input type="checkbox"/>		Não <input type="checkbox"/>	
Ag. Hepatite C <input type="checkbox"/>		1ª CORRELADA PRE-NATAL		INFORMADA NA GESTAÇÃO ATUAL		TRABALHO DE PARTO		APRESENTAÇÃO		DURAÇÃO NA INTERNAÇÃO	
+ <input type="checkbox"/>		Sim <input type="checkbox"/>		Sim <input type="checkbox"/>		Sim <input type="checkbox"/>		Cefálica <input type="checkbox"/>		Dia ____	
- <input type="checkbox"/>		Não <input type="checkbox"/>		Não <input type="checkbox"/>		Não <input type="checkbox"/>		Bacia <input type="checkbox"/>		Dia ____	
Não fez <input type="checkbox"/>		Sim <input type="checkbox"/>		Sim <input type="checkbox"/>		Sim <input type="checkbox"/>		Outra <input type="checkbox"/>		Dia ____	
Indicação <input type="checkbox"/>		ACOMPANHANTE		NASCIMENTO		PARTO		INDICAÇÃO DA CEBRERIA		USO DE OTOCIPIA	
Sim <input type="checkbox"/>		Sim <input type="checkbox"/>		Dia ____ Mes ____ Ano ____		Espontâneo <input type="checkbox"/>		Sim <input type="checkbox"/>		Sim <input type="checkbox"/>	
Não <input type="checkbox"/>		Mãe <input type="checkbox"/>		Sim <input type="checkbox"/>		Recém <input type="checkbox"/>		Não <input type="checkbox"/>		Sim <input type="checkbox"/>	
Indicação no verso <input type="checkbox"/>		Esposa <input type="checkbox"/>		Sim <input type="checkbox"/>		Vacun <input type="checkbox"/>		Sim <input type="checkbox"/>		Sim <input type="checkbox"/>	
		Outra <input type="checkbox"/>		Não <input type="checkbox"/>		Outra <input type="checkbox"/>		Não <input type="checkbox"/>		Sim <input type="checkbox"/>	
NÍVEL HEMATOCRÍTICO		SÉRIE SANGÜÍNEA		SEXO DA MÃE		PESO DO PAI		SOLICITAÇÃO CONSULTA		ATENÇÃO PARTO	
____		Sim <input type="checkbox"/>		Masculino <input type="checkbox"/>		____		Sim <input type="checkbox"/>		Sim <input type="checkbox"/>	
____		Não <input type="checkbox"/>		Feminino <input type="checkbox"/>		____		Não <input type="checkbox"/>		Não <input type="checkbox"/>	
		Sim <input type="checkbox"/>		Sim <input type="checkbox"/>		____		Sim <input type="checkbox"/>		Sim <input type="checkbox"/>	
		Não <input type="checkbox"/>		Não <input type="checkbox"/>		____		Não <input type="checkbox"/>		Não <input type="checkbox"/>	
		Sim <input type="checkbox"/>		Sim <input type="checkbox"/>		____		Sim <input type="checkbox"/>		Sim <input type="checkbox"/>	
		Não <input type="checkbox"/>		Não <input type="checkbox"/>		____		Não <input type="checkbox"/>		Não <input type="checkbox"/>	
		Sim <input type="checkbox"/>		Sim <input type="checkbox"/>		____		Sim <input type="checkbox"/>		Sim <input type="checkbox"/>	
		Não <input type="checkbox"/>		Não <input type="checkbox"/>		____		Não <input type="checkbox"/>		Não <input type="checkbox"/>	
		Sim <input type="checkbox"/>		Sim <input type="checkbox"/>		____		Sim <input type="checkbox"/>		Sim <input type="checkbox"/>	
		Não <input type="checkbox"/>		Não <input type="checkbox"/>		____		Não <input type="checkbox"/>		Não <input type="checkbox"/>	
Descrição: _____ _____ _____ _____											

LISTA PARA CODIFICAÇÃO

1. ANTECEDENTES PESSOAIS

1. História
2. Tuberculose
3. Doenças infecciosas e parasitárias
4. Diabetes
5. Hipertensão
6. Infertilidade
7. HIV+
8. Cardiopatia
9. Nefropatia
10. Condição Médica Grave
11. Epilepsia
12. Anemia
13. Asma
14. Alterações psiquiátricas
15. Outros

2. PATOLOGIAS DA GESTAÇÃO E ALTO RISCO OBSTÉTRICO

1. Sem intercorrências
2. Não fez pré-natal
3. Baixa escolaridade (<5 anos de estudo)
4. Idade materna <16 e > 35 anos
5. Desnutrição materna (<45 Kg)
6. Sobrepeso materno (> 75 Kg)
7. Abortamento habitual
8. Anemia crônica
9. Multiparidade
10. Malformação fetal
11. Gestação múltipla
12. Oligidâmnio
13. Polidâmnio
14. Rotura prolongada de membrana (> 18 hs)
15. Corionionite
16. Trabalho de parto prematuro (TPP)
17. Pós-maturidade
18. RCU/feto macrosômico
19. Hipertensão crônica
20. Pré-eclâmpsia/Eclâmpsia
21. Diabetes materno
22. Doença materna (renal, cardiopatia, tireoidiana, endocrinopatias, hematológica, epilepsia e outras doenças neurológicas, auto-ímmunes, respiratórias, trombofilias etc.)
23. Transtorno psiquiátrico materno
24. Neoplasias malignas
25. Infecções maternas (sífilis, malária, herpes, hepatite, tuberculosa, HPV, genital etc.)
26. Infecção urinária
27. AIDS/HIV+
28. Isoimunização
29. Dependência de drogas
30. Vômitos excessivos da gravidez
31. Placenta prévia
32. Deslocamento prematuro de placenta (DPP)
33. Incompetência cervical/cerclagem
34. Sangramento de primeiro trimestre
35. Sangramento do segundo e terceiro trimestre
36. Trabalho de parto prolongado (> 24 hs)
37. Situação fetal não tranquilizadora
38. Parto cesáreo de emergência
39. Cesáreo ou outra cicatriz uterina anterior
40. Uso de fórceps ou vácuo

41. Parto lacustóico
42. Desproporção feto-pélvica
43. Apresentação não uterina
44. Rotura uterina
45. Uso de instrumentação
46. Líquido amniótico meconial
47. Óbito fetal ou neonatal anterior
48. Trabalho de parto induzido

3. INDICAÇÃO PRINCIPAL DE PARTO OPERATÓRIO OU INDUÇÃO

1. Situação fetal não tranquilizadora
2. Desproporção feto-pélvica
3. Parto prolongado
4. Fracasso na indução
5. Parada de progressão
6. Gestação gemelar
7. Retardo do crescimento intra-uterino
8. Pré-termo
9. Pós-termo
10. Apresentação anômala (pélvica, cônica, face etc.)
11. Variedades posteriores
12. Câncer invasivo colo de útero
13. Ruptura prematura de membranas
14. Doenças hemolíticas perinatais
15. Placenta prévia
16. Deslocamento de placenta morno-inserida
17. Rotura uterina
18. Toxemia (gestosa)
19. Herpes genital
20. Natimorto
21. Prolapso ou prolapso de cordão
22. Extensas lesões genitais infecto-contagiosas
23. Duas ou mais cesáreas prévias
24. Incisão longitudinal uterina prévia
25. Malformação fetal
26. Morte materna com feto vivo
27. Diabetes gestacional
28. Oligodramnia
29. Outras

4. TRATAMENTO REALIZADO

1. Nenhum
2. Tratamento clínico com metotrexato
3. Tratamento clínico com antibiótico
4. Tratamento clínico com tocolítico
5. Tratamento clínico - outros
6. Curetagem uterina
7. AMIU
8. Laparotomia
9. Laparoscopia
10. Amniocentese/cordocentese
11. Investigação
12. Outros

ANEXO F - ATENDIMENTO AO RECÉM-NASCIDO NO CENTRO OBSTÉTRICO DO HU/UFSC

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
SERVIÇO DE NEONATOLOGIA

ATENDIMENTO AO RECÉM-NASCIDO NO CENTRO OBSTÉTRICO

RN de _____ Reg.: _____

INFORMAÇÕES DA MÃE:

Idade: _____ anos		Cor: _____		Estado Civil: _____	
Domicílio: _____					
Tipo e Rh:		Coombs indireto:		Data: _____	
Tipo e Rh do pai:					
GESTA:		PARA: _____		CES: _____	
ABORTO:		DUM: / /			
IGD (DUM):		sem. dias		IG (US c/ sem.):	
sem. dias				sem. dias	
Pré-natal:		consultas		Local: _____	
Intercorrências na gestação:					
Ultra-som:					
VDRL- 1 ^ª		2 ^ª		3 ^ª	
Data: _____		Data: _____		Data: _____	
Toxoplasmose: IgG:		IgM:			
Data: _____		Data: _____			
Anti-HIV:		HbSAg:		Rubéola: IgG:	
Data: _____		Data: _____		Data: _____	
IgM:					
Outras: _____					
Tabagismo: Sim () Não ()		Etilismo: Sim ()		Duração aleitamento anterior:	
Quantos: _____		cigarros/dia		Não ()	
NASCIMENTO ATUAL:					
Data: _____		Hora: _____		Tipo: _____	
Apresentação:					
Indicação da cesárea					
Anestesia:		Amniorrexe: Provocada ()		Espontânea ()	
Bolsa rota dia:		Hora: _____		horas antes do parto	
Características do líquido:					
Complicações:					

RECÉM-NASCIDO:

APGAR: 1 ^o min.:		3 ^o min.:		5 ^o min.:		10 ^o min.:	
Peso:	g	Comp:	cm	PC:	cm	Sexo:	Cor:
Capuro (somático):	sem.		dias		Ballard:	sem. dias	
Atendimento ao recém-nascido:							
Exame físico:				Quanto tempo o RN ficou com a mãe na sala de parto?			
<input type="checkbox"/> Aspecto geral (cor, tórus, edema, nutrição) <input type="checkbox"/> Pele <input type="checkbox"/> Cabeça e pescoço <input type="checkbox"/> Olhos <input type="checkbox"/> Ouvido, nariz, boca <input type="checkbox"/> Tórax <input type="checkbox"/> Pulmões <input type="checkbox"/> Coração <input type="checkbox"/> Abdome <input type="checkbox"/> Genitália <input type="checkbox"/> Tronco e coluna <input type="checkbox"/> Membros <input type="checkbox"/> Claviculas <input type="checkbox"/> Ortolani <input type="checkbox"/> Ânus Normal (O) <input type="checkbox"/> Reflexos Anormal (X) <input type="checkbox"/> Coto umbilical				Descrição de alterações no exame:			
Diagnóstico:							
Conduta:							
Data:				Hora:			
Médico:				CRM:			
TIPO:		Rh:		CD:			