

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E DESENVOLVIMENTO NA  
REGIÃO CENTRO-OESTE - DOUTORADO**

**SÍFILIS E PRÉ-NATAL:  
CONHECIMENTO E PRÁTICA DOS PROFISSIONAIS DAS ESTRATÉGIAS DE SAÚDE  
DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE CAMPO GRANDE-MS**

**CAMPO GRANDE - MS**

**2022**

**IARA BARBOSA RAMOS**

**SÍFILIS E PRÉ-NATAL:**

**CONHECIMENTO E PRÁTICA DOS PROFISSIONAIS DAS ESTRATÉGIAS DE SAÚDE  
DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE CAMPO GRANDE-MS**

Tese apresentada ao Programa de pós-graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutor em Saúde e Desenvolvimento da Região Centro-Oeste. Linha de pesquisa: Saúde e Sociedade.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Roberto Haidamus de Oliveira Bastos

**CAMPO GRANDE - MS**

**2022**

**IARA BARBOSA RAMOS**

**SÍFILIS E PRÉ-NATAL:**

**CONHECIMENTO E PRÁTICA DOS PROFISSIONAIS DAS ESTRATÉGIAS DE SAÚDE  
DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE CAMPO GRANDE-MS**

Tese apresentada ao Programa de pós-graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutor em Saúde e Desenvolvimento da Região Centro-Oeste. Linha de pesquisa: Saúde e Sociedade.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Roberto Haidamus de Oliveira Bastos

BANCA EXAMINADORA

NOTA/CONCEITO

---

Prof. Dr. Paulo Roberto Haidamus de Oliveira Bastos - UFMS

---

Prof. Dr Adriano Menis Ferreira - UFMS

---

Prof. Dr Wander Fernando de Oliveira Filiiu - UFMS

---

Profª Drª Elaine Cristina Fernandes Baez Sarti - UFMS

---

Profº Drº Everton Ferreira Lemos - UEMS

---

Profª Drª Milene Bartolomei Silva - UFMS

---

Profª Drª Andreia Insabralde de Queiroz Cardoso - UFMS

AValiação FINAL: ( ) Aprovada

( ) Reprovada

Campo Grande (MS), 12 de setembro de 2022.

A Deus, aos meus pais, ao meu parceiro de vida, à Amora.

Aos meus avós: Celina, Miguel e Joana (in memoriam) e a Andreлина.

## **AGRADECIMENTO**

A Deus, por tudo o que é, ao que foi e continuará sendo.

Aos meus pais pela criação, pelo carinho e por em fazerem acreditar que o estudo é o único caminho para uma vida melhor financeiramente e por despertarem em mim, o amor pela docência.

Ao meu marido, Claudio por todo apoio de diversas formas e por todas as vezes que precisei, mesmo não pedindo.

Aos amigos por todo ombro amigo e palavras de motivação.

A Universidade Federal de Mato Grosso do Sul e ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste, através de seus professores e técnicos administrativos.

Aos participantes Enfermeiros e Médicos que mesmo com um tempo tão corrido e tantos afazeres, participaram deste projeto

Aos gerentes de unidade e diretores de distrito pela colaboração.

Aos colegas da Educação Permanente pelo apoio e liberação de campo.

Aos colegas do serviço de Vigilância pelo compartilhamento de dados.

Ao meu orientador Prof. Dr. Paulo Roberto Haidamus de Oliveira Bastos que, com sua tranquilidade e generosidade, me acolheu e orientou, minha gratidão eterna.

Aos meus colegas do CTA por toda ajuda na reta final deste projeto, muito obrigada.

## RESUMO

A sífilis gestacional é uma infecção sexualmente transmissível, de fácil e rápido diagnóstico, considerando o acesso aos Testes Rápidos ainda é considerada um grave problema de saúde pública no mundo e no Brasil, pelo risco de transmissão vertical, que se não tratada em tempo oportuno, pode acarretar riscos tanto para o bebê como para a gestante. As consultas de rotina do pré-natal disponíveis no Sistema Único de Saúde através das Unidades de Saúde da Família se realizadas seguindo os protocolos ministeriais, oferecem busca ativa para a infecção, no primeiro e no terceiro trimestre de gestação e se houver descoberta sorológica reagentes, o tratamento precoce deve ser prioritário. OBJETIVOS: Descrever os conhecimentos e práticas dos profissionais que realizam o pré-natal nas estratégias de saúde da família do município de Campo Grande - MS, em relação a sífilis gestacional. METODOLOGIA: Trata-se de um estudo transversal, descritivo, exploratório com abordagem quantitativa. O estudo foi realizado no município de Campo Grande, capital do estado de Mato Grosso do Sul. Participaram do estudo, enfermeiros e médicos que realizam consulta pré-natal, atuantes nas Estratégias de Saúde da Família (ESF) de Campo Grande - MS, no período da coleta de dados, que consentiram em participar da pesquisa e que atenderem aos critérios de inclusão. RESULTADOS: A maioria dos participantes (43,6%) não tinham nenhuma especialização, tinha conhecimento correto sobre como ocorre a transmissão da sífilis na gestação, assim como a informação correta sobre o trimestre da gestação em que se solicita o exame e o tratamento preconizado para uma gestante com diagnóstico de sífilis de duração ignorada, porém apenas 47,3% dos profissionais responderam corretamente qual o tratamento preconizado para uma gestante com diagnóstico de sífilis primária. CONCLUSÃO: No que diz respeito à assistência pré-natal, a demora no diagnóstico, a dificuldade no acesso aos exames ou até mesmo exames tardios atrelado ao conhecimento insuficiente da classificação e na decisão do tratamento correto, reforçam as possíveis lacunas no rastreio e diagnóstico, as quais possibilitariam o diagnóstico e tratamento precoce. Devemos ainda considerar existente o estigma das ISTS, assim como a Sífilis, logo a abordagem sobre a sexualidade dos usuários de saúde, os riscos e fragilidades em que possam estar inseridos, a dificuldade no entendimento das orientações muitas vezes tecnicistas resulta em afastar o usuário real em prol do usuário “ideal”, não direcionando as orientações e prevenções frente às reais necessidades específicas e individuais  
Descritores: Sífilis. Infecções por Treponema. Cuidado pré-natal.

## ABSTRACT

Gestational syphilis is a sexually transmitted infection, easily and quickly diagnosed, considering access to Rapid Tests is still considered a serious public health problem in the world and in Brazil, due to the risk of vertical transmission, which if not treated in a timely manner, can pose risks to both the baby and the pregnant woman. Routine prenatal consultations available in the Unified Health System through the Family Health Units, if carried out following ministerial protocols, offer an active search for infection, in the first and third trimester of pregnancy and if serological reagent is found, early treatment should be a priority. **OBJECTIVES:** To describe the knowledge and practices of professionals who perform prenatal care in family health strategies in the city of Campo Grande - MS, in relation to gestational syphilis. **METHODOLOGY:** This is a cross-sectional, descriptive, exploratory study with a quantitative approach. The study was carried out in the municipality of Campo Grande, capital of the state of Mato Grosso do Sul. Participated in the study, nurses and doctors who perform prenatal consultations, working in the Family Health Strategies (ESF) of Campo Grande - MS, during the data collection period, who consented to participate in the research and who met the inclusion criteria. **RESULTS:** Most participants (43.6%) had no specialization, had correct knowledge about how syphilis is transmitted during pregnancy, as well as correct information about the trimester of pregnancy in which the examination is requested and the recommended treatment. for a pregnant woman with a diagnosis of syphilis of unknown duration, but only 47.3% of the professionals correctly answered the recommended treatment for a pregnant woman with a diagnosis of primary syphilis. **CONCLUSION:** With regard to prenatal care, the delay in diagnosis, the difficulty in accessing exams or even late exams linked to insufficient knowledge of the classification and the decision of the correct treatment, reinforce the possible gaps in screening and diagnosis, which would enable early diagnosis and treatment. We must also consider the stigma of STIs, as well as Syphilis, to exist, so the approach to the sexuality of health users, the risks and weaknesses in which they may be inserted, the difficulty in understanding the guidelines often technical results in alienating the real user in favor of the “ideal” user, not directing the guidelines and preventions in the face of real specific and individual needs

**Keywords:** Syphilis. Treponema infections. Prenatal care.

## SIGLAS E ABREVIATURAS

|             |   |
|-------------|---|
| AB          | Atenção Básica  |
| APN         | Assistência Pré-Natal   |
| APS         | Atenção Primária a saúde  |
| DST         | Doença Sexualmente Transmissível  |
| IST         | Infecção Sexualmente Transmissível  |
| ESF         | Estratégia Saúde da Família   |
| ELISA       | Ensaio imunossorvente ligado à enzima (do inglês <i>enzyme-linked immunosorbent assay</i> )                           |
| FTA-Abs     | Teste de anticorpos treponêmicos com absorção (do inglês <i>fluorescent treponemal antibody absorption test</i> )     |
| FTA-Abs IgM | Versões modificadas do FTA-Abs que detectam IgM   |
| PCDT IST    | Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis |
| PN          | Pré-natal   |
| OMS         | Organização Mundial da Saúde  |
| SC          | Sífilis Congênita   |
| SG          | Sífilis Gestacional   |
| SUS         | Sistema Único de Saúde  |
| TR          | Teste Rápido  |
| UBSF        | Unidade Básica de Saúde da Família  |
| VDRL        | Pesquisa Laboratorial de Doenças Venéreas (do inglês <i>Venereal Disease Research Laboratory</i> )                    |



## SUMÁRIO

|   |     |
|---|-----|
| <b>1 INTRODUÇÃO</b> .....   | 10  |
| <b>2 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....  | 12  |
| <b>2.1 Breve contextualização do pré-natal na Atenção Básica</b> .....  | 12  |
| <b>2.2 Tipos de testes diagnósticos para investigação da sífilis</b> .....  | 13  |
| <b>2.3 Classificação clínica da Sífilis</b> .....   | 14  |
| <b>2.4 Sífilis Gestacional e tratamento</b> .....   | 15  |
| <b>3 OBJETIVOS</b> .....  | 18  |
| <b>3.1 Objetivo Geral</b> .....   | 18  |
| <b>3.2 Objetivos Específicos</b> .....  | 18  |
| <b>4 METODO</b> .....   | 19  |
| <b>4.1 Delineamento do estudo</b> .....   | 19  |
| <b>4.2 Local do estudo</b> .....  | 19  |
| <b>4.3 Amostra</b> .....  | 21  |
| 4.3.1 Critérios de Inclusão.....  | 21  |
| 4.3.2 Critérios de Exclusão.....  | 22  |
| <b>4.4 Procedimentos para coleta de dados</b> .....   | 22  |
| 4.4.1 Entrevista.....   | 22  |
| 4.4.2 Aspectos éticos legais.....   | 23  |
| 4.4.3 Análise dos dados.....  | 23  |
| <b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....   | 25  |
| <b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....   | 26  |
| <b>7 CONCLUSÃO</b> .....  | 27  |
| <b>8 REFERÊNCIAS</b> .....  | 28  |
| <b>ANEXO I Artigo publicado SYPHILIS AND PRE-NATAL CARE</b> .....   | 31  |
| <b>ANEXO II Artigo submetido International Journal for Innovation Education and Research ONLINE ISSN: 2411-2933</b> | 46  |
| <b>ANEXO III Artigo a ser submetido</b> .....   | 73  |
| <b>ANEXO IV TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b> .....  | 88  |
| <b>ANEXO V – QUESTIONÁRIO</b> .....   | 90  |
| <b>ANEXO VI – APROVAÇÃO COLEGIADO</b> .....   | 98  |
| <b>ANEXO VII - LIBERAÇÃO SESAU CAMPO</b> .....  | 99  |
| <b>ANEXO VII PARECER COMITÊ DE ÉTICA</b> .....  | 100 |

## 1 INTRODUÇÃO

A assistência às pacientes durante o pré-natal, bem como a qualidade desta assistência e do serviço, estão diretamente relacionadas à adesão e manutenção dessas pacientes às consultas. Além disso, o período gravídico envolve alterações biológicas e emocionais para cada paciente que também se relaciona com a sociedade, o contexto familiar e os serviços de saúde. Relaciona-se também a adesão do período à redução de casos de mortalidade materna e perinatal (JUNIOR MEDEIROS *et al.*, 2014; ROMERO-GUTIÉRREZ *et al.*, 2005; GOMES *et al.*, 2009; DUARTE; ALMEIDA, 2014, ALVES *et al.*, 2016).

Enfermeiros e Médicos são os profissionais que realizam as consultas de pré-natal (PN) na Atenção Básica com consultas mensais até a 28<sup>o</sup> semana, da 28<sup>o</sup> à 36<sup>o</sup> semana de gestação e semanalmente da 36<sup>o</sup> à 41 semana de gestação (2022a), sendo no mínimo de seis consultas e primeira até a 12<sup>a</sup> semana de gestação, além das consultas odontológicas, de preferência até a vigésima semana de gestação (BRASIL, 2022b).

Para que o PN possa ser realizado seguindo os Dez Passos de Qualidade (BRASIL, 2013) e até mesmo realizar em tempo hábil os exames demonstrados na Caderneta da Gestante (BRASIL, 2022), a gestante precisa ter acesso assegurado. Em contramão ao preconizado, o acesso aos serviços pelas gestantes em Campo Grande – MS demonstrou-se fragilizado na espera em filas para agendar consultas ou realizar exames de rotina (ANDRADE *et al.*, 2019). Para Costa *et al.*, (2021), o manejo adequado dos fatores de risco que possam ser modificáveis e que surjam durante o PN deve ser garantido, a fim de reduzir a sinistralidade do binômio mãe-bebê, evitando desfechos desfavoráveis, o que representa indicadores de fragilidade na assistência da população.

Em relação às causas de mortes fetais evitáveis, a sífilis congênita (SC) é a segunda principal causa de morte, precedida pela malária. Entre suas consequências para o bebê estão desde o baixo peso, prematuridade, aborto, natimorto até mesmo nas manifestações clínicas precoces e tardias (OMS, 2015; OPAS, 2019).

Pode-se então afirmar que a SC é um agravo evitável, desde que a SG possa ser diagnosticada e tratada corretamente em tempo oportuno. Entretanto, os estudos apontam, além de falta ou agilidade no acesso, falhas na testagem durante o PN, tratamento inadequado ou até mesmo não realizado na gestante (REYES *et al.*, 1993; LAGO, VACCARI, FIORI, 2013; ANDRADE *et al.*, 2019).

Com isso, a informação sobre o conhecimento e práticas dos profissionais que realizam as consultas de pré-natal contribuirão para direcionar as ações na consulta de enfermagem e médica bem, como na parceria com outros profissionais de saúde que fazem parte da ESF, o que proporcionaria o atendimento individualizado a cada paciente e o planejamento estratégico tanto para o tratamento como para formas de prevenção e educação permanente aos integrantes da ESF.

Tornou-se, portanto, fundamental desenvolver este estudo sobre o conhecimento e prática dos profissionais das Estratégias de Saúde da Família do município de Campo Grande às dificuldades encontradas por eles na abordagem com a gestante com sífilis em suas diversas realidades. A descrição do real cenário do conhecimento dos profissionais pode demonstrar a fragilidade do sistema, as lacunas existentes no trabalho, na equipe multiprofissional e no serviço público.

Dessa forma, espera-se que este estudo possa contribuir para a melhor estruturação do serviço da Educação Permanente em saúde e posterior formulação de um Comitê de Investigação de Transmissão Vertical de HIV e Sífilis, com formação de perspectiva interdisciplinar e, assim, almejando a melhora do planejamento e atendimento dispensado às pacientes com esse agravo à saúde que procuram os serviços diariamente.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 Breve contextualização do pré-natal na Atenção Básica

O plano de assistência ao período gestacional na Atenção Básica, inclui desde a prevenção de doenças e agravos, promoção da saúde, até tratamentos que venham a ocorrer durante e após o período gestacional (BRASIL, 2000). Para isso o Caderno 32 – Assistência ao Pré-Natal de Baixo Risco discorre dez passos para o um pré-natal de qualidade:

1) Iniciar o PN até a 12ª semana; 2) Garantir recursos humanos, estrutura e materiais necessários para o período; 3) Garantia da solicitação, realização e avaliação dos exames preconizados em tempo oportuno; 4) Promover escuta ativa da gestante e seus acompanhantes, no contexto biopsicossocial; 5) Garantir transporte público gratuito para o PN; 6) Garantir o direito do (a) parceiro (a) com o pré-natal do(a) parceiro (a) com a realização de exames, consultas, acesso as informações antes, durante e após a gestação; 7) Garantir acesso à unidade de referência especializada, se necessário; 8) Estimular, informar sobre o parto fisiológico, incluindo a elaboração do Plano de Parto; 9) Assegurar o direito de toda gestante em conhecer e visitar o serviço de saúde vinculado para seu parto; 10) Toda mulher deve conhecer e exercer seus direitos no período gravídico-puerperal garantidos por lei (BRASIL, 2013).

A Política Nacional de Atenção Básica - PNAB (BRASIL, 2017) estabelece a Atenção Básica como principal porta de entrada ao SUS e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede. Inclusive, a PNAB resolve considerar termos equivalentes Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde.

Em relação às RAS, a Rede Cegonha foi lançada pelo Ministério da Saúde em 2011, foi uma das redes temáticas mais importantes do período gravídico-puerperal, normatizada pela Portaria n. 1.459 visava garantir o atendimento qualificado a gestantes e crianças com até dois anos de idade (BRASIL, 2011). Em 2022, foi alterada a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, substituindo a Rede Cegonha para instituir a Rede de Atenção Materna e Infantil (Rami).

Em decorrência da substituição da Rede Cegonha pela RAMI, o Conselho Federal de Enfermagem publicou nota oficial de Repúdio contrária à ação em razão de o Ministério da Saúde ter ignorado os dispositivos legais, as evidências científicas, além dos apelos da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), do próprio conselho, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e outras instâncias de controle social, dando ênfase à atuação do médico obstetra sem contemplar a assistência às crianças e excluindo a Enfermagem Obstétrica (COFEN, 2022).

No que tange à primeira consulta PN na Atenção Básica, devem ser solicitados os seguintes exames complementares: (BRASIL, 2013; BRASIL, 2022).

Hemograma;  
 Tipagem Sanguínea e fator RH;  
 Coombs indireto se fator RH negativo;  
 Glicemia em jejum  
 Eletroforese de Hemoglobina (mulheres negras, antecedentes familiares de anemia falciforme ou história de anemia crônica)  
 Testes rápidos para Sífilis e/ou VDRL  
 Teste rápido para HIV – Anti HIV  
 Toxoplasmose IgM e IgG  
 Sorologia para Hepatite B ( HbsAg)  
 Urina I/Urocultura  
 Ecografia obstétrica com função de verificar a idade gestacional (não é obrigatório) ou de acordo com a necessidade clínica (decisão do profissional assistente)  
 Citopatológico de colo do útero (se necessários)  
 Exame de secreção vaginal (se indicação)  
 Parasitológico de fezes (se houver indicação clínica)

## 2.2 Tipos de testes diagnósticos para investigação da sífilis

Os testes utilizados para o diagnóstico de sífilis são divididos em duas categorias: diretos do patógeno, nas fases sintomáticas ou em testes imunológicos, nas fases sintomáticas ou de latência (BRASIL, 2020; VELASCO, ANDRADE, 2022). Os exames diretos são os coletados diretamente das lesões buscando a detecção do *Treponema pallidum* (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006). Seu uso é útil para diagnóstico da sífilis primária e congênita precoce, além de auxiliar no diagnóstico da sífilis secundária, pois nessas fases da infecção apresentam lesões de pele/mucosa com exsudato com grande quantidade de patógeno (BRASIL, 2016; BRASIL, 2020).

Na prática clínica, os mais utilizados são os testes imunológicos (treponêmicos e não treponêmicos), realizados pesquisando os anticorpos nas amostras de sangue total, soro ou plasma (BRASIL, 2020; VELASCO, ANDRADE, 2022). Nos testes treponêmicos (TT) são detectados anticorpos específicos produzidos contra os antígenos de *Treponema pallidum*. Como exemplo, destaca-se o teste rápido (imunocromatográfico), que não necessita de estrutura laboratorial, utilizado nas unidades de saúde.

Os testes treponêmicos não são indicados para o monitoramento da resposta ao tratamento, pois apesar de serem os primeiros a se tornarem reagentes, em 85% dos casos permanecem reagentes (cicatriz sorológica) mesmo após o tratamento (DOURADO *et al.*,

2014; PEELING *et al.*, 2017). Os testes não treponêmicos (TNT), como o *Venereal disease research laboratory* (VDRL), detectam anticorpos anticardiolipina não específicos para os antígenos do *T. pallidum* (WHO, 2016).

### 2.3 Classificação clínica da Sífilis

Para fins de proposição de terapêutica e monitoramento, a Sífilis é classificada em Sífilis Recente (primária, secundária e latente recente) quando até um ano de evolução; e Tardia (latente tardia e terciária) quando acima de um ano de evolução. O quadro 1 apresenta as classificações dos estágios da sífilis com suas manifestações clínicas características de acordo com sua evolução.

Quadro 1 – Classificação dos estágios da sífilis

| EVOLUÇÃO   | ESTÁGIO  | MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS  |
|--|--|---|
| Sífilis recente<br>(Menos de um ano de evolução) | Primária<br>(10 a 90 dias pós exposição)           | Cancro duro, acompanhado de linfadenomegalia.   |
|  | Secundária<br>(6 semanas a 6 meses após exposição) | Lesões cutâneo-mucosas (roséola, placas mucosas, sífilides papulosas, sífilides palmoplantares, condiloma plano ou lata, alopecia em clareira e madarose, madarose, rouquidão); febre; mal estar; cefaleia;<br>Micropoliadenopatia<br>Linfadenopatia generalizada;<br>Quadros neurológicos, oculares, hepáticos |
|  | Latente Recente                                    | Assintomática. Diagnóstico feito após um exame negativo para sífilis há menos de um ano.  |
| Sífilis tardia<br>(mais de um ano de evolução)   | Latente tardia                                     | Assintomática. Diagnóstico feito após um exame negativo para sífilis há mais de um ano.   |
|  | Terciária  | Cutâneas: lesões gomosas e nodulares, de caráter destrutivo<br>Óssea: periostite, osteíte gomosa ou esclerosante, artrites, sinovites   |

|  |  |   |
|--|--|---|
|  |  | e nódulos justa-articulares<br>Cardiovasculares: estenose de coronárias, aortite e aneurisma da aorta.<br>Neurológicas: meningite, gomas do cérebro ou da medula, atrofia do nervo ótico, lesão do sétimo par craniano, manifestações psiquiátricas, <i>tabes dorsalis</i> e quadros demenciais como o da paralisia geral |
|--|--|---|

Fonte: Elaborado pela autora, baseado em Brasil (2022c)

Após a evolução das manifestações secundárias, se não ocorrer o tratamento correto, há a progressão para o estágio latente (recente e tardio), no qual as manifestações clínicas já não estão presentes e a infecção só poderá ser detectada por meio do teste sorológico. Com o passar dos anos a infecção evolui, indo da fase secundária à terciária que pode acarretar complicações como neurosífilis, sífilis cardiovascular ou sífilis gomatoza (COHEN *et al.*, 2013; COSTA *et al.*, 2017; BRASIL, 2020).

#### 2.4 Sífilis Gestacional e tratamento

Durante o pré-natal a gestante realiza vários exames complementares, e deve realizar na primeira consulta ou no início do primeiro trimestre (o que ocorrer primeiro) e repeti-los no início do terceiro trimestre. De acordo com a Caderneta da Gestante (BRASIL, 2022a), dentre esses exames será realizado o de triagem para sífilis; sendo comumente utilizados os testes rápidos e VDRL. Com resultados reagentes através desses exames – ou através de sintomatologia – é realizado o diagnóstico de sífilis em gestante.

De acordo com a Nota Informativa nº 2-SEI/2017 – DIAHV/SVS/MS, foram revistos os critérios de definição de casos de sífilis adquirida, sífilis congênita e sífilis em gestante. Ainda conforme a referida nota, devem ser notificadas como Sífilis em Gestantes todos os casos de mulheres diagnosticadas como sífilis durante o PN, parto e/ou período puerperal. A nota ainda exemplifica as situações a fim de facilitar o entendimento e notificação dos casos de forma correta, nos quais a mulher sendo assintomática ou sintomática durante o período de pré-natal, parto e/ou puerpério presente pelo menos um teste reagente treponêmico e/ou não treponêmico com qualquer titulação (sem registro de tratamento prévio se assintomática, mesmo com registro se sintomáticas) e ainda as que apresentarem teste treponêmico reagente

em qualquer titulação e teste treponêmico reagente, independentemente de sintomatologia e tratamento anterior (BRASIL, 2017).

A transmissão da sífilis via passagem transplacentária do *Treponema pallidum* da gestante infectada pode ocorrer em qualquer período gestacional, inclusive de forma mais eventual, durante o parto no contato direto das lesões sifilíticas no canal de parto. Porém, vale ressaltar que a transmissão da mãe para o feto é mais frequente na sífilis recente (primária, secundária e latente) até um ano de evolução com 70% a 100% de possibilidade de transmissão e reduz para 30% sua transmissibilidade conforme a evolução da infecção na fase tardia (latente e terciária) com mais de um ano de evolução (BERMAN, 2004; CADDY *et al.*, 2011; BRASIL, 2021).

O esperado e desejado – considerando a rotina de consultas de PN – é um diagnóstico precoce para um tratamento correto e em tempo oportuno, e como muito bem apontou Berman (2004), prevenir o envolvimento fetal grave e até mesmo sua morte. O atraso do início do tratamento em virtude do resultado de um teste complementar (como no caso do VDRL), além de perda de tempo já tão precioso, ainda diminui a possibilidade de evitar SC.

Destaque quanto à importância em se registrar todas as informações em prontuário da paciente quanto à história clínica, exames, tratamentos prescritos e condução dos casos de SG (DOMINGUES *et al.*, 2020). A exemplo da periodicidade da aplicação da medicação, o registro, tanto em caderneta da gestante quanto nos sistemas de prontuários, facilita a busca da informação caso ocorra – por exemplo – o extravio da caderneta ou até mesmo sua prescrição.

Para o tratamento a droga de escolha é a Penicilina Benzatina, que age em todos os estágios da sífilis e ainda não foram documentados casos de resistência. A droga acaba por interferir na síntese do peptidoglicano (componente da parede celular do *T.pallidum*), e consegue destruí-lo, pois permite a entrada de água no treponema (AVELLEIRA, BOTTINO, 2006).

Outras drogas foram testadas e demonstraram atividade no tratamento, como ceftriaxone e azitromicina, mas não são superiores à eficácia da penicilina, devendo ser mantidas como segunda linha no tratamento, no caso de não adesão por exemplo, pelo desconforto da aplicação das medicações (SINGH, ROMANOWSKI, 1999). O tratamento de segunda linha mencionado, não se aplica a SG, por ser a Penicilina Benzatina a única forma de tratamento documentada no período gestacional.

O tratamento deve ser conforme a classificação clínica de cada paciente, a saber:



| <b>Classificação</b>  | <b>Tratamento</b>  | <b>Seguimento</b>                   |
|---|--|-------------------------------------|
| Sífilis recente (sífilis primária, secundária e latente recente) – com até um ano de evolução.      | Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, dose única.<br>Sendo 1,2 milhão UI em cada glúteo.  | Teste não treponêmico mensal (VDRL) |
| Sífilis tardia (com mais de um ano de evolução), latente com duração ignorada) e sífilis terciária. | Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, por três semanas.<br>Sendo 1,2 milhão UI em cada glúteo, 1x/semana. Total: 7,2 milhões UI | Teste não treponêmico mensal (VDRL) |

Fonte: Elaborado pela autora, 2022.

Até 2020, o protocolo ministerial permitia o atraso de até 7 dias entre as doses, a partir de 2021 o PCDT não permitia atraso no tratamento se sífilis em gestante, voltando o intervalo entre as doses obrigatoriamente de 7 dias e, em caso de atraso, o tratamento precisa ser reiniciado para ser considerado adequado (BRASIL, 2021). Para ser considerado adequado, o tratamento deve ser feito conforme a classificação clínica do paciente, cumprir o intervalo de exatamente 7 dias, e o tratamento completo deve ter sido iniciado até 30 dias antes do parto (BRASIL, 2022c).

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo Geral**

Descrever os conhecimentos e práticas dos profissionais que realizam o pré-natal nas estratégias de saúde da família do município de Campo Grande - MS, em relação à sífilis gestacional.

#### **3.2 Objetivos Específicos**

- a) Caracterizar o perfil dos profissionais pré-natalistas (enfermeiros e médicos);
- b) Identificar as dificuldades enfrentadas pelos profissionais para o manejo da sífilis gestacional;
- c) Verificar a adequação do atendimento às gestantes de baixo risco nas estratégias de saúde da família em relação às condutas recomendadas pelo Ministério da Saúde;
- d) Verificar a disponibilidade de equipamentos e materiais necessários à assistência pré-natal, prevenção, rastreamento e tratamento da sífilis em gestantes nas estratégias de saúde da família.

## 4 MÉTODO

### 4.1 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo transversal, descritivo, exploratório com abordagem quantitativa.

### 4.2 Local do estudo

O estudo foi realizado no município de Campo Grande, capital do estado de Mato Grosso do Sul, que segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2021) possui 916.001 habitantes. A cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) ou Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) no município é de 65,73%, com a seguinte composição: 73 unidades (sendo 60 unidades UBSF, 11 UBS) com 184 equipes de UBSF.

As ESF são distribuídas em sete distritos sanitários de saúde: Segredo, Anhanduizinho, Prosa, Centro, Lagoa, Bandeira Imbirussu, conforme o quadro abaixo:

**Quadro 1** - Distribuição das Estratégias de Saúde da Família (n=60), por distrito sanitário de saúde. Campo Grande (MS), Brasil, 2022

| <b>Distrito</b>             | <b>Unidades</b>         |
|-----------------------------|-------------------------|
| <i><b>Segredo</b></i>       | UBSF José Abrão         |
|                             | UBSF José Tavares       |
|                             | UBSF Vila Nasser        |
|                             | UBSF São Francisco      |
|                             | UBSF Vila Cox           |
|                             | UBSF Jardim Azaléia     |
|                             | UBSF Nova Lima          |
|                             | UBSF São Benedito       |
|                             | UBSF Jd. Seminário      |
|                             | UBSF Vida Nova          |
|                             | UBSF Paradiso           |
|                             | UBSF Rochedinho         |
|                             | <b>12 UBSF</b>          |
| <i><b>Anhanduizinho</b></i> | UBSF Mario Covas        |
|                             | UBSF Dona Neta          |
|                             | UBSF Aero Rancho Granja |
|                             | UBSF Paulo Coelho       |

|                  |                                 |
|------------------|---------------------------------|
|                  | UBSF Nova Esperança             |
|                  | UBSF Parque do Sol              |
|                  | UBSF Macaúbas                   |
|                  | UBSF Jockey Club                |
|                  | UBSF Dom Antonio Barbosa        |
|                  | UBSF Los Angeles                |
|                  | UBSF COHAB                      |
|                  | UBSF Iracy Coelho               |
|                  | UBSF Alves Pereira              |
|                  | UBSF Botafogo                   |
|                  | UBSF Aero Racho IV              |
|                  | UBSF Anhanduí                   |
|                  | <b>16 UBSF</b>                  |
| <i>Bandeira</i>  | UBSF MAPE                       |
|                  | UBSF Três Barras                |
|                  | UBSF Itamaracá                  |
|                  | UBSF Cristo Redentor            |
|                  | UBSF Arnaldo Figueiredo         |
|                  | UBSF Tiradentes                 |
|                  | UBSF Moreninhas III             |
|                  | UBSF Cidade Morena              |
| <b>08 UBSF</b>   |                                 |
| <i>Lagoa</i>     | UBSF Portal Caiobá              |
|                  | UBSF Coophavila II              |
|                  | UBSF Tarumã                     |
|                  | UBSF Benedito Martins Gonçalves |
|                  | UBSF Vila Fernanda              |
|                  | UBSF São Conrado                |
|                  | UBSF Batistão                   |
|                  | UBSF Jd Antártica               |
|                  | UBSF Bonança                    |
| <b>9 UBSF</b>    |                                 |
| <i>Centro</i>    | UBSF Vila Carvalho              |
|                  | UBSF Vila Corumbá               |
|                  | <b>2 UBSF</b>                   |
| <i>Imbirussu</i> | UBSF Santa Carmélia             |
|                  | UBSF Ana Maria do Couto         |
|                  | UBSF Sírio Líbanes              |
|                  | UBSF Aero Itália                |

|                   |                      |
|-------------------|----------------------|
|                   | UBSF Indubrasil      |
|                   | UBSF Serradinho      |
|                   | UBSF Zé Pereira      |
|                   | UBSF Aguão           |
|                   | <b>8 UBSF</b>        |
|                   |                      |
| <b>UBSF PROSA</b> | UBSF Jd Noroeste     |
|                   | UBSF Estrela Dalva   |
|                   | UBSF Mata do Jacinto |
|                   | UBSF Jardim Marabá   |
|                   | UBSF Nova Bahia      |
|                   | <b>5 UBSF</b>        |

Fonte: Secretaria de Saúde de Campo Grande/MS – Adaptado pela autora

### 4.3 Amostra

Foram convidados a participar do estudo os profissionais enfermeiros e médicos que realizam consulta pré-natal, atuantes nas Estratégias de Saúde da Família (ESF) de Campo Grande - MS, no período da coleta de dados, que consentiram em participar da pesquisa e que atenderam aos critérios de inclusão.

São 60 unidades de ESF e existem 175 equipes, em média, 120 profissionais: enfermeiros e médicos.

Foram variáveis da pesquisa: Características profissionais; Caracterização da unidade; Educação Permanente; Conhecimento sobre a sífilis gestacional; Condutas de detecção, tratamento e acompanhamento da sífilis na consulta de pré-natal; Dificuldades no manejo da paciente gestante com sífilis; Estratégias apresentadas para redução da transmissão vertical da sífilis.

#### 4.3.1 Critérios de Inclusão

Foram incluídos na amostra, médicos e enfermeiros atuantes em ESF, que prescrevem medicamentos para portadores de sífilis e que compunham a mesma equipe.

#### 4.3.2 Critérios de Exclusão

Foi excluída da coleta de dados a ESF a equipe que estava incompleta, com profissionais de licença, sem previsão de retorno às atividades ou sem profissional prescritor lotado na equipe.

Foram excluídas todas as unidades que não fossem classificadas como estratégia saúde da família: Unidades Básicas de Saúde, Unidade de Pronto-Atendimento, Centro Regional de Saúde, Centro de Especialidade, Policlínica.

#### 4.4 Procedimentos para coleta de dados

A entrevista foi realizada com os profissionais que consentiram livremente em participar do estudo e que atenderem aos critérios de inclusão, período entre 17/02/2020 a 17/06/2020.

Foram entregues dois TCLE em um envelope, sendo uma via com o sujeito da pesquisa após ser assinado pelo interessado e a outra está em poder da pesquisadora para fins de registro e arquivo.

##### 4.4.1 Entrevista

Antes do início da coleta de dados, reuniões foram propostas nos sete Distritos Sanitários, a fim de apresentar os objetivos da pesquisa proposta. Foram convidados a participar das reuniões, os gerentes distritais, gerentes das ESF e os coordenadores de saúde da mulher e saúde da criança. Essa etapa foi de suma importância, considerando a necessidade de adaptação da pesquisa às diferenças dos distritos e a contribuição dos gestores com informações estratégicas das Unidades de Saúde da Família e das equipes de saúde integrantes.

Um pré-teste foi realizado em setembro de 2017 com uma equipe de uma unidade de estratégia saúde da família de Campo Grande - MS, para adaptação do questionário à realidade local.

Para a coleta de dados foi utilizado um questionário (ANEXO A), cedido pela Profa. Dra. Rosa Maria Soares Madeira Domingues, autoaplicável, já validado por especialista da área, com adaptações realizadas pela autora.

Os questionários foram entregues aos enfermeiros e médicos das USF que o preencheram de forma anônima e individual e, posteriormente, o depositaram em uma urna lacrada, visando manter o anonimato da entrevista. A urna foi aberta após todos os profissionais, terem respondido o questionário, para simples conferência dos dados. Esse contato foi feito mediante visitas agendadas por meio de contato telefônico e quando não foi possível o contato telefônico, o agendamento da entrevista foi realizado por meio de visita à própria USF. Os questionários aplicados foram conferidos regularmente quanto à consistência do preenchimento. Todos os dados foram coletados pela pesquisadora.

#### 4.4.2 Aspectos éticos legais

O projeto de pesquisa foi encaminhado, inicialmente, ao Secretário de Saúde da Prefeitura Municipal de Campo Grande – MS e equipe, para o devido conhecimento e liberação da realização da pesquisa. Após isso, o referido projeto foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP), da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.

A pesquisa foi aprovada no Colegiado de **Curso**, por meio da Resolução nº. 75, de 21 de março de 2019, e pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Parecer Consubstanciado do CEP nº 3.831.271 em 11 de fevereiro de 2020 (ANEXO A).

Após parecer do CEP, os participantes foram esclarecidos a respeito dos objetivos do estudo, de como se dariam suas participações, que seriam voluntárias e com garantia de anonimato, conforme o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (APÊNDICE A) assegurando-lhes a respeito do cumprimento das normas estabelecidas pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

#### 4.4.3 Análise dos dados

Os dados foram inseridos em planilhas no Microsoft Excel e validados por meio da dupla digitação, sendo apresentados em forma de figuras e tabelas para discussão à luz da literatura específica. Posteriormente os dados categóricos contabilizados e apresentados em frequência absoluta e relativa, apresentados de modo descritivo, em gráficos e tabelas.

As associações entre as variáveis categóricas foram realizadas pelo Teste Qui quadrado, aplicado um nível de significância de 5% (diferença significativa um valor de  $p \leq 0.05$ ), utilizando o software estatístico Epi Info 7.2.5.0 <sup>TM</sup>.



## **5 RESULTADOS E DISCUSSÕES**

Os resultados e discussões estão descritos no formato de artigos científicos.

No artigo 1 estão apresentados os estudos de revisão bibliográfica e os indicadores de sífilis gestacional e congênita em Campo Grande MS.

O artigo 2, refere-se a um estudo de revisão quanto aos fatores que dificultam o tratamento da sífilis gestacional.

Já no artigo 3, estão apresentados os achados referentes aos objetivos da pesquisa principal quanto o manejo da sífilis gestacional atrelado ao conhecimento e prática dos profissionais que realizam pré-natal nas unidades de saúde da família de Campo Grande MS.

A formatação dos artigos foi realizada nos moldes das revistas que os manuscritos foram submetidos ou serão submetidos.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conhecer o perfil da comunidade de atendimento, as fragilidades de acesso, de estrutura (falta de salas, falta de lugares com isolamento acústico suficiente para privacidade de uma conversa), da falta de RH ou das falhas de recursos humanos (falta de atualização, por exemplo) são itens fundamentais para que uma unidade de saúde consiga atingir seu público.

A habilidade em realizar e/ou a importância em desenvolver a habilidade em conseguir realizar consultas na temática sexualidade, considerando os gêneros, as fragilidades de conhecimento da população é um ponto muito importante tanto na questão da prevenção às ISTs quanto a adesão ao tratamento.

A prevenção e controle dos casos de Sífilis em Gestantes (podendo ser aplicado aos demais tipos), dependem indiretamente do envolvimento e atuação, não somente dos prescritores do tratamento como Enfermeiros e Médicos, mas de toda equipe multiprofissional da unidade de saúde, como no caso do Agente Comunitário de Saúde (ACS) durante a visita mensal ou quando necessário na verificação de cumprimento dos prazos da medicação prescrita, obviamente garantindo o sigilo do processo, na consulta da Odontologia no atendimento do PN na avaliação das informações da caderneta, nos atendimentos dos Técnicos de Enfermagem na administração da medicação e controle das datas a fim de sinalizar ausências da paciente.

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é uma sugestão de organização dos atores envolvidos frente aos casos de Sífilis com dificuldades na condução e/ou adesão percebida pelos prescritores da unidade, fazendo com que a equipe possa compartilhar dos anseios e melhorar a possibilidade de adesão da paciente.

Como limitações desta pesquisa, elenca-se a dificuldade quanto ao tempo de entrega dos questionários e a necessidade do serviço, onde os profissionais solicitavam para retornar em outros períodos para entrega ou coleta dos questionários. Destaque-se como desafios desta pesquisa sua realização durante a pandemia de Coronavírus (Covid-19), com alterações de lotação em tempo mínimos e o afastamento de inúmeros profissionais tanto pelo vírus quanto por outras patologias.

## 7 CONCLUSÃO

De forma a solucionar as fragilidades identificadas, sugere-se estimular maior integração entre a equipe multiprofissional das equipes, e a realização de mais capacitações sobre as ISTs, em especial as relacionadas à Sífilis Gestacional, abrangendo todos aqueles que atuam direta ou indiretamente com o público-alvo desta, de forma que se sintam habilitados a atuar com segurança e como participantes ativos do processo de fortalecimento da atenção à saúde.

Outro ponto a se destacar desta pesquisa é sobre a formação dos profissionais na assistência, bem como os profissionais dos distritos sanitários que servem de apoio nas dúvidas e condução dos processos no dia a dia. Se faz necessária a elaboração de um programa de educação continuada – com ênfase na qualidade do atendimento, do controle e do acompanhamento da sífilis gestacional – para a totalidade dos profissionais da ESF, e não apenas para os prescritores de tratamento para SG, mas para toda a equipe, a considerar ser a UBSF a porta de entrada do SUS e a equipe atuar no cenário de vínculo.

E, ainda, se esses achados identificam uma grave lacuna seja na assistência ou seja na estrutura, cabe sugerir a realização de estudos que busquem identificar em diversas bases científicas as experiências exitosas que certamente existem e que possam ser replicadas em outras regiões do país.

Que esse estudo possa servir como material de auxílio nas tomadas de decisão dos setores gestores da temática no município de Campo Grande – MS, sobretudo no fortalecimento das políticas públicas de saúde e na contribuição para criação do Comitê de Investigação de Transmissão de HIV e Sífilis.

## REFERÊNCIAS

- ANDRADE, U. V.; SANTOS, J. B.; DUARTE, C. A Percepção da Gestante sobre a Qualidade do Atendimento Pré-Natal em UBS, Campo Grande, MS. **Rev. Psicol. Saúde**, v. 11, n. 1, p. 53-61, 2019.
- AVELLEIRA, J. C. R.; BOTTINO, G. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. **Anais Brasileiros de Dermatologia** [online]. 2006, v. 81, n. 2 p. 111-126. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0365-05962006000200002> Epub 25 Maio 2006. Acesso em: 12 jan. 2022.
- BERMAN, S. M. Maternal syphilis: pathophysiology and treatment. **Bull World Health Organization** [Internet]. v 82(6):433-8, 2004. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2622860/pdf/15356936.pdf> Acesso em: 21 jan. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Assistência pré-natal. **Manual técnico**. Brasília (DF); 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Portaria nº 1.459, 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Rede Cegonha**. *Diário Oficial da União*, Brasília, 2011e. Seção 1
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed. rev. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. 318 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, nº 32).
- BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais. **Manual técnico para diagnóstico da sífilis** [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2016. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2016> Acesso em 26 jun. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. (2017). Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF). Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html)
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância. Departamento de Vigilância Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais (DIAHV). **Nota Informativa Nº 02-SEI/2017 – DIAHV/SVS/MS**. 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis (IST)** [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2020. Disponível em:

<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-atencao-integral-pessoas-com-infeccoes> Acesso em: 26 jun. 2022

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias e Inovações em Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis** – Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. **Caderneta da Gestante**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022a. Disponível em [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderneta\\_gestante.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderneta_gestante.pdf) Acesso em: 12 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da saúde. PORTARIA Nº 102, de 20 de janeiro de 2022b. **Dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil**.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias e Inovações em Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis** – Brasília: Ministério da Saúde, 2022c.

CADDY, S. C.; LEE, B. E.; SUTHERLAND K, Robinson JL, PLITT, S. S.; READ R, et al. Pregnancy and neonatal outcomes of women with reactive syphilis serology in Alberta, 2002 to 2006. **J Obstet Gynaecol Can** [Internet]. v. 33, n. 5, p. 453-9, 2011. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/s1701-2163\(16\)34878-2](https://doi.org/10.1016/s1701-2163(16)34878-2) Acesso em: 10 jan. 2021.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Conselhos de Enfermagem repudiam desmonte da Rede Cegonha**. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/conselhos-de-enfermagem-repudiam-desmonte-da-rede-cegonha\\_97611.html#:~:text=Nota%20oficial%20contra%20o%20desmonte,parto%20e%20puerp%C3%A9rio%20no%20Brasil](http://www.cofen.gov.br/conselhos-de-enfermagem-repudiam-desmonte-da-rede-cegonha_97611.html#:~:text=Nota%20oficial%20contra%20o%20desmonte,parto%20e%20puerp%C3%A9rio%20no%20Brasil).

COHEN, S. E.; KLAUSNER, J. D.; ENGELMAN, J, PHILIP, S. Syphilis in the modern era: An update for physicians. **Infect Dis Clin North Am**. v. 27, n. 4, p. 705–22, 2013.

COSTA, C. V da.; SANTOS, IAB dos.; SILVA, J. M da.; BARCELOS, T. F.; GUERRA, H. S. Sífilis Congênita: Repercussões e desafios. **Arq Catarinenses Med Assoc Médica Bras**. v. 46, n. 3, p. 194–202, 2017.

COSTA, M. de F. B. da.; COSTA, I. L. de O. F.; CHERMONT, A. G.; CAMPOS, P. M. de A.; CARNEIRO, I. C. do R. S. .; BASTOS, K. E. S. .; LOUREIRO, S. P. S. da C.; NUNES, H. H. de M. .; LIMA, S. B. de A. .; FERREIRA, I. P. . Contribuições da assistência pré-natal na Atenção Primária à Saúde no Brasil para prevenção da mortalidade materna: Revisão integrativa de 2015 a 2019. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 10, n. 3, p.. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/13207> . Acesso em: 23 jul. 2022.

DOMINGUES, Carmen Silvia Bruniera et al. Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: sífilis congênita e criança exposta à sífilis. **Epidemiologia e Serviços de Saúde** [online]. v. 30, n. especial. Disponível em:

<<https://doi.org/10.1590/S1679-4974202100005.esp1>>. ISSN 2237-9622.  
<https://doi.org/10.1590/S1679-4974202100005.esp1>. Acesso em: 24 fev. 2022.

DORADO, J.; ARELLANO, E.; PICHARDO, A.; EZCURRA, M. **Infecciones por treponemas.** *Medicine*, v. 11, n. 51, p. 2993-3002, 2014.

DUARTE, Sebastiao Junior Henrique; ALMEIDA, Eliane Pereira de. O papel do enfermeiro do programa saúde da família no atendimento pré-natal. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, p. 1029-1035, 2014.

LAGO, E. G.; VACCARI, A.; FIORI, R. M. Clinical features and follow-up of congenital syphilis. *Sex Transm Dis* [Internet]. v 40, n. 2, p. 85-94, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/olq.0b013e31827bd688> Acesso em: 3 nov. 2021.

PEELING, R. W.; MABEY, D.; KAMB, M. L.; CHEN, X-S.; RADOLF, J. D.; BENZAKEN, A. S. Syphilis. *Nat Rev Dis Prim* [Internet] v. 3, n. 17073, 2017. Disponível em: <http://www.nature.com/articles/nrdp201773> Acesso em: 26 jun. 2020.

REYES, M. P, Hunt N, Ostrea Jr EM, George D. Maternal/congenital syphilis in a large tertiary-care urban hospital. *Clin Infect Dis* [Internet]. 17(6):1041-6, 1993. Disponível em: » <https://doi.org/10.1093/clinids/17.6.1041> Acesso em: 10 out. 2021.

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde. **Organização Mundial da Saúde pública novas estimativas sobre sífilis congênita.** Acesso em 20 fev 2022. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/28-2-2019-organizacao-mundial-da-saude-publica-novas-estimativas-sobre-sifilis-congenita>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Orientações mundiais sobre os critérios e processos para a validação da eliminação da transmissão vertical de HIV e Sífilis.** Genebra, Suíça: Organização Mundial da Saúde; 2015.

SINGH, A. E.; ROMANOWSKI, B. Syphilis: review with emphasis on clinical, epidemiologic and some biologic features. *Clin Microbiol Rev.* v. 12, p. 187-209, 1999.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. WHO Guideline for the treatment of *Treponema pallidum* (syphilis) [Internet]. Genebra: World Health Organization; 2016, 60 p. Disponível em: <iris/bitstream/10665/249572/1/9789241549806-eng.pdf> Acesso em: 26 jun. 2020.

VELASCO, C.S.; ANDRADE, L.G. SÍFILIS: DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E CUIDADO FARMACÊUTICO. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação.** São Paulo, v.8.n.03.mar. 2022.  
<https://www.periodicorease.pro.br/rease/article/view/4684/1771>

## ANEXO I

Artigo publicado

## Artigo 1 SYPHILIS AND PRE-NATAL CARE: INDICATORS OF THE MUNICIPALITY OF CAMPO GRANDE-MS, BRAZIL



ISSN: 2230-9926

Available online at <http://www.journalijdr.com>

IJDR

International Journal of Development Research  
Vol. 08, Issue, 11, pp. 23936-23940, November, 2018

ORIGINAL RESEARCH ARTICLE

OPEN ACCESS

## SYPHILIS AND PRE-NATAL CARE: INDICATORS OF THE MUNICIPALITY OF CAMPO GRANDE-MS, BRAZIL

<sup>1</sup>Iara Barbosa Ramos, <sup>3</sup>Diane Xavier dos Santos, <sup>2</sup>Nathalia Novak Zobiolo, <sup>3</sup>Liara Ferreira dos Santos, <sup>3</sup>Agleison Ramos Omido Júnior, <sup>4</sup>Kelly Lopes de Araújo Appel, <sup>5</sup>Simone Nantes de Souza, <sup>6</sup>Leandro Antero da Silva, <sup>1\*</sup>Valdir Aragão do Nascimento and <sup>1</sup>Paulo Roberto Haidamus de Oliveira Bastos

<sup>1</sup>Graduate Program in Health and Development in the Mid-West Region, Federal University of MatoGrosso do Sul, 79070-900, Campo Grande, MS, Brazil

<sup>2</sup>Professor of the Faculty Mato Grosso do Sul (FACSUL), 79005-000, Campo Grande, MS, Brazil.

<sup>3</sup>Graduate Program in Environment and Regional Development, University Anhanguera-Uniderp, 79003-010, Campo Grande, MS, Brazil

<sup>4</sup>Graduate Program in Infectious and Parasitic Diseases, Federal University of MatoGrosso do Sul, 79070-900, Campo Grande, MS, Brazil

<sup>5</sup>University for the Development of the Pantanal, UNIDERP, Mato Grosso do Sul, 79003010 - Campo Grande, MS, Brazil

<sup>6</sup>State University of MatoGrosso do Sul, UEMS, 79115-898 Campo Grande, MS, Brazil

## ARTICLE INFO

## Article History:

Received 22<sup>nd</sup> August, 2018

Received in revised form

03<sup>rd</sup> September, 2018Accepted 01<sup>st</sup> October, 2018Published online 28<sup>th</sup> November, 2018

## Key Words:

Syphilis, Public, Prenatal Care, Health Surveillance.

## ABSTRACT

Syphilis is one of the most prevalent sexually transmitted infections in Brazil. It is a systemic disease, with rapid tests available in Primary Care, that is, with rapid diagnosis. Nevertheless, the indicators of Gestational Syphilis continue in an upward curve and the curve of Congenital Syphilis follows the same way. Knowing that prenatal care focuses directly or indirectly on the reduction of maternal and perinatal mortality, this study aimed to describe the studies published and to relate to the indicators on syphilis and prenatal care in the municipality of Campo Grande, in the state of Mato Grosso do Sul, Brazil. This is a cross-sectional, descriptive study of the literature review and indicators on the thematic of the region. The studies indicate that even with a high prenatal coverage in the city, the indicators of GS and CS are not close to the goal agreed by the country. This study points out possible reflections and provides subsidies for the elaboration of a multiprofessional and interdisciplinary care proposal in the management of pregnant women with syphilis.

Copyright © 2018, Iara Barbosa Ramos et al. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Citation: Iara Barbosa Ramos, Diane Xavier dos Santos, Nathalia Novak Zobiolo, Liara Ferreira dos Santos, et al., 2018. "Syphilis and pre-natal care: indicators of the municipality of campo grande-ms, brazil", *International Journal of Development Research*, 8, (11), 23936-23940.

## INTRODUCTION

One of the most important axes of maternal and child health care is prenatal care (PNC) (MEDEIROS JUNIOR, *et al.*, 2014). The quality of care provided by the service and by the health professionals are decisive factors for adherence and continuity of prenatal care by pregnant women. In Brazil, the adherence is directly related to the reduction of cases of maternal and perinatal mortality (Romero-gutiérrez, *et al.*, 2005; Gomes, *et al.*, 2009; Alves, *et al.*, 2016).

\*Corresponding author: Valdir Aragão do Nascimento, Post-Graduate Program in Health and Development in the Mid-West Region, Federal University of MatoGrosso do Sul, 79070-900, Campo Grande, MS, Brazil.

It is important that in the PNC the work is based on a multi professional and interdisciplinary team, where the care is carried out integrally and at the same time complementary (SANTIAGO, *et al.*, 2017). The Ministry of Health launched the Program for Integral Assistance to Women's Health (PIAWH) in 1984, which is the basis for conducting health-care services until present days. Previously, the response to the feminist movements against a service of this program, focused on the pregnancy and puerperal cycle and not the attendance with holistic vision. This program, when was launched, it covered actions related to family planning, prevention of breast and gynecological cancer, diagnosis and treatment of sexually transmitted diseases, from the childhood cycle to the climacteric period (BRASIL, 2004a; BRASIL 2004b). In 2004, the program became the current National Policy for Integral

Attention to Women's Health, which involves, beyond the situation of women, other social agents. As for politics, it made possible a focus on gender, ethnicity and race, as well as actions previously not valued as assisted human reproduction, attention to unsafe abortion, women: lesbians and bisexuals, deprived of liberty, black women, Indians, disabled, rural workers; besides enabling the participation of women in the proposals of the whole process of this policy (Brasil, 2004a; Brasil 2004b; Viola, 2009; Ratnner, 2014). To subsidize the conducting of the work, the Ministry of Health launched the Prenatal and Birth Humanization Program (PBHP) in 2000. Among its objectives the importance of attention to the care of the pregnant woman, directing the possibilities and innovations in the health practice is highlighted (Viola, 2009). One of the most prevalent sexually transmitted infections in developing countries, including Brazil, similar to other emerging diseases is syphilis, caused by the bacterium *Treponema pallidum*. In developed countries it still results in a major public health problem. The most affected are women of childbearing age, men who have sex with men, young people between the ages of 15 and 25, reaching all social classes (Belda Junior, et al., 2009; Marti Pastor, et al., 2015). Syphilis was previously classified as a Sexually Transmissible Disease (STD), which currently has new terminology "Sexually Transmitted Infection (STI)", considering that the change had already been adopted by the Pan American Health Organization (PAHO) as well as by the scientific society and also by other countries (Brasil, 2015). The Ministry of Health adopted as the goal agreed by the Pan American Health Organization (2012) to eliminate congenital syphilis in the Americas, with an occurrence of less than 0.5 cases / 1000 live births (BRASIL, 2015b). Syphilis is a systemic, curable, exclusively human disease that has not provided immunity and its reinfection is possible. It has as transmission routes: sexual (acquired syphilis), vertical (congenital syphilis), and blood transfusion. Among the diseases that can be transmitted during pregnancy and puerperium, syphilis is the one with the highest rates of transmission. National and international studies point out failures during prenatal consultations. Regarding the notifications and treatment, in 2009, 75.5% of the pregnant women attended in the country, only 5.4% were diagnosed with syphilis during the gestational period (Avelleira; Bottino, 2006; Brasil, 2010).

Syphilis is a transmissible sexually infection that is easily and quickly diagnosed. It presents innovations for the diagnosis through rapid tests, which are available in the health units, with results in up to 30 minutes (BRASIL, 2016). Its treatment is known, but the quality of Primary Care (PC) remained precarious over the years, with professionals who often have done no treatment in a correct and proper way according to ministerial guidelines (Rodrigues, et al., 2008; Tridapalli, et al., 2007; Rodrigues, et al., 2008). It is estimated that among the infected pregnant women (around 1.8 million in the world) less than 10% will be diagnosed and treated properly (Klausner, 2014). In Brazil, the estimated cases of syphilis during pregnancy are nearly 48,000 cases/year. A 2014 study found a prevalence of syphilis at pregnancy of 1.02. This study also revealed that the lowest test coverage (for syphilis) was found in the pregnant women of the North, Northeast and Central West Regions (Domingues, et al., 2012). This study aimed to describe the published studies and indicators on Syphilis and Gestational Prenatal in the city of Campo Grande - MS, capital of the state of Mato Grosso do Sul, Brazil.

## MATERIALS AND METHODS

This is a cross-sectional, descriptive, bibliographic review of the capital of Mato Grosso do Sul state. Regarding the cross-sectional design, these studies describe the situation, phenomenon and/or the relationships among the phenomena surveyed at a given fixed point of time. As for the study being quantitative, the researcher starts from a starting point to the final point and follows a standardized sequence, analyzing the data through numbers (Polit; Beck, 2011). According to IBGE (2017), the estimated population of Mato Grosso do Sul is 2,682,386 inhabitants, Campo Grande, the state capital, is the most populous city in the state, with 863,982 inhabitants. The Primary Care is being reorganized and has the ESF as the gateway to the Unified Health System (SUS), and in Campo Grande the ESF covers 40.6% of its population. Its minimum team consists of nurses, physicians, nursing assistants and community health agents. The dental surgeon and auxiliary/dental technician can be added to this team. The ESF has a premise the link between community and staff, given that the service is in a delimited (attached) area and with an attached population of up to 4 thousand inhabitants, which allows, for example, a pregnant woman to always consult with the same professionals (physician and nurse) of her team.

## RESULTS

In Mato Grosso do Sul, 4,141 of 153,857 pregnant women were infected, revealing a prevalence of 2.69% (BOTELHO, et al., 2008). Another study on the frequency of *Treponema pallidum* infection from 2003 to 2008 in the state of Mato Grosso do Sul found a frequency of 2.2% for gestational syphilis and an incidence of congenital syphilis of 2.08 per 100,000 live births (LOUREIRO, 2009). A study conducted in Campo Grande - MS found a prevalence of Congenital Syphilis (SC) of 2.3% (Figueiró Filho, et al., 2007). Regarding the quality of prenatal care in Campo Grande - MS, it was pointed out a deficiency regarding the population coverage of prenatal (PN) examinations, since only 75% of the pregnant women with syphilis had the necessary follow-up (Figueiró-Filho, et al., 2007). A comparative study of the years 2006 and 2011 revealed that the care during PN in Campo Grande - MS showed no significant improvement in relation to the adequate treatment of pregnant women, their partners, guidance regarding the tracing of their children and found a prevalence of CS 2, 34% (12/512) and 0.58% (3/512) 2006 and 2011 respectively, not reaching the index recommended by the Ministry of Health, which is one case per each thousand live births (Freire, 2012). The tables below demonstrate the temporal range from 2007 to 2017 of live births, incidence and number of reports of Gestational Syphilis (GS) and Congenital Syphilis (CS). According to the Health Department of Mato Grosso do Sul (Sesau), there was a significant increase in cases of gestational syphilis. In 2014, 901 patients were diagnosed and in 2015 there were 1102 cases (MALAGOLINI, 2016). According to the Municipal Health Department of Campo Grande, in 2016, 404 pregnant women with syphilis were diagnosed in Campo Grande and 138 were diagnosed as having congenital syphilis, that is, 34.15% of pregnant women with syphilis were not treated at the appropriate time or according to ministerial guidelines in this period. Even with a high prenatal coverage of over 95% in Campo Grande (Loureiro, et al., 2012), both indicators of syphilis in pregnant women and congenital syphilis point to the need to improve the PC quality provided in services of health.



**Table 1. Live Births and Incidence of Gestational Syphilis. Campo Grande (MS), Brazil (2007 – 2017)**

| Year of Birth | Live Birth | Incidence | Number of Reporting of Gestational Syphilis |
|---------------|------------|-----------|---|
| 2007          | 12279      | 8,31      | 102   |
| 2008          | 12824      | 11,0      | 141   |
| 2009          | 12380      | 12,36     | 153   |
| 2010          | 12801      | 9,53      | 122   |
| 2011          | 13047      | 10,35     | 135   |
| 2012          | 13541      | 14,47     | 196   |
| 2013          | 13695      | 18,33     | 251   |
| 2014          | 14205      | 17,32     | 246   |
| 2015          | 14469      | 23,15     | 335   |
| 2016          | 13726      | 29,43     | 404   |
| 2017          | 14298      | 37,14     | 531   |

Source: SINASC/SINAN/SESAU, 2018

**Table 2. Live Births and Incidence of Congenital Syphilis. Campo Grande (MS), Brazil (2007 – 2017)**

| Year of Birth | Live Birth | Incidence | Number of Reporting of Congenital Syphilis |
|---------------|------------|-----------|--|
| 2007          | 12279      | 1,95      | 24   |
| 2008          | 12824      | 2,34      | 30   |
| 2009          | 12380      | 4,12      | 51   |
| 2010          | 12801      | 3,28      | 42   |
| 2011          | 13047      | 4,14      | 54   |
| 2012          | 13541      | 6,72      | 91   |
| 2013          | 13695      | 6,72      | 92   |
| 2014          | 14205      | 6,20      | 88   |
| 2015          | 14469      | 7,40      | 107  |
| 2016          | 13726      | 10,05     | 138  |
| 2017          | 14298      | 10,49     | 150  |

Source: SINASC/SINAN/SESAU, 2018

The Basic Health Care has been expanded through the Family Health Strategy (FHS) in order to advance the improvement of indicators of prevention and control of syphilis and other health problems, as well as guarantee a wide and quality assistance, so that both diagnosis, and the treatment is performed in an appropriate time (Araujo, *et al.*, 2012). Studies point out to the need for personal commitment, frequent continuing education in service (preferably by problematizing the work process), the importance of sharing local health indicators in order to transform professional practices, as well as a minimum structure in health services (Schmeing, 2012; Brasil, 2015a; Vasconcelos, *et al.*, 2016). According to Domingues *et al.*, (2012), there are failures in the prescription of the treatment for pregnant women with syphilis, especially when the tests indicate low titration, absence of treatment in patients with reactive serology, routine failure to request the examination at the first visit, and beginning of the third gestational trimester, as recommended by the Ministry of Health (Brasil, 2015a, Brasil, 2016). Other Brazilian studies also pointed to insufficient knowledge of health professionals regarding the control, prevention and transmission of syphilis, demonstrating insufficient technical qualification to lead the pregnant woman with syphilis (Rodrigues *et al.*, 2008; Blomcowe *et al.*, 2011; GOMES, 2013; Lazari *et al.*, 2017). The technical qualification of the prenatal professionals of the public health units may be related to staff turnover, lack of curriculum of the graduates, making health education a key instrument for improving the management and management of cases of gestational syphilis by professionals (Brazil, 2015b). Some work difficulties found in Campo Grande FHS: it is not routine the shared agenda among professionals, which makes it tiring and non-linear the care of pregnant women; there is no determination of periodicity of team meetings (it can be weekly or biweekly), some units may not be present all staff members; there is a shortage of rooms, where in general each team doctor has his or her office, but it is unlikely that the nurse of each team has

his or her own. The physician should attend at least 10 (ten) patients per period and 5 (five) nurses, per patients screened (blood pressure, capillary glycemia, weight, height) by the nursing technicians. As there is no pharmacist, the control of prescription recipes and failures go unnoticed, considering that the professional who delivers the medication has no training for such a function. When training for professionals occurs, only one may be participating and sharing the knowledge learned. With excessive service demands and non-mandatory participation in team meetings, case discussions do not occur properly and the knowledge to be shared is not realized.

**Final considerations:** Taking into account the scarcity of local studies about the subject in the state capital region and this state is bordered by countries that are on underdevelopment and with reports of difficult management and evaluation, and the professionals who will monitor the low risk prenatal of the public network, it is unknown, effectively, where there is the failure to treat pregnant women with syphilis which are resulting in newborns with congenital syphilis. It should be highlighted that there is no Research Committee for Vertical Transmission of HIV and Syphilis, there is only the Committee on Maternal and Child Mortality with discussion shared with the state secretariat. This makes it impossible to deepen the failures in the management and prevention of sexually transmitted infections and especially syphilis in pregnant women. Based on this premise, the expectation of this study was to foster reflections and provide support for the elaboration of a proposal for multiprofessional and interdisciplinary care in the management of pregnant women with syphilis. It is also hoped that the results of this study can contribute to improve the flow of care and management of gestational syphilis as recommended by the ministry, whose results are also used in continuing education services, aiming to qualify professionals to care for this population. *Special thanks to the Nurse Michela Paula Pimpinatti Mauro from the Municipal Health Department of Campo Grande for the*

collaboration in this work with the sharing real time indicators.

## REFERENCES

- Amorim, M. M.R., Cunha, A.S.C., Leite, S.R.F., Vital, S.A. 2009. Fatores associados à natimortalidade em uma maternidade escola em Pernambuco: estudo caso-controlado. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. Rio de Janeiro, v. 31, n. 6, p. 285-292, jun., Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-72032009000600004&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032009000600004&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 02 dez. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032009000600004>
- Araújo, C.L., Shimizu, H.E., Sousa, A.I.A., Hamann, E.M. 2017. Incidência da sífilis congênita no Brasil e sua relação com a Estratégia Saúde da Família. *Revista de Saúde Pública*, Brasília, v. 46, n. 3, p.: 479-86, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46n3/3477.pdf>>. Acesso em: 05 jan.
- Araújo, E.C., Costa, K.S.G., Silva, R.S., Azevedo, V.N.G., Lima, F.A.S. 2006. Importância do pré-natal na prevenção da sífilis congênita. *Revista Paraense de Medicina*, Jan./mar., v. 20, n.1, p. 47-51.
- Avelaira, J.C.R., Bottino, G. 2006. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. *Anais Brasileiros de Dermatologia*. Rio de Janeiro, v.81, n.2, p.:111-26. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S036505962009000200008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S036505962009000200008&lng=en&nrm=iso). Acesso em 02 jan. 2017.
- Belda Junior, Walter; Shiratsu, Ricardo, Pinto, Valdir. Abordagem nas doenças sexualmente transmissíveis. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, Rio de Janeiro, v. 84, n. 2, p. 151-159, Apr. 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S036505962009000200008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S036505962009000200008&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 03 Jan. 2017.
- Blencowe, H., Cousens, S., Kamb, M., Berman, S., Lawn, J.E. 2011. Lives saved tool supplement detection and treatment of syphilis in pregnancy to reduce syphilis related stillbirths and neonatal mortality. *BMC Public Health*; v.11(Supl. 3):S9.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids. Sífilis: Estratégias para Diagnóstico no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde. Brasília, 2010
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015a.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Caderno de boas práticas : o uso da penicilina na Atenção Básica para a prevenção da sífilis congênita no Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2015b.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais. Manual Técnico para Diagnóstico da Sífilis / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais. – Brasília : Ministério da Saúde, 2016.
- BRASIL/Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.
- BRASIL/Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Plano de Ação: 2004-2007. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.
- Domingues, R.M.S.M. 2011. Avaliação da implantação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro com ênfase nas ações de controle da sífilis e do HIV [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 201f.
- Domingues, R.M.S.M., HARTZ, Z.M.A., LEAL, M.C. 2012. Avaliação das ações de controle da sífilis e do HIV na assistência pré-natal da rede pública do município de Rio de Janeiro, Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. Recife, v. 12, n. 3, p. 269-280, set., Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S151938292012000300007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151938292012000300007&lng=en&nrm=iso). Acesso em 07 Jan. 2017.
- Figueiró-Filho, E.A., Gardenal, R.V.C., Assunção, L.A., Costa, G.R., Periotto, C.R.L., Vedovatte, C.A., Pozzobon, L.R. 2007. Sífilis Congênita como Fator de Assistência Pré-Natal no Município de Campo Grande – MS. *DST – Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis* 19(3-4): 139- 43.
- Freire, S.G. A. Sífilis e gestação: estudo comparativo de dois períodos 2006. em população de puérperas. Campo Grande; Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-oeste da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, 2012.
- Gomes, S.F. 2013. Conhecimentos, atitudes e práticas dos médicos e enfermeiros das unidades de saúde da família sobre sífilis em gestantes na cidade do Recife- PE. [Internet]. Dissertação de mestrado. Recife: Universidade Federal de Pernambuco; Disponível em: <http://repositorio.ufpe.br/bitstream/handle/123456789/13222/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20SUELY%20FERREIRA%20GOME%20S>. Acesso em 7 dez. 2016.
- Instituto brasileiro de geografia e estatística (IBGE). Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=500270>>. Acesso em 8 jan. 2017.
- Klausner, J. D. 2013. The sound of silence: missing the opportunity to save lives at birth. *Bull World Health Organ*. Los Angeles, v.91, n.3, p.158.
- Lazarini, F.M., Barbosa, D.A. 2017. Educational intervention in Primary Care for the prevention of congenital syphilis. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 25, p. e2845-, jan. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/126208>>. Acesso em: 31 jan. 2017.
- Loureiro, M.D.R. 2009. Infecção pelo *Treponema pallidum* em gestantes e sua transmissão vertical, Mato Grosso do Sul. Campo Grande. Tese (Doutorado) – Programa Multi-institucional Rede Centro-Oeste: UNB-UFG-UFMS de Pós-Graduação em Ciências da Saúde. 68 f.
- Loureiro, M.D.R., Cunha, R.V., IVO, M.L., Pontes, E.R.J.C., Fabbro, M.M. F.J. Ferreira Junior, M.A. 2012. *Revista de Enfermagem UFPE online*, Recife, v. 6, n. 12, dez., p.:2971-9.

- Malogolini, A. 2016. Aumenta casos de gestantes infectadas pelo sífilis em Mato Grosso do Sul. Campo Grande News, Campo Grande, 15 out. 2016. Disponível em: <<http://www.campograndenews.com.br/cidades/aumentados-casos-de-gestantes-infectadas-pelo-sifilis-em-mato-grosso-do-sul>>. Acesso em 30 dez.
- Martí-Pastor, M., Olalla, P.G; Barberá, M., Manzardo, C., Ocaña, I., Knobel, H., Gurguí, M., Humet, V., Vall, M., Ribera, E., Villar, J., Martín, G., Sambeat, M.A., Marco, A., Vives, A., Alsina, M., Miró, J.M., Caylà, J.A. Epidemiology of infections by HIV, Syphilis, Gonorrhea and Lymphogranuloma Venereum in Barcelona City: a population-based incidence study. *BioMed Central Public Health*, v.15, n.1015, p.1-8, 2015.
- Medeiros Junior, A., Lima, A.S.D., Silva, A.M.D.F., Lima, M.E.M. 2014. *Revista Eletrônica Extensão & Sociedade - Proex/Ufrn*, Natal, RN, v.5, n.2, p. 10 – 20.
- Pan American Health Organization. Regional Initiative for the Elimination of Mother-to-Child Transmission of HIV and Congenital Syphilis in Latin America and the Caribbean: Regional Monitoring Strategy. 2. ed. Washington (DC); 2012.
- Polit, D.F., Beck, C.T. 2011. *Fundamentos de pesquisa em Enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem*. 7. Ed. Porto Alegre: Artmed.
- Rattner, D. 2014. Da Saúde Materna Infantil ao PAISM. *Revista Tempus, Actas de saúde coletiva*. Brasília, v.8, n.2, p.103-108, jun.
- Rodrigues, C.S., Guimarães, M.D.C. 2004. Grupo Nacional de Estudo sobre Sífilis Congênita. Positividade para sífilis em puérperas: ainda um desafio para o Brasil. *Revista Panamericana de Salud Publica; Washington*, v. 16, n. 3, p.: 168–75.
- Rodrigues, C.S., Guimarães, M.D.C., Cesar, C.C. 2008. Oportunidades perdidas na prevenção da sífilis congênita e da transmissão vertical do HIV. *Revista de Saúde Pública*, v.42, n.5, p.: 851-8.
- Romero-Gutiérrez, G., Martínez-CEJA, C.A., Abrego-Olvira, E., Ponce-Ponce, L.A.L. 2005. Multivariate analysis of factors for stillbirth in Leon. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. Guanajuato, Mexico, v.84, n.1, p.:2-6.
- Santiago, C.M.C., Sousa, C.N.S., Rocha e Nobrega, L.L., Sales, L.K.O., Morais, F.R.R. 2017. Assistência ao pré-natal e as práticas desenvolvidas pela equipe de saúde: revisão integrativa. *Revista Cuidado é Fundamental*. Rio de Janeiro, jan./mar., v. 9, n.1, p.279-288. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4184/0>>. Acesso em 23 de jan. de.
- Schmeing, L.M.B. 2012. Sífilis e pré-natal na rede pública de saúde e na área indígena de Amambai/MS: conhecimento e prática de profissionais. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 63 f.
- Tridapalli, E., Capretti, M.G., Sambri, V., Marangoni, A., Moroni, A., Antuono, A.D., Bachhi, M.L., Faldella, G. 2007. Prenatal syphilis infection is a possible cause of preterm delivery among immigrant women from eastern Europe. *Sexually Transmitted Infections*. Abr., v. 83, n. 2, p.: 102-105.
- Vasconcelos, M.I.O., Guimarães, R.X., Magalhães, A.H.R., Oliveira, K.M.C., Linhares, M.S.C., Albuquerque, I.M.N., Freitas, C.A.S.L., Queiroz, M.V.O.Q. 2016. Estratégias e Desafios dos Enfermeiros da Atenção Básica para o Tratamento Simultâneo da Sífilis. *Investigação Qualitativa em Saúde*. Atas CIAIQ do 5º Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa. Disponível em: <<http://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/view/918/902>>. Acesso em 29 jan., 2017.
- Viola, R.C. 2009. Políticas de atenção à saúde da mulher e os 20 anos de Sistema Único de Saúde no Brasil. In: *Saúde Brasil 2008. 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde.

\*\*\*\*\*

Artigo 1 **SYPHILIS AND PRE-NATAL CARE: INDICATORS OF THE MUNICIPALITY OF CAMPO GRANDE-MS, BRAZIL**

**SÍFILIS E PRÉ-NATAL: INDICADORES DO MUNICÍPIO DE CAMPO GRANDE-MS, BRASIL**

Iara Barbosa Ramos

Diane Xavier dos Santos

Nathalia Novak Zobiolo

Liara Ferreira dos Santos

Agleison Ramos Omido Júnior

Kelly Lopes de Araújo Appel

Simone Nantes de Souza

Leandro Antero da Silva

Valdir Aragão do Nascimento

Roberto Haidamus de Oliveira Bastos

## **INTRODUÇÃO**

Um dos eixos mais importantes da atenção à saúde materno-infantil é a Assistência Pré-Natal (APN) (JUNIOR MEDEIROS; LIMA; SILVA et. al., 2014). A qualidade da assistência fornecida pelo serviço e pelos profissionais de saúde são fatores decisivos para a adesão e a continuidade do pré-natal pela gestante. No Brasil, a adesão está diretamente relacionada a redução dos casos de mortalidade materna e perinatal (ROMERO-GUTIÉRREZ; MARTÍNEZ-CEJA; ABREGO-OLVIRA et. al., 2005; GOMES; AMORIM; CUNHA et. al., 2009; ALVES; NICÁCIO, OLIVEIRA et. al., 2016).

É importante que na APN o trabalho tenha como base uma equipe multiprofissional e interdisciplinar, de forma que o cuidado seja realizado de forma integral e ao mesmo tempo complementar (SANTIAGO; SOUSA; ROCHA et. al., 2017).

O Ministério da Saúde, lançou em 1984 o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) que serve de base para a condução do atendimento a atenção à saúde mulher até os dias atuais. Esse programa foi uma resposta aos movimentos feministas contra um atendimento que, anteriormente, focava o ciclo gravídico e puerperal e não o atendimento com visão holística. O programa, quando lançado, abrangia as ações relacionadas ao planejamento familiar, prevenção de câncer de mama e ginecológico, diagnóstico e tratamento das doenças sexualmente transmissíveis, desde o ciclo da infância até o climatério.

Em 2004, o, então programa, tornou-se a atual Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, que envolve, além da situação da mulher, os demais atores sociais. Quanto política, possibilitou enfoque de gênero, etnia e ração, além de ações antes não valorizadas como reprodução humana assistida, atenção ao abortamento inseguro, mulheres: lésbicas e

bissexuais, privadas de liberdade, negras, índias, com deficiência, trabalhadores rurais; além de possibilitar a participação das mulheres nas propostas de todo o processo dessa política (BRASI, 1984; BRASIL, 2004a; BRASIL, 2004b; VIOLA, 2009; RATNER, 2014).

Para subsidiar a condução do trabalho o Ministério de Saúde lançou em 2000 o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN), dentre seus objetivos foi o de demonstrar a importância da atenção ao cuidado da gestante, direcionando as possibilidades e inovações na prática em saúde.

Uma das infecções sexualmente transmissíveis mais prevalentes nos países em desenvolvimento, inclusive no Brasil, sendo similar a outras doenças emergentes é a sífilis, causada pela bactéria *Treponema pallidum*. Nos países desenvolvidos ainda resulta em um importante problema de saúde pública. Os mais acometidos são as mulheres em idade fértil, homens que fazem sexo com homens, jovens entre 15 e 25 anos, atingindo todas as classes sociais (BELDA JUNIOR; SHIRATSU; PINTO, 2009; MARTÍ- PASTOR et al., 2015).

A sífilis anteriormente era classificada como uma Doença Sexualmente Transmissível (DST) que atualmente passou a ter nova terminologia “Infecção Sexualmente Transmissível (IST)”, considerando que a mudança já havia sido adotada pela Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), assim como pela sociedade científica e também por outros países (BRASIL, 2015).

O Ministério da Saúde adotou como a meta pactuada pela Organização Pan-Americana de Saúde (2012) de eliminar a sífilis congênita nas Américas, com uma ocorrência de menos de 0,5 caso/1000 nascidos vivos.

A sífilis é uma enfermidade sistêmica, curável, exclusivamente humana que não confere imunidade, sendo possível sua reinfecção. Tem como vias de transmissão: sexual sífilis adquirida, vertical (sífilis congênita), transfusão de sangue. Entre as doenças que podem ser transmitidas durante a gestação e puerpério é a que mais apresenta taxas de transmissão. Os estudos nacionais e internacionais, apontam falhas durante as consultas do pré-natal. No que tange as notificações e tratamento, em 2009, 75,5% das gestantes atendidas no país, apenas 5,4% foram diagnosticadas com sífilis ainda durante a gestação (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006; BRASIL, 2010).

A sífilis é uma infecção sexual transmissível de fácil e rápido diagnóstico, com inovações para o diagnóstico por meio de testes rápidos, disponíveis nas unidades de saúde, com resultados em até 30 minutos (BRASIL, 2016) o seu tratamento é conhecido e , mas a qualidade de AP permaneceu precária ao longo dos anos, com profissionais que por muitas vezes não fizeram o tratamento de forma correta e adequada conforme protocolo ministerial (RODRIGUES; GUIMARAES, 2004; ARAUJO; COSTA; SILVA et al., 2006; TRIDAPALLI; CAPRETTI; SAMBRI, 2007; RODRIGUES; GUIMARÃES; CESAR, 2008). Estima-se que entre gestantes infectadas (em torno de 1,8 milhão no mundo) menos do que 10% será diagnosticada e tratada (KLAUSNER, 2014). No Brasil, a estimativa de casos de sífilis na gestação é de aproximadamente 48.000 casos/ano. Um estudo de 2014, encontrou uma prevalência de sífilis na gestação de 1,02. Esse mesmo estudo também revelou que as mais baixas coberturas de testagem (para sífilis) foram nas gestantes das Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste (DOMINGUES, SZWARCOWALD, SOUZA JUNIOR et al., 2014).

Este estudo teve por objetivo descrever os estudos publicados e indicadores sobre Sífilis e Pré-Natal Gestacional do município de Campo Grande - MS, capital do estado de Mato Grosso do Sul, Brasil.

## **MÉTODOS**

Trata-se de um estudo transversal, descritivo, do tipo revisão bibliográfica pertinente a capital do estado de Mato Grosso do Sul.

No que tange ao delineamento transversal, esses estudos descrevem a situação, fenômeno e/u as relações entre os fenômenos pesquisados em um determinado ponto fixo do tempo.

Quanto ao estudo ser quantitativo, o pesquisador parte de um ponto inicial até o ponto final e segue uma sequência padronizada, analisando os dados através de números (POLIT; BECK, 2011).

De acordo com o IBGE (2016), a população estimada de Mato Grosso do Sul é de 2.682.386 habitantes, Campo Grande, a capital do estado, é a cidade mais populosa do estado, com 863.982 habitantes.

A Atenção Básica está sendo reorganizada e tem como porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) a ESF e, em Campo Grande a ESF tem cobertura em 40,6% de sua população. A sua equipe mínima é formada por enfermeiro, médico, auxiliar de enfermagem e pelos agentes comunitários de saúde, pode ser acrescido a esta equipe o cirurgião-dentista e o auxiliar/técnico em saúde bucal.

A ESF tem como premissa o vínculo entre comunidade e equipe, visto que o atendimento é de uma área delimitada (adstrita) e com uma população adscrita de até 4 mil habitantes, o que permite, por exemplo, que uma gestante faça suas consultas sempre com os mesmos profissionais (médico e enfermeiro) da sua equipe. Vale destacar, que o farmacêutico não faz parte da equipe, algumas unidades ESF contam com a presença deste profissional 40h/semana. As farmácias geralmente possuem um administrativo para entrega de medicações.

## **RESULTADOS**

Em Mato Grosso do Sul, 4.141 de 153.857 gestantes estavam infectadas, revelando uma prevalência de 2,69% (BOTELHO; TOMAZ; CUNHA et al., 2008). Um outro estudo sobre frequência da infecção por *Treponema pallidum* de 2003 a 2008 no estado de Mato Grosso do Sul, encontrou uma frequência de 2,2% para sífilis gestacional e uma incidência de sífilis congênita de 2,08 por 100.000 nascidos vivos (LOUREIRO, 2009).

Um estudo realizado em Campo grande – MS encontrou uma prevalência de Sífilis Congênita de 2,3% (FIGUEIRÓ-FILHO; GARDENAL; ASSUNÇÃO et al., 2007). Em relação a qualidade da assistência pré-natal de Campo Grande – MS foi apontada deficiência quanto a cobertura populacional de exames durante o pré-natal (PN), visto que somente 75% das gestantes com sífilis tiveram o acompanhamento necessário (FIGUEIRÓ-FILHO; GARDENAL; ASSUNÇÃO et al., 2007).

Um estudo comparativo dos anos 2006 e 2011, revelou que a assistência PN em Campo Grande – MS, não apresentou melhora significativa em relação ao tratamento

adequado das gestantes, seus parceiros, orientação quanto rastreamento dos filhos e encontrou uma prevalência de SC 2,34 % (12/512) e 0,58% (3/512) 2006 e 2011 respectivamente, não atingindo o índice preconizado pelo Ministério da Saúde que é de um caso para cada mil nascidos vivos (FREIRE, 2012).

Os quadros abaixo demonstram a faixa temporal de 2007 a 2017 de nascidos vivos, incidência e número de notificações de Sífilis Gestacional (SG) e Sífilis Congênita (SG).

**Quadro 1 - Nascidos Vivos e Incidência de Sífilis Gestacional. Campo Grande (MS), Brasil (2007 – 2017)**

| <b>ANO DO NASCIMENTO</b> | <b>NASCIDO VIVO</b> | <b>INCIDÊNCIA</b> | <b>Nº DE NOTIFICAÇÃO DE SIFÍLIS GESTACIONAL</b> |
|--------------------------|---------------------|-------------------|---|
| 2007                     | 12279               | 8,31              | 102   |
| 2008                     | 12824               | 11,0              | 141   |
| 2009                     | 12380               | 12,36             | 153   |
| 2010                     | 12801               | 9,53              | 122   |
| 2011                     | 13047               | 10,35             | 135   |
| 2012                     | 13541               | 14,47             | 196   |
| 2013                     | 13695               | 18,33             | 251   |
| 2014                     | 14205               | 17,32             | 246   |
| 2015                     | 14469               | 23,15             | 335   |
| 2016                     | 13726               | 29,43             | 404   |
| 2017                     | 14298               | 37,14             | 531   |

Fonte: SINASC/SINAN/SESAU, 2018. Adaptado pela autora.

**Quadro 2 - Nascidos Vivos e Incidência de Sífilis Congênita. Campo Grande (MS), Brasil (2007 – 2017)**

| <b>ANO DO NASCIMENTO</b> | <b>NASCIDO VIVO</b> | <b>INCIDÊNCIA</b> | <b>Nº DE NOTIFICAÇÃO DE SIFÍLIS CONGÊNITA</b> |
|--------------------------|---------------------|-------------------|---|
| 2007                     | 12279               | 1,95              | 24  |
| 2008                     | 12824               | 2,34              | 30  |
| 2009                     | 12380               | 4,12              | 51  |
| 2010                     | 12801               | 3,28              | 42  |
| 2011                     | 13047               | 4,14              | 54  |
| 2012                     | 13541               | 6,72              | 91  |

|      |       |       |     |
|------|-------|-------|-----|
| 2013 | 13695 | 6,72  | 92  |
| 2014 | 14205 | 6,20  | 88  |
| 2015 | 14469 | 7,40  | 107 |
| 2016 | 13726 | 10,05 | 138 |
| 2017 | 14298 | 10,49 | 150 |

Fonte: SINASC/SINAN/SESAU, 2018. Adaptado pela autora.

De acordo com a Secretaria de Saúde de Mato Grosso do Sul (Sesau), houve um aumento significativo nos casos de sífilis gestacional, quando em 2014 foram diagnosticadas 901 pacientes e no ano de 2015 foram 1102 casos (MALAGOLINI, 2016). Conforme a Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande, em 2016, foram diagnosticadas 404 gestantes com sífilis em Campo Grande e 138 evoluíram para sífilis congênita, ou seja, 34,15% das gestantes com sífilis, não foram tratadas em tempo adequado ou conforme protocolo ministerial vigente no período.

Mesmo com uma alta cobertura de pré-natal superior a 95% em Campo Grande (LOUREIRO; CUNHA; IVO et al., 2012), tanto os indicadores de sífilis em gestante quanto de sífilis congênita, apontam para a necessidade de melhoria da qualidade AP fornecida nos serviços de saúde. A Atenção Básica vem sendo ampliada através da Estratégia Saúde da Família de forma avançar na melhora dos indicadores de prevenção e controle tanto da sífilis como dos demais agravos à saúde, além de garantir uma assistência ampla e de qualidade, para que tanto o diagnóstico quanto o tratamento sejam realizados em tempo adequado (ARAUJO, SHIMIZU, SOUZA et al., 2012).

Estudos apontam a necessidade de comprometimento pessoal, educação permanente frequente em serviço (preferencialmente por problematização do seu processo de trabalho), importância do compartilhamento dos indicadores de saúde locais a fim de transformar as práticas profissionais com os profissionais além de estrutura mínima nos serviços de saúde (SCHMEING, 2012; SOUZA, 2014; BRASIL, 2015; VASCONCELOS; GUIMARÃES; MAGALHÃES et al., 2016).

Conforme Domingues, Hartz e Leal (2012), existem falhas na prescrição no tratamento para gestantes com sífilis, principalmente quando os exames apontam titulação baixa, ausência de tratamento em pacientes com sorologia reagente, descumprimento de rotina de solicitação do exame na primeira consulta e no início do terceiro trimestre gestacional, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2015a; BRASIL, 2016).

Outros estudos brasileiros também apontaram conhecimento insuficiente dos profissionais de saúde em relação ao controle, prevenção e transmissão da sífilis, demonstrando qualificação técnica insuficiente para conduzir a gestante com sífilis (RODRIGUES; GUIMARÃES; CESAR, 2008; BLENCOWE; COUSENS; KAMB et al., 2011; GOMES, 2013; LAZARINI.; BARBOSA, 2017).

A qualificação técnica dos profissionais pré-natalistas das unidades de saúde pública, pode estar relacionado a rotatividade de pessoal, defasagem dos currículos dos egressos, tornando a educação em saúde um instrumento-chave para a melhoria da condução e manejo dos casos de sífilis gestacional pelos profissionais (BRASIL, 2015b).



Algumas dificuldades de trabalho encontradas nas ESF's de Campo Grande: não é de rotina a agenda compartilhada entre os profissionais, o que torna cansativo e não linear o atendimento as gestantes por exemplo; também não existe uma determinação de periodicidade de reuniões de equipe (pode ser semanal ou quinzenal) e em algumas unidades pode não estar presente todos os profissionais da equipe; existe uma escassez de salas, onde no geral cada médico de equipe tem seu consultório, mas dificilmente o enfermeiro de cada equipe tenha o seu. Diariamente o médico deve atender no mínimo 10 (dez) pacientes por período e enfermeiro 5 (cinco), por pacientes triados ( aferição de pressão arterial, glicemia capilar, peso, altura) pelos técnicos de enfermagem. Como não existe um farmacêutico, o controle de receitas e falhas de prescrição passam despercebidos, considerando que o profissional que entrega a medicação não tem formação para tal função.

Quando ocorre alguma capacitação, geralmente um profissional só da unidade (que pode ter 3 equipes) participe e tenha como responsabilidade compartilhar o conhecimento aprendido. Só que com uma rotina engessada e sem obrigação de uma participação expressiva nas reuniões de equipe, os profissionais das equipes, não conseguem se reunir para discutir casos que demandem mais atenção, bem como dúvidas ou para repassar conhecimento de alguma oficina que participaram.

## **CONCLUSÃO**

Levando em consideração a escassez de estudos locais sobre o tema na região da capital do estado, sendo este estado fronteira com países em subdesenvolvimento e com notificações de difícil controle e avaliação, sendo os profissionais que acompanharão quase na totalidade o pré-natal de baixo risco da rede pública, não se sabe, efetivamente, onde está ocorrendo a falha no tratamento das gestantes com sífilis que estão resultando em recém-nascidos com sífilis congênita.

Há que se destacar, que não existe um Comitê de Investigação de Transmissão Vertical de HIV e Sífilis, o que existe apenas é o Comitê de Mortalidade Materna-infantil com discussão compartilhada com a secretaria estadual. O que acaba por inviabilizar um aprofundamento das falhas no manejo e prevenção das infecções sexualmente transmissíveis e especial, a sífilis na gestante.

Baseado nessa premissa, a expectativa deste estudo foi de fomentar reflexões e proporcionar subsídios para a elaboração de uma proposta de atendimento multiprofissional e interdisciplinar no manejo das gestantes com sífilis.

Espera-se também que os resultados deste estudo possam contribuir para melhorar o fluxo de atendimento e no manejo da sífilis gestacional como preconizado pelo ministério, cujos resultados também sejam utilizados nos serviços de educação continuada, visando qualificar profissionais para o atendimento dessa população.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS\***

---

\* De acordo com as normas do periódico.

ALVES, V.M., NICÁCIO, T.S.; OLIVEIRA, R.M.S.; PEREIRA NETTO, M. **Journal of Management and Primary Health Care**, v.7, n.1, p.153, 2016

AMORIM, M. M. R., CUNHA, A. S. C.; LEITE, S. R. F.; VITAL, S. A. Fatores associados à natimortalidade em uma maternidade escola em Pernambuco: estudo caso-controle. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. Rio de Janeiro, v. 31, n. 6, p. 285-292, jun., 2009. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032009000600004> Acesso: em 2 dez. 2021.

ARAÚJO, E.C.; COSTA, K.S.G.; SILVA, R.S.; AZEVEDO, V.N.G.; LIMA, F.A.S. Importância do pré-natal na prevenção da sífilis congênita. **Revista Paraense de Medicina**, Jan./mar.; v. 20, n.1, p. 47-51; 2006.

ARAÚJO, C.L.; SHIMIZU, H.E.; SOUSA, A.I.A.; HAMANN, E.M. Incidência da sífilis congênita no Brasil e sua relação com a Estratégia Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, Brasília, v. 46, n. 3, p.: 479-86, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46n3/3477.pdf> . Acesso em: 5 jan. 2017.

AVELLEIRA, J.C.R.; BOTTINO, G. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. **Anais Brasileiros de Dermatologia**. Rio de Janeiro, v.81, n.2, p.:111-26 2006. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0365-05962009000200008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962009000200008&lng=en&nrm=iso) . Acesso em: 2 jan. 2017.

BELDA JUNIOR, Walter; SHIRATSU, Ricardo; PINTO, Valdir. Abordagem nas doenças sexualmente transmissíveis. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, Rio de Janeiro, v. 84, n. 2, p. 151-159, Apr. 2009. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0365-05962009000200008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962009000200008&lng=en&nrm=iso) Acesso em: 3 Jan. 2017.

BLENCOWE, H.; COUSENS, S.; KAMB, M.; BERMAN, S.; LAWN, J.E. Lives saved tool supplement detection and treatment of syphilis in pregnancy to reduce syphilis related stillbirths and neonatal mortality. **BMC Public Health**; v.11(Supl. 3):S9., 2011.

BOTELHO, C.A.O.; TOMAZ, C.A.B.; CUNHA, R.V.; BOTELHO, M.A.O.; BOTELHO, L.O.; ASSIS, D.M.; PINHO, D.L.M. Prevalência dos agravos triados no programa de proteção à gestante do estado de Mato Grosso do Sul de 2004 a 2007. **Revista de Patologia Tropical**, v.37, n.4, p:341-53, 2008.

BRASIL/Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL/Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Plano de Ação: 2004-2007**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids. **Sífilis: Estratégias para Diagnóstico no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde. Brasília, 2010

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução ° 466 de 12 de dezembro de 2012 - sobre pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília, DF, 12 dez. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Caderno de boas práticas: o uso da penicilina na Atenção Básica para a prevenção da sífilis congênita no Brasil** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2015b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais. **Manual Técnico para Diagnóstico da Sífilis** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

DOMINGUES, R.M.S.M. **Avaliação da implantação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro com ênfase nas ações de controle da sífilis e do HIV** [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 201f., 2011.

DOMINGUES, R.M.S.M.; HARTZ, Z.M.A.; LEAL, M.C. Avaliação das ações de controle da sífilis e do HIV na assistência pré-natal da rede pública do município de Rio de Janeiro, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. Recife, v. 12, n. 3, p. 269-280, set., 2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-38292012000300007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292012000300007&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 7 Jan. 2017.

DOMINGUES, R. M. S. M.; SZWARCOWALD, C. L.; SOUZA JUNIOR, P. R.B.; LEAL, M.C. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 48, n.5, p. 766-774, 2014.

FIGUEIRÓ-FILHO, E. A.; GARDENAL, R. V. C.; ASSUNÇÃO, L. A.; COSTA, G. R.; PERIOTTO, C.R.L.; VEDOVATTE, C.A.; POZZOBON, L.R. **Sífilis Congênita como Fator de Assistência Pré-Natal no Município de Campo Grande – MS**. DST – Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis, v. 19, n. 3-4, p. 139- 43, 2007.

FREIRE, S. G. A. **Sífilis e gestação: estudo comparativo de dois períodos (2006 e 2011) em população de puérperas**. Campo Grande; Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-oeste da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, 2012.

GOMES, Suely Ferreira. **Conhecimentos, atitudes e práticas dos médicos e enfermeiros das unidades de saúde da família sobre sífilis em gestantes na cidade do Recife-PE**.

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife/PE; 2013. Disponível em:

<http://repositorio.ufpe.br/bitstream/handle/123456789/13222/Disserta%C3%A7ao%20SUELY%20FERREIRA%20GOMES>>. Acesso em 7 dez. 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Cidades**.

Disponível em: < <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=500270> >. Acesso em 8 jan. 2017.

LAZARINI, F. M.; BARBOSA, D. A. Educational intervention in Primary Care for the prevention of congenital syphilis. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 25, p. e2845-, jan. 2017. Disponível em:

<http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/126208> Acesso em: 31 jan. 2017.

LOUREIRO, M. D. R. **Infecção pelo Treponema pallidum em gestantes e sua transmissão vertical, Mato Grosso do Sul**. Campo Grande. Tese (Doutorado) – Programa Multi-institucional Rede Centro-Oeste: UNB-UFG-UFMS de Pós-Graduação em Ciências da Saúde. 68 f. 2009.

LOUREIRO, M. D. R.; CUNHA, R. V.; IVO, M. L.; PONTES, E. R. J. C.; FABBRO, M.M.F; J.; FERREIRA JUNIOR, M.A. **Revista de Enfermagem UFPE** on line, Recife, v. 6, n. 12, dez., p.:2971-9, 2012.

MARTÍ-PASTOR, M.; OLALLA, P. G; BARBERÁ, M.; MANZARDO, C.; OCAÑA, I.; KNOBEL, H.; GURGUÍ, M.; HUMET, V.; VALL, M.; RIBERA, E.; VILLAR, J.; MARTÍN, G.; SAMBEAT, M.A.; MARCO, A.; VIVES, A.; ALSINA, M.; MIRÓ, J. M.; CAYLÀ, J. A. Epidemiology of infections by HIV, Syphilis, Gonorrhoea and Lymphogranuloma Venereum in Barcelona City: a population-based incidence study. **BioMed Central Public Health**, v.15, n.1015, p.1-8, 2015.

MEDEIROS JUNIOR, A.; LIMA, A.S.D.; SILVA, A.M.D.F.; LIMA, M.E.M. **Revista Eletrônica Extensão & Sociedade** - PROEX/UFRN, Natal, RN, v.5, n.2, p. 10 – 20, 2014.

MALOGOLINI, A. Aumenta casos de gestantes infectadas pela sífilis em Mato Grosso do Sul. **Campo Grande News**, Campo Grande, 15 out. 2016. Disponível em: < <http://www.campograndenews.com.br/cidades/aumenta-casos-de-gestantes-infectadas-pelo-sifilis-em-mato-grosso-do-sul> > . Acesso em 30 dez 2016.

KLAUSNER, J. D. The sound of silence: missing the opportunity to save lives at birth. **Bull World Health Organ**. Los Angeles, v.91, n.3, p.158, 2013.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **Regional Initiative for the Elimination of Mother-to-Child Transmission of HIV and Congenital Syphilis in Latin America and the Caribbean**: Regional Monitoring Strategy. 2. ed. Washington (DC); 2012.

POLIT, D.F.; BECK, C.T. **Fundamentos de pesquisa em Enfermagem**: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

RAMALHO, M.O.A. **Avaliação da assistência pré-natal com ênfase na sífilis gestacional na estratégia de saúde da família do Recife**. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS. Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente. Recife, 93f., 2016.

RATTNER, D. Da Saúde Materna Infantil ao PAISM. Revista Tempus, **Actas de saúde coletiva**. Brasília, v.8, n.2, p.103-108, jun., 2014.

RODRIGUES, C.S.; GUIMARÃES, M.D.C. Grupo Nacional de Estudo sobre Sífilis Congênita. Positividade para sífilis em puérperas: ainda um desafio para o Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**; Washington, v. 16, n. 3, p.: 168–75, 2004.

RODRIGUES, C.S.; GUIMARÃE, M.D.C; CESAR, C.C. Oportunidades perdidas na prevenção da sífilis congênita e da transmissão vertical do HIV. **Revista de Saúde Pública**, v.42, n.5, p.: 851-8, 2008.

ROMERO-GUTIÉRREZ, G.; MARTÍNEZ-CEJA, C.A.; ABREGO-OLVIRA, E.; PONCE-PONCE, L.A.L. Multivariate analysis of factors for stillbirth in Leon. **Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica**. Guanajuato, Mexico, v.84, n.1, p.:2-6, 2005.

SANTIAGO, C.M.C.; SOUSA, C.N.S., ROCHA e NOBREGA, L.L.; SALES, L.K.O., MORAIS, F.R.R. Assistência ao pré-natal e as práticas desenvolvidas pela equipe de saúde: revisão integrativa. **Revista Cuidado é Fundamental**. Rio de Janeiro, jan./mar.; v. 9, n.1, p.279-288. Disponível em: <  
<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4184/0>>. Acesso em 23 de jan. de 2017.

SCHMEING, L.M.B. **Sífilis e pré-natal na rede pública de saúde e na área indígena de Amambai/MS: conhecimento e prática de profissionais**. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 63 f., 2012.

TRIDAPALLI, E.; CAPRETTI, M.G.; SAMBRI, V.; MARANGONI, A.; MORONI, A.; ANTUONO, A.D.; BACHHI, M.L.; FALDELLA, G. Prenatal syphilis infection is a possible cause of preterm delivery among immigrant women from eastern Europe. **Sexually Transmitted Infections**. Abr.; v. 83, n. 2, p.: 102-105, 2007.

VASCONCELOS, M.I.O.; GUIMARÃES, R.X.; MAGALHÃES, A.H.R.; OLIVEIRA, K.M.C.; LINHARES, M.S.C.; ALBUQUERQUE, I.M.N.; FREITAS, C.A.S.L.; QUEIROZ, M.V.O.Q. Estratégias e Desafios dos Enfermeiros da Atenção Básica para o Tratamento Simultâneo da Sífilis. Investigação Qualitativa em Saúde. **Atas CIAIQ do 5º Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa**, 2016. Disponível em:  
<http://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/view/918/902> Acesso em 29 jan., 2017.

VIOLA, R.C. **Políticas de atenção à saúde da mulher e os 20 anos de Sistema Único de Saúde no Brasil**. In: Saúde Brasil 2008. 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

## ANEXO II

### Artigo submetido ao periódico

- *International Journal for Innovation Education and Research*
  - *ONLINE ISSN: 2411-2933*
    - *DOI prefix: 10.31686*
    - *Qualis: A2 (2013-2016)*

## 5.2 ARTIGO 2 - FATORES DIFICULTANTES NO TRATAMENTO DA SÍFILIS GESTACIONAL: REVISÃO INTEGRATIVA

Iara Barbosa Ramos  
Paulo Roberto Haidamus de Oliveira Bastos  
Pamella Aline Miranda Teodoro  
Nádia Bernardinis  
Nathalia Novak Zobiolo  
Roberto Paulo Braz Junior  
Valdir Aragão do Nascimento

### 1 INTRODUÇÃO

A sífilis é uma infecção sexualmente transmissível que tem tratamento e cura. Sua transmissão ocorre por transmissão vertical, sanguínea e sexualmente de forma mais predominante. Se gestante infectada e não tratada, pode transmitir para o feto, causando sífilis congênita (BRASIL, 2017).

Embora a melhora da ampliação da cobertura do pré-natal no país tenha contribuído para a melhora na detecção dos casos de sífilis em gestantes, o mesmo não é percebido na redução da sífilis congênita, indicando alguns fatores como dificuldade no acesso, acesso tardio, demora nos resultados de exames, diagnóstico tardio e até mesmo tratamento inadequado (SOARES; AQUINO, 2021).

Estudos apontam a necessidade de comprometimento pessoal, educação permanente frequente em serviço (preferencialmente por problematização do seu processo de trabalho), importância do compartilhamento dos indicadores de saúde locais a fim de transformar as práticas profissionais com os profissionais além de estrutura mínima nos serviços de saúde (SCHMEING, 2012; SOUZA, 2014; BRASIL, 2015; VASCONCELOS; GUIMARÕES; MAGALHÃES et al., 2016).

Conforme Domingues, Hartz e Leal (2012), existem falhas na prescrição no tratamento para gestantes com sífilis, principalmente quando os exames apontam titulação baixa, ausência de tratamento em pacientes com sorologia reagente, descumprimento de rotina de solicitação do exame na primeira consulta e no início do terceiro trimestre gestacional, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2015a; BRASIL, 2016).

A qualificação técnica dos profissionais pré-natalistas das unidades de saúde pública, pode estar relacionado a rotatividade de pessoal, defasagem dos currículos dos egressos,

tornando a educação em saúde um instrumento-chave para a melhoria da condução e manejo dos casos de sífilis gestacional pelos profissionais (BRASIL, 2015b).

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Identificar na literatura os fatores que dificultam o tratamento da sífilis em gestantes no Brasil.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- a) Identificar as dificuldades enfrentadas pelos profissionais para o manejo da sífilis gestacional;
- b) Constatar a adequação do atendimento às gestantes de baixo risco nas unidades de saúde em relação às condutas recomendadas pelo Ministério da Saúde;

## **3 MÉTODO**

A Revisão Integrativa de Pesquisa tem por objetivo que os estudos encontrados em pesquisa sejam sistematizados e que tenham uma questão norteadora, apresentando vantagens tanto para a assistência quanto para o ensino, por ter uma ampla abordagem metodológica, combinando dados da literatura teórica, mas também da empírica. Torna-se um importante instrumento na Prática Baseada em Evidências – PBE (ROMAN; FRIEDLANDER, 1998; SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

O estudo consistiu de uma revisão integrativa e seguintes as seguintes etapas: 1) Elaboração da questão de pesquisa; 2) Estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos; 3) Definição das informações extraídas da coleta de dados nos estudos, organizando as informações destaques e organizando-as; 4) Avaliação dos estudos incluídos; 5) Interpretação dos resultados; 6) Apresentação da revisão (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Conforme a etapa anterior, a pergunta condutora deste estudo foi: Quais são os fatores dificultantes no tratamento da sífilis gestacional?

Buscou-se publicações científicas das práticas no país, na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), indexadas na base de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciência da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e PubMed, com os seguintes descritores e combinações nas línguas portuguesa, inglesa e espanhola: Syphilis; Pregnancy; Syphilis, Congenita; Epidemiology; Therapeutic, consultados no plural e singular e com os termos booleanos OR para distingui-los e AND para associá-los. Em virtude das características específicas para o acesso nas bases de dados selecionados para este estudo, as formas de localizar os artigos pelos descritores, foram adaptados para cada um, tendo como premissa a pergunta norteadora e os critérios de inclusão previamente estabelecidos a fim de evitar possíveis vieses na pesquisa.

A busca dos estudos primários nas bases de dados selecionadas ocorreu nos meses de fevereiro e março de 2020.

#### 4 RESULTADOS

A Tabela 1 apresenta as bases de dados pesquisadas com o quantitativo de artigos localizados.

Tabela 1 - Numero de estudos identificados nas bases de dados (n=180), incluídos na revisão integrativa. Campo Grande - MS, Brasil, 2020.

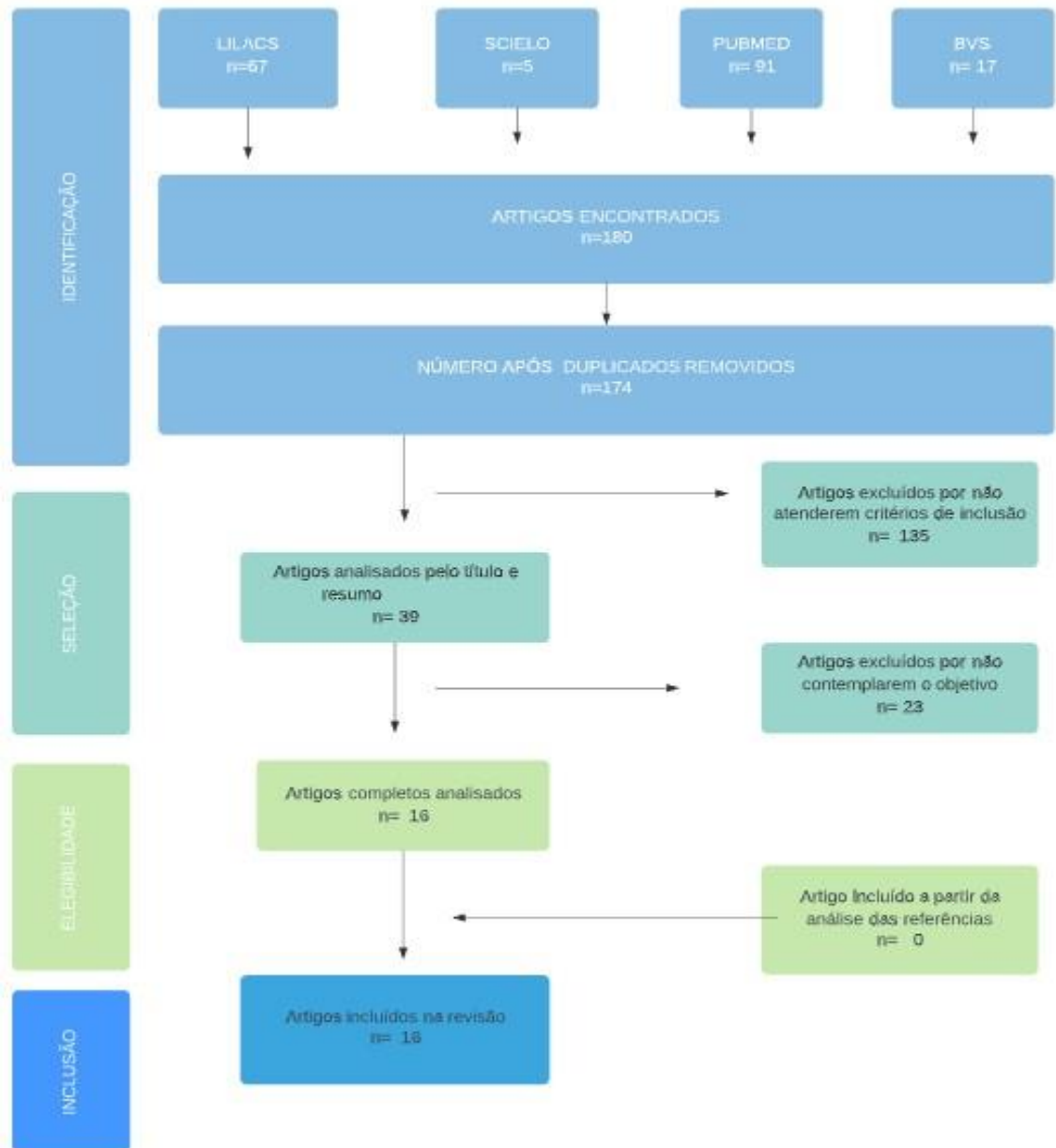
| <b>Bases de Dados</b> | <b>Artigos</b> | <b>Selecionados</b> |
|-----------------------|----------------|---------------------|
| LILACS                | 67             | 6                   |
| SciELO                | 5              | 0                   |
| BVS                   | 17             | 4                   |
| PubMed                | 91             | 6                   |
| Total                 | 180            | 16                  |

Foram encontrados 180 documentos cujos títulos e resumos foram lidos. A seleção teve como critérios de inclusão: artigos de periódicos indexados nas bases de dados escolhidas, na modalidade de artigos originais, que continham os descritores listados, nos idiomas espanhol, inglês e português, publicados nos anos de 2015 a 2020 e que estavam relacionados com a temática. Excluíram-se as publicações de trabalhos duplicados, que não estivessem disponíveis na íntegra online, artigos de revisão, teses, dissertações, trabalhos de conclusão de curso, editoriais, cartas, artigos de opinião, reflexão teórica, comentários, ensaios, notas prévias, manuais, resumos em anais ou periódicos, dossiês, documentos oficiais, políticas de saúde, boletins epidemiológicos, livros ou capítulos de livros, relatórios de gestão e estudos que não contemplavam a temática do estudo.

Foram removidos 6 estudos por duplicidade e 135 por não se enquadrarem nos critérios de inclusão, obtendo-se um total de 39 estudos pré-selecionados, então, submetidos a uma análise na íntegra do seu conteúdo. Após leitura crítica e minuciosa, excluíram-se 23 estudos, pois não cumpriam os critérios de inclusão ou não respondiam à questão norteadora, resultando ao final da análise 16 estudos que foram incluídos nesta revisão.

Para a seleção das publicações foram utilizadas as recomendações Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRIMS), representado na Figura 1:





**Figura 1** Fluxo do processo de seleção dos estudos para revisão

A amostra final desta revisão foi constituída por 16 (dezesseis) artigos científicos, selecionados pelos critérios de inclusão previamente estabelecidos. Destes, seis foram encontrados no Pubmed, 4 no LILACS, 4 no BVS e nenhum do Scielo, pois os dois que foram encontrados nele já haviam sido selecionados no BVS e Pubmed.

O quadro 1 representa as especificações de cada um dos artigos:

| ESTUDO | BASE   | TÍTULO   | Autores   | Detalhamento Metodológico   | Periódico  | Intervenção estudada (obj)  | Resultados   | Recomendações/ Conclusões   |
|--------|--------|--|---|---|--|---|--|---|
| E1     | PubMed | <u>Factors associated with prenatal care and HIV and syphilis testing during pregnancy in primary health care.</u> | Freitas Cláudia Helena Soares de Moraes (Odontologia), Forte Franklin Delano Soares, Roncalli Angelo Giuseppe, Galvão Maria Helena Rodrigues, Coelho Ardigleusa Alves, Dias Sonia Maria Ferreira. | Trata-se de um estudo ecológico que abrange todos os municípios brasileiros avaliados pelo segundo ciclo do Programa Nacional de Acesso e Melhoria da Qualidade na Atenção Básica, 2013-2014. | <b>Rev. Saúde Pública,</b> São Paulo, v. 53, 76, 2019. | Avaliar os fatores associados ao teste de HIV e sífilis durante a gravidez no Brasil. | Das 13.020 mulheres participantes deste estudo, 76,4% (9.945) realizaram pré-natal na unidade básica de saúde, enquanto 23,6% (3.075) não realizaram pré-natal no serviço, sendo, portanto, excluídas deste estudo por não realizarem o pré-natal. As mulheres que tiveram seis ou mais consultas de pré-natal são em sua maioria brancas, maiores de 30 anos, com menos de oito anos de estudo e participantes do programa de transferência de renda. As mulheres que tiveram até cinco consultas de pré-natal eram predominantemen | Os resultados mostram oportunidades perdidas para o diagnóstico de infecção por HIV e sífilis durante o pré-natal. é necessário melhorar a organização dos serviços para aumentar a eficácia do programa de controle da sífilis e do HIV. |

|    |        |   |  |   |   |  |   |   |
|----|--------|---|--|---|---|--|---|---|
|    |        |   |  |   |   |  | <p>te não brancas, entre 15 e 19 anos, com mais de oito anos de estudo e não participavam do programa de transferência de renda. Foram observadas diferenças significativas em relação aos participantes do programa de educação formal e transferência de renda.</p> <p>A taxa de cobertura do teste de sífilis foi de 87,5%. O resultado da realização de testes para detecção de sífilis durante o pré-natal foi significativamente associado a todas as características demográficas e sociais.</p> |   |
| E2 | PubMed | <u><a href="#">Syphilis in Pregnancy: The Reality in a Public Hospital.</a></u> | Torres, Rafael Garcia, Mendonça, Ana Laura | Estudo retrospectivo. prontuários de gestantes admitidas no | Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, 2019 , vol.41, n.2, p. | O presente estudo avaliou dados epidemiológicos e obstétricos de gestantes com | Pré-natal inadequado foi observado em 37,9% das gestantes. Apenas   | São necessárias políticas de conscientização pública sobre atendimento pré- |

|  |  |  |  |   |        |   |  |   |
|--|--|--|--|---|--------|---|--|---|
|  |  |  | Neves, Montes, Grazielle Cezarine, Manzan, Jacqueline Jácome, Ribeiro, João Ulisses, & Paschoini, Marina Carvalho. | Departamento de Obstetrícia do Hospital de Clínicas da UFTM e diagnosticadas com sífilis entre 2007 e 2016. Um formulário padronizado | 90-96. | sífilis no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM) | 34,2% dos pacientes completaram o tratamento de acordo com as orientações do Ministério da Saúde e 19,8% dos parceiros submetidos a tratamento adequado de sífilis; 37 (13,8%) casais foram submetidos ao tratamento correto. Quanto aos desfechos obstétricos, 4 (1,5%) pacientes abortaram e 8 (3,4%) tiveram perdas fetais (do grupo com perda fetal, 7 não tiveram tratamento adequado); 61 (25,9%) pacientes tiveram partos prematuros - esta prematuridade foi significativamente correlacionada com tratamento inadequado ou incompleto em 49 (27,9%) pacientes, em | natal adequado, intensificação da triagem sorológica e tratamento precoce da sífilis, considerando o surgimento de casos diagnosticados durante a gestação e suas consequências deletérias potencialmente evitáveis relacionadas à transmissão congênita. |
|--|--|--|--|---|--------|---|--|---|

|    |        |  |   |   |                                      |  |   |   |
|----|--------|--|---|---|--------------------------------------|--|---|---|
|    |        |  |   |   |                                      |  | comparação com 12 (13.0%) pacientes com partos prematuros e tratamento adequado (p = 0,006). O peso médio do recém-nascido vivo foi de 2.840 g; 25,3% tinham peso ao nascer <2.500 g; 74,2% apresentavam sífilis congênita.   |   |
| E3 | PubMED | <u>Risk factors for syphilis in women: case-control study.</u> | Macêdo VC, Lira PIC, Frias PG, Romaguera LMD, Caires SFF, Ximenes RAA | Caso-controle (239 casos e 322 controles) com mulheres admitidas em sete maternidades do município do Recife, no período de julho de 2013 a julho de 2014. Feito análise de regressão logística | Rev Saude Publica. 2017 Aug 17;51:78 | Determinar os fatores sociodemográficos, comportamentais e de assistência à saúde relacionados à ocorrência de sífilis em mulheres atendidas em maternidades públicas. | Fatores determinantes para a sífilis gestacional: nível de escolaridade fundamental incompleto ou analfabeta, ausência de acesso a telefone, religião católica, quatro ou mais gestações, três ou mais parceiros sexuais no último ano, uso de drogas ilícitas antes dos 18 anos e uso de drogas ilícitas por parte do atual companheiro. Apenas uma a três | Fatores sociodemográficos, comportamentais e de assistência à saúde estão associados à ocorrência de sífilis em mulheres e devem ser levados em consideração na elaboração de estratégias universais direcionadas à prevenção e controle da sífilis, porém com foco em situações de maior vulnerabilidade |

|    |        |   |  |   |   |  |   |  |
|----|--------|---|--|---|---|--|---|--|
|    |        |   |  |   |   |  | consultas ao pré-natal e história anterior de IST.  |  |
| E4 | PubMed | Syphilis in pregnancy and congenital syphilis in Palmas, Tocantins State, Brazil, 2007-2014 | Cavalcante PAM, Pereira RBL, Castro JGD. | Estudo descritivo com dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan). | Epidemiol Serv Saude. 2017 Apr-Jun;26(2):255-264. doi: 10.5123/S1679-4974201700020003. English, Portuguese. | Descrever o perfil epidemiológico dos casos notificados de sífilis em gestante e sífilis congênita no período 2007-2014 em Palmas-TO, Brasil | Identificadas SG em 171 gestantes (4,7/1000 NV) e 204 casos de SC (5,6/1000 NV); predominaram gestantes pardas (71,3%), baixa escolaridade (48,0%) e diagnóstico tardio no pré-natal (71,9%); a incidência de SC variou de 2,9 a 8,1/1000 NV no período; predominaram, como características maternas, idade de 20-34 anos (73,5%), escolaridade até o E.M completo (85,3%), realização de PN (81,4%), diagnóstico da sífilis no PN (48,0%) e parceiros que realizaram PN não tratados (83,0%), alcançando quase | Foram encontradas diversas falhas importantes, com poder de influência no diagnóstico e acompanhamento, seja das gestantes durante o pré-natal, seja da criança, destacando-se o não tratamento adequado das mães e seus parceiros. Adoção de novas estratégias para efetividade da assistência pré-natal prestada e consequente redução da incidência da sífilis congênita. |

|    |        |   |   |   |   |  |  |   |
|----|--------|---|---|---|---|--|--|---|
|    |        |   |   |   |   |  | 80% de nascidos vivos com SC.  |   |
| E5 | Pubmed | Incidence of congenital syphilis and factors associated with vertical transmission: data from the Birth in Brazil study | Domingues RM, Leal Mdo C.                             | Estudo realizado em 2011-2012 com 23.894 puérperas, por meio de entrevista hospitalar, dados de prontuário e cartão de pré-natal. | Cad Saude Publica. 2016 Jun 20;32(6).   | O objetivo foi estimar a incidência de sífilis congênita ao nascimento e verificar os fatores associados à transmissão vertical da sífilis. Realizado em 2011-2012 com 23.894 puérperas, por meio de entrevista hospitalar, dados de prontuário e cartão de pré-natal. | Estimada incidência de sífilis congênita de 3,51 por mil nascidos vivos (IC95% 2,29-5,37) e taxa de transmissão vertical de 34,3% (IC95%: 24,7-45,4). Casos de sífilis congênita estiveram associados à menor escolaridade materna, cor da pele preta e maior proporção de fatores de risco para prematuridade, bem como ao início mais tardio do pré-natal, menor número de consultas e menor realização de exames sorológicos. | Os resultados encontrados neste estudo demonstram que o controle da sífilis na gestação no país está deficiente, com incidência de sífilis congênita, taxa de transmissão vertical e ocorrência de desfechos negativos elevada. Mais de 90% das mulheres incluídas no estudo receberam assistência pré-natal, evidenciando a baixa qualidade deste cuidado para a identificação e tratamento das gestantes com sífilis. |
| E6 | Pubmed | <u>Subsequent pregnancies in women with previous gestational syphilis.</u>  | Hebmuller, Marjorie Garlow, Fiori, Humberto Holmer, & | Estudo retrospectivo. prontuários de pacientes com testes sorológicos   | Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 20, n. 9, p. 2867-2878, Sept. 2015 | Avaliar a frequência de SC e a sua recorrência em gestações subsequentes, bem como identificar os  | A sífilis congênita (SC) foi evidenciada em 81,9% das gestações iniciais e em 68,4% das  | A recorrência da SC foi frequente em gestações sucessivas da mesma paciente. A ausência ou  |

|    |        |  |   |   |  |   |   |   |
|----|--------|--|---|---|--|---|---|---|
|    |        |  | Lago, Eleonor Gastal.   | positivos para sífilis, atendidas no setor SUS do centro obstétrico do HSL, entre maio de 1997 e dezembro de 2004. Durante o ano de 2012 realizou-se revisão retrospectiva dos prontuários dessas pacientes, investigando-se a ocorrência de atendimentos obstétricos posteriores das mesmas, desde o início do período de inclusão até dezembro de 2011. |  | critérios que definiram esses casos e as suas repercussões perinatais.  | subsequentes. As principais causas da SC nas gestações subsequentes foram positividade do VDRL no parto e tratamento não documentado. | inadequação de pré-natal foi o principal fator de risco para SC, tanto nas gestações iniciais quanto nas subsequentes. Os dados obtidos sugerem que, nas gestações subsequentes, mais neonatos não infectados podem ter sido definidos como casos de SC, pela insuficiência de informação sobre os antecedentes pré-natais da gestante. |
| E7 | LILACS | Sífilis congênita e gestacional: notificação e assistência pré-natal | Dalla Costa Favero, Marina Luiza; Andreas Wendel Ribas, Kristoffer; | Estudo observacional, transversal com delineamento descritivo, usando abordagem   | <u>Arch. Health Sci. (Online)</u> ;26(1):2-8, 28/08/2019 | Traçar o perfil epidemiológico dos casos notificados de sífilis congênita e sífilis gestacional, bem como verificar possíveis | Observou-se tendência crescente na incidência a partir do ano de 2012, com aumento de 200% nas notificações de                        | Os fatores associados à sífilis congênita sugerem falhas na assistência pré-natal, especialmente no tratamento  |



|    |        |   |  |  |  |   |  |   |
|----|--------|---|--|--|--|---|--|---|
|    |        |   | Dalla Costa, Marcia Cristina; Martins Bonafé, Simone   | quantitativa-analítica em que foram incluídas todas as fichas de notificação de sífilis congênita (2009 a 2015) e sífilis gestacional (2008 a 2014) do Sistema de Informação de Agravos de Notificação, do município de Maringá/Paraná/Brasil. |  | relações entre fatores sociodemográficos e clínicos associados às notificações de sífilis congênita.                              | sífilis congênita de 2014 para 2015. Os casos de sífilis gestacional foram mais frequentes em mães de 20 a 30 anos (50,49%) e com baixa escolaridade (86,41%). Observou-se que 94,17% das crianças notificadas com SG nasceram de mães que realizaram o pré-natal, mas apenas 42,72% dos casos as mães foram tratadas adequadamente. | inadequado das gestantes e seus parceiros, indicando a necessidade de reorientação das estratégias para reduzir a incidência desta morbidade                |
| E8 | LILACS | Puérperas de sífilis congênita de uma maternidade de Cabo Frio-RJ: levantamento do perfil epidemiológico. | Felipe, Cristiane Nascimento; Freitas, Daniela da Silva; Cerqueira, Luciana da Costa Nogueira; Oliveira, Priscila Pradonoff; Sampaio, Carlos | Estudo descritivo, exploratório com abordagem quantitativa.  | Revista Nursing, 2019; 22 (255): 3105 - 3110 | Identificar o perfil epidemiológico de puérperas de sífilis congênita internadas em uma maternidade do município de Cabo Frio-RJ. | Faixa etária entre 18 e 24 anos (66,7%), apresentam o ensino médio completo (54,2%), são solteiras (75%), declaram-se negras (54,2%) e possuem renda familiar de um salário mínimo (45,8%), não tem parceiro fixo  | A redução da sífilis na gestação e consequentemente da sífilis congênita, está relacionada a um atendimento prioritário e adequado na rede básica de saúde. |

|    |        |   |  |   |                                      |  |   |  |
|----|--------|---|--|---|--------------------------------------|--|---|--|
|    |        |   | Eduardo Peres;<br>Koepe,<br>Giselle Barcellos<br>Oliveira  |   |                                      |  | (66,7%) e não utiliza preservativo (50%) durante as relações sexuais. Realizaram o pré-natal (75%), tendo o diagnóstico de sífilis entre 3 a 6 meses de gestação (54,2%). Majoritariamente o parceiro não recebeu tratamento (62,5%) e não houve orientação de enfermagem no pré-natal (62,5%). |  |
| E9 | LILACS | CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS QUE REALIZAM PRÉ-NATAL NA ATENÇÃO BÁSICA SOBRE O MANEJO DA SÍFILIS | Costa, Lediane Dalla; Faruch, Soraia Bernal; Teixeira, Géssica Tuani; Cavalheiri, Jolana Cristina; Marchi, Aparecida Donizetti de Araújo; Benedetti, | Estudo transversal, descritivo, de natureza quantitativa, realizado com 43 profissionais. | Cienc Cuid Saúde 2018, jan-mar/2017. | Identificar o conhecimento dos profissionais do pré-natal sobre o manejo da sífilis gestacional na atenção primária. | Para 74,4% a principal dificuldade foi a falta de adesão do parceiro ao tratamento, e entre as estratégias sugeridas destacou-se a educação continuada para a equipe (86%).   | Identificou-se que os profissionais apresentaram algumas dificuldades no diagnóstico e tratamento da sífilis na gestação, o que pode justificar-se pela ausência de consenso entre profissionais e gestores quanto ao estabelecimento de um único protocolo no |

|     |        |   |   |   |   |   |   |  |
|-----|--------|---|---|---|---|---|---|--|
|     |        |   | Volmir Pitt.  |   |   |   |   | município, sendo a principal dificuldade apresentada pelo profissionais, a falta de adesão do parceiro.  |
| E10 | LILACS | Prevalência de sífilis em parturientes atendidas em uma maternidade na cidade de Criciúma, Santa Catarina | Cunha, Natália Alberton; Biscaro, Andressa; Madeira, Kristian | Estudo transversal, realizado através de coleta de dados de prontuário de 69 gestantes com sífilis, em uma maternidade na cidade de Criciúma em SC. | <i>Arquivos Catarinenses de Medicina, v.7(1): 82-95, jan-mar; 2018.</i> | Conhecer a prevalência de sífilis em parturientes atendidas em uma maternidade. | Prevalência de 0,61 casos/100 parturientes. Média de idades foi de 23,62 anos, solteira (40,6%), multigesta (63,7%), cor branca (68,1%), com ensino fundamental completo ou ensino médio incompleto (40,6%) e do lar (52,2%), 75,3% foram tratadas com Penicilina G benzatina, 7,2% receberam outro esquema e 17,4% não realizaram o tratamento.. Apenas 30,4% dos parceiros recebeu tratamento. Correlação estatística entre o | Melhorias no pré-natal quanto o diagnóstico e tratamento, medidas para conscientização sobre a IST, transmissão e prevenção para redução de novos casos. |

|      |        |  |  |   |  |   |  |   |
|------|--------|--|--|---|--|---|--|---|
|      |        |  |  |   |  |   | número de consultas do PN e o tratamento adequado.   |   |
| E11  | LILACS | Sífilis em gestante e sífilis congênita: um estudo retrospectivo | CABRAL, T.V.C., DANTAS, J.C., SILVA, J.A.; | Estudo retrospectivo em pacientes com sífilis gestacional e congênita, no município de Santa Cruz/RN, a partir dos registros de notificação e prontuários das gestantes e seus RNs que buscaram atendimento em um Hospital Universitário, referência em saúde Materno-infantil na região do Trairi Potiguar, de jan./2013 a jan./2015, com método quantitativo. | Revista Ciência Plural, v.3, n. 3, p. 32 – 44, 2017. | Conhecer as razões que levam as mulheres grávidas a não terem o diagnóstico de sífilis no pré-natal | Apenas 19,5% realizou o tratamento durante o pré-natal em sua primeira gestação, 68,3% só receberam durante puerpério. Sobre adesão do parceiro 43,9% realizou VDRL, 39% não sabiam informar se fizeram ou não, 68,3% estava sem informação dos parceiros, 7,3% foram efetivos e 24,4% não aceitaram o tratamento. | A vigilância epidemiológica precisa ser mais efetiva, de preferência no momento do atendimento do paciente, para evitar falhas de preenchimento e até mesmo subnotificação. Implantação do SINAN no hospital do estudo. Melhoramento do acompanhamento das pacientes no tratamento intra-hospitalar e com apoio após alta com projetos de extensão. |
| E 12 | LILACS | Manejo de sífilis em gestantes e seus recém-                     | Romanelli, Roberta Maia                    | Estudo transversal, de  | DST j. bras. doenças sex.                            | Avaliar a abordagem de  | Um total de 31 recém-nascidos  | O seguimento das recomendações  |

|      |     |  |   |   |  |   |   |   |
|------|-----|--|---|---|--|---|---|---|
|      |     | nascidos: ainda um problema?   | de Castro; Carellos, Ericka Viana Machado; Souza, Helen Cristina de; Paula, Andre Tunes de; Rodrigues, Lucas Vieira; Oliveira, Werley Meira de; Silva, Hercules Hermes Riani Martins; Sacramento, João Paulo Tomaz da Cunha; Andrade, Gláucia Manzan de Queiroz | março de 2012 a abril de 2013. A coleta de dados foi realizada em prontuários de pacientes referenciados com SC   | transm;27(1-2):35-39, 2015.  | sífilis em gestantes e seus recém-nascidos encaminhados para centro de referência   | foi encaminhado devido à triagem materna com Venereal Disease Research Laboratory(VDR L) materno positivo durante a gestação, com 4 mulheres adequadamente tratadas. Treze recém-nascidos apresentaram alteração no hemograma e apresentou alteração óssea, 28 deles com tratamento adequado. | para o tratamento da sífilis na gestante tem sido, frequentemente, considerado inadequado, o que dificulta a eliminação da SC   |
| E 13 | BVS | Gestational and congenital syphilis: maternal, neonatal characteristics and outcome of cases | Soares, Larissa Gramazio; Zarpellon, Bruna; Soares, Leticia Gramazio; Barattieri, Tatiane; Lentz, Maicon Henrique; Mazzza, Verônica de Azevedo  | estudo transversal, retrospectivo, realizado em Guarapuava/PR, com dados secundários coletados no laboratório de análises clínicas e Sistema de Informação de Notificação | Rev. Bras. Saúde Mater. Infant. (Online); <b>17(4): 781-789, Oct.-Dec. 2017.</b> | descrever a ocorrência de sífilis gestacional e congênita em Guarapuava - PR, segundo características maternas, neonatais e desfecho dos casos. | dos 40 RN filhos de gestantes com sífilis 30,0% tiveram sífilis congênita. As variáveis que se mostraram associadas foram: trimestre gestacional de realização do exame positivo (p=0,008), número de   | É necessário fortalecimento do pré-natal, com a captação precoce da gestante pela Atenção Básica, ampliação da cobertura diagnóstica e tratamento oportuno e adequado da gestante e parceiro, como medida |

|     |     |   |   |   |   |   |  |   |
|-----|-----|---|---|---|---|---|--|---|
|     |     |   |   | Compulsória, coletados entre outubro/2015 e agosto/2016, as variáveis foram descritas por meio de frequências absoluta e relativa.  |   |   | consultas pré-natal ( $p=0,041$ ), estratificação do risco gestacional ( $p=0,041$ ) e tratamento do parceiro ( $p<0,001$ ). As variáveis que se mostraram associadas a ocorrência de sífilis congênita foram: classificação do risco ao nascer ( $p=0,004$ ) e realização do exame VDRL no sangue periférico do RN ( $p=0,004$ ). | profilática de uma possível reinfeção.  |
| E14 | BVS | <u>Descriptive analysis of syphilis cases reported in Mato Grosso do Sul. Brazil identifies failure in treatment.</u> | <u>Bampi, José Victor Bortolotto; Correa, Maisa Estopa; Bet, Graciela Mendonça Dos Santos; Marc hioro, Silvana Beutinger; Sionatto, Simone.</u> | Estudo descritivo, analisou casos de sífilis listados no Sistema de Informações sobre Doenças da Declaração Obrigatória (SINAN) do estado de Mato Grosso do Sul no Brasil entre janeiro de 2013 e | <u>Rev Soc Bras Med Trop; 52: e20180026, 2019 Apr 25.</u> | descrever o perfil epidemiológico dos casos de sífilis notificados na população adulta de Mato Grosso do Sul. | Dos 1.497 pacientes com SG, 48% tinham entre 20 e 29 anos, 51% eram de raça mista e 71% tinham apenas o ensino fundamental completo. Apenas 71% desses pacientes foram tratados adequadamente com 7,2 milhões de UI de penicilina G e  | O estudo revelou um aumento substancial de novos casos de sífilis nesta parte do Brasil. Os resultados demonstram que a maioria dos casos de sífilis congênita pode ser evitada pelo tratamento eficaz da mãe grávida e de seu parceiro. Assim, estratégias de saúde pública para |

|     |            |   |  |  |   |   |   |   |
|-----|------------|---|--|--|---|---|---|---|
|     |            |   |  | dezembro de 2014   |   |   | apenas 50% dos parceiros sexuais receberam tratamento concomitante. A maioria dos casos avaliados de sífilis teria sido evitável através da educação pública, particularmente sífilis congênita em filhos de mães previamente diagnosticadas e infecção por parceiros sexuais não tratados.                           | prevenir e gerenciar infecções por sífilis precisam ser revistas e aprimoradas.   |
| E15 | <u>BVS</u> | Syphilis in pregnancy, congenital syphilis, and factors associated with mother-to-child transmission in Itapeva, São Paulo, 2010 to 2014. | Silva Neto, Sérgio Eleutério da; Silva, Stael Silvana Bagno Eleutério da; Sartori, Ana Marli Christovam. | Estudo transversal, utilizando formulários de notificação SG e SC e registros médicos, envolvendo 149 gestantes em Itapeva SP, entre 1/1/2010 e 31/12/2014 | <u>Rev Soc Bras Med Trop</u> ; 51(6): 819-826, 2018 | Descrever características sociodemográficas e pré-natal de gestantes com sífilis. | A idade média foi de 24,3 anos; a maioria das mulheres (69,2%) possuía $\leq 8$ anos de escolaridade. As taxas anuais de detecção de SiP variaram de 16,3 a 31,4 / 1000 nascidos vivos. A maioria das mulheres iniciou o pré-natal no primeiro trimestre da gravidez com $\geq 6$ consultas. A taxa de transmissão de | Enfatizando a importância da SG e da SC para profissionais de saúde, gerentes e a população em geral, melhorando a qualidade do pré-natal com inclusão e corresponsabilidade de parceiros sexuais e o uso de métodos como testes rápidos de diagnóstico que permitem diagnóstico e tratamento precoce |

|     |     |  |  |   |   |  |  |   |
|-----|-----|--|--|---|---|--|--|---|
|     |     |  |  |   |   |  | mãe para filho foi de 69,7%. As taxas de incidência de SC variaram de 9,1 a 22,3 / 1000 nascidos vivos.  | e apropriado de ambos mulheres grávidas e parceiros sexuais. Os resultados sugerem baixa qualidade do pré-natal.  |
| E16 | BVS | Análise dos casos de sífilis gestacional e congênita nos anos de 2008 a 2010 em Fortaleza, Ceará, Brasil | <u>Cardoso, Ana Rita Paulo; Araújo, Maria Alix Leite; Cavalcante, Maria do Socorro; Frot a, Mirna Albuquerque; Melo, Simone Paes de.</u> | Estudo transversal que analisou 175 casos notificados de sífilis em gestantes, pareados com as correspondentes notificações de sífilis congênita durante os anos de 2008 a 2010 | <u>Cien Saude Colet; 23(2): 563-574, 2018 Feb</u> | Analisar os casos notificados de sífilis em gestantes e os possíveis desfechos para o feto e o recém-nascido em Fortaleza, Ceará | Os resultados mostraram a ocorrência da sífilis em mulheres jovens com mais de 85,0% de tratamentos inadequados, 62,9% dos parceiros sexuais não tratados ou com informação ignorada e percentuais elevados da não realização dos exames preconizados para a investigação de sífilis congênita nas crianças. Dentre os conceitos, cinco foram natimortos, um aborto e três óbitos neonatais. | A falta de tratamento adequado dos casos de sífilis em gestantes pode estar associada à morbimortalidade dos conceitos, mantendo essa infecção como um fardo no rol dos problemas de saúde pública. |



## 5 DISCUSSÃO

Todos os artigos eram referentes ao território brasileiro, pois o objetivo era justamente o de trazer estudos sobre a realidade brasileira, destes 9 publicados em inglês e 7 em português. As metodologias utilizadas foram: 14 quantitativos, 1 misto (quantitativo e qualitativo) e 1 caso controle. No que se refere ao ano de publicação, foram: 2 em 2015, 1 em 2016, 5 em 2017, 3 em 2018, 5 em 2019. O ano de 2020 não contou com estudos que se enquadrassem nos critérios de seleção e objetivo deste estudo.

No intuito de sistematizar a informação gerada com o presente estudo, os dados extraídos dos estudos foram compilados em uma tabela previamente elaborada, o que facilitou a identificação e a categorização em temas.

Na sequência da análise realizada, consideramos relevante a apresentação de cinco temáticas: Importância do Pré-natal; Tratamento Inadequado; Adesão do tratamento do parceiro; O Impacto sociodemográfico; Interferências da Equipe de Saúde.

### 5.1 Importância do Pré-Natal

Os critérios para a avaliação do pré-natal foram baseados nos protocolos ministeriais, como o caderno nº 32 “Atenção ao Pré-Natal Baixo Risco” (BRASIL, 2012) que discorre que o pré-natal deve ser iniciado precocemente até a 12ª semana de gestação, e com um mínimo de seis consultas, onde deve incluir a realização de testes rápidos para detecção de IST (BRASIL, 2006).

Porém conforme encontramos nesta revisão integrativa, temos resultados diversos entre esta temática. Para Freitas, Forte e Roncalli et al. (2019), que utilizou dados do 2º Programa Nacional de Acesso e Melhorias da Qualidade na Atenção Básica (2ª ciclo PMAQ-AB), com inclusão das 27 capitais e com a participação de 13.020 mulheres em seu estudo, apontou que jovens não brancas realizam menor quantidade consultas pré-natais (PN) do que as jovens brancas. O número de consultas entre uma a três consultas durante o PN foi associado a um maior risco de sífilis (MACEDO, LIRA, FRIAS et al., 2017).

O diagnóstico tardio em 71,9% (CAVALVANTE, PEREIRA, CASTRO, 2017) pode aumentar a chance de SC, por conta do tempo de tratamento e o parto. Porém, Hebmuller, Fiori e Lago (2015) apesar de encontrarem ausência de PN (2 ou menos consultas) em 30,5% de sua população, pacientes que resultaram em SC e não SC tiveram semelhança de ausência do PN.

Corroboram com a assistência inadequada do PN o estudo de Cardoso et al. (2018) e Torres, Mendonça, Montes et al., (2019), onde o diagnóstico de SG foi realizado sua maior parte no segundo trimestre, seguido pelo terceiro trimestre, apontando atraso na nos exames PN e falta de acesso destes.

### 5.2 Tratamento Inadequado

O tratamento para sífilis em gestante, de acordo com diretrizes do Ministério da Saúde,

apresenta a maior parte de falhas, Mendonça, Montes et al., (2019) onde apenas 34,2% realizaram corretamente. Taxas semelhantes foram encontrados por Favero et al. (2019), onde apesar da boa cobertura PN (94,17%) de mães que tiveram filhos notificados com SC, somente 42,72% destas mães foram tratadas corretamente.

Corroboram com os achados, o estudo de Romanelli et al. (2015), das 22 gestantes tratadas com penicilina benzatina, apenas 14 tiveram diminuição nos títulos de VDRL após o tratamento prescrito

Já no estudo de Cunha, Biscaro e Madeira (2018), na região sul do país, 75,3% das pacientes foi feito o tratamento com Penicilina G benzatina. Taxas semelhantes de 71% das pacientes tratadas corretamente, na região Centro-Oeste (BAMBI et al., 2019).

Achados mais preocupantes foram apontados no estudo de Cardoso et al. (2018), onde o esquema foi inadequado, não realizado ou ignorado atingiu 88% das gestantes.

### **5.3 Adesão do parceiro ao tratamento**

Entre as notificações de SC, 45,63% dos parceiros não realizaram o tratamento (FAVERO, RIBAS, COSTA et al., 2019), Corroboram na mesma linha, nos valores encontrado de 62,5% onde o parceiro não recebeu o tratamento (FELIPE, FREITAS, CERQUEIRA et al., 2019).

Um estudo de Guarapuava (PR) apontou dados semelhantes, onde 52,5% dos parceiros sexuais não foram tratados (SOARES et al., 2017).

Indicadores mais preocupantes foram encontrados no estudo de Cabral, Dantas, Silva et al. (2017), onde somente 7,3% dos parceiros concluíram o tratamento e 24,4% não aceitaram o tratamento.

Ainda que o tratamento da parceria sexual da mãe não seja considerado para critério de definição de SC (BRASIL, 2017), o estudo de Cardoso et al. (2018) encontrou associação estaticamente significativa entre a ausência do tratamento da parceria sexual e a sintomatologia ao nascer do RN, alteração liquórica e nos desfechos que resultaram em aborto, natimorto ou óbito.

### **5.4 O Impacto sociodemográfico**

O nível de escolaridade encontrado foi de 69,2% das mulheres tinham  $\leq 8$  anos (NETO, SILVA, SARTORI, 2018), baixa escolaridade apontada com 86,41% (FAVERO et al., 2019).

Os achados de Mâcedo et al. (2017), onde 37% das mulheres não tinham concluído o ensino fundamental ou eram analfabetos e 28% tinham o ensino médio completo.

Para Freitas, Forte e Roncalli et al. (2019) o recebimento da assistência financeira familiar, Bolsa Família, foi associado a um maior número de consultas.

### **5.5 Interferências da Equipe de Saúde**

Como encontrados nos achados de Torres, Nas unidades de saúde a consulta de Enfermagem deve ser intercalada com a consulta Médica (BRASIL, 2012), o estudo de Felipe et al. (2019), apontou que 62% das pacientes referiram não terem orientações de enfermagem durante as consultas.

Como apontou Cunha, Biscaro, Madeira (2018), encontrou que 7,2% das gestantes com sífilis não foram tratadas com penicilina, recebendo outro esquema, não sinalizado no estudo, porém, falta do insumo. Profissionais de saúde apresentaram algumas dificuldades no diagnóstico e tratamento da SG (COSTA et al., 2018).

No que diz respeito à assistência pré-natal, a demora no diagnóstico, a dificuldade no acesso aos exames ou até mesmo exames tardios, reforçam as possíveis lacunas no rastreamento e diagnóstico, as quais possibilitariam o diagnóstico e tratamento precoce.

A fragilidade do serviço ainda é apontada na baixa adesão do tratamento do parceiro da gestante concomitante ao tratamento desta. O risco dessa gestante se recontaminar durante a gravidez é alto, sendo inclusive, um fator de risco para notificação de SC, ainda que não se considere para notificação o tratamento da parceria sexual da gestante. O reforço na orientação da transmissão vertical para os usuários, bem como a busca ativa para os parceiros sexuais poderiam melhorar a adesão do tratamento do parceiro.

Temos ainda a alteração de critérios de definição de casos para a notificação de Sífilis Adquirida, Sífilis em Gestantes e Sífilis Congênita pela Nota Informativa nº 2- SEI/2017 – DIAHV/SVS/MS em 19 de setembro de 2017, como o estudo possui estudos publicados que estão inseridos nesse recorte, possuem configurações de tratamento adequado ou inadequado com o protocolo anterior, em especial, no que tange ao tratamento da parceria sexual e ao tempo de início de tratamento antes do parto.

As falhas no preenchimento de notificações foram evidentes, uma forma de resolução seria a de preferência em preenchê-la no momento da consulta dos pacientes, para que os detalhes não sejam perdidos, de modo que a vigilância epidemiológica seja mais efetiva.

## REFERÊNCIAS\*

ALVES, V.M., NICÁCIO, T.S.; OLIVEIRA, R.M.S.; PEREIRA NETTO, M. **Journal of Management and Primary Health Care**, v.7, n.1, p.153, 2016

AMORIM, M. M.R., CUNHA, A.S.C.; LEITE, S.R.F.; VITAL, S.A. Fatores associados à natimortalidade em uma maternidade escola em Pernambuco: estudo caso-controle. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. Rio de Janeiro , v. 31, n. 6, p. 285-292, jun., 2009. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-72032009000600004&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032009000600004&lng=pt&nrm=iso)>. Acessos em 02 fev. 2020.

---

\* De acordo com as normas do periódico.

ARAÚJO, E.C.; COSTA, K.S.G.; SILVA, R.S.; AZEVEDO, V.N.G.; LIMA, F.A.S. Importância do pré-natal na prevenção da sífilis congênita. **Revista Paraense de Medicina**, Jan./mar.; v. 20, n.1, p. 47-51; 2006.

ARAÚJO, C.L.; SHIMIZU, H.E.; SOUSA, A.I.A.; HAMANN, E.M. Incidência da sífilis congênita no Brasil e sua relação com a Estratégia Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, Brasília, v. 46, n. 3, p.: 479-86, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46n3/3477.pdf>> . Acesso em: 02 fev. 2020.

AVELLEIRA, J.C.R.; BOTTINO. G. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. **Anais Brasileiros de Dermatologia**. Rio de Janeiro, v.81, n.2, p.:111-26 2006. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0365-05962009000200008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962009000200008&lng=en&nrm=iso) . Acesso em: 2 fev. 2020.

BELDA JUNIOR, Walter; SHIRATSU, Ricardo; PINTO, Valdir. Abordagem nas doenças sexualmente transmissíveis. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, Rio de Janeiro, v. 84, n. 2, p. 151-159, Apr. 2009. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0365-05962009000200008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962009000200008&lng=en&nrm=iso) Acesso em: 3 fev. 2020.

BLENCOWE, H.; COUSENS, S.; KAMB, M.; BERMAN, S.; LAWN, J.E. Lives saved tool supplement detection and treatment of syphilis in pregnancy to reduce syphilis related stillbirths and neonatal mortality. **BMC Public Health**; v.11(Supl. 3):S9., 2011.

BOTELHO, C.A.O.; TOMAZ, C.A.B.; CUNHA, R.V.; BOTELHO, M.A.O.; BOTELHO, L.O.; ASSIS, D.M.; PINHO, D.L.M. Prevalência dos agravos triados no programa de proteção à gestante do estado de Mato Grosso do Sul de 2004 a 2007. **Revista de Patologia Tropical**, v.37, n.4, p:341-53, 2008.

BRASIL/Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: **Princípios e Diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL/Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Plano de Ação: 2004-2007. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada: manual técnico**. Brasília, DF; 2006. (Série A. Normas e Manuais Técnicos); (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, Caderno, 5).

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids. **Sífilis: Estratégias para Diagnóstico no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde. Brasília, 2010

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 318 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção**

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Caderno de boas práticas: o uso da penicilina na Atenção Básica para a prevenção da sífilis congênita no Brasil** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2015b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais. **Manual Técnico para Diagnóstico da Sífilis**/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Coordenação Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. **Guia de vigilância em saúde**. 2ª Ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.

DOMINGUES, R.M.S.M. **Avaliação da implantação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro com ênfase nas ações de controle da sífilis e do HIV** [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 201f., 2011.

DOMINGUES, R.M.S.M.; HARTZ, Z.M.A.; LEAL, M.C. Avaliação das ações de controle da sífilis e do HIV na assistência pré-natal da rede pública do município de Rio de Janeiro, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. Recife, v. 12, n. 3, p. 269-280, set., 2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-38292012000300007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292012000300007&lng=en&nrm=iso) Acesso em 7 jan. 2017.

DOMINGUES, R.M.S.M.; SZWARCOWALD, C.L., SOUZA JUNIOR, P.R., B.; LEAL, M.C. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 5, p. 766-774, 2014.

FIGUEIRÓ-FILHO, E.A.; GARDENAL, R.V.C.; ASSUNÇÃO, L.A.; COSTA, G.R.; PERIOTTO, C.R.L.; VEDOVATTE, C.A.; POZZOBON, L.R. Sífilis Congênita como Fator de Assistência Pré-Natal no Município de Campo Grande – MS. DST – **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, v. 19, n. 3-4, p. 139- 43, 2007.

FREIRE, S. G. A. **Sífilis e gestação: estudo comparativo de dois períodos (2006 e 2011) em população de puérperas**. Campo Grande; Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-oeste da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, 2012.

GOMES, S. F. **Conhecimentos, atitudes e práticas dos médicos e enfermeiros das unidades de saúde da família sobre sífilis em gestantes na cidade do Recife- PE**. [Internet]. Dissertação de mestrado. Recife: Universidade Federal de Pernambuco; 2013. Disponível em:

<http://repositorio.ufpe.br/bitstream/handle/123456789/13222/Disserta%C3%A7ao%20SUELY%20FERREIRA%20GOMES> Acesso em 7 dez. 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Cidades**. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=500270> Acesso em 8 jan. 2017.

LAZARINI, F. M.; BARBOSA, D.A. Educational intervention in Primary Care for the prevention of congenital syphilis. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 25, p. e2845-, jan. 2017. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/126208> Acesso em: 31 jan. 2017.

LOUREIRO, M. D. R. **Infecção pelo Treponema pallidum em gestantes e sua transmissão vertical, Mato Grosso do Sul**. Campo Grande. Tese (Doutorado) – Programa Multi-institucional Rede Centro-Oeste: UNB-UFG-UFMS de Pós-Graduação em Ciências da Saúde. 68 f , 2009.

LOUREIRO, M.D.R.; CUNHA, R.V.; IVO, M.L.; PONTES, E.R.J.C.; FABBRO, M.M.F.; FERREIRA JUNIOR, M.A. **Revista de Enfermagem UFPE** on line, Recife, v. 6, n. 12, dez., p.:2971-9, 2012.

MARTÍ-PASTOR, M.; OLALLA, P.G; BARBERÁ, M.; MANZARDO, C.; OCAÑA, I.; KNOBEL, H.; GURGUÍ, M.; HUMET, V.; VALL, M.; RIBERA, E.; VILLAR, J.; MARTÍN, G.; SAMBEAT, M.A.; MARCO, A.; VIVES, A.; ALSINA, M.; MIRÓ, J.M.; CAYLÀ, J.A. Epidemiology of infections by HIV, Syphilis, Gonorrhoea and Lymphogranuloma Venereum in Barcelona City: a population-based incidence study. **BioMed Central Public Health**, v.15, n.1015, p.1-8, 2015.

MEDEIROS JUNIOR, A.; LIMA, A.S.D.; SILVA, A.M.D.F.; LIMA, M.E.M. **Revista Eletrônica Extensão & Sociedade - PROEX/UFRN**, Natal, RN, v.5, n.2, p. 10 – 20, 2014.

MENDES, K.D.S.; SILVEIRA, R.C.C.P.; GALVÃO, C. M. Revisão Integrativa: Método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm.** [Internet] 2008;17(4) [acesso em 13 fev 2020]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>.

MALOGOLINI, A. Aumenta casos de gestantes infectadas pelo sífilis em Mato Grosso do Sul. **Campo Grande News**, Campo Grande, 15 out. 2016. Disponível em: < <http://www.campograndenews.com.br/cidades/aumenta-casos-de-gestantes-infectadas-pelo-sifilis-em-mato-grosso-do-sul>> . Acesso em 30 dez 2016.

KLAUSNER, J. D. The sound of silence: missing the opportunity to save lives at birth. **Bull World Health Organ**. Los Angeles, v.91, n.3, p.158, 2013.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **Regional Initiative for the Elimination of Mother-to-Child Transmission of HIV and Congenital Syphilis in Latin America and the Caribbean: Regional Monitoring Strategy**. 2. ed. Washington (DC); 2012.

POLIT, D.F.; BECK, C.T. **Fundamentos de pesquisa em Enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

RAMALHO, M.O.A. **Avaliação da assistência pré-natal com ênfase na sífilis gestacional na estratégia de saúde da família do Recife**. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS. Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente. Recife, 93f., 2016.

RATTNER, D. Da Saúde Materna Infantil ao PAISM. *Revista Tempus, Actas de saúde coletiva*. Brasília, v.8, n.2, p.103-108, jun., 2014 RODRIGUES, C.S.; GUIMARÃES, M.D.C. Grupo Nacional de Estudo sobre Sífilis Congênita. Positividade para sífilis em puérperas: ainda um desafio para o Brasil. **Revista Panamericana de Salud Publica**; Washington, v. 16, n. 3, p.: 168–75, 2004.

RODRIGUES, C.S.; GUIMARÃE, M.D.C; CESAR, C.C. Oportunidades perdidas na prevenção da sífilis congênita e da transmissão vertical do HIV. **Revista de Saúde Pública**, v.42, n.5, p.: 851-8, 2008.

ROMAN, A.R., FRIEDLANDER, M.R. REVISÃO INTEGRATIVA DE PESQUISA APLICADA À ENFERMAGEM. *Cogitare Enferm.*, Curitiba, v.3, n.2, p.109-112, jul./dez. 1998. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/44358/26850>>

ROMERO-GUTIÉRREZ, G.; MARTÍNEZ-CEJA, C.A.; ABREGO-OLVIRA, E.; PONCE-PONCE, L.A.L. Multivariate analysis of factors for stillbirth in Leon. **Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica**. Guanajuato, Mexico, v.84, n.1, p.:2-6, 2005.

SANTIAGO, C.M.C.; SOUSA, C.N.S., ROCHA e NOBREGA, L.L.; SALES, L.K.O., MORAIS, F.R.R. Assistência ao pré-natal e as práticas desenvolvidas pela equipe de saúde: revisão integrativa. **Revista Cuidado é Fundamental**. Rio de Janeiro, jan./mar.; v. 9, n.1, p.279-288. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4184/0>>. Acesso em 23 de fev. de 2020.

SCHMEING, L.M.B. **Sífilis e pré-natal na rede pública de saúde e na área indígena de Amambai/MS**: conhecimento e prática de profissionais. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 63 f., 2012.

SOARES, MARIA AUXILIADORA SANTOS E AQUINO, ROSANA. Associação entre as taxas de incidência de sífilis gestacional e sífilis congênita e a cobertura de pré-natal no Estado da Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. v. 37, n. 7 [Acessado 26 Junho 2022] , e00209520. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00209520>>. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00209520>.

SOUZA, M.T., SILVA, M.D, CARVALHO, R.C. Revisão integrativa: o que é e como fazer Integrative review: what is it? How to do it? *Einstein*. 2010; 8(1 Pt 1):102-6. Disponível em: <[https://journal.einstein.br/wp-content/uploads/articles\\_xml/1679-4508-eins-S1679-45082010000100102/1679-4508-eins-S1679-45082010000100102-pt.x57660.pdf](https://journal.einstein.br/wp-content/uploads/articles_xml/1679-4508-eins-S1679-45082010000100102/1679-4508-eins-S1679-45082010000100102-pt.x57660.pdf)>

TRIDAPALLI, E.; CAPRETTI, M.G.; SAMBRI, V.; MARANGONI, A.; MORONI, A.; ANTUONO, A.D.; BACHHI, M.L.; FALDELLA, G. Prenatal syphilis infection is a possible cause of preterm delivery among immigrant women from eastern Europe. **Sexually Transmitted Infections**. Abr.; v. 83, n. 2, p.: 102-105, 2007.

VASCONCELOS, M.I.O.; GUIMARÃES, R.X.; MAGALHÃES, A.H.R.; OLIVEIRA, K.M.C.; LINHARES, M.S.C.; ALBUQUERQUE, I.M.N.; FREITAS, C.A.S.L.; QUEIROZ, M.V.O.Q. Estratégias e Desafios dos Enfermeiros da Atenção Básica para o Tratamento Simultâneo da Sífilis. *Investigação Qualitativa em Saúde. Atas CIAIQ do 5º Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa*, 2016. Disponível em: <<http://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/view/918/902>> . Acesso em 29 jan., 2020.

VIOLA, R.C. **Políticas de atenção à saúde da mulher e os 20 anos de Sistema Único de Saúde no Brasil**. In: *Saúde Brasil 2008. 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.



## ANEXO III

### Artigo a ser submetido ao periódico

- *International Journal for Innovation Education and Research*
  - *ONLINE ISSN: 2411-2933*
  - *DOI prefix: 10.31686*
  - *Qualis: A2 (2013-2016)*

### 5.3 ARTIGO 3 – Manejo da Sífilis Gestacional: Conhecimento e práticas dos profissionais pré-natalistas da rede SUS de Campo Grande MS

#### INTRODUÇÃO

A sífilis é uma doença infectocontagiosa sistêmica, crônica e curável, causada bactéria pelo *Treponema pallidum* (T. pallidum). Exclusiva do ser humano, e é conhecida desde o século XV, apresenta incidência em crescimento nas últimas décadas (BRASIL, 2020). Sua transmissão acontece principalmente por contato sexual, porém pode ser transmitida durante o período gestacional (em qualquer fase) quando a mulher está com sífilis ou no parto, sendo esta não tratada ou tratada inadequadamente (podendo resultar em aborto, natimorto, prematuridade), além de mais raramente, por inoculação acidental ou transfusão de sangue (BRASIL, 2017).

Além de ser um importante agravo em saúde pública (infectocontagiosa e acomete o organismo severamente, se não tratada), aumenta o risco de infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) pela entrada facilitada das lesões sifilíticas, podendo acelerar a evolução da infecção pelo HIV para Síndrome da Imunodeficiência adquiridas (AIDS) (HORVATH, 2011; BRASIL, 2020).

A sífilis pode ser classificada nos seguintes estágios que orientam seu tratamento e monitoramento: Recente (primária, secundária e latente recente) até um ano de evolução; Tardia (latente e terciária) com mais de um ano de evolução (BRASIL, 2022).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou uma iniciativa mundial em 2007 com objetivo de eliminar a transmissão da sífilis. Entretanto, os casos da doença continuam ascendentes, como nos casos de SG e também o de notificações de SC no Brasil (PADOVANI, OLIVEIRA, PELLOSO; 2018).

De 2019 para 2020, o número de notificações apresentou diminuição nas regiões Norte, Nordeste e Sul e aumento nas regiões Sudeste e Centro-Oeste. Já para a taxa de detecção que no país em 2020 foi de 21,6 casos de sífilis em gestantes por 1000 nascidos vivos, nove estados brasileiros apresentaram taxa acima da taxa nacional, dentre eles, Mato Grosso do Sul com 30,8/1000 nascidos vivos. Entre as capitais, dezesseis capitais apresentaram maiores taxas de detecção de SG, com destaque para as taxas do Rio de Janeiro (74,6 casos/1.000 nascidos vivos), de Porto Alegre (57,7 casos/1.000 nascidos vivos), e de Campo Grande (42,1 casos/1.000 nascidos vivos) (BRASIL, 2021).

Parte desse aumento constante, pode ser explicado pelo incremento nos números de testagem, pelo uso dos testes rápidos, mas também a redução do uso da camisinha e ao desabastecimento mundial de penicilina, entre outros (WHO, 2014)

Estimativa feita pela OMS é de que a sífilis complique um milhão de gestações/ano no mundo, resultando em mais de 300 mil mortes fetais/neonatais (BRASIL,2022). Considerando que o tratamento para ser considerado adequado para SG com Benzilpenicilina benzatina, deve ser iniciado até 30 dias antes do parto para reduzir a possibilidade de uma SC, o diagnóstico precoce e em tempo, o tratamento correto e a educação em saúde tornam-se necessário para evitar que a sífilis possa acarretar em maior dano tanto à mãe quanto ao feto. Com isso, o presente estudo tem o objetivo de descrever os conhecimentos e práticas dos profissionais que realizam o pré-natal nas estratégias de saúde da família do município de Campo Grande - MS, em relação a sífilis gestacional.

## **MÉTODOS**

Trata-se de um estudo transversal, descritivo, exploratório com abordagem quantitativa.

O estudo foi realizado no município de Campo Grande, capital do estado de Mato Grosso do Sul, que segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2021), possui, 916.001 habitantes.

Foram convidados a participar do estudo, os profissionais enfermeiros e médicos que realizam consulta pré-natal, atuantes nas Estratégias de Saúde da Família (ESF) de Campo Grande - MS, no período da coleta de dados, que consentirem em participar da pesquisa e que atenderem aos critérios de inclusão.

Foram incluídos na amostra, médicos e enfermeiros atuantes em ESF, que prescrevam medicamentos para portadores de sífilis e que componham a mesma equipe. Foram excluídas todas as unidades que não sejam classificadas como estratégia saúde da família

A entrevista foi realizada com os profissionais que consentirem livremente em participar do estudo e que atenderem aos critérios de inclusão, período 17/02/2020 a 17/06/2020.

Foram entregues dois TCLE em um envelope, sendo uma via com o sujeito da pesquisa após ser assinado pelo interessado e a outra ficará em poder da pesquisadora para arquivo.

Para a coleta de dados foi utilizado um questionário (ANEXO X), cedido pela Profa. Dra. Rosa Maria Soares Madeira Domingues, autoaplicável, já validado por especialista da área, com adaptações realizadas pela autora.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Parecer Consubstanciado do CEP nº 3.831.271 em 11 de fevereiro de 2020.

Os dados foram tabulados no Microsoft Excel 2007 e validados por meio da dupla digitação, sendo apresentados em forma de figuras e tabelas para discussão à luz da literatura específica. Já para os cálculos das frequências simples, foi utilizado o software SPSS 20.

## **RESULTADOS**

Dentre os 110 participantes, a maioria era enfermeiro e o restante médico. Considerando o processo de educação continuada, 29,1% possui especialização em saúde da família, contudo, 43,6% não tem nenhuma especialização. O tempo de formação mais prevalente foi entre um e cinco anos, sendo que a maioria possui tempo de atuação como pré-natalista inferior a cinco anos. Os dados estão detalhados na tabela 1

Tabela 1 - Caracterização dos profissionais pré-natalistas atuantes em Unidades básicas de saúde. Campo Grande – 2022. (n=110)

| Caracterização do Profissional                    | Frequência de Respostas |      |
|---|-------------------------|------|
|   | n                       | %    |
| <b>Categoria Profissional</b>                     |                         |      |
| Médico  | 51                      | 43,6 |
| Enfermeiro  | 59                      | 56,4 |
| <b>Tipo de pós-graduação</b>                      |                         |      |
| Especialização em Saúde da Família                | 32                      | 29,1 |
| Outro tipo de especialização                      | 32                      | 29,1 |
| Especialização em obstetrícia                     | 3                       | 2,7  |
| Mestrado  | 5                       | 4,5  |
| Não tem   | 48                      | 43,6 |
| <b>Tempo de Formação (anos)</b>                   |                         |      |
| Até 5   | 49                      | 44,5 |
| Mais de 6   | 61                      | 55,5 |
| <b>Tempo de atuação como pré-natalista (anos)</b> |                         |      |
| Até 5   | 69                      | 62,7 |
| Mais de 6   | 41                      | 57,3 |

Nota: Valores expressos em frequência absoluta e relativa

Quanto às características das unidades de saúde envolvidas neste estudo, a maioria dos profissionais relata sempre realizar teste instantâneo de gravidez, e que a assistência pré-natal acontece em tempo inferior a 16 semanas gestacionais, com média superior a 6 consultas. Os enfermeiros totalizam 95,5% dos profissionais que geralmente realizam o primeiro atendimento pré-natal nas UBS, e o teste rápido para sífilis é realizado na própria unidade na maior parte das situações de testagem diagnóstica. A minoria dos profissionais entrevistados (7,3%) tem conhecimento sobre a existência de ponto de coletas, caso o exame não seja o teste rápido.

Quando há positividade para sífilis na gestante, a maioria dos entrevistados afirmou que a notificação compulsória desses casos é informada pelo enfermeiro ou médico que diagnosticou a sífilis gestacional e que a Penicilina Benzatina é utilizada para o tratamento da sífilis a qualquer dia/horário. Porém, apesar de 63,6% afirmarem que há mecanismos de abordagem de parceiros de gestantes com sífilis na unidade de saúde, existe divergência na resposta sobre qual profissional atende os parceiros das Gestantes, sendo que 32,7% afirma não existir fluxo de atendimento definido. As informações detalhadas das características de atendimento da unidade de saúde estão dispostas na tabela 2.

Tabela 2 - Caracterização das Unidades de Saúde onde trabalham os profissionais de saúde.  
 Campo Grande – MS. 2022. (n=110)

| Caracterização da Unidade de Saúde   | Frequência de Respostas |      |
|--|-------------------------|------|
|  | n                       | %    |
| <b>Realiza teste instantâneo da gravidez</b>                                 |                         |      |
| Sempre   | 87                      | 79,1 |
| Às vezes   | 19                      | 17,3 |
| Nunca  | 3                       | 2,7  |
| Não sabe informar  | 1                       | 0,9  |
| <b>Caso não utilize, é realizado o exame para confirmação da gravidez</b>    |                         |      |
| Dosagem de $\beta$ HCG sanguíneo   | 21                      | 19,1 |
| Não respondeu  | 89                      | 80,9 |
| <b>Período em que as gestantes iniciam a assistência pré-natal</b>           |                         |      |
| < 16 semanas gestacionais  | 83                      | 75,5 |
| 16 $\mid$ 28 semanas gestacionais  | 20                      | 18,2 |
| $\geq$ 28 semanas gestacionais   | 1                       | 0,9  |
| Não sabe informar  | 6                       | 5,4  |
| <b>Média de consultas de pré-natal que as gestantes costumam receber</b>     |                         |      |
| 3 $\mid$ 5   | 18                      | 16,3 |
| $\geq$ 6   | 86                      | 78,2 |
| Não sabe informar  | 6                       | 5,5  |
| <b>Profissional que geralmente realiza o primeiro atendimento pré-natal.</b> |                         |      |
| Enfermeira   | 105                     | 95,5 |
| Médico   | 1                       | 0,9  |
| Médico ou enfermeiro   | 4                       | 3,6  |
| <b>Exame para diagnóstico da sífilis utilizado na rotina de triagem</b>      |                         |      |
| Teste rápido realizado na própria unidade                                    | 101                     | 91,8 |
| Coleta de sangue venoso para VDRL  | 8                       | 7,3  |
| Coleta de sangue em papel de filtro  | 1                       | 0,9  |
| <b>Existe posto de coleta caso o exame não seja o teste rápido</b>           |                         |      |
| Sim  | 8                       | 7,3  |
| Não  | 4                       | 3,6  |
| Não respondeu  | 98                      | 89,1 |
| <b>Realiza a notificação compulsória de casos de sífilis na gravidez</b>     |                         |      |
| Enfermeiro ou médico que diagnosticou a sífilis gestacional                  | 58                      | 52,8 |
| Enfermeiro da equipe   | 47                      | 42,7 |
| Médico, enfermeiro ou o técnico de enfermagem da equipe                      | 4                       | 3,6  |
| Não sabe informar  | 1                       | 0,9  |
| <b>Para o tratamento da sífilis é aplicada a Penicilina Benzatina</b>        |                         |      |
| Sim, em qualquer dia/horário   | 102                     | 92,7 |
| Sim, em alguns dias/horários   | 7                       | 6,4  |
| Não  | 1                       | 0,9  |
| <b>Há mecanismos de abordagem de parceiros de gestantes com sífilis</b>      |                         |      |
| Sim .  | 70                      | 63,6 |
| Não  | 22                      | 20,0 |
| Não sabe informar  | 18                      | 16,4 |
| <b>Profissional que atende os parceiros de gestantes com IST</b>             |                         |      |
| Pelo enfermeiro da equipe  | 49                      | 44,6 |
| Pelo médico da equipe  | 22                      | 20,0 |
| Não existe fluxo de atendimento definido                                     | 36                      | 32,7 |
| Não sabe informar  | 3                       | 2,7  |

Nota: Valores expressos em frequência absoluta e relativa

Em relação à prevenção da transmissão vertical da sífilis, a maioria dos entrevistados afirmou já ter participado de treinamento sobre manejo de sífilis congênita com maior prevalência de frequências entre 1 e 5 vezes, assim como afirmam conhecer o manual do Ministério da Saúde sobre a prevenção da sífilis congênita, contudo, esses afirmam que leram parcialmente tal manual. Sobre o conhecimento desses profissionais, a maioria não sabe informar a incidência esperada de casos de SC no País, enquanto dentre os que indicaram algum valor, prevaleceu a opinião sobre uma meta estabelecida pelo Ministério da Saúde para eliminação da sífilis congênita no país seja menor ou igual a 0,5 casos para cada 1000 nascidos vivos.

Relacionado ao município de Campo Grande, observou-se maior prevalência de profissionais que consideram elevado o número de casos em formas graves incluindo óbito fetal e neonatal, porém, este valor é próximo aos profissionais que não conhecem a situação dessa doença no momento. Isso se comprova, visto que a maioria não sabe informar qual a possível incidência atual da sífilis congênita em Campo Grande. Na opinião sobre qual seria a melhor estratégia de treinamento para os profissionais da rede, a maioria concorda ser melhor treinamentos curtos, frequentes, no próprio serviço (TABELA 3).

Tabela 3- Conhecimento e educação permanente dos profissionais sobre sífilis congênita. Campo Grande – MS. 2022. (n=110)

| Conhecimentos / Educação permanente   | Frequência de Respostas |      |
|---|-------------------------|------|
|   | n                       | %    |
| <b>Participou de treinamento sobre manejo da SC</b>                         |                         |      |
| Sim   | 65                      | 59,1 |
| Não participou / Não sabe informar  | 45                      | 30,9 |
| <b>Há quanto tempo conhece o manual do MS sobre prevenção da SC</b>         |                         |      |
| < 1 ano   | 29                      | 26,4 |
| 1   5 anos  | 50                      | 45,4 |
| > 5 anos  | 7                       | 6,4  |
| Não conhece   | 17                      | 15,4 |
| Não sabe informar   | 7                       | 6,4  |
| <b>Já leu esse manual do MS</b>   |                         |      |
| Parcialmente / Totalmente   | 92                      | 83,6 |
| Não leu / Não respondeu   | 18                      | 16,4 |
| <b>Acha ser a meta estabelecida pelo MS para a eliminação da SC no País</b> |                         |      |
| ≤ 0,5 casos para 1.000 nascidos   | 39                      | 35,5 |
| 1   5 casos por 1.000 nascidos  | 12                      | 10,9 |
| 6   10 casos por 1.000 nascidos   | 1                       | 0,9  |
| Não sabe informar   | 58                      | 52,7 |
| <b>Opinião sobre a SC no município de Campo Grande</b>                      |                         |      |
| Não representa um problema de saúde pública                                 | 1                       | 0,9  |
| Afeta apenas os filhos de gestantes sem acesso a pré-natal                  | 3                       | 2,7  |
| Elevado número de casos, mas com formas leves da doença                     | 29                      | 26,4 |
| Elevado n° de casos em formas graves, incluindo óbito fetal e neonatal      | 43                      | 39,0 |
| Não conhece a situação dessa doença no momento                              | 34                      | 30,9 |
| <b>Opinião sobre incidência atual de SC em Campo Grande</b>                 |                         |      |
| < 1 caso para 1.000 nascidos  | 1                       | 0,9  |
| 1   5 casos por 1.000 nascidos  | 11                      | 10,0 |
| 6   10 casos por 1.000 nascidos   | 13                      | 11,8 |

|  |    |      |
|--|----|------|
| > 10 casos por 1.000 nascidos  | 8  | 7,3  |
| Não sabe informar  | 77 | 70,0 |
| <b>Opinião sobre qual seria a melhor estratégia de treinamento para os profissionais da rede</b> |    |      |
| Treinamentos curtos, frequentes, no próprio serviço  | 62 | 56,4 |
| Treinamentos curtos, frequentes, fora do serviço   | 30 | 27,3 |
| Treinamentos pela modalidade EAD   | 29 | 26,4 |
| Treinamentos de maior duração fora do serviço  | 11 | 10,0 |
| Treinamentos de maior duração no próprio serviço   | 5  | 4,5  |

Nota: SC = Sífilis Congênita; MS = Ministério da Saúde; SG = Sífilis na gestação. Nota: Valores expressos em frequência absoluta e relativa

Os profissionais foram arguidos a respeito dos conhecimentos sobre a transmissão vertical da sífilis, sendo identificado que a maioria considera que em qualquer época da gestação pode ocorrer a transmissão da doença da mãe para o filho. Não houve unanimidade na resposta sobre o momento mais propício para essa transmissão materno fetal, sendo semelhante a proporção de profissionais que falaram que esta possibilidade é elevada em qualquer fase da doença, assim como respostas de profissionais afirmando que a transmissão é maior nas fases primárias e secundárias.

Com relação ao questionamento sobre quando a criança é considerada caso de sífilis congênita, sendo esta nascida de mãe com sífilis gestacional, os profissionais puderam apontar várias possibilidades de situações sendo expressas pela maioria deles, sendo estas situações relacionadas à mãe com tratamento inadequado, mesmo sem sinais ou sintomas no bebê; mães com tratamento inferior a 30 dias antes do parto, mesmo sem sinais ou sintomas no bebê e apresentar sinais da doença com VDRL com o título maior que o materno (TABELA 4).

Tabela 4- Conhecimento sobre a transmissão vertical da sífilis pelos profissionais de saúde. Campo Grande – MS. 2022. (n=110)

| Conhecimento sobre a transmissão vertical da sífilis                            | Frequência de Respostas |      |
|---|-------------------------|------|
|   | n                       | %    |
| <b>Quando pode ocorrer a transmissão da sífilis na gestação</b>                 |                         |      |
| Apenas no início da gestação  | 2                       | 1,8  |
| Apenas no final da gestação   | 1                       | 0,9  |
| Em qualquer época da gestação   | 105                     | 95,5 |
| Não sabe informar   | 2                       | 1,8  |
| <b>É possível afirmar sobre a transmissão da sífilis na gestação</b>            |                         |      |
| É baixa em qualquer fase da doença  | 1                       | 0,9  |
| É elevada em qualquer fase da doença  | 46                      | 41,8 |
| Depende da fase, sendo maior nas primárias e secundárias                        | 47                      | 42,7 |
| Não sabe informar   | 16                      | 14,6 |
| <b>Quando a criança é considerada caso de SC, nascida de mãe com SG</b>         |                         |      |
| Mãe com tratamento inadequado, mesmo sem sinais/ sintomas no bebê               | 68                      | 61,8 |
| Mãe com tratamento < 30 dias antes do parto, mesmo sem sinais/ sintomas no bebê | 61                      | 55,4 |
| Apresentar sinais da doença ou VDRL com título maior que o materno              | 60                      | 54,5 |
| Parceiro da gestante não tratado, mesmo sem sinais/ sintomas no bebê            | 27                      | 24,5 |
| Não conhece a definição de caso de SC do Ministério da Saúde                    | 5                       | 4,5  |

Nota: SC = Sífilis Congênita; MS = Ministério da Saúde; SG = Sífilis na gestação. Nota: Valores expressos em frequência absoluta e relativa

Com relação a unidade de saúde que o profissional atua, a maioria destes afirma que os exames diagnósticos são solicitados no primeiro e no terceiro trimestre gestacional, sendo que quem realiza o aconselhamento pré e pós teste é o profissional que solicitou o exame diagnóstico. Quanto a característica do teste utilizado, a maioria atesta que o VDRL é um teste não treponêmico, assim como o teste rápido para sífilis. Contudo, não há clareza contra aspecto treponêmico ou não treponêmico do exame feito em papel de filtro. Ainda sobre o exame VDRL, a maioria declara que este pode ser usado para controle de cura, além de que o exame treponêmico é de caráter qualitativo. (TABELA 5)

Tabela 5 - Conhecimento dos profissionais de saúde sobre o diagnóstico da sífilis gestacional na unidade de saúde que atua. Campo Grande – MS. 2022. (n=110)

| Conhecimento dos profissionais sobre o diagnóstico da sífilis gestacional   | Frequência de Respostas |      |
|---|-------------------------|------|
|   | n                       | %    |
| <b>No pré-natal nesta unidade, quando solicitam exame diagnóstico da SG</b> |                         |      |
| 1º trimestre  | 8                       | 7,3  |
| 2º trimestre  | 2                       | 1,8  |
| 1º e 3º trimestres  | 87                      | 79,1 |
| 1º e 2º trimestres  | 6                       | 5,4  |
| 1º, 2º e 3º trimestres  | 7                       | 6,4  |
| <b>Quem realiza o aconselhamento pré e pós-teste em sua unidade</b>         |                         |      |
| O profissional que solicitou o exame  | 57                      | 51,8 |
| Enfermeiro da equipe apenas   | 48                      | 43,6 |
| Médico da equipe apenas   | 6                       | 5,5  |
| Não sabe informar   | 5                       | 4,5  |
| <b>O exame VDRL é um teste</b>  |                         |      |
| Não treponêmico   | 92                      | 83,6 |
| Treponêmico   | 15                      | 13,6 |
| Não sabe informar   | 2                       | 1,8  |
| <b>O teste rápido para sífilis é um teste</b>                               |                         |      |
| Não treponêmico   | 28                      | 25,5 |
| Treponêmico   | 77                      | 70,0 |
| Não sabe informar   | 5                       | 4,5  |
| <b>O exame feito em papel de filtro é um teste</b>                          |                         |      |
| Não treponêmico   | 45                      | 40,9 |
| Treponêmico   | 46                      | 41,8 |
| Não sabe informar   | 19                      | 17,3 |
| <b>Pode ser afirmado que o exame VDRL</b>                                   |                         |      |
| É um exame qualitativo  | 31                      | 28,2 |
| É um exame que se torna “não reagente” após tratamento adequado             | 19                      | 17,3 |
| Pode ser usado para controle de cura  | 95                      | 86,4 |
| Apresenta reação cruzada com outras infecções                               | 50                      | 45,5 |
| Não sei interpretar esse exame  | 2                       | 1,8  |
| <b>Pode ser afirmado que o exame treponêmico</b>                            |                         |      |
| É um exame qualitativo  | 78                      | 70,9 |
| É um exame que se torna “não reagente” após tratamento adequado             | 15                      | 13,6 |
| Pode ser usado para controle de cura  | 26                      | 23,6 |
| Apresenta reação cruzada com outras infecções                               | 8                       | 7,3  |
| Não sei interpretar esse exame  | 1                       | 0,9  |

Nota: Valores expressos em frequência absoluta e relativa

Houve uma semelhança muito grande em relação às respostas sobre a frequência de orientações realizadas pelos Profissionais de Saúde das unidades participantes, sendo que a maioria relata que sempre a solicitação de exame é realizada após aconselhamento pré teste, que na entrega do resultado do exame para sífilis é feito o aconselhamento pós-teste com avaliação de situação de risco da gestante, que o profissional fornece orientações sobre os riscos da doença para ela e para o bebê quando uma gestante apresenta diagnóstico de SG, assim como sobre a importância do tratamento do parceiro para evitar a reinfecção quando uma gestante apresenta diagnóstico de SG e da importância de usar preservativos para evitar a reinfecção quando uma gestante apresenta diagnóstico de SG (TABELA 6).

Tabela 6 - Frequência de orientações realizadas pelos profissionais de saúde sobre sífilis gestacional. Campo Grande – MS.

| Ações desenvolvidas pelos profissionais  | Frequência %(n) |           |            |
|--|-----------------|-----------|------------|
|  | Nunca           | Às vezes  | Sempre     |
| A solicitação de exame é realizada após aconselhamento pré-teste   | 0,9 (1)         | 19,1 (21) | 80,0 (88)  |
| Na entrega do resultado do exame para sífilis, é feito aconselhamento pós-teste com avaliação de situações de risco da gestante            | 0,0 (0)         | 15,5 (17) | 84,5 (93)  |
| Fornece orientações sobre os riscos da doença para ela e para o bebê quando uma gestante apresenta diagnóstico de SG                       | 1,8(2)          | 2,7 (3)   | 95,5 (105) |
| Fornece orientações sobre a importância do tratamento do parceiro para evitar a reinfecção quando uma gestante apresenta diagnóstico de SG | 0,9 (1)         | 2,7 (2)   | 96,4 (106) |
| Fornece orientações sobre a importância de usar preservativos para evitar a reinfecção quando uma gestante apresenta diagnóstico de SG     | 0,0 (0)         | 4,5 (5)   | 95,5 (105) |

Nota: Valores expressos em frequência absoluta e relativa

As doses medicamentosas indicadas às gestantes com sífilis gestacional são divergentes entre os 110 profissionais entrevistados, principalmente em relação às formas primárias e secundárias de diagnóstico. Quanto à doença de duração ignorada há quase que uma unanimidade quanto a prescrição de Penicilina Benzatina, 2.400.000 U IM, três doses com intervalo de uma semana (dose total 7.200.000 U) (TABELA 7).

Tabela 7 – Conhecimento dos profissionais de saúde sobre as doses terapêuticas para sífilis gestacional. Campo Grande – 2022. (n=110)

| Dose medicamentosa  | Sífilis Gestacional |            |                  |
|---|---------------------|------------|------------------|
|   | Primária            | Secundária | Duração ignorada |
| Penicilina Benzatina, 2.400.000 U IM, dose única  | 47,3 (52)           | 11,8 (13)  | 0,9 (1)          |
| Penicilina Benzatina, 2.400.000 U IM, duas doses com intervalo de uma semana (dose total 4.800.000 U) | 2,7 (3)             | 38,2 (42)  | 3,6 (4)          |
| Penicilina Benzatina, 2.400.000 U IM, três doses com intervalo de uma semana (dose total 7.200.000 U) | 50,0 (55)           | 47,3 (52)  | 94,5 (104)       |
| Não sei tratar essa forma da doença   | 0,0 (0)             | 2,7 (3)    | 0,9 (1)          |

Nota: Valores expressos em frequência absoluta e relativa



Ainda soube o conhecimento dos profissionais sobre tratamento da sífilis gestacional, a maioria concorda e utiliza o protocolo atual do Ministério de Saúde recomendando que toda gestante com VDRL reagente sem tratamento anterior para sífilis, seja tratada na gestação atual, independente do título do exame e da disponibilidade de testes confirmatórios; que o controle de cura após o tratamento de uma gestante com sífilis seja por solicitação de VDRL seja mensal; convocar o parceiro para vir à unidade; a medicação deve ser prescrita, mesmo se parceiro não tiver resultado de exame ou apresentar VDRL não reator (TABELA 8).

Tabela 8 - Conhecimento dos profissionais de saúde sobre o tratamento da sífilis gestacional. Campo Grande – 2022. (n=110)

| Conhecimento dos profissionais sobre o tratamento da sífilis gestacional   | Frequência de Respostas |      |
|--|-------------------------|------|
|  | n                       | %    |
| <b>Posicionamento profissional quanto ao protocolo atual do MS que recomenda que toda gestante com VDRL reagente sem tratamento anterior para sífilis, seja tratada na gestação atual, independente do título do exame e da disponibilidade de testes confirmatórios</b> |                         |      |
| Concorda e utiliza   | 91                      | 82,8 |
| Concorda, mas não utiliza  | 1                       | 0,9  |
| Não concorda, mas utiliza  | 4                       | 3,6  |
| Não conheço esse protocolo   | 14                      | 12,7 |
| <b>O controle de cura após o tratamento de uma gestante com sífilis</b>  |                         |      |
| Solicitação de VDRL mensal   | 92                      | 83,6 |
| Solicitação de VDRL trimestral   | 18                      | 16,4 |
| <b>Conduta em relação ao parceiro quando a gestante apresenta um diagnóstico de sífilis</b>  |                         |      |
| Convoca o parceiro para vir à unidade  | 96                      | 87,3 |
| Envia a solicitação de exame pela gestante   | 15                      | 13,6 |
| Envia o medicamento pela gestante  | 3                       | 2,7  |
| Solicita realização de visita domiciliar   | 4                       | 3,6  |
| <b>Quanto ao tratamento do parceiro da gestante com diagnóstico de sífilis</b>   |                         |      |
| É prescrito, mesmo sem resultado de exame ou VDRL não reator   | 84                      | 76,4 |
| É prescrito se parceiro apresentar VDRL reagente   | 20                      | 18,2 |
| Parceiros raramente são tratados, pois não comparecem ao serviço   | 4                       | 3,6  |
| Não sabe informar, pois esse tratamento é feito por outro profissional   | 1                       | 0,9  |

Nota: Valores expressos em frequência absoluta e relativa

São diversas as dificuldades no manejo da sífilis na assistência pré-natal na SMS de Campo Grande contudo, as principais estão relacionadas ao atendimento de gestantes com início tardio do pré-natal, assim como dificuldade para atendimento ao parceiro por falta de comparecimento do mesmo ao serviço, conforme representados no gráfico 1.

Na opinião da maioria dos profissionais de saúde sobre o que poderia ser feito para melhorar a assistência às gestantes nos serviços de pré-natal da Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande visando à redução transmissão vertical da sífilis, destacam-se ações como treinamento sobre diagnóstico e tratamento da sífilis; estratégias para facilitar tratamento dos parceiros; trabalhos educativos com a população geral; estratégias para facilitar o início precoce da assistência pré-natal e treinamentos sobre aconselhamento em DST/Aids, conforme representado no gráfico 2.

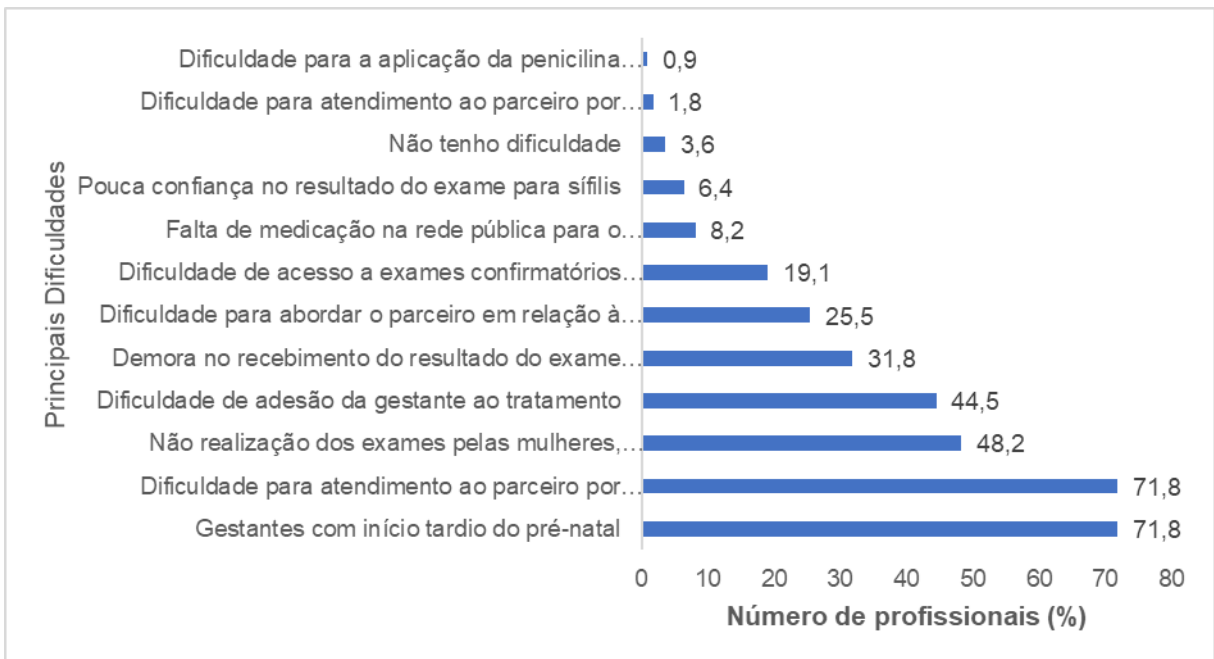


Gráfico 1 – Representação da frequência das principais dificuldades dos profissionais de saúde no manejo da sífilis na assistência pré-natal na SMS de Campo Grande. (n=110)

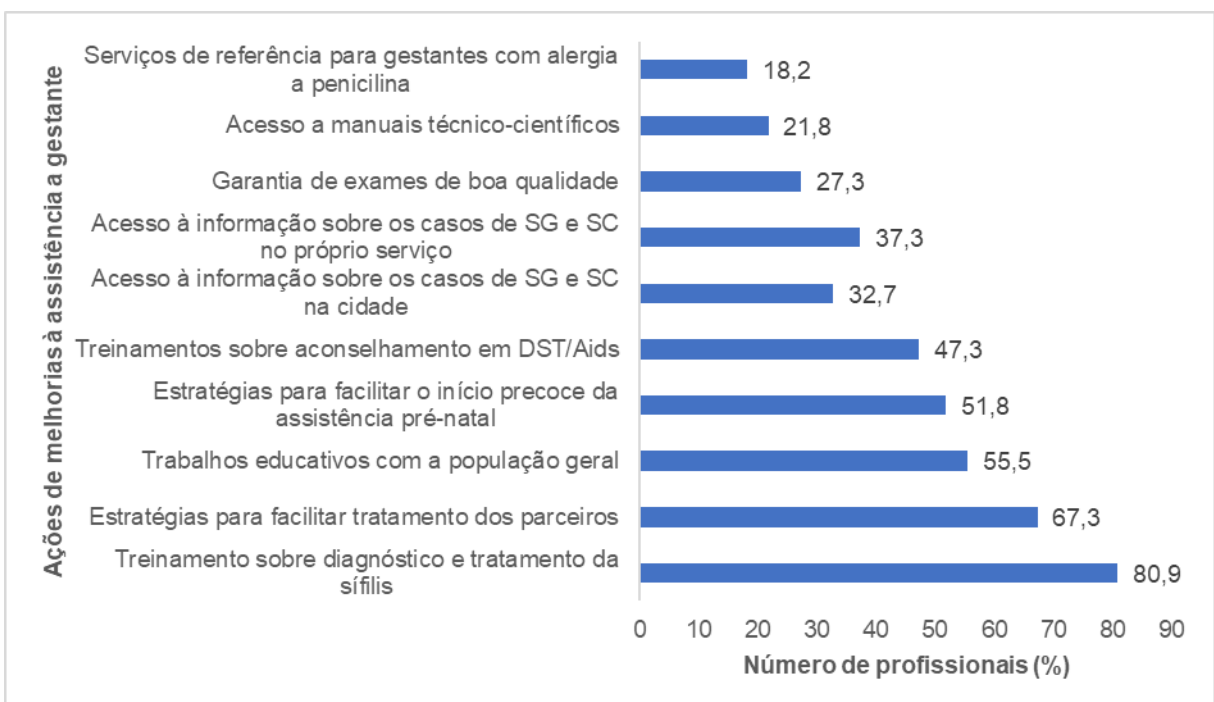


Gráfico 2 – Representação da frequência das principais ações propostas pelos profissionais de saúde visando melhoria na assistência às gestantes nos serviços de pré-natal quanto à redução transmissão vertical da sífilis em Campo Grande. (n=110)

A participação em treinamento de sífilis congênita esteve significativamente associada à pós-graduação ( $p < 0,0001$ ), tempo de formação profissional maior que seis anos ( $p < 0,0001$ ) e tempo de atuação como pré-natalista também superior a seis anos ( $p < 0,0001$ ), sem associação com a categoria profissional ( $p = 0,16$ ). Contudo, a leitura do material sobre sífilis congênita não esteve associada a nenhuma das características profissionais ( $p > 0,05$ ). (TABELA 9)

Tabela 9 – Associação da participação de treinamentos em sífilis gestacional e leitura do material de prevenção de sífilis congênita e a caracterização dos profissionais pré-natalistas atuantes em Unidades básicas de saúde. Campo Grande – 2022. (n=110)

| Caracterização do Profissional                    | Participou de treinamento SG<br>(n=65; 56,1%) |      |          | Leu o material prevenção da SC<br>(n=92; 83,6%) |      |         |
|---|---|------|----------|---|------|---------|
|   | n   | %    | p valor  | n   | %    | p valor |
| <b>Categoria Profissional</b>                     |   |      |          |   |      |         |
| Médico (n=51)                                     | 26  | 40,0 | 0,16     | 43  | 46,7 | 0,86    |
| Enfermeiro (n=59)                                 | 39  | 60,0 |          | 49  | 53,3 |         |
| <b>Tem pós-graduação</b>                          |   |      |          |   |      |         |
| Sim (n=62)  | 50  | 77,0 | <0,0001* | 54  | 58,7 | 0,39    |
| Não (n=48)  | 15  | 23,0 |          | 38  | 41,3 |         |
| <b>Tempo de Formação (anos)</b>                   |   |      |          |   |      |         |
| Até 5 (n=49)                                      | 17  | 26,1 | <0,0001* | 38  | 41,3 | 0,20    |
| Mais de 6 (n=61)                                  | 48  | 73,9 |          | 54  | 58,7 |         |
| <b>Tempo de atuação como pré-natalista (anos)</b> |   |      |          |   |      |         |
| Até 5 (n=69)                                      | 28  | 43,1 | <0,0001* | 56  | 60,9 | 0,52    |
| Mais de 6 (n=41)                                  | 37  | 56,9 |          | 36  | 39,1 |         |

Nota: Valores expressos em frequência absoluta e relativa; valor de p no teste Qui quadrado.  
SG= sífilis gestacional; SC = sífilis congênita

A maioria dos profissionais tinha conhecimento correto sobre como ocorre a transmissão da sífilis na gestação, assim como a informação correta sobre o trimestre da gestação em que se solicita o exame da sífilis e o tratamento preconizado para uma gestante com diagnóstico de sífilis de duração ignorada, sem diferença entre conhecimento de médicos e enfermeiros ( $p = 0,28$ ,  $p = 0,07$  e  $p = 0,85$ ; respectivamente), ou mesmo ter ou não pós graduação ( $p = 0,53$ ,  $p = 0,23$ ,  $p = 0,45$ ; respectivamente), ou tempo de formação profissional inferior ou superior a cinco anos ( $p = 1,00$ ,  $p = 1,00$  e  $p = 0,48$ ; respectivamente) (Tabela 10).

Contudo, de modo geral, apenas 47,3% dos profissionais responderam corretamente qual o tratamento preconizado para uma gestante com diagnóstico de sífilis primária, sendo significativamente maior o número de acertos dos médicos em relação aos enfermeiros ( $p = 0,01$ ), assim como entre os profissionais que não tem pós-graduação ( $p = 0,03$ ) e os profissionais com tempo de formação de até cinco anos ( $p = 0,00007$ ) (Tabela 10).

O tempo de atuação como pré-natalista maior ou menor que cinco anos de atuação não interferiu no percentual de acertos dos profissionais em nenhuma das quatro questões abordadas ( $p \geq 0,05$ ), conforme detalhado na tabela 10.

Tabela 10 – Conhecimento sobre a sífilis gestacional de acordo com a categorização profissional. Campo Grande – 2022.

| Categorização profissional                        | Conhecimento sobre sífilis                       |         |   |         |  |          |   |         |
|---|--|---------|---|---------|--|----------|---|---------|
|   | Como ocorre a transmissão da sífilis na gestação |         | Trimestre da gestação em que se solicita rotineiramente o exame para diagnóstico da sífilis |         | Tratamento preconizado para uma gestante com diagnóstico de sífilis primária |          | Tratamento preconizado para uma gestante com diagnóstico de sífilis de duração ignorada |         |
|   | % (n)  | P valor | % (n)   | P valor | % (n)  | p valor  | % (n)   | P valor |
| <b>Categoria Profissional</b>                     |  |         |   |         |  |          |   |         |
| Médico (n=51)                                     | 94,1 (48)  | 0,28    | 70,6 (36)   | 0,07    | 60,8 (31)  | 0,01*    | 94,1 (48)   | 0,85    |
| Enfermeiro (n=59)                                 | 96,6 (57)  |         | 86,4 (51)   |         | 35,6 (21)  |          | 94,9 (56)   |         |
| <b>Tem pós-graduação</b>                          |  |         |   |         |  |          |   |         |
| Sim (n=62)  | 93,5 (58)  | 0,53    | 74,2 (46)   | 0,23    | 37,1 (23)  | 0,03*    | 96,8 (60)   | 0,45    |
| Não (n=48)  | 97,9 (47)  |         | 85,4 (41)   |         | 60,4 (29)  |          | 91,7 (44)   |         |
| <b>Tempo de Formação (anos)</b>                   |  |         |   |         |  |          |   |         |
| Até 5 (n=49)                                      | 95,9 (47)  | 1,00    | 79,6 (39)   | 1,00    | 69,4 (34)  | 0,00007* | 91,8 (45)   | 0,48    |
| Mais de 6 (n=61)                                  | 95,1 (58)  |         | 78,7 (48)   |         | 29,5 (18)  |          | 96,7 (59)   |         |
| <b>Tempo de atuação como pré-natalista (anos)</b> |  |         |   |         |  |          |   |         |
| Até 5 (n=69)                                      | 97,1 (67)  | 0,55    | 82,6 (57)   | 0,35    | 55,1 (38)  | 0,05     | 94,2 (65)   | 1,00    |
| Mais de 6 (n=41)                                  | 92,7 (38)  |         | 73,2 (30)   |         | 34,1 (14)  |          | 95,1 (39)   |         |

Nota: \* = Associação significativa pelo teste qui quadrado.

## DISCUSSÃO

A sífilis pode representar, falhas no sistema de saúde até mesmo por apontar uma lacuna na educação em saúde da população (BESERRA, PINHEIRO, TEIXEIRA, 2008; RODRIGUES et al., 2016), para isso conhecer a população em qual está inserida a unidade de saúde bem como as fragilidades de estrutura e até mesmo do conhecimento dos profissionais de saúde torna a tarefa muito mais árdua, mas também mais eficaz.

O estudo evidenciou que 29,1% dos profissionais tinha especialização em saúde da Família, contudo 43,6% não tinha nenhuma especialização. E quanto ao tempo de formação e de atuação como pré-natalista foram inferiores a cinco anos. Dentre os participantes da pesquisa 56,4% eram Enfermeiros e 43,6% eram médicos. Dados divergentes dos estudos de Costa et al. (2013) com um n. de 95 profissionais (semelhantes ao do estudo) em Montes Claros/MG, sendo que destes 79,3% dos profissionais (Enfermeiros, Médicos e Cirurgiões dentistas) tinham pós-graduação.

Nesta pesquisa, a maior parte dos participantes também foram Enfermeiros (47,5%), seguidos dos Médicos 32,5% e Cirurgiões Dentistas 20%. Diferentes também dos achados de Pires et al. (2020) que encontraram em seu estudo, avaliando as cinco regiões do país, uma maioria de profissionais com especialização e/ou residência 77,1% e com experiência profissional acima de 5 anos. A maioria dos participantes também foram os Enfermeiros (56,25%) e Médicos com 43,75%. O estudo em questão foi realizado com unidades com experiências exitosas na

Saúde da Família e com profissionais lotados com no mínimo um ano, o que pode divergir quanto ao tempo de atuação e da formação de pós-graduação.

Em relação aos indicadores, Campo Grande, está entre as três capitais que apresentaram taxas de detecção mais elevada que a nacional com 122,6 casos de sífilis adquirida/100.000 habitantes e quanto a Sífilis Gestacional em 2020 ficou em quarto lugar entre as capitais com 42,1 casos/1000 nascidos vivos (BRASIL, 2021).

Por esses números alarmantes é inevitável a necessidade de contarmos com profissionais treinados e atualizados quanto a prevenção da transmissão vertical da sífilis, e os profissionais que participaram do estudo relataram ter treinamento no tema, conhecer o manual do MS, ainda que com leitura parcial. No público prevaleceu o conhecimento quanto meta estabelecida para SC 0,5 casos/1000 nascidos vivos, mas desconhecimento da taxa de incidência de sífilis congênita em 2020 de 7,7/1000 nascidos vivos.

Indo de encontro a esses dados, os participantes em sua maioria (79,1%) realizam rastreio para Sífilis nas gestantes no 1º e no 3º trimestre, conforme protocolo do MS e aponta a Caderneta da Gestante (2022), iniciando o PN ainda no primeiro trimestre e com media de consultas acima de 6 consultas, além de conhecer ainda que não de forma unanime quanto período de transmissão de vertical (entre alta em qualquer fase e maior nas fases primária e secundárias). Indo de encontro ao achado, Leal et al. (2020) em seus estudos quanto a assistência no PN na rede pública no país, encontraram que as regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste foram as que mais se adequaram em relação ao início precoce do PN e em número adequado de consultas. Esses dados também vão de encontro a outros estudos que revelam grande demanda de mulheres que realizaram os testes rápidos, incluindo os de sífilis, durante o pré-natal (SOARES et al., 2020; FERRAZ et al., 2020).

Quanto ao conhecimento do tratamento (tabela 7), ainda que o plano terapêutico juntamente com a classificação da Sífilis tenha se modificado entre os anos de 2017 (BRASIL, 2020) e 2022 (BRASIL, 2021; BRASIL, 2022b), foi preocupante o dado do estudo em que apenas 47,3% dos profissionais souberam responder corretamente sobre a condução do tratamento para uma gestante com sífilis primária. Os dados ainda revelaram fragilidades no cuidado PN, principalmente no que se refere às ações da prática, considerando que muitos profissionais (12,7%) conforme tabela 8, referiram não conhecer o protocolo atual do MS sobre recomendações do MS com VDRL reagente e sem tratamento.

Não somente a importância de classificar a sífilis para tomada de qual protocolo seguir, mas se houver demora no diagnóstico, as chances de transmissão vertical aumentam progressivamente, com isso os casos de SC e suas consequências. Freire (2012) em seu estudo comparativo dos anos 2006 e 2011, revelou que a assistência fornecida em Campo Grande não apresentou melhora em relação ao tratamento da SG. Da Cunha et al. (2021) encontraram em seu estudo, que as gestantes com diagnósticos ainda no primeiro trimestre e na forma primária da infecção, tiveram seu tratamento facilitado com diminuição da transmissão vertical.

Nesse estudo, os profissionais (56,4%) indicaram que os cursos de curta duração e realizadas no próprio serviço são preferíveis quanto ao formato de capacitação sobre a temática. O mesmo também foi apontado nos estudos de Domingues et. al (2012). E a participação em treinamentos de sífilis congênita esteve significativamente associada à pós-graduação ( $p < 0,0001$ ), tempo de formação profissional maior que seis anos ( $p < 0,0001$ ) e tempo de atuação como pré-natalista também superior a seis anos ( $p < 0,0001$ ), sem associação com a categoria profissional ( $p = 0,16$ ) conforme a TABELA 9. O que sugere apontar que os profissionais aprenderam com a prática na assistência a forma da condução e tratativas.

Um elemento fundamental é a identificação e tratamento das parcerias infectadas, visando a interrupção da transmissão, com o objetivo de evitar infecções ou até mesmo da ocorrência de reinfecção. A dificuldade em conduzir a terapêutica quando se trata da parceria foi encontrado neste estudo (18,2%), mas também foi apontado nos estudos de Queiroz et. al (2022) e por Mafra (2019) onde ou a parceria não foi devidamente tratada ou teve seu tratamento ignorado.

A Benzilpenicilina benzatina é o tratamento padrão ouro no período gestacional, a disponibilização nos serviços de saúde e administração em tempo oportuno reduzem as chances de transmissão vertical pela sífilis, mas falta da medicação como apontada no estudo para 8,2% dos entrevistados, e essa falta interfere diretamente no desfecho do caso de SG (DUNCAN et al., 2013)

A sífilis pode representar, falhas no sistema de saúde até mesmo por apontar uma lacuna na educação em saúde da população (BESERRA, PINHEIRO, TEIXEIRA, 2008; RODRIGUES et al., 2016), para isso conhecer a população em qual está inserida a unidade de saúde bem como as fragilidades de estrutura e até mesmo do conhecimento dos profissionais de saúde torna a tarefa muito mais árdua, mas também mais eficaz.

## CONCLUSÃO

Considerando o ainda existente estigma das ISTS, assim como a Sífilis, a abordagem sobre a sexualidade dos usuários de saúde, os riscos e fragilidades em que possam estar inseridos (não uso da camisinha, uso de álcool/drogas, pessoas em situação de rua), a dificuldade no entendimento das orientações muitas vezes tecnicistas resulta em afastar o usuário real em prol do usuário “ideal”, não direcionando as orientações e prevenções frente às reais necessidades específicas de cada um.

As evidências apontadas no estudo sugerem a necessidade de adequação da Atenção Básica quanto aos treinamentos em ISTs, principalmente quando a sífilis gestacional considerando as recentes atualizações e uma interação mais próxima entre a Vigilância Epidemiológica e as UBSF a fim de promover um diagnóstico mais próximo sobre as falhas de adesão e até mesmo de prescrição na condução terapêutica, considerando a classificação da sífilis.

Apesar das fragilidades que possam existir de estruturas e até mesmo de qualificação de RH, é de suma importância continuar o monitoramento dos indicadores, além da

necessidade de estudos subsequentes com metodologia similar ou diferente para que se possa identificar melhores ajustes além da identificação de quais tecnologias leves e leve-duras capazes de melhorar a adesão ao tratamento da gestante e de suas parcerias.

## REFERÊNCIAS

BESERRA, Eveline Pinheiro; PINHEIRO, Patrícia Neyva da Costa e Barroso; TEIXEIRA, Maria Grasiela. Ação educativa do enfermeiro na prevenção de doenças sexualmente transmissíveis: uma investigação a partir das adolescentes. **Escola Anna Nery** [online]. 2008, v. 12, n. 3 [Acessado 26 Agosto 2022] , pp. 522-528. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452008000300019> Epub 26 Nov 2009. ISSN 2177-9465.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2020. 248 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. **Sífilis Boletim Epidemiológico**, Brasília, Número Especial | Out. 2021. Acesso em: [https://www.gov.br/.../especiais/2021/boletim\\_sifilis-2021\\_internet.pdf/view](https://www.gov.br/.../especiais/2021/boletim_sifilis-2021_internet.pdf/view)

HORVATH, Attila. Biology and natural history of syphilis. In: GROSS, G.; TYRING, S. K. (ed.). **Sexually transmitted infections and sexually transmitted diseases**. [s. l.]: Springer, 2011. p. 129-141

PADOVANI, C, OLIVEIRA RR, PELLOSO, SM. Syphilis in during pregnancy: association of maternal and perinatal characteristics in a region of southern Brazil. **Rev. latinoam. enferm.** [Internet], 2018; 26:e3019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2305.3019>.

OZELAME, Jeep; FROTA OP, FERREIRA JÚNIOR, MA, Teston EF Vulnerabilidade e sífilis gestacional. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, 2020; 28:e50487 Acesso em: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2020.50487>

RODRIGUES, Antonia & Silva, MARIA & CAVALCANTE, Ana & Moreira, MOURÃO NETTO, Andrea &, José & Goyanna, Natália. (2016). ATUAÇÃO DE ENFERMEIROS NO ACOMPANHAMENTO DA SÍFILIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA PRACTICE OF NURSES IN THE MONITORING OF SYPHILIS IN PRIMARY CARE ARTIGO ORIGINAL. **journal of nursing UFPE** on line. 10. 1247. 10.5205/reuol.8464-74011-1-SM.1004201611.

## ANEXOS IV

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Caro (a) profissional de saúde,

Convido o(a) Sr (a). para ser participante, da pesquisa “Sífilis e Pré-natal: Conhecimento e prática dos profissionais das Estratégias de Saúde da Família no município de Campo Grande - MS”, que está sob a responsabilidade da pesquisadora Iara Barbosa Ramos, sob orientação de Paulo Roberto Haidamus de Oliveira Bastos. Endereço: Cidade Universitária s/nº, Departamento do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste, prédio FAMED, telefone (067) 3345-7719, sala 44, 2º andar, e-mail da pesquisadora [enf.iararamos@gmail.com](mailto:enf.iararamos@gmail.com) .

O objetivo desta pesquisa é descrever os conhecimentos e práticas dos profissionais que realizam o pré-natal nas estratégias de saúde da família do município de Campo Grande - MS, em relação a sífilis gestacional.

Esse projeto justifica-se pela necessidade de descrever o conhecimento e a prática dos profissionais pré-natalistas e que pode demonstrar a fragilidade do sistema, as lacunas existentes no trabalho, contribuindo para criação de um planejamento estratégico tanto para o tratamento e prevenção da sífilis gestacional, como pode apontar a necessidade de educação permanente em serviço aos integrantes da ESF.

Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar a fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é a do pesquisador responsável. Em caso de recusa o (a) Sr. (a) não será penalizado (a) de forma alguma, mesmo após iniciar a pesquisa.

Serão coletados os dados através de um questionário autoaplicável, com 55 perguntas, tempo médio para responder de 20 (vinte) minutos, sobre perguntas relacionadas ao tema, que será apresentado pela pesquisadora.

**Esta pesquisa não oferece riscos à integridade física das pessoas, mas pode provocar um desconforto pelo tempo exigido, podendo o participante pausar para responder em outro momento, se assim preferir.**

Sua participação no estudo não implicará em custos adicionais, pois não terá qualquer despesa com a realização dos procedimentos previstos neste estudo. Também não haverá nenhuma forma de ressarcimento pela sua participação.

Garantimos que durante qualquer momento da entrevista o (a) Sr. (a) pode desistir da participação retirando o seu consentimento, sem qualquer prejuízo.

É garantido o direito a indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e será assegurado o sigilo sobre sua participação. Os dados serão guardados em segredo profissional.

O benefício direto aos participantes é o de identificar os nós críticos da atenção pré-natal, como benefício indireto do estudo será a sua possível contribuição para o desenvolvimento de políticas estratégicas direcionadas para a realidade local, visando contribuir para a melhoria do serviço prestado à população.

Os resultados obtidos no estudo serão utilizados para fins científicos, havendo o compromisso por parte da equipe da pesquisa em manter o sigilo e o anonimato de sua participação. Os resultados serão divulgados através de trabalhos em eventos científicos da área, artigo e/ou capítulo de livro. Os resultados também serão entregues à Secretaria Municipal de Saúde e as unidades de saúde participantes para compartilhamento das equipes. Com isso, fica garantido aos participantes o acesso aos resultados da pesquisa.



Os questionários desta pesquisa ficarão guardados por um período de 5 (cinco) anos, ficando como responsável pela guarda a pesquisadora.

Quaisquer dúvidas sobre questões éticas que envolvem a pesquisa, o (a) Sr (a). poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) envolvendo Seres Humanos UFMS (Telefone (067) 33457187, e-mail: [cepconeppropp@ufms.br](mailto:cepconeppropp@ufms.br), endereço: Campus da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, prédio das Pró-Reitorias “Hércules Maymone” – 1º andar – Sala do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, Cidade Universitária, Campo Grande-MS.

---

Iara Barbosa Ramos  
Coordenadora da Pesquisa

---

Assinatura do Participante

Campo Grande, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

## ANEXOS V

### QUESTIONÁRIO

Entrevista Nº \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Horário: \_\_: \_\_  
Local: \_\_\_\_\_ Distrito: \_\_\_\_\_

**Prezado(a) profissional, solicitamos o preenchimento das questões abaixo relacionadas ao manejo da sífilis em gestante da sua unidade de saúde da família em sua prática profissional. Por favor, não deixe questões em branco. Utilize a opção “outros” para respostas não previstas. Suas opiniões são muito importantes para nós!**

#### I - Caracterização do Profissional

1. Categoria profissional:

1. ( ) médico
2. ( ) enfermeiro

2. Possui especialização?

0. ( ) não
1. ( ) sim

3. Em caso afirmativo, qual?

1. ( ) especialização em obstetrícia
2. ( ) especialização em Saúde da Família
3. ( ) residência em obstetrícia
4. ( ) mestrado
5. ( ) doutorado
6. ( ) outro. Qual? \_\_\_\_\_

4. Tempo de formado:

1. ( ) menos de 1 ano
2. ( ) 1 a 5 anos
3. ( ) 6 a 10 anos
4. ( ) mais de 10 anos

5. Tempo de atuação como pré-natalista:

1. ( ) menos de 1 ano
2. ( ) 1 a 5 anos
3. ( ) 6 a 10 anos
4. ( ) mais de 10 anos

#### II - Caracterização da Unidade de Saúde

6. Esta unidade realiza teste instantâneo da gravidez (TIG) para diagnóstico da gravidez?

0. ( ) não
1. ( ) às vezes
2. ( ) sempre (**passa para a questão 8**)
9. ( ) Não sei informar

**7.** Caso não utilize, qual exame é realizado para confirmação da gravidez?

- 0. ( ) exame clínico
- 1. ( ) dosagem de  $\beta$  HCG sanguíneo
- 2. ( ) ultrassonografia
- 9. ( ) Não sei informar
- 3. ( ) outro. Qual? \_\_\_\_\_

**8.** Em média, com que idade gestacional as gestantes iniciam a assistência pré-natal nesta unidade?

- 0. ( ) Com menos de 16 semanas gestacionais
- 1. ( ) Entre 16 e 28 semanas gestacionais
- 2. ( ) com mais de 28 semanas gestacionais
- 9. ( ) não sei informar

**9.** Em média, quantas consultas de pré-natal as gestantes desta unidade costumam receber?

- 0. ( ) 1 a 2
- 1. ( ) 3 a 5
- 2. ( ) 6 ou mais
- 3. ( ) Não sei informar

**12.** Qual exame para diagnóstico da sífilis é utilizado rotineiramente como triagem nesta unidade?

- 0. ( ) coleta de sangue venoso para VDRL
- 1. ( ) coleta de sangue em papel de filtro
- 2. ( ) teste rápido realizado na própria unidade (**passa para a questão 15**)
- 9. ( ) Não sei informar

**13.** Caso o exame não seja o teste rápido, o exame é coletado nesta unidade. Existe posto de coleta nesta unidade?

- 0. ( ) não
- 1. ( ) sim

**14.** Qual o tempo médio de retorno do resultado desse exame para a sua unidade?

- 1. ( ) menos de 15 dias
- 2. ( ) 15-29 dias
- 3. ( ) 30-60 dias
- 4. ( ) mais de 60 dias
- 9. ( ) não sei informar

**15.** Para o tratamento da sífilis é aplicada a Penicilina Benzatina na unidade?

- 0. ( ) não
- 1. ( ) sim, em qualquer dia/horário
- 2. ( ) sim, em alguns dias/horários
- 9. ( ) não sei informar

**16.** Nesta unidade de saúde, o primeiro atendimento pré-natal é geralmente realizado por:

- 1. ( ) enfermeira em atendimento individual
- 2. ( ) enfermeira em atendimento em grupo
- 3. ( ) médico
- 4. ( ) outro. Qual? \_\_\_\_\_

**17.** Nesta unidade, o atendimento a parceiros de gestantes com IST é feito:

- 1. ( ) pelo enfermeiro da equipe
- 2. ( ) pelo médico da equipe
- 3. ( ) por médico de outra unidade
- 4. ( ) \_\_\_\_\_ ) não existe fluxo de atendimento definido

5. ( ) outro. Qual? \_\_\_\_\_  
9. ( ) não sei informar

**18.** Nesta unidade de saúde, existe algum mecanismo de abordagem/convocação de parceiros de gestantes com sífilis?

0. ( ) não  
1. ( ) sim. Qual? \_\_\_\_\_  
9. ( ) não sei informar

**19.** Esta unidade realiza a notificação compulsória de casos de sífilis na gravidez?

0. ( ) não (**pule para a questão 21**)  
1. ( ) sim  
9. ( ) não sei informar

**20.** Em caso afirmativo, quem é o responsável por esse preenchimento?

1. ( ) enfermeiro ou médico que diagnosticou a sífilis gestacional  
2. ( ) enfermeiro da equipe  
3. ( ) médico da equipe  
4. ( ) técnico de enfermagem  
5. ( ) administrativos  
6. ( ) outro. Qual? \_\_\_\_\_

### **III – Prevenção da transmissão vertical da sífilis**

**21.** Já participou de algum treinamento sobre manejo da sífilis na gravidez?

0. ( ) não (**passa para a questão 23**)  
1. ( ) sim  
9. ( ) não sei informar

**22.** Quando foi o último?

1. ( ) menos de 1 ano  
2. ( ) 1 a 5 anos  
3. ( ) mais de 5 anos  
9. ( ) não sei informar

**23.** Conhece o manual do Ministério da Saúde sobre prevenção da sífilis congênita?

0. ( ) não (**passa para a questão 26**)  
1. ( ) sim  
9. ( ) não sei informar

**24.** Quando teve acesso?

1. ( ) menos de 1 ano  
2. ( ) 1 a 5 anos  
3. ( ) mais de 5 anos  
9. ( ) não sei informar

**25.** Já leu esse material?

0. ( ) não  
1. ( ) sim, totalmente  
2. ( ) sim, parcialmente

26. A meta estabelecida pelo Ministério da Saúde para a eliminação da sífilis congênita no país é de:

- 0. ( ) menor ou igual 0,5 caso para 1.000 nascidos
- 1. ( ) 1 a 5 casos por 1.000 nascidos
- 2. ( ) 6 a 10 casos por 1.000 nascidos
- 3. ( ) O Ministério da Saúde não tem meta de eliminação
- 4. ( ) Outra. Qual? \_\_\_\_\_
- 9. ( ) não sei informar

27. Em sua opinião, a sífilis congênita no município de Campo Grande:

- 1. ( ) não representa um problema de saúde pública
  - 2. ( ) é um problema que afeta apenas os filhos de gestantes sem acesso a pré-natal
  - 3. ( ) apresenta número elevado de casos, porém com formas leves da doença
  - 4. ( ) apresenta número elevado de casos, com formas graves da doença, incluindo óbitos fetais e neonatais
  - 5. ( ) não sei qual é a situação dessa doença no momento
  - 6. ( ) outro. Qual? \_\_\_\_\_
- 

28. A incidência atual de sífilis congênita em Campo Grande é de:

- 0. ( ) menos de 1 caso para 1.000 nascidos
- 1. ( ) 1 a 5 casos por 1.000 nascidos
- 2. ( ) 6 a 10 casos por 1.000 nascidos
- 3. ( ) Mais de 10 por 1.000 nascidos
- 9. ( ) não sei informar

29. A transmissão da sífilis na gestação pode ocorrer:

- 0. ( ) apenas no início da gestação
- 1. ( ) apenas no final da gestação
- 2. ( ) em qualquer época da gestação
- 9. ( ) não sei informar

30. Em relação à transmissão da sífilis na gestação podemos afirmar que: **(pode marcar mais de uma opção)**

- 0. ( ) é baixa em qualquer fase da doença
- 1. ( ) é elevada em qualquer fase da doença
- 2. ( ) depende da fase da doença, sendo maior nas fases primária e secundária
- 9. ( ) não sei informar

31. Segundo a definição atual de casos de sífilis congênita, uma criança, nascida de mãe com sífilis na gestação, será considerada caso de sífilis congênita se: **(pode marcar mais de uma opção)**

- 1. ( ) apresentar sinais da doença ou VDRL com título maior que o VDRL materno
- 2. ( ) se a mãe tiver sido tratada menos de 30 dias antes do parto, mesmo que criança não apresente sintomas da doença ou exame alterado
- 3. ( ) se a mãe tiver recebido tratamento inadequado, mesmo que criança não apresente sintomas da doença ou exame alterado
- 4. ( ) se parceiro da gestante não tiver sido tratado, mesmo que criança não apresente sintomas da doença ou exame alterado
- 9. ( ) não conheço a definição de caso de sífilis congênita do Ministério da Saúde

32. Na assistência pré-natal realizada nesta unidade de saúde, em que trimestre da gestação você solicita rotineiramente o exame para diagnóstico da sífilis na gestação?

- 1. ( ) 1º trimestre
- 2. ( ) 2º trimestre

3. ( ) 3º trimestre
4. ( ) 1º e 3º trimestres
5. ( ) 1º e 2º trimestres
6. ( ) 2º e 3º trimestres
7. ( ) 1º, 2º e 3º trimestres

**33.** Essa solicitação é realizada mediante aconselhamento pré-teste?

1. ( ) nunca
2. ( ) às vezes
3. ( ) sempre

**34.** No momento da entrega do resultado do exame para sífilis, é feito aconselhamento pós-teste com avaliação de situações de risco da gestante?

1. ( ) nunca
2. ( ) às vezes
3. ( ) sempre

**35.** Quem realiza o aconselhamento pré e pós teste em sua unidade?

1. ( ) O profissional que solicitou o exame
2. ( ) Enfermeiro da equipe apenas
3. ( ) Médico da equipe apenas
4. ( ) Assistente Social
5. ( ) Técnico de Enfermagem
6. ( ) Não sei informar

**36.** O exame VDRL é um teste:

0. ( ) não treponêmico
1. ( ) treponêmico
3. ( ) não sei informar

**37.** O exame feito em papel de filtro é um teste:

0. ( ) não treponêmico
1. ( ) treponêmico
3. ( ) não sei informar

**38.** O teste rápido para sífilis é um teste:

0. ( ) não treponêmico
1. ( ) treponêmico
3. ( ) não sei informar

**39.** Em relação ao exame VDRL, podemos afirmar que: **(pode marcar mais de uma opção)**

0. ( ) é um exames qualitativo
1. ( ) é um exame que se torna “não reagente” após tratamento adequado
2. ( ) pode ser usado para controle de cura
3. ( ) apresenta reação cruzada com outras infecções
4. ( ) não sei interpretar esse exame

**40.** Em relação aos exames treponêmicos, podemos afirmar que: **(pode marcar mais de uma opção)**

0. ( ) são exames qualitativos
1. ( ) são exames que se tornam “não reagentes” após tratamento adequado
2. ( ) podem ser usados para controle de cura
3. ( ) apresentam reação cruzada com outras infecções
4. ( ) não sei interpretar esse exame

**41.** Qual é o tratamento preconizado para uma gestante com diagnóstico de sífilis primária?

0. ( ) Penicilina Benzatina, 2.400.000 U IM, dose única
1. ( ) Penicilina Benzatina, 2.400.000 U IM, duas doses com intervalo de uma semana (dose total 4.800.000 U)

2. ( ) Penicilina Benzatina, 2.400.000 U IM, três doses com intervalo de uma semana (dose total 7.200.000 U)
3. ( ) Outro tratamento com penicilina Benzatina
4. ( ) Outro tratamento com outra medicação
5. ( ) Não sei tratar essa forma da doença

**42.** Qual é o tratamento preconizado para uma gestante com diagnóstico de sífilis secundária?

0. ( ) Penicilina Benzatina, 2.400.000 U IM, dose única
1. ( ) Penicilina Benzatina, 2.400.000 U IM, duas doses com intervalo de uma semana (dose total 4.800.000 U)
2. ( ) Penicilina Benzatina, 2.400.000 U IM, três doses com intervalo de uma semana (dose total 7.200.000 U)
3. ( ) Outro tratamento com penicilina Benzatina
4. ( ) Outro tratamento com outra medicação
5. ( ) Não sei tratar essa forma da doença

**43.** Qual é o tratamento preconizado para uma gestante com diagnóstico de sífilis de duração ignorada?

0. ( ) Penicilina Benzatina, 2.400.000 U IM, dose única
1. ( ) Penicilina Benzatina, 2.400.000 U IM, duas doses com intervalo de uma semana (dose total 4.800.000 U)
2. ( ) Penicilina Benzatina, 2.400.000 U IM, três doses com intervalo de uma semana (dose total 7.200.000 U)
3. ( ) Outro tratamento com penicilina Benzatina
4. ( ) Outro tratamento com outra medicação
5. ( ) Não sei tratar essa forma da doença

**44.** O protocolo atual do Ministério da Saúde recomenda que toda gestante com VDRL reagente que não tenha tratamento anterior para sífilis, seja tratada na gestação atual, independente do título do exame VDRL e da disponibilidade de testes confirmatórios. Qual é a sua posição em relação a esse protocolo?

1. ( ) concordo e utilizo
2. ( ) concordo, mas não utilizo
3. ( ) Não concordo, mas utilizo
4. ( ) Não concordo e não utilizo
5. ( ) Não conheço esse protocolo
6. ( ) Outra posição. Qual? \_\_\_\_\_

**45.** Quando uma gestante apresenta diagnóstico de sífilis, você fornece orientações sobre os riscos da doença para ela e para o bebê?

1. ( ) nunca
2. ( ) às vezes
3. ( ) sempre

**46.** Quando uma gestante apresenta diagnóstico de sífilis você fornece orientações sobre a importância do tratamento do parceiro para evitar a reinfecção?

1. ( ) nunca
2. ( ) às vezes
3. ( ) sempre

**47.** Quando uma gestante apresenta diagnóstico de sífilis você fornece orientações sobre a importância de usar preservativos para evitar a reinfecção?

1. ( ) nunca
2. ( ) às vezes
3. ( ) sempre

**48.** Como é feito o controle de cura após o tratamento de uma gestante com sífilis?

0. ( ) solicitação de VDRL mensal  
 1. ( ) solicitação de VDRL trimestral  
 2. ( ) outro exame. Qual? \_\_\_\_\_  
 3. ( ) não solicito exame para controle de cura

**49.** Quando a gestante apresenta um diagnóstico de sífilis, qual a sua conduta em relação ao parceiro?

1. ( ) convoco o parceiro para vir à unidade  
 2. ( ) envio a solicitação de exame pela gestante  
 3. ( ) envio o medicamento pela gestante  
 4. ( ) solicito realização de visita domiciliar  
 5. ( ) não realizo qualquer tipo de abordagem em relação ao parceiro  
 6. ( ) outra. Qual? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**50.** Como é feito o tratamento do parceiro da gestante com diagnóstico de sífilis?

0. ( ) o tratamento é prescrito se parceiro apresentar VDRL reagente  
 1. ( ) o tratamento é prescrito, mesmo se parceiro não tiver resultado de exame ou apresentar VDRL não reator  
 2. ( ) não sei informar, pois o tratamento dos parceiros é feito por outro profissional  
 3. ( ) parceiros raramente são tratados, pois não comparecem ao serviço  
 4. ( ) Outro. Qual? \_\_\_\_\_

**51.** Na abordagem de uma gestante com diagnóstico de sífilis, você tem dificuldades. para:

| Tema   | Dificuldade |        |         |
|--|-------------|--------|---------|
|  | muita       | alguma | nenhuma |
| conversar sobre a possível forma de infecção com a sífilis         |             |        |         |
| informar sobre consequências da doença para o bebê e para a mulher |             |        |         |
| explicar o resultado do exame                                      |             |        |         |
| orientar sobre tratamento  |             |        |         |
| orientar sobre uso de preservativo                                 |             |        |         |
| conversar com o parceiro   |             |        |         |
| Outra. Qual?   |             |        |         |

**52.** No seu trabalho na assistência pré-natal na SMS de Campo Grande, quais são as suas principais dificuldades no **manejo** da sífilis? (**marque as cinco principais**)

1. ( ) gestantes com início tardio do pré-natal  
 2. ( ) não realização dos exames pelas mulheres, apesar de solicitado  
 3. ( ) demora para recebimento do resultado do exame para sífilis  
 4. ( ) pouca confiança no resultado do exame para sífilis  
 5. ( ) dificuldade de acesso a exames confirmatórios treponêmicos  
 6. ( ) dificuldade de interpretação do resultado dos exames  
 7. ( ) dificuldade de adesão da gestante ao tratamento



8. ( ) dificuldade para atendimento ao parceiro por falta de comparecimento do mesmo ao serviço
  9. ( ) dificuldade para abordar o parceiro em relação à IST da gestante, quando do comparecimento do mesmo
  10. ( ) dificuldade para atendimento ao parceiro por falta de referência de profissional para atendimento às IST
  11. ( ) dificuldade para a aplicação da penicilina benzatina na minha unidade
  12. ( ) não concordância com o protocolo de tratamento preconizado pelo Ministério da Saúde
  13. ( ) Falta de medicação na rede pública para o tratamento adequado
  14. ( ) não tenho dificuldade
  15. ( ) outros. Qual? \_\_\_\_\_
- 
- 

**53.** Em sua opinião, o que poderia ser feito para melhorar a assistência às gestantes nos serviços de pré-natal da Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande visando à redução transmissão vertical da sífilis? *Nota: Assinale as cinco principais.*

1. ( ) treinamento sobre diagnóstico e tratamento da sífilis
  2. ( ) treinamentos sobre aconselhamento em IST/Aids
  3. ( ) acesso a manuais técnico-científicos
  4. ( ) acesso à informação sobre os casos de sífilis na gravidez e sífilis congênita ocorridos no próprio serviço
  5. ( ) acesso à informação sobre os casos de sífilis na gravidez e sífilis congênita ocorridos na cidade
  6. ( ) estratégias para facilitar tratamento dos parceiros
  7. ( ) estratégias para facilitar o início precoce da assistência pré-natal
  8. ( ) trabalhos educativos com a população geral
  9. ( ) garantia de exames de boa qualidade
  10. ( ) serviços de referência para gestantes com alergia a penicilina
  11. ( ) outros. Qual? \_\_\_\_\_
- 
- 

**54.** Em sua opinião, especificamente em relação aos parceiros, que estratégias poderiam ser utilizadas para aumentar seu comparecimento ao serviço e viabilizar seu diagnóstico e tratamento?

---



---

**55.** Em sua opinião, qual seria a melhor estratégia de treinamento para os profissionais da rede?

1. ( ) treinamentos curtos, frequentes, no próprio serviço
  2. ( ) treinamentos curtos, frequentes, fora do serviço
  3. ( ) treinamentos de maior duração no próprio serviço
  4. ( ) treinamentos de maior duração fora do serviço
  5. ( ) treinamentos pela modalidade EAD
  6. ( ) outras modalidades de treinamento. Quais? \_\_\_\_\_
- 
- 

**Muito obrigada por sua participação!**  
**COLEGIADO PROGRAMA**

## ANEXO VI



Serviço Público Federal  
Ministério da Educação

Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul



RESOLUÇÃO Nº 75, DE 21 DE MARÇO DE 2019.

O COLEGIADO DE CURSO DOS CURSOS DE MESTRADO E DOUTORADO EM SAÚDE E DESENVOLVIMENTO NA REGIÃO CENTRO-OESTE da Faculdade de Medicina da Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, no uso de suas atribuições legais, resolve:

1. Aprovar o Projeto de Pesquisa, vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste, intitulado: "SÍFILIS E PRÉ-NATAL: CONHECIMENTO E PRÁTICA DOS PROFISSIONAIS DAS ESTRATÉGIAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE CAMPO GRANDE-MS" sob a responsabilidade da aluna de Doutorado IARA BARBOSA RAMOS, RGA 201735471, e orientação do Prof. Paulo Roberto Haldamus de Oliveira Bastos.

2. Toda pesquisa que envolva aspectos éticos deve ser submetida à apreciação de um Comitê de Ética de Pesquisa em Seres Humanos ou Comissão de Ética no Uso de Animais antes de iniciar a coleta de dados.

3. Após aprovação pelo Comitê/Comissão de Ética, uma cópia digital do Parecer deverá ser enviada à secretaria do Programa.

ALEXANDRA MARIA ALMEIDA CARVALHO  
Presidente



Documento assinado eletronicamente por *Alexandra Maria Almeida Carvalho*, Presidente de Colegiado, em 10/04/2019, às 16:13, conforme horário oficial de Mato Grosso do Sul, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site: [https://sei.ufms.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=linkamento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](https://sei.ufms.br/sei/controlador_externo.php?acao=linkamento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador 1173108 e o código CRC D368E3E3.

COORDENAÇÃO DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E DESENVOLVIMENTO NA REGIÃO CENTRO-OESTE

Av. Costa e Silva, s/nº • Cidade Universitária

Fone:

CEP 79070-900 • Campo Grande • MS

Referência: Processo nº 23104.001312/2019-95

SEI nº 1173108

**ANEXO VII  
LIBERAÇÃO SESAU CAMPO**



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE**  
ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL

**TERMO DE PARCERIA PARA PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE**

Considerando a importância da pesquisa na área da saúde;  
Considerando a necessidade de elaborar protocolos para assegurar a qualidade dos trabalhos realizados;  
Considerando resguardar questões éticas e preservar sigilo das informações constantes nas fichas/prontuários/laudos de pacientes atendidos na rede municipal de saúde;  
O presente termo estabelece responsabilidades entre pesquisadores e a Secretaria Municipal de Saúde Pública:

**COMPETÊNCIAS:  
PESQUISADOR:**

- 1) Solicitar por meio de carta de apresentação a autorização do Secretário Municipal de Saúde para realizar pesquisa, no seguinte formato:
  - Identificação do pesquisador do projeto (nome completo e do orientador);
  - Contato (telefone e e-mail);
  - Nome do projeto;
  - Objetivos;
  - Metodologia completa;
  - Assinatura do coordenador de curso e do orientador de pesquisa.

Para que a execução da pesquisa aconteça deverá entregar a esta secretaria uma cópia do parecer do Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos com o número de protocolo.

2) Em função da rotina de trabalho da SESAU agendar previamente com a área envolvida;

- 3) Garantir a citação da SESAU como fonte de pesquisa;
- 4) Disponibilizar cópia para a SESAU e quando necessário para equipe de saúde;
- 5) Apresentar-se com jaleco ou crachá de identificação.

**SESAU:**

- 1) Fornecerá as informações para pesquisa, preservando-se a identidade e endereço do paciente;
- 2) As pessoas serão atendidas pelos técnicos de acordo com a necessidade/objetivo da pesquisa;
- 3) Os trabalhos que envolverem dados, serão enviados através de e-mail do pesquisador;
- 4) Receber o resultado final e encaminhar para o devido retorno.

Campo Grande, 17 de novembro de 2018.

José Alexandre dos Santos  
Gerência Educação Permanente  
Dando Espaço, Promovendo a Saúde  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Iara Barbosa Ramos  
Enfermeira  
CONCAT 213.121  
Pesquisador



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE  
ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO

A Secretaria Municipal de Saúde autoriza a pesquisa proposta pelo (a) pesquisador (a), Lara Barbosa Ramos, inscrito (a) no CPF/MF sob n.º 01337418108, portador (a) do documento de identidade sob n.º 01521788, residente e domiciliado (a) à Rua/Av. Josina Dore, n.º 2872, bairro Vila Universitaria, nesta Capital, telefone n.º 997318405, pesquisador (a) do Curso de Graduação em Saúde e Nutrição, de instituição UFMS / FAMED, com o título do projeto de pesquisa Sífilis e Pré-natal: conhecimento e prática dos profissionais das Escolas de Saúde da Família do município de Campo Grande. O pesquisador firma o compromisso de manter o sigilo das informações acessadas do banco de dados da Secretaria Municipal de Saúde Pública, assumindo a total responsabilidade por qualquer prejuízo ou dano à imagem dos pacientes cadastrados na SESAU.

Fica advertido (a) de que os nomes e/ou qualquer referência aos dados do paciente devem ser mantidos em sigilo, não podendo em hipótese alguma serem divulgados, devendo ser consultada a gerência da unidade de saúde sobre quaisquer referências aos dados analisados.

**A pesquisa só será iniciada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).**

Vale ressaltar que a visita restringir-se-á somente a observação e entrevistas não sendo permitido fotos e/ou procedimentos.

Após a conclusão, o acadêmico deverá entregar uma cópia para esta Secretaria.

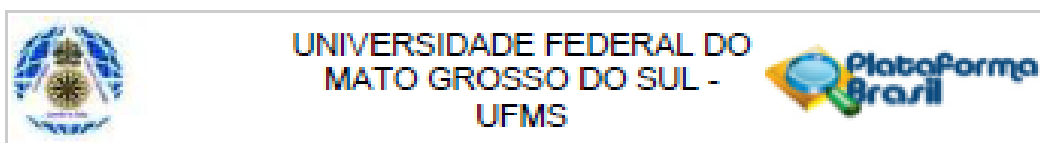
Campo Grande, 18 de setembro de 2018.

Lara Barbosa Ramos  
Estudante  
CPF/MF 01337418108

Pesquisador (a)

José Alexandre dos Santos  
Gerência Educação e Pesquisa  
Secretaria Municipal de Saúde  
SGT/SESAU/CGMS

## ANEXO VIII APROVAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** SÍFILIS E PRÉ-NATAL: CONHECIMENTO E PRÁTICA DOS PROFISSIONAIS DAS ESTRATÉGIAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE CAMPO GRANDE-MS

**Pesquisador:** IARA BARBOSA RAMOS

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 21384819.0.0000.0021

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.831.271

#### Apresentação do Projeto:

O objetivo da pesquisa consiste em descrever os conhecimentos e práticas dos profissionais que realizam o pré-natal nas estratégias de saúde da família do município de Campo Grande - MS, em relação a sífilis gestacional.

Os participantes serão médicos e enfermeiros que compoñham a mesma equipe, atuantes na Estratégia de Saúde da Família (ESF) no município de Campo Grande, que prescrevam medicamentos para portadores de sífilis e que compoñham a mesma equipe. Estes serão maiores de 18 anos e recrutados em 41 unidades, em um total de 101 equipes. Estima-se a participação de 150 pessoas.

Serão coletados dados primários através de um questionário autoaplicável apresentado pela pesquisadora. O instrumento é validado por especialista da área e cedido para utilização nesta pesquisa.

A pesquisadora apresenta autorização da SESAU, TCLE, Instrumento de coleta de dados validado e autorização para o seu uso nesta pesquisa.

#### Objetivo da Pesquisa:

##### Objetivo Geral

- Descrever os conhecimentos e práticas dos profissionais que realizam o pré-natal nas

Endereço: Cidade Universitária - Campo Grande  
 Bairro: Caixa Postal 549 CEP: 79.070-110  
 UF: MS Município: CAMPO GRANDE  
 Telefone: (67)3345-7187 Fax: (67)3345-7187 E-mail: cepconep.prop@ufms.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
MATO GROSSO DO SUL -  
UFMS



Continuação do Parecer: 3.824.371

estratégias de saúde da família do município de Campo Grande - MS, em relação a sífilis gestacional.

- **Objetivos Específicos**

- a) Caracterizar o perfil dos profissionais pré-natalistas (enfermeiros e médicos);
- b) Identificar as dificuldades enfrentadas pelos profissionais para o manejo da sífilis gestacional;
- c) Constatar a adequação do atendimento às gestantes de baixo risco nas estratégias de saúde da família em relação às condutas recomendadas pelo Ministério da Saúde;
- d) Conhecer a disponibilidade de equipamentos e materiais necessários à assistência pré-natal, prevenção, rastreamento e tratamento da sífilis em gestantes nas estratégias de saúde da família.
- e) Caracterizar o perfil clínico-epidemiológico da Sífilis Gestacional em Campo Grande.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

A pesquisadora prevê os riscos e benefícios aos participantes.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

- De acordo com a pesquisadora o estudo poderá contribuir para a melhor estruturação do serviço de Educação Permanente em saúde e posterior formulação de um comitê de investigação de Transmissão Vertical de HIV e Sífilis, com formação de perspectiva interdisciplinar.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

A pesquisadora apresenta:

- Projeto detalhado.
- Instrumento de coleta de dados (Anexo A –Questionário).
- TCLE.
- Anuência emitida pela SESAU.
- Autorização para uso do questionário validado por Rosa Maria Soares Madeira Domingues.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

- Adequar o cronograma apresentado, pois atualmente a data prevista para a coleta de dados é 01/02/2020. A previsão de coleta de dados deve ser posterior a aprovação pelo CEP.

- No TCLE, inserir número de páginas, inserir campo para rubrica do pesquisador na primeira página, e substituir o termo "pesquisados" (no penúltimo parágrafo da página 1) por "participantes".

- Após realizar estas adequações, informar na Plataforma Brasil através de Notificação.

Endereço: Cidade Universitária - Campo Grande  
Bairro: Caixa Postal 549 CEP: 79.070-110  
UF: MS Município: CAMPO GRANDE  
Telefone: (67)3345-7187 Fax: (67)3345-7187 E-mail: cep@cep.prop@ufma.br

