



Bianca Crossetti Vaucher

TRABALHO FINAL DE GRADUAÇÃO
ANÁLISE DOS CASOS DE SÍFILIS GESTACIONAL E CONGÊNITA OCORRIDOS
EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA DE RISCO HABITUAL NA CIDADE DE
SANTA MARIA – RS.

ANALYSIS OF GESTATIONAL AND CONGENITAL SYPHILIS CASES OCCURRED IN
A PUBLIC MATERNITY OF HABITUAL RISK IN THE CITY OF SANTA MARIA - RS.

Santa Maria, RS

2019

Bianca Crossetti Vaucher

ANÁLISE DOS CASOS DE SÍFILIS GESTACIONAL E CONGÊNITA OCORRIDOS EM
UMA MATERNIDADE PÚBLICA DE RISCO HABITUAL NA CIDADE DE SANTA
MARIA – RS.

Trabalho final de graduação (TFG) apresentado
ao Curso de Medicina, Área de Ciências da
Saúde, da Universidade Franciscana – UFN,
como requisito parcial para aprovação na
disciplina TFG II.

Orientador: Manuel Albino Moro Torres

Santa Maria, RS

2019

Bianca Crossetti Vaucher

**ANÁLISE DOS CASOS DE SÍFILIS GESTACIONAL E CONGÊNITA OCORRIDOS
EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA DE RISCO HABITUAL NA CIDADE DE
SANTA MARIA – RS.**

Trabalho final de graduação (TFG) apresentado ao Curso de Medicina, Área de Ciências da Saúde, da Universidade Franciscana - UFN, como requisito parcial para aprovação na disciplina TFG II.

BANCA AVALIADORA

Prof. Manuel Albino Moro Torres – Orientador
Medicina de família e comunidade CRM 25632

Prof. Marcelo Lorensi Feltrin
Ginecologia e obstetrícia CRM 31769

Prof^ª. Natiele Dutra Gomes Gularte
Medicina de família e comunidade CRM 39770

Santa Maria, RS

2019

**Aos meus avós,
José Erasmo Crossetti e
Gladys Danezi Crossetti.**

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador Dr. Manuel Albino Moro Torres pelo entusiasmo, parceria e dedicação à nossa pesquisa.

À Dra Angela Regina Maciel Weinmann, por quem tenho um carinho especial, pela ajuda dispensada a este trabalho, pela amizade e inspiração.

Às enfermeiras do Hospital Casa de Saúde, Ângela Maria Naidon e Karen Ariane Bär pela disponibilidade e auxílio na coleta de dados.

Às minhas amigas de longa data, e as amigadas que construí nessa, por enquanto, breve caminhada na medicina, vocês são essenciais para mim.

Aos meus pais, Pedro Inácio Vaucher e Lauren Crossetti Vaucher, e minha irmã Betina Crossetti Vaucher pelo apoio e amor incondicional.

Muito Obrigada!

RESUMO

INTRODUÇÃO: A partir de 2014 observa-se um constante aumento no número de casos de sífilis em gestante, sífilis congênita e sífilis adquirida no país. Nesse contexto, fez-se necessário verificar a ocorrência e situação da doença na cidade de Santa Maria – RS.

METODOLOGIA: Trata-se de um estudo observacional, descritivo, retrospectivo analisando os casos de sífilis gestacional e congênita notificados pela maternidade do Hospital Casa de Saúde em Santa Maria – RS no período de 2017 a 2019, por meio de informações nas fichas de notificação de agravo e em prontuários. Os dados, após coletados, foram analisados no software Stata versão 14.

RESULTADOS: Ocorreram 1845 nascimentos, sendo 52 casos de sífilis gestacional no referido período. A média de idade dessas mulheres foi de 25,4 anos, a maioria (96,15%) realizou pré-natal com em média 7,6 consultas. 44 mulheres fizeram consultas na cidade de Santa Maria, as regiões administrativas da cidade que mais apresentaram diagnósticos da infecção foram a oeste e a norte com 22% (11) casos cada, entre as APS, a UBS Kennedy foi a com maior número de casos 15,90% (7), o parto vaginal foi indicado em 65,38% dos casos. Relacionado às gestantes, a maioria (69,23%) teve o diagnóstico no terceiro trimestre de gestação, a classificação clínica da doença foi considerada primária em 32,69%, o diagnóstico foi feito durante o pré-natal em 75% dos casos, o VDRL foi reagente no pré-natal em 78,85% das gestantes e no parto em 96,15%. O tratamento tanto das grávidas quanto do parceiro sexual foi realizado com penicilina, aquelas não tratadas foram 13,46%, e os homens não tratados 23,08%. A respeito dos recém-nascidos, dos quais 58,82% foram do sexo masculino, o VDRL em sangue periférico foi reagente em 73,07% e em nenhuma criança foi reagente em líquido. 48,08% dos recém-nascidos não apresentaram alterações no RX de ossos longos, apenas 1,92% apresentou icterícia como manifestação clínica, sendo o tratamento realizado com penicilina em todos os nascidos com sífilis e a taxa de óbito fetal foi de 3,85%.

CONCLUSÃO: Apesar do acesso ao pré-natal, a detecção da sífilis gestacional ocorre de forma tardia, culminando para maiores índices de transmissão vertical da infecção, apontando para a busca de estratégias mais efetivas no combate a essa doença.

Palavras chave: Sífilis; Sífilis Congênita; Atenção Primária à Saúde; Cuidado Pré-Natal; Saúde Materno-Infantil.

ABSTRACT

INTRODUCTION: As from 2014 there was a steady increase in the number of cases of pregnant women with syphilis, congenital syphilis and syphilis acquired in Brazil. In this context, it was necessary to verify occurrence and situation of this disease in Santa Maria City, Rio Grande do Sul State.

METHODOLOGY: This is an observational, descriptive and retrospective study, which analyze cases of gestational and congenital syphilis reported by maternity of Casa de Saúde Hospital in Santa Maria city from 2017 to 2019, through information of grievance notification forms and electronic medical records. Data, after collected, were analyzed in Stata software version 14.

RESULTS: There were 1845 births, 52 cases of gestational syphilis in analyzed period. Average age of these women was 25,4 years, most (96,15%) had prenatal care with an average of 7,6 consultations. These 44 women were attended in Santa Maria city, the administrative regions of the city with the highest diagnosis of infection were West and North with 22% (11) cases each, among APS, UBS Kennedy was the one with the highest number of cases. 15,90% (7), vaginal birth was indicated in 65,38% of the cases. Related to pregnant women, the majority (69,23%) had the diagnosis in the third trimester of pregnancy, the clinical classification of the disease was considered primary in 32,69%, the diagnosis was made during prenatal in 75% of cases, VDRL was reactive in prenatal care in 78,85% of pregnant women and in parturition in 96,15%. Both pregnant women and their sexual partners were treated with penicillin, untreated women were 13,46%, and untreated men 23,08%. Regarding newborns, 58,82% of whom were male, peripheral blood VDRL was reactive in 73,07% and in no child was cerebrospinal fluid reactive. 48,08% of newborns had no alterations in long-bone X-ray, only 1,92% had jaundice as a clinical manifestation, with penicillin treatment in all newborns with syphilis and the fetal death rate was 3,85%.

CONCLUSION: Despite access to prenatal care, detection of gestational syphilis occurs late which culminate in higher rates of vertical transmission of infection, this way indicating to keep looking for more effective strategies of combat to this disease.

Keywords: Syphilis; Syphilis, Congenital; Primary Health Care; Prenatal Care
Maternal and Child Health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária a Saúde
CCIH	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
CID	Classificação Internacional de Doenças
COMIC	Comissão Científica da Casa de Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil
ELISA	Enzyme-Linked Immunosorbent Assay
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FTA – Abs	Fluorescent Treponemal Antibody Absorption Test
HIV	Human Immunodeficiency Virus
IgG	Imunoglobulina G
IgM	Imunoglobulina M
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
LCR	Líquido Cefalorraquidiano
MHATP	Micro-Haemagglutination Assay for <i>T. pallidum</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
RN	Recém-Nascido
RPR	Rapid Test Reagin
SINAM	Sistema Nacional de Atendimento ao Médico
TCLE	Termo de Consentimento Live e Esclarecido
TFG	Trabalho Final de Graduação
TPHA	<i>T. pallidum</i> Haemagglutination Test
TPPA	<i>T. pallidum</i> Passive Particle Agglutination test
TRUST	Toluidine Red Unheated Serum Test
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFN	Universidade Franciscana
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
USR	Unheated Serum Reagin
VDRL	Veneral Disease Research Laboratory
WHO	World Health Organization

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Manifestações clínicas de acordo com a evolução e estágios da sífilis	18
Figura 2 - Resultados de testes treponêmicos e não treponêmicos, interpretação e conduta para a gestante	21
Figura 3 - Tratamento e monitoramento da sífilis	24
Figura 4 - Número das gestantes diagnosticadas com sífilis de acordo com a UBS e região administrativa em que realizaram o pré-natal, no município de Santa Maria - RS.....	30

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Número e tipo de parto ocorrido na Maternidade do Hospital Casa de Saúde em Santa Maria – RS, de acordo com os anos em estudo	28
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características maternas e dos recém-nascidos estudados	29
Tabela 2 - Distribuição das gestantes diagnosticadas com sífilis, de acordo com a Unidade Básica que realizaram o pré-natal no município de Santa Maria – RS	31
Tabela 3 - Variáveis relativas ao diagnóstico e tratamento de Sífilis nas gestantes, e respectivos parceiros.....	33
Tabela 4 - Variáveis relativas aos recém-nascidos das mães diagnosticadas com sífilis gestacional, atendidas na Maternidade do Hospital Casa de Saúde	35

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 JUSTIFICATIVA	15
3 OBJETIVOS	16
3.1 OBJETIVO GERAL.....	16
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	16
4 REFERENCIAL TEÓRICO	17
4.1 A SÍFILIS	17
4.2 SÍFILIS EM GESTANTES	19
4.3 SÍFILIS CONGÊNITA.....	19
4.4 DIAGNÓSTICO.....	20
4.5 TRATAMENTO.....	23
5 METODOLOGIA	25
5.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA.....	25
5.2 SUJEITOS DA PESQUISA E LOCAL	25
5.2.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	25
5.2.2 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.....	25
5.3 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS	25
5.4 ANÁLISE DOS DADOS	26
5.5 PROCEDIMENTOS ÉTICOS.....	27
6 RESULTADOS	28
7 DISCUSSÃO	36
8 CONCLUSÃO	39
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	40
ANEXOS	44

1 INTRODUÇÃO

A sífilis é uma infecção de caráter sistêmico, causada pela bactéria *Treponema pallidum* (*T. pallidum*), exclusiva do ser humano, e que, quando não tratada precocemente, pode evoluir para uma enfermidade crônica com sequelas irreversíveis em longo prazo. (BRASIL, 2016)

Conforme o Manual Técnico para o Diagnóstico de Sífilis do Ministério da Saúde (2016), a sífilis, ou LUES, como era conhecida anteriormente, é considerada uma infecção sexualmente transmissível (IST) e, assim, transmitida predominantemente pelo contato sexual. O contágio é maior nos estágios iniciais da infecção, o qual se reduz gradativamente conforme ocorre a progressão da doença.

Outra forma de transmissão da infecção é a chamada vertical, que acontece através da placenta durante a gestação, isso ocorre quando a gestante portadora de sífilis não é tratada, ou se nessa ocasião realiza o tratamento de maneira inadequada. A transmissão para o recém-nascido (RN) pode ocorrer com o contato com as lesões genitais durante o parto, contudo é menos frequente. (BRASIL, 2012)

A transmissão por transfusão sanguínea é muito rara, devido a triagem que as bolsas de sangue passam para analisar a presença de agentes infecciosos como o *T. pallidum*, também é dificultada pelo pouco tempo de sobrevivência que essa bactéria tem fora do organismo humano, especialmente quando está em baixas temperaturas, como nas utilizadas para a conservação das bolsas de sangue. (BRASIL, 2010)

Não existe vacina contra a doença, e a infecção pela bactéria causadora não confere imunidade protetora, significando que as pessoas poderão ser infectadas tantas vezes quantas forem expostas ao *T. pallidum*. (BRASIL, 2016)

O risco de transmissão vertical é muito elevado nas fases primária e secundária da doença, variando de 90 a 100%, nas fases latente e terciária o risco varia entre 10 e 30%. A transmissão será maior quanto mais avançada for a gestação, já que a permeabilidade da barreira placentária aumenta com a idade gestacional, e maior também nas fases primária e secundária, pois a carga de treponema circulante é maior nessas situações. (BRASIL, 2019c)

A Sífilis Congênita é uma doença de notificação compulsória desde 1986, conforme a - Portaria nº 542, de 22/12/1986 do Ministério da Saúde. Somente no ano de 2016, foram notificados 37.436 casos de sífilis em gestantes e 20.474 casos de sífilis congênita, sendo o sudeste a região do país com a maior proporção de casos notificados. (BRASIL, 2007. BRASIL, 2019c).

Na referida notificação é considerado caso de sífilis congênita toda criança, ou aborto, ou natimorto de mãe com evidência clínica para a infecção e/ou com sorologia não treponêmica reagente para sífilis com qualquer titulação, na ausência de teste confirmatório, realizada no pré-natal ou no momento do parto ou curetagem, que tenha sido tratada ou tenha recebido tratamento inadequado.

Já a sífilis em gestantes passou a integrar a lista de doenças de notificação compulsória a partir de julho de 2005 na Portaria nº 33, de 14/07/2005 do Ministério da Saúde, devido a sua elevada taxa de prevalência e elevada taxa de transmissão vertical, que varia de 30 a 100% sem o tratamento ou com tratamento inadequado.

De acordo com a mesma portaria é considerada sífilis gestacional toda gestante com evidência clínica da doença e/ou sorologia não treponêmica reagente, com qualquer titulação, mesmo na ausência de resultado de teste treponêmico, realizada no pré-natal ou no momento do parto e ou curetagem. Apesar da obrigatoriedade de notificação, a sífilis gestacional permanece subnotificada. Estes dados demonstram as falhas na qualidade dos serviços de pré-natal e assistência ao parto.

A sífilis está codificada na Classificação Internacional de Doenças (CID 10), conforme as especificações, da seguinte maneira: A50.9 (sífilis congênita não especificada) e O98.1 (sífilis complicando a gravidez, o parto e o puerpério).

De acordo com o último Boletim Epidemiológico da Sífilis, no país, desde 2014 observa-se um constante aumento no número de casos de sífilis em gestantes, sífilis congênita e sífilis adquirida. Esse crescimento pode ser atribuído, tanto à elevação nos números de testagem, decorrentes da disseminação dos testes rápidos, quanto à diminuição do uso de preservativos, à redução na administração de penicilina na atenção básica e ao desabastecimento mundial dessa medicação. (BRASIL, 2019a)

2 JUSTIFICATIVA

A escolha do tema se deve a crescente ocorrência de sífilis no binômio mãe-filho nos últimos anos no Brasil e no estado do Rio Grande do Sul. Conforme dados do DATASUS em 2016 foram notificadas 11 gestantes com sífilis passando para 3.723 casos registrados em 2018 no Rio Grande do Sul. No mesmo período, as notificações de sífilis congênita, no estado, aumentaram de 2 para 1.764 casos. No Brasil ocorreram em 2016, 94 registros e em 2018 foram 59.022 casos de sífilis em gestantes, enquanto as notificações de sífilis congênita foram de 33 e 23.935 respectivamente.

A crescente incidência serve de alerta da necessidade de ser realizado um pré-natal de excelência, bem como o tratamento adequado tanto da paciente quanto do parceiro, visando evitar sequelas ao recém nato, juntamente com o objetivo de contribuir para que os casos da doença congênita e em gestantes comecem a decrescer. Os dados encontrados nesta pesquisa irão contribuir para o meio acadêmico e médico.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Contribuir para a pesquisa na área da saúde, além de fomentar novos estudos sobre o tema, através da análise dos casos de sífilis gestacional e congênita ocorridos nos últimos dois anos na Maternidade do Hospital Casa de Saúde, referência para gestação de risco habitual na cidade de Santa Maria – RS.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever o perfil das gestantes atendidas na maternidade diagnosticadas com sífilis durante a gestação atual.
- Analisar o pré-natal destas gestantes: Unidade Básica de Saúde (UBS) ou Estratégia de Saúde da Família (ESF) em que foi realizado o pré-natal, número de consultas feitas, diagnóstico sorológico de sífilis durante a gestação e no parto, idade gestacional e classificação clínica quando a infecção foi diagnosticada, tratamento recebido e do parceiro.
- Descrever as principais características dos recém-nascidos diagnosticados com sífilis congênita, incluindo os testes sorológicos e tratamento recebido.
- Verificar a prevalência de sífilis gestacional e congênita na referida maternidade, durante o período de estudo.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 A SÍFILIS

A sífilis é uma doença infectocontagiosa aguda e crônica, exclusiva do ser humano, que tem como agente etiológico uma bactéria espiroqueta, o *Treponema pallidum*, que pode produzir a forma adquirida pela relação sexual desprotegida e a via transplacentária, resultando na sífilis congênita. Pode ocorrer também de forma menos frequente, por contato com lesões muco-cutâneas ricas em treponemas e pela transfusão de sangue contaminado. (BRASIL, 2010)

De acordo com dados do Ministério da Saúde (2019), existem duas classificações para as formas clínicas da sífilis adquirida. De acordo com o tempo de infecção: a) Sífilis adquirida recente (menos de um ano de evolução) e b) Sífilis adquirida tardia (mais de um ano de evolução).

E segundo as manifestações clínicas da sífilis adquirida: a) Sífilis primária, b) Sífilis secundária, c) Sífilis latente e d) Sífilis terciária.

Cada estágio da infecção apresenta manifestações clínicas distintas, as quais estão destacadas na Figura 1, a seguir.

Figura 1 - Manifestações clínicas de acordo com a evolução e estágios da sífilis

EVOLUÇÃO	ESTÁGIOS	MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS
Sífilis recente (menos de 2 anos de duração)	Primária 10–90 dias (média de 21 dias) após o contato.	Geralmente se manifesta como um nódulo indolor único no local do contato, que se ulcera rapidamente, formando o cancro duro. Costuma surgir na genitália, mas também pode ocorrer no perineo, ânus, reto, orofaringe, lábios ou mãos. A lesão primária é rica em treponemas
	Secundária 6 semanas a 6 meses após o contato	Nessa fase da doença, são comuns sinais e sintomas sistêmicos da infecção, mimetizando manifestações clínicas de outras enfermidades e, dessa forma, sendo frequentemente confundida com outros diagnósticos. Podem ocorrer erupções cutâneas em forma de máculas (roséola) e/ou pápulas, principalmente no tronco; lesões eritemato-escamosas palmo-plantares (essa localização, apesar de não patognomônica, sugere fortemente o diagnóstico de sífilis no estágio secundário); placas eritematosas branco-acinzentadas nas mucosas; lesões pápulo-hipertroóficas nas mucosas ou pregas cutâneas (condiloma plano ou condiloma lata); alopecia em clareira e madarose (perda da sobrancelha, em especial do terço distal), febre, mal-estar, cefaleia, adinamia e linfadenopatia generalizada. As lesões secundárias são ricas em treponemas
	Latente recente Nos primeiros 2 anos da infecção	Período em que não se observa nenhum sinal ou sintoma clínico de sífilis, verificando-se, porém, reatividade nos testes imunológicos que detectam anticorpos. A maioria dos diagnósticos ocorre nesse estágio. Aproximadamente 25% dos indivíduos intercalam lesões de secundarismo com os períodos de latência, durante o primeiro ano da infecção
Sífilis tardia (mais de 2 anos de duração)	Latente tardia Após 2 anos de infecção	Menos frequente na atualidade
	Terciária	É comum o acometimento do sistema nervoso e cardiovascular (dilatação aórtica, regurgitação aórtica, estenose do óstio carotídeo). Além disso, verifica-se a formação de gomas sífilíticas (tumorações com tendência a liquefação) na pele, mucosas, ossos ou qualquer tecido

Fonte: DCCI/SVS/MS.

A doença, quando diagnosticada em gestantes e quando congênita, entra na lista nacional de doenças de notificação compulsória. Essa notificação consiste na comunicação da ocorrência de casos individuais, agregados de casos ou surtos, suspeitos ou confirmados, da lista de agravos relacionados na Portaria nº 204 e nº 205, de 17/02/2016, do Ministério da Saúde, que deve ser feita às autoridades sanitárias por profissionais de saúde ou qualquer cidadão, visando à adoção das medidas de controle pertinentes.

A cidade de Santa Maria – RS, atende à demanda hospitalar dos municípios da Região de Saúde denominada “Verdes Campos”. Em dados do DATASUS/SINAM do período de 2014 a 2018 foram notificados 470 casos de sífilis em gestantes e 244 casos de sífilis congênita na cidade, enquanto no Estado do Rio Grande do Sul, nesse mesmo período foram notificados 11.192 casos de sífilis em gestantes e 5.721 casos de sífilis congênita.

4.2 SÍFILIS EM GESTANTES

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou em 2012 que aproximadamente 1,5 milhões de mulheres grávidas estão infectadas com sífilis ativa a cada ano, e cerca de metade dessas gestantes não estão tratadas, podendo ocasionar resultados adversos devido à sífilis, como perda fetal precoce e natimorto, óbito neonatal, bebês com baixo peso ao nascer e bebês com evidência clínica de infecção. (WHO, 2012).

Para prevenir a transmissão vertical, a OMS defende a triagem de todas as mulheres grávidas no período pré-natal e o tratamento dessas gestantes e de seus parceiros. (ROGOZINSKA, E. et al., 2017).

A testagem para sífilis está preconizada na gestação na primeira consulta do pré-natal, idealmente no 1º trimestre, no início do 3º trimestre (a partir da 28ª semana), no momento do parto ou em caso de aborto, exposição de risco e violência sexual. Em todos estes casos, o tratamento deve ser iniciado com apenas um teste reagente, treponêmico ou não treponêmico, sem aguardar o resultado do segundo teste. (BRASIL, 2019c).

A Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul na Nota Técnica 01/2018 da RESOLUÇÃO Nº 486/18 – CIB/RS, recomenda a testagem do pai/parceiro sexual nas maternidades públicas e privadas do Estado. Essa normativa entrou em vigor na Maternidade da Casa de Saúde em setembro de 2019.

4.3 SÍFILIS CONGÊNITA

A OMS estimou que em 2016, havia mais de meio milhão (aproximadamente 661 mil) de casos de sífilis congênita no mundo, o que resultou mais de 200 mil natimortos e mortes neonatais. Assim, um dos objetivos principais da “Estratégia global do setor em saúde das infecções sexualmente transmissíveis 2016-2021 para 2030” da OMS é a eliminação da sífilis congênita como problema de saúde pública mundial, o qual é definido como ≤ 50 casos da forma congênita da doença por 100.000 nascidos vivos, em 80% dos países. (WHO, 2016)

A sífilis congênita é a variação da infecção que ocorre quando a doença é transmitida na gravidez da mãe para o feto, essa infecção pode ser prevenida através de triagem e tratamento adequado da gestante e do parceiro sexual durante a gestação. A transmissão ao feto pode ocorrer em qualquer estágio da infecção materna, porém, ela acontece mais facilmente durante a manifestação primária ou a secundária, com taxas de transmissão de até 100% esses estágios. Caso a sífilis não seja tratada durante a gravidez, da mãe e do parceiro sexual, pode acontecer

aborto espontâneo, natimorto e morte infantil precoce. O cuidado também deve ser especial durante o parto para evitar sequelas no bebê, como cegueira, surdez e deficiência mental. (SLUTKER, J.S, 2018).

A maioria, de 60% a 90%, dos recém-nascidos vivos são assintomáticos ao nascimento. Os casos mais graves podem apresentar as seguintes manifestações clínicas: hepatomegalia, icterícia, anemia, corrimento nasal (rinite sífilítica), *rash* cutâneo, anormalidades esqueléticas e linfadenopatia generalizada. (BOWEN, V. et al., 2015)

4.4 DIAGNÓSTICO

O diagnóstico da sífilis no Brasil é preconizado pela Portaria nº 2.012, de 19 de outubro de 2016, que aprova o “Manual Técnico para Diagnóstico da Sífilis”. (BRASIL, 2016).

De acordo com esse manual, os testes diagnósticos são divididos em exames diretos e testes imunológicos, a escolha do teste deve considerar, não somente os testes disponíveis no local, mas também o provável estágio da doença.

Os testes imunológicos são os mais utilizados, principalmente pela praticidade e rapidez no resultado, estão divididos em não treponêmicos e treponêmicos.

Os não treponêmicos, que utilizam a técnica de floculação, detectam anticorpos anticardiolipina, que não são específicos para os antígenos do *Treponema pallidum*. Estão disponíveis o exame Venereal Disease Research Laboratory (VDRL), que é o mais utilizado no Brasil, o qual se baseia no uso de uma suspensão antigênica composta por uma solução alcoólica contendo cardiolipina, colesterol e lecitina purificada e utiliza soro inativado como amostra; o Rapid Test Reagin (RPR), o Unheated Serum Reagin (USR) e o Tolidine Red Unheated Serum Test (TRUST) são modificações do VDRL que visam aumentar a estabilidade da suspensão antigênica, para possibilitar a utilização de plasma (RPR e TRUST) e permitir a leitura do resultado a olho nu (RPR e TRUST). Nesses testes de floculação, são detectados anticorpos imunoglobulina M (IgM) e imunoglobulina G (IgG) contra o material lipídico liberado pelas células danificadas em decorrência da sífilis, e possivelmente contra a cardiolipina liberada pelos treponemas, contudo, esses anticorpos não são produzidos exclusivamente como consequência da sífilis e de outras doenças treponêmicas. Eles podem surgir em outros agravos que também levam à destruição celular, gerando resultados falso-positivos, assim, somente o teste não treponêmico não confirma a infecção pelo *T. pallidum* e, dessa maneira, não define o diagnóstico de sífilis.

Os testes treponêmicos, identificam os treponemas na amostra e são os primeiros a apresentar resultado reagente após a infecção, sendo comum na sífilis primária resultados reagentes nesses testes e não reagente nos não treponêmicos. Eles também são úteis em casos de sífilis tardia, por exemplo, em que os não treponêmicos apresentam pouca sensibilidade. Os seguintes testes estão disponíveis: Fluorescent Treponemal Antibody Absorption Test (FTA – Abs); Enzyme-Linked Immunosorbent Assay (ELISA); o teste imunológico com revelação quimioluminescente e suas derivações; o teste de hemaglutinação e aglutinação (TPHA, MHATP e TPPA); os testes rápidos treponêmicos e os testes específicos para detecção de anticorpos anti-*T. pallidum* do tipo IgM.

A confirmação diagnóstica dessa IST compõe uma associação de testes, que está apresentado, em forma de esquema na Figura 2, a seguir.

Figura 2 - Resultados de testes treponêmicos e não treponêmicos, interpretação e conduta para a gestante

PRIMEIRO TESTE	+	TESTE COMPLEMENTAR	POSSÍVEIS INTERPRETAÇÕES	CONDUTA
Teste treponêmico REAGENTE (TR, ELISA, FTA-Abs etc.)	+	Teste não treponêmico REAGENTE (VDRL, RPR, TRUST)	Diagnóstico de sífilis Classificação a ser definida de acordo com tempo de infecção e histórico de tratamento ^(a)	Tratar e realizar monitoramento do tratamento Realizar seguimento mensal com teste não treponêmico para gestante Notificar e investigar o caso de sífilis em gestante
Teste treponêmico REAGENTE (TR, ELISA, FTA-Abs etc.)	+	Teste não treponêmico NÃO REAGENTE (VDRL, RPR, TRUST)	Realiza-se um terceiro teste treponêmico com metodologia diferente do primeiro. Se não reagente , considera-se resultado falso reagente para o primeiro teste, sendo excluído o diagnóstico de sífilis. Se reagente , suspeita-se de sífilis recente ou de sífilis tratada, caso haja documentação de tratamento adequado	No caso de suspeita de sífilis primária, aguardar 30 dias para repetir teste não treponêmico. Porém, nas situações especiais, como em gestantes, recomenda-se tratar com penicilina benzatína Notificar e investigar o caso de sífilis em gestante
Teste não treponêmico REAGENTE (VDRL, RPR, TRUST)	+	Teste treponêmico REAGENTE (TR, TPPA, FTA-Abs etc.)	Diagnóstico de sífilis Classificação a ser definida de acordo com tempo de infecção e histórico de tratamento ^(a)	Tratar e realizar monitoramento do tratamento Realizar seguimento mensal com teste não treponêmico para gestante Notificar e investigar o caso de sífilis em gestante
Teste não treponêmico REAGENTE (VDRL, RPR, TRUST)	+	Teste treponêmico NÃO REAGENTE (Teste rápido, TPPA, FTA-Abs etc.)	Provável falso-reagente no teste não treponêmico, principalmente nos casos em que a titulação for menor ou igual a 1:4 Quando a titulação for maior que 1:4 , realizar teste treponêmico com metodologia diferente do primeiro teste treponêmico realizado. O resultado final do fluxograma será definido pelo resultado desse terceiro teste	Nas situações com novo teste treponêmico reagente: <ul style="list-style-type: none"> › Tratar e realizar monitoramento do tratamento › Realizar seguimento mensal com teste não treponêmico para gestante › Notificar e investigar o caso de sífilis em gestante
Teste não treponêmico NÃO REAGENTE (VDRL, RPR, TRUST) Ou Teste treponêmico NÃO REAGENTE (Teste rápido, ELISA, FTA-Abs etc.)	+	Não realizar teste complementar se o primeiro teste for NÃO REAGENTE e não houver suspeita clínica de sífilis primária	Ausência de infecção ou período de incubação (janela imunológica) de sífilis recente	Em caso de suspeita clínica e/ou epidemiológica, solicitar nova coleta de amostra em 30 dias Isso não deve, no entanto, retardar a instituição do tratamento, caso o diagnóstico de sífilis seja o mais provável ou o retorno da pessoa ao serviço de saúde não possa ser garantido

Fonte: DCCI/SVS/MS.

^(a) Se houver histórico de tratamento adequado e resposta imunológica adequada, pode representar cicatriz sorológica.

Nos recém-nascidos deve ser solicitado a titulação do VDRL em sangue periférico e em líquido cefalorraquidiano (LCR), devido possibilidade de neurosífilis, além de hemograma. (SPSP, 2016).

Além disso, é realizado um raio X dos ossos longos (rádio, ulna, úmero, tíbia, fêmur e fíbula), pois as lesões ósseas são as mais frequentes manifestações da doença congênita, ocorrendo de 70 a 100% dos casos. As principais alterações são: osteocondrite, periostite e

osteomielite. Os achados de imagens mais comuns são o sinal de Wimberg na tíbia e uma sombra de maior densidade no fêmur ou úmero, chamada de “formação em taça” nas epífises desses ossos. (MOREIRA, S. et al., 2009).

4.5 TRATAMENTO

As novas estimativas globais da sífilis materna e congênita indicam um progresso contínuo na eliminação da transmissão da infecção de mãe para filho. No entanto, quando não tratada ela resulta em números expressivos de resultados adversos ao nascimento, a maioria dos quais ocorreu entre as mulheres que faziam acompanhamento pré-natal, mas que não receberam os cuidados necessários para prevenir a sífilis congênita. (KORENROMP, E.L. et al., 2019)

As penicilinas são antimicrobianos β -lactâmicos, sendo a benzilpenicilina, penicilina natural, o fármaco de escolha no tratamento do *Treponema pallidum*. Apresenta-se como Penicilina Cristalina, hidrossolúvel, de uso endovenoso, com uma meia vida curta (30-40min), a qual é eliminada em 4 horas e tem a propriedade de atravessar a barreira hematoencefálica. A Penicilina G Procaína, de uso intramuscular, tem o pico máximo mais demorado, retardando assim o nível sérico e nos tecidos pela associação com a procaína, por aproximadamente 12 horas e finalmente a Penicilina G Benzatina, de uso intramuscular, é uma penicilina de depósito, os níveis séricos permanecem por 15 a 30 dias, dependendo da dose utilizada. (ANVISA, 2007).

É imprescindível ressaltar que, por ser uma IST o parceiro sexual da gestante também deve receber tratamento com penicilina.

O esquema terapêutico proposto pelo Ministério da Saúde em 2019 está apresentado na Figura 3, a seguir.

Figura 3 - Tratamento e monitoramento da sífilis

ESTADIAMENTO	ESQUEMA TERAPÊUTICO	ALTERNATIVA ^a (EXCETO PARA GESTANTES)	SEGUIMENTO (TESTE NÃO TREPONÊMICO)
Sífilis recente: sífilis primária, secundária e latente recente (com até dois anos de evolução)	Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo)	Doxiciclina 100mg, 12/12h, VO, por 15 dias	Teste não treponêmico trimestral (em gestantes, o controle deve ser mensal)
Sífilis tardia: sífilis latente tardia (com mais de dois anos de evolução) ou latente com duração ignorada e sífilis terciária	Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, 1x/semana (1,2 milhão UI em cada glúteo) por 3 semanas ^b . Dose total: 7,2 milhões UI, IM	Doxiciclina 100mg, 12/12h, VO, por 30 dias	Teste não treponêmico trimestral (em gestantes, o controle deve ser mensal)
Neurosífilis	Benzilpenicilina potássica/cristalina 18-24 milhões UI, 1x/dia, EV, administrada em doses de 3-4 milhões UI, a cada 4 horas ou por infusão contínua, por 14 dias	Ceftriaxona 2g IV, 1x/dia, por 10-14 dias	Exame de LCR de 6/6 meses até normalização
<p>Notas:</p> <p>^a A benzilpenicilina benzatina é a única opção segura e eficaz para tratamento adequado das gestantes.</p> <p>^b A regra é que o intervalo entre as doses seja de 7 dias para completar o tratamento. No entanto, caso esse intervalo ultrapasse 14 dias, o esquema deve ser reiniciado (WHO,2016).</p>			

Fonte: DCCI/SVS/MS.

O tratamento do RN dependerá de diversas questões como por exemplo, a presença de alterações clínicas, radiológicas, hematológicas e liquóricas. Além de informações acerca do tratamento adequado ou não da mãe na gestação.

Com essas variáveis identificadas, será possível determinar a posologia e qual das Benzilpenicilina será a melhor indicada a essa criança (BRASIL, 2019b).

5 METODOLOGIA

Estudo observacional, descritivo, retrospectivo, envolvendo o binômio mãe-filho com diagnóstico de sífilis gestacional e congênita, internados em uma maternidade de risco habitual, na cidade de Santa Maria - RS, no período compreendido entre julho de 2017 e julho de 2019.

5.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

O presente estudo é uma pesquisa científica de abordagem quantitativa, natureza básica, com de caráter descritivo e procedimento documental.

5.2 SUJEITOS DA PESQUISA E LOCAL

Os sujeitos da pesquisa são as gestantes, e seus respectivos recém-nascidos, diagnosticadas com sífilis durante a gestação atual e internadas na Maternidade do Hospital Casa de Saúde, na cidade de Santa Maria – RS.

5.2.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Foram incluídas na pesquisa todas as gestantes que internaram, e tiveram seus filhos, na Maternidade do Hospital Casa de Saúde, no período compreendido entre julho de 2017 e julho de 2019 e que, durante a gestação ou no parto, tiveram o diagnóstico de sífilis.

5.2.2 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Gestantes sem o diagnóstico de sífilis foram desconsideradas nessa pesquisa. Assim como as pacientes de alto risco, as quais são encaminhadas a um serviço de alta complexidade.

5.3 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

A Maternidade do Hospital Casa de Saúde do município de Santa Maria – RS, Unidade Santa Isabel, atende mulheres que possuem gestação de risco habitual de gravidade. São realizados partos vaginais e cesarianas dependendo da indicação obstétrica de cada paciente individualmente.

Além dos médicos obstetras, anestesiistas e pediatras, a equipe conta com enfermeiras e técnicas de enfermagem que acompanham as gestantes desde a internação hospitalar até a alta obstétrica para a puérpera e pediátrica para o recém-nascido.

Cada parturiente tem seu prontuário médico eletrônico no qual, estão armazenadas informações sobre seu estado de saúde, sinais e sintomas, gestações e partos prévios, medicações em uso e alergias, entre outros. Todas as gestantes realizam os testes sorológicos de sífilis e HIV antes do parto, os positivos, nas duas infecções, são passíveis de notificação de agravo, na qual o responsável técnico na Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) deve notificar a 4ª coordenadoria regional de saúde sobre o diagnóstico.

Para esta pesquisa as análises realizadas nas gestantes e RN foram obtidas através da consulta aos formulários das notificações compulsórias de sífilis junto ao CCIH desta instituição e dos prontuários médicos das gestantes na Unidade Santa Isabel.

As seguintes variáveis foram analisadas:

1. Relativas à gestante: sujeito (identificada por números cardinais), a idade, o município de residência, a realização de pré-natal ou não, Atenção Primária a Saúde (APS) que realizou o pré-natal, o número de consultas realizadas, a idade gestacional no diagnóstico, a classificação clínica da doença quando diagnosticada, resultado do VDRL durante o pré-natal e no parto, o tratamento da gestante e do parceiro, o momento em que foi feito o diagnóstico e o tipo de parto realizado.

2. Relativas ao recém-nascido: sexo, resultado do VDRL no sangue e no líquido, RX dos ossos longos, as manifestações clínicas da infecção, o tratamento e a evolução do caso.

Foram analisados os dados de 52 sujeitos que apresentaram infecção gestacional por sífilis e seus RN, no período de 2 anos no Hospital Casa de Saúde.

5.4 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados obtidos foram inseridos e organizados, inicialmente, em uma planilha do software Microsoft Office Word 2016. Após, transferidos para planilha no Microsoft Office Excel 2016 e analisados através do software Stata versão 14, através de estatística descritiva.

5.5 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Esse estudo foi submetido à aprovação da Comissão Científica da Casa de Saúde (COMIC) e do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Franciscana (UFN). Salienta-se que esta pesquisa não envolveu intervenções em seres humanos, apenas dados secundários disponíveis nos formulários de notificação compulsória de sífilis em gestante e congênita, no CCIH da instituição, e nos prontuários médicos da Maternidade do Hospital Casa de Saúde de Santa Maria, RS. Seguindo os princípios da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, bem como da Carta Circular nº. 039/2011/CONEP/CNS/GB/MS.

Todos os aspectos éticos foram respeitados com a assinatura do Termo de Confidencialidade de Utilização de Dados (Anexo A) pela aluna e pelo orientador envolvidos no projeto e pela autorização da COMIC para realização da pesquisa (Anexo B). Esta pesquisa foi registrada na Plataforma Brasil e aprovada pelo CEP, sob o CAAE 21018719.1.0000.5306 em 24 de setembro de 2019 (Anexo C). Estes documentos estão apresentados como anexos da pesquisa.

A coleta seguida pela análise de dados somente teve início após aprovação dos comitês acima referidos.

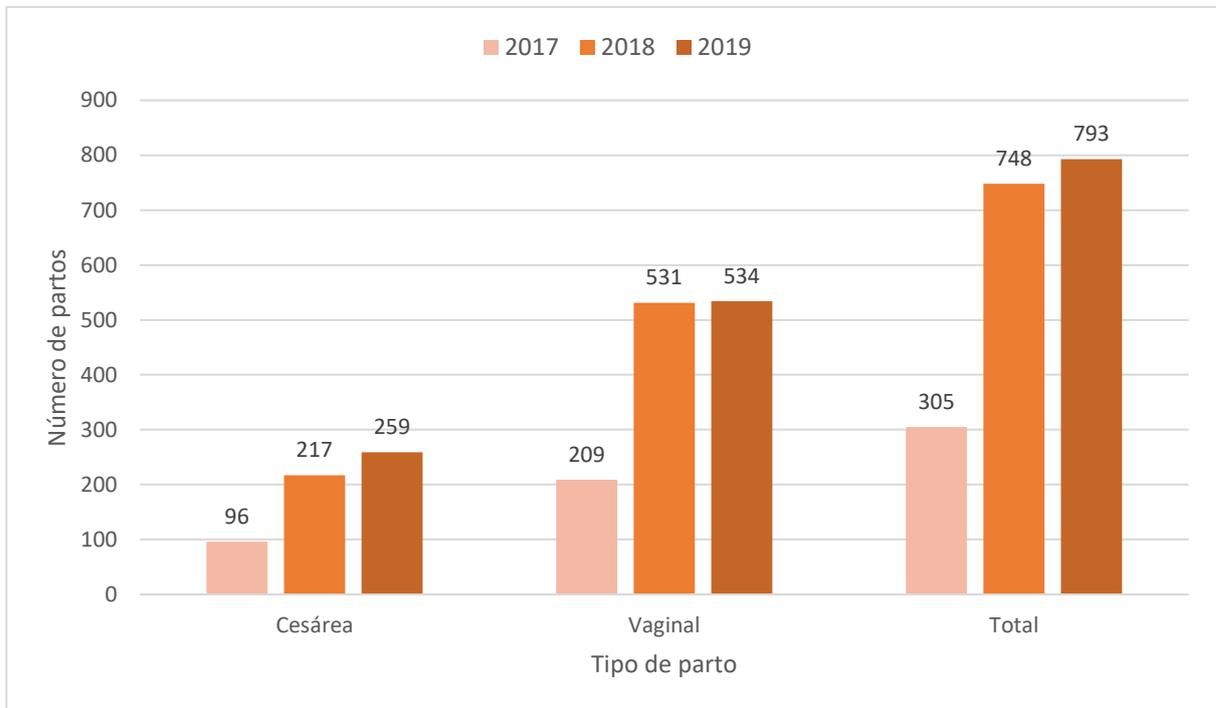
Os possíveis riscos desta pesquisa estão relacionados à quebra de sigilo devido à perda ou ao extravio dos dados utilizados. Contudo houve uma organização cuidadosa para que esses riscos sejam minimizados. Caso ocorra um incidente, as pacientes não poderão ser identificadas pois, na coleta não foi utilizada informações de identificação como, por exemplo, nome completo, ou iniciais, tanto da gestante quanto do recém-nascido ou do parceiro, bem como endereço e telefone para contato. Esta pesquisa, que tem intuito acadêmico, poderá ser utilizada futuramente como fonte de estudos acerca do assunto aqui retratado.

Os pacientes deste estudo não terão prejuízo com a análise de seus dados, visto que, os resultados serão divulgados apenas em publicações ou eventos científicos de forma agregada e as informações pessoais serão mantidas em sigilo, dispensando assim o uso do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

6 RESULTADOS

Foram analisados no presente estudo, os casos notificados de sífilis materna e congênita ocorridos na Unidade Santa Isabel, Maternidade do Hospital Casa de Saúde, no período de julho de 2017 a julho 2019. No período especificado ocorreram 1845 nascimentos, sendo 572 de parto cesáreo e 1274 de parto vaginal (Gráfico 1), sendo notificados 52 casos de sífilis materna, correspondendo a 2,8% dos partos ocorridos.

Gráfico 1 - Número e tipo de parto ocorrido na Maternidade do Hospital Casa de Saúde em Santa Maria – RS, de acordo com os anos em estudo



Fonte: Autor

Os dados foram analisados a partir das fichas de notificações de agravo e dos prontuários das pacientes. A idade média das 52 gestantes foi de 25,4 anos ($\pm 6,9$), tendo 96,15% (50) delas realizado pré-natal, com uma média de 7,6 ($\pm 3,6$) consultas. Mais da metade dos partos foram vaginais, 65,38% (34), e 34,62% (18) foram cesarianas. Quanto ao sexo dos recém-nascidos, 58,82% (30) eram masculinos e 42,30% (22) femininos (Tabela 1).

Tabela 1 - Características maternas e dos recém-nascidos estudados

VARIÁVEIS	N	Média (± desvio padrão)	%
Idade materna (anos)		25,4 (± 6,9)	
Pré-Natal			
Sim	50		96,15%
Não	2		3,85%
Número de consultas PN		7,6 (±3,6)	
Tipo de parto			
Vaginal	34		65,38%
Cesárea	18		34,62%
Sexo RN			
Feminino	22		42,30%
Masculino	30		58,82%

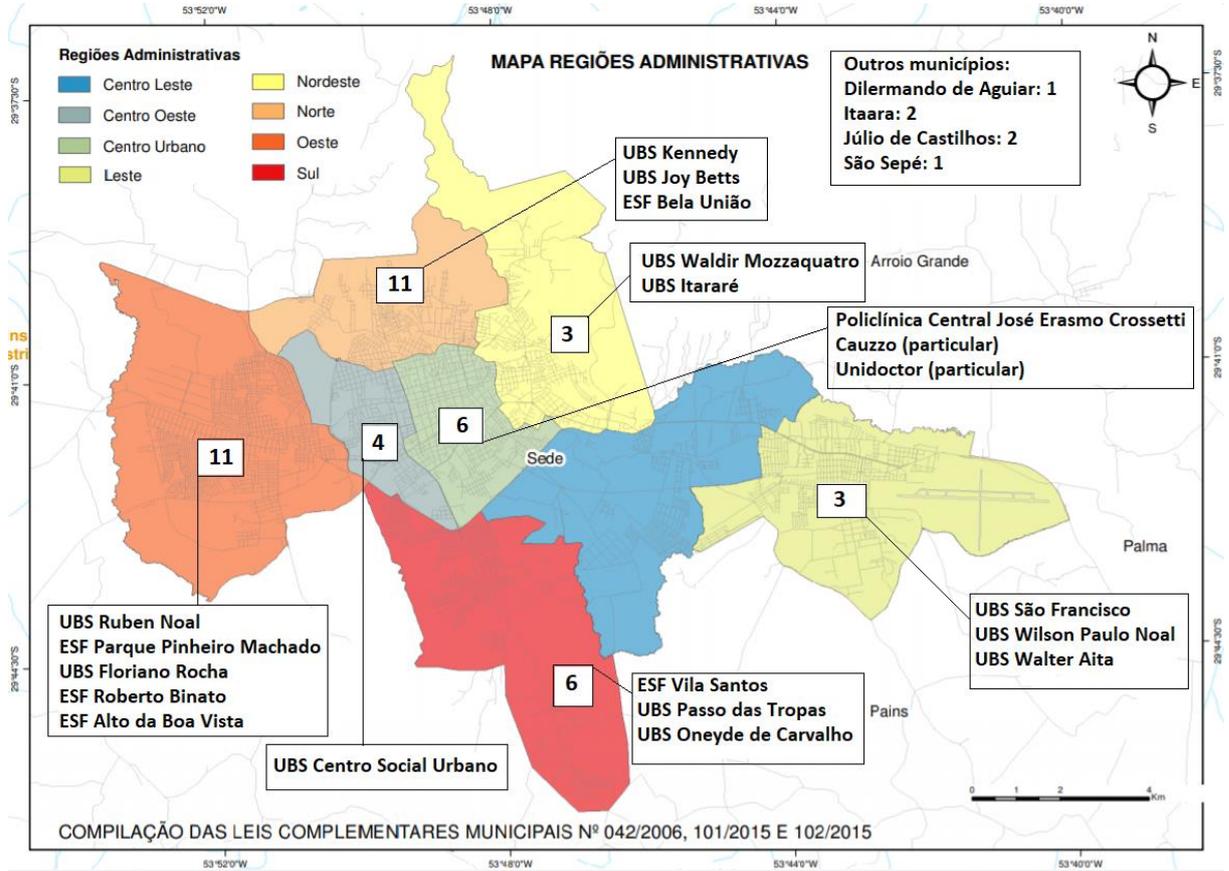
Fonte: Autor. PN= pré-natal; RN= recém-nascido.

Considerando as 50 gestantes que realizaram pré-natal, apenas 11,54% (6) o fizeram em municípios diferentes de Santa Maria: uma gestante (2%) em Dilermando de Aguiar, duas (4%) em Itaara, duas (4%) em Júlio de Castilhos e uma (2%) no município de São Sepé. As demais mulheres que realizaram pré-natal (44), o fizeram na cidade de Santa Maria.

Considerando que a cidade é dividida em oito regiões administrativas, a análise dos dados mostrou que somente em uma região, a Centro-Leste, não houve gestante em seguimento de pré-natal na APS. Em todas as demais regiões, expostas a seguir em ordem alfabética, tiveram mulheres diagnosticadas com sífilis durante o pré-natal ou no momento do nascimento. O percentual ficou distribuído da seguinte maneira: 8% (4) na Região Centro-Oeste, 12% (6) na região Centro-Urbano, 6% (3) na região Leste, com igual percentual na Nordeste, 22% (11) na região Norte e na região Oeste e 12% (6) na região Sul (Figura 4).

Com relação ao local em que foi realizado o pré-natal, a distribuição ficou representada, em ordem decrescente de pacientes, da seguinte maneira: 15,90% (7) na UBS Kennedy, 9,10% (4) no Centro Social Urbano, na Policlínica Central José Erasmo Crossetti e na UBS Ruben Noal, 6,80% (3) na UBS Floriano Rocha e na UBS Passo das Tropas, 4,50% (2) na UBS Itararé, na UBS Joy Betts, na ESF Bela União, na ESF Parque Pinheiro Machado e também na UBS Oneyde de Carvalho e com 2,30% (1) a Cauzzo, a Unidoctor, a UBS São Francisco, a UBS Wilson Paulo Noal, a UBS Walter Aita, a UBS Waldir Mozzaquatro, a ESF Roberto Binato, a ESF Alto da Boa Vista e, por fim, a ESF Vila Santos. (Tabela 2).

Figura 4 –Número das gestantes diagnosticadas com sífilis de acordo com a UBS e região administrativa em que realizaram o pré-natal, no município de Santa Maria - RS



Fonte: Instituto de Planejamento de Santa Maria – IPLAN adaptado pelo autor

Tabela 2 - Distribuição das gestantes diagnosticadas com sífilis, de acordo com a Unidade Básica que realizaram o pré-natal no município de Santa Maria – RS

UBS realização PN	N	%
CENTRO – OESTE		
UBS Centro Social Urbano	4	9,10%
CENTRO URBANO		
Policlínica Central José Erasmo Crossetti	4	9,10%
Cauzzo	1	2,30%
Unidoctor	1	2,30%
LESTE		
UBS São Francisco	1	2,30%
UBS Wilson Paulo Noal	1	2,30%
UBS Walter Aita	1	2,30%
NORDESTE		
UBS Waldir Mozzaquatro	1	2,30%
UBS Itararé	2	4,50%
NORTE		
UBS Kennedy	7	15,90%
UBS Joy Betts	2	4,50%
ESF Bela União	2	4,50%
OESTE		
UBS Ruben Noal	4	9,10%
ESF Parque Pinheiro Machado	2	4,50%
UBS Floriano Rocha	3	6,80%
ESF Roberto Binato	1	2,30%
ESF Alto da Boa Vista	1	2,30%
SUL		
ESF Vila Santos	1	2,30%
UBS Passo das Tropas	3	6,80%
UBS Oneyde de Carvalho	2	4,50%

Fonte: Autor. PN= pré-natal

As variáveis relativas ao diagnóstico e conduta realizados nas 52 gestantes com sífilis estão apresentadas na Tabela 3.

Referente a idade gestacional no momento do diagnóstico, verificou-se que a maioria, 69,23% (36) das mulheres teve esta confirmação no terceiro trimestre da gestação, 11,54% (6) no primeiro trimestre e nenhuma no segundo trimestre. Em apenas uma gestante (1,92%) a idade gestacional no diagnóstico foi dita ignorada, e em 17,31% (9) dos casos esta informação não estava preenchida no prontuário.

Quanto a classificação clínica, 17 gestantes (32,69%) tinham sífilis primária, quatro (7,69%) sífilis terciária e nenhuma com sífilis secundária ou latente. Ressalta-se, no entanto, que para a maioria, 59,61% (31) das gestantes, esta informação estava incompleta ou ignorada nas fichas de notificação de agravo. Considerando-se apenas as gestantes classificadas, a sífilis primária ocorreu em 89,95% dos casos (n=17) e a terciária em 19,05% (n=4).

Em referência ao momento em que a sífilis gestacional foi diagnosticada, 75% foi durante o pré-natal (39 casos) e 25% no momento do parto (13 casos).

O VDRL realizado durante o pré-natal foi reagente em 78,85% (41) das gestantes e não reagente em 17,30% (9). O teste não foi realizado em duas gestantes (3,85%) que não realizaram pré-natal. No momento do parto, todas as gestantes realizaram o teste VDRL, e na maioria, 69,15% (50), o resultado foi reagente. Em duas delas (3,85%), o teste foi não reagente.

Quanto ao tratamento da sífilis, 11,54% (6) das gestantes usaram penicilina G benzatina na dose de 2.400.000 UI, 5,77% (3) penicilina G benzatina 4.800.00 UI e 26,92% (14) penicilina G benzatina 7.200.00 UI. Doze gestantes (23,08%) relataram ter sido tratadas durante a gestação, porém não apresentaram comprovante, 10 (19,23%) não realizaram tratamento e sete (13,46%) não tinham a informação disponibilizada na ficha de notificação de agravo ou no prontuário. Considerando o parceiro, observou-se que 23,08% (12) não realizaram tratamento, 5,77% (3) receberam penicilina G benzatina na dose de 2.400.000 UI, 1,92% (1) penicilina G benzatina 4.800.000 UI e 19,23% (10) penicilina G benzatina 7.200.000 UI. Sete (13,46%) parceiros foram tratados, mas não tinham comprovante, e para a maioria, 36,54%, (19), a informação estava classificada como ignorada na ficha de notificação de agravo ou prontuário. Ressalta-se que tanto a mulher quanto o parceiro foram tratados somente com penicilina.

Tabela 3 - Variáveis relativas ao diagnóstico e tratamento de Sífilis nas gestantes, e respectivos parceiros

VARIÁVEIS	N	%
IG diagnóstico		
1º trimestre	6	11,54%
2º trimestre	-	-
3º trimestre	36	69,23%
IG ignorada	1	1,92%
Sem informação no prontuário	9	17,31%
Classificação clínica		
Primária	17	32,69%
Secundária	-	-
Terciária	4	7,69%
Latente	-	-
Sem informação no prontuário	31	59,61%
Momento do diagnóstico		
Pré-Natal	39	75%
Parto	13	25%
VDRL durante Pré-Natal		
Reagente	41	78,85%
Não Reagente	9	17,30%
Não Realizado	2	3,85%
VDRL no Parto		
Reagente	50	96,15%
Não Reagente	2	3,85%
Não Realizado	-	-
Tratamento gestante		
Penicilina G benzatina 2.400.000 UI	6	11,54%
Penicilina G benzatina 4.800.000 UI	3	5,77%
Penicilina G benzatina 7.200.000 UI	14	26,92%
Outro esquema	-	-
Tratado sem informação do medicamento	12	23,08%
Sem tratamento	10	19,23%
Sem informação no prontuário	7	13,46%
Tratamento parceiro		
Penicilina G benzatina 2.400.000 UI	3	5,77%
Penicilina G benzatina 4.800.000 UI	1	1,92%
Penicilina G benzatina 7.200.000 UI	10	19,23%
Outro esquema	-	-
Tratado sem informação do medicamento	7	13,46%
Sem tratamento	12	23,08%
Sem informação no prontuário	19	36,54%

Fonte: Autor. IG= Idade gestacional; VDRL= Venereal Disease Research Laboratory.

Na Tabela 4 estão apresentadas as variáveis referentes aos RN das mulheres com sífilis estudadas. Dos 52 recém-nascidos, 22 (42,30%) eram do sexo feminino e 30 (57,50%) masculino. A quase totalidade, 96,15% (50) teve bom desfecho, com apenas duas crianças (3,85%) evoluído para óbito.

O VDRL em sangue periférico foi reagente em 73,07% (38) dos recém-nascidos avaliados. Em 10 bebês (19,23%) o VDRL foi não reagente. Dois RN (3,85%) não realizaram a testagem sanguínea, e em outros 2 (3,85%) a informação não estava presente no prontuário e/ou ficha de agravo. Levando em consideração o VDRL em líquido, observou-se que em quase

metade dos recém-nascidos (44,23%) o exame não foi realizado. Em 23,08% (n=12) o resultado foi não reagente, em 9,61% dos recém-nascidos (n=5) o exame foi solicitado, mas o resultado não foi registrado no prontuário, e em 23,08% (n=12) esta informação estava registrada como ignorada. Não houve registro de VDRL positivo no líquido.

Outro exame necessário para avaliar a sífilis congênita é o RX dos ossos longos do RN. Apenas três crianças (5,77%) apresentaram alterações nas imagens, enquanto que em 48,08% deles (n=25) o resultado foi considerado normal. Em 21,15% dos recém-nascidos (n=11) o exame foi solicitado, contudo o resultado não foi registrado no prontuário, em 19,23% (10) o exame não foi realizado, e em 5,77% (3) o resultado não foi registrado.

A respeito das manifestações clínicas que essa infecção congênita poderia apresentar, apenas uma (1,92%) criança apresentou icterícia, 36 (69,23%) não demonstraram alterações clínicas e em 15 (28,85%) a informação estava ausente no prontuário ou na ficha de agravo.

Em relação ao tratamento dos recém-nascidos, 31 (39,62%) receberam penicilina G cristalina na dose de 100.000 a 150.000 UI/Kg/dia, por 10 dias, três (5,77%) penicilina G procaína 50.000 UI/Kg/dia, por 10 dias, e dois (3,85%), penicilina G benzatina 50.000 UI/Kg/dia. Nenhum paciente recebeu tratamento com medicamento diferente da penicilina. Os que não receberam tratamento representam oito (15,38%) crianças, e os que não tinham informações nos prontuários ou fichas de notificação compulsória foram igualmente oito (15,38%).

Tabela 4 - Variáveis relativas aos recém-nascidos das mães diagnosticadas com sífilis gestacional, atendidas na Maternidade do Hospital Casa de Saúde

VARIÁVEIS	N	%
Sexo RN		
Feminino	22	42,30%
Masculino	30	57,70%
VDRL sangue periférico		
Reagente	38	73,07%
Não reagente	10	19,23%
Não realizado	2	3,85%
Sem informação no prontuário	2	3,85%
VDRL líquido		
Reagente	-	-
Não reagente	12	23,08%
Não realizado	23	44,23%
Solicitado, sem resultado em prontuário	5	9,61%
Sem informações no prontuário	12	23,08%
RX ossos longos		
Com alteração	3	5,77%
Sem alteração	25	48,08%
Não realizado	10	19,23%
Solicitado, sem resultado em prontuário	11	21,15%
Sem informações no prontuário	3	5,77%
Manifestações clínicas		
Icterícia	1	1,92%
Nenhuma	36	69,23%
Sem informações no prontuário	15	28,85%
Tratamento RN		
Penicilina G cristalina 100.000 a 150.000 UI/Kg/dia – 10 dias	31	39,62%
Penicilina G procaína 50.000 UI/Kg/dia – 10 dias	3	5,77%
Penicilina G benzatina 50.000 UI/Kg/dia	2	3,85%
Outro esquema	-	-
Sem tratamento	8	15,38%
Sem informação no prontuário	8	15,38%
Evolução		
Vivo	50	96,15%
Óbito	2	3,85%

Fonte: Autor. IG= Idade gestacional; VDRL= Venereal Disease Research Laboratory; RN= recém-nascido.

7 DISCUSSÃO

No período dessa pesquisa, houveram 1845 nascimentos e 38 casos de sífilis congênita (2,06%) na maternidade do Hospital Casa de Saúde, um valor mais elevado quando comparado ao estudo realizado por TOLDO, MENEGAZZO e SOUTO (2018) na maternidade do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), o qual contabilizou 3017 nascidos e 26 casos de sífilis congênita (0,86%).

Nesse mesmo estudo, o perfil epidemiológico das gestantes foi semelhante, enquanto em Santa Maria a média das idades das gestantes foi de 25,4 anos, em Florianópolis foi de 25,8 anos.

O Ministério da Saúde, no caderno 32 de atenção ao pré-natal de baixo risco (2012), preconiza um número mínimo de 6 consultas para um acompanhamento de eficiência, as gestantes analisadas realizaram média de 7,6 consultas por paciente, sendo este um dado positivo.

Nas regiões administrativas de Santa Maria, observou-se que a maioria dos casos de sífilis gestacional nas mulheres que realizaram o pré-natal, encontram-se na região oeste e norte (25%), o que vai ao encontro do estudo de SANTOS et al (2016), que evidenciou a região oeste como a que apresentou o maior número de casos de sífilis gestacional e congênita na cidade, verificando que a maioria das infecções maternas não tratadas culmina para sífilis congênita, devido a transmissão vertical da doença. Este mesmo autor ainda reporta, através de busca ativa, que a população da referida região apresenta carência de condições básicas e falta de conhecimento sobre a doença.

A grande maioria dessas mulheres, foi diagnosticada com sífilis materna no terceiro trimestre de gestação (69,23%), enquanto que, uma análise feita por SOUZA, RODRIGUES e GOMES (2018), com 255 gestantes no município de Macaé (RJ) entre 2013 e 2016, 36% foi diagnosticada no mesmo período gestacional, porcentagem elevada, porém menor que a encontrada nessa pesquisa. A análise carioca acrescenta ainda que a grande parcela tem a classificação clínica da infecção ignorada (62,35%), seguida pela infecção primária (23,14%) enquanto na cidade gaúcha essa informação em 59,61% dos sujeitos não constava em prontuário e a classificação primária é apresentada em 32,69%.

O momento em que a infecção foi diagnosticada, nas mulheres deste estudo, 75% aconteceram no período pré-natal e 25% na hora do parto, corroborando com o indicativo de que quase todos os sujeitos aqui relacionados teriam realizado testes sorológicos no pré-natal. No país, de acordo com o Boletim Epidemiológico de Sífilis do Ministério da Saúde, em 2019,

mais da metade das mulheres infectadas com a forma gestacional da doença (57,6%) foram diagnosticadas no pré-natal, enquanto 31,80% somente no parto. Demonstra que a cidade de Santa Maria tem valores mais positivos quanto a precocidade do diagnóstico pré-natal.

Das mulheres estudadas, 78,85% tiveram o resultado VDRL reagente durante o pré-natal e 96,15% reagente no parto. O aumento deste índice não é o esperado e levanta questões quanto a adesão ao tratamento dela e do parceiro, uma possível reinfecção, quanto a qualidade do pré-natal ou devido a uma cicatriz sorológica. Estes valores são discrepantes quando comparados ao estudo realizado por PADOVANI, OLIVEIRA e PELLOSO (2018) na cidade de Maringá (PR), no qual as pacientes que tiveram VDRL reagente no pré-natal foram 83,33% e no momento do parto 74,83%, demonstrando queda neste mesmo identificador.

Ainda sobre as gestantes infectadas com sífilis, é importante salientar o tratamento dado a elas, 26,92% recebeu Penicilina G benzatina 7.200.000 UI e nenhuma foi tratada com outro medicamento, pois este é o preconizado pelo Ministério da Saúde no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais de 2019. Este protocolo indica a Penicilina G benzatina 2.400.000 UI, intramuscular (1.200.000 UI em cada glúteo) em dose única para os casos de sífilis recente (< 2 anos de evolução), sífilis primária, secundária e latente recente. A Penicilina G benzatina 7.200.000 UI é indicada para sífilis tardia (> 2 anos de evolução), latente tardia ou latente com duração ignorada e sífilis terciária, com administração intramuscular, 1.200.000 UI em cada glúteo, semanal, por 3 semanas e a Penicilina G Cristalina 18-24.000.000 UI/dia durante 14 dias, utilizada nos casos de neurosífilis. O tratamento para o parceiro sexual com testes reagentes deve ser o mesmo, a única restrição é quando este apresentar testes imunológicos não reagentes, o tratamento é feito de forma presumida com uma dose de Penicilina G benzatina 2.400.000 UI.

O índice de adesão ao tratamento do parceiro foi de 40,38%, apesar de ainda ser baixo mostra-se superior quando comparado com o encontrado por SOUZA, RODRIGUES e GOMES (2018), que foi de apenas 15,69% dos homens.

Observando as variáveis relacionadas aos recém-nascidos, o resultado reagente do VDRL em sangue periférico foi elevado, 73,07%, enquanto no estudo de PADOVANI, OLIVEIRA e PELLOSO (2018) foi de 53,47%. Considerando o VDRL no líquido, 34,69% dos RN não realizaram este procedimento, enquanto que aqui este não foi feito em 44,23%.

Nessa análise, em relação aos 52 recém-nascidos, com o diagnóstico de sífilis congênita, 5,77% tinham alterações nos ossos longos, segundo RX realizado, nenhum apresentou

alterações liquóricas e 1,92% apresentou icterícia como manifestação clínica. Estes valores são mais discretos quando comparados aos encontrados na pesquisa de TOLDO, MENEGAZZO e SOUTO (2018), na qual dos 26 RN com o diagnóstico, 57% apresentaram alterações ósseas, 29% infecção liquórica e, 14% apresentou anemia, uma das manifestações características da sífilis congênita.

De acordo com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais de 2019 do Ministério da Saúde, o medicamento para tratamento de crianças com sífilis congênita é a Benzilpenicilina (Penicilina G). A forma cristalina é utilizada também para tratar a neurosífilis, a procaína intramuscular pode ser usada fora do ambiente hospitalar, enquanto que a potássica/cristalina de uso endovenoso é utilizada na internação e a forma benzatina é utilizada em crianças cuja mãe não realizou o tratamento para sífilis durante o pré-natal ou que foi tratada de maneira inadequada. Nesse estudo todos os RN receberam o tratamento adequado com penicilina, a grande parte com a cristalina (39,62%) seguido pela procaína (5,77%) e por último a benzatina (3,85%).

Essa pesquisa apresentou algumas limitações, como a comparação específica da titulação do VDRL de cada mãe com seu filho para possibilitar uma análise mais aprofundada do motivo do aumento nos índices destes valores no pré-natal e no parto. Outra questão foi a respeito das informações incompletas e/ou faltantes tanto nos prontuários quanto nas fichas de notificação de agravo, estas também apresentavam, em alguns casos, xerox de má qualidade e grafia ilegível, que prejudicaram a compreensão desse material.

8 CONCLUSÃO

Os resultados encontrados neste estudo evidenciam a responsabilidade da atenção básica, destacando o número de consultas durante o pré-natal ter sido superior ao preconizado, a precocidade no diagnóstico em relação aos dados do país, a disponibilidade do medicamento padrão dado às gestantes, aos parceiros sexuais e aos recém-nascidos.

Por outro lado, o aumento dos índices de VDRL reagente no final da gestação em relação ao primeiro trimestre, a quantidade de dados ignorados nas fichas de notificação compulsória e nos prontuários, a precária integração entre os dados das consultas pré-natais e no momento do parto caracterizam falhas na assistência. Sendo assim, o decréscimo ou eliminação de doenças transmissíveis verticalmente, destacando-se a sífilis, aponta para a busca de estratégias diferenciadas para alcançar grupos populacionais socialmente mais vulneráveis, que são os mais afetados e que mais se beneficiariam das intervenções disponíveis.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Antimicrobianos: principais grupos disponíveis para uso clínico. 2007. Disponível em:

<http://www.anvisa.gov.br/servicosauade/controle/rede_rm/cursos/rm_controle/opas_web/modulo1/penicilinas2.htm> Acesso em 07 jul 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **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.

_____. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico Sífilis 2019** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Ano V – nº 01. Brasília, 2019. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2019/boletim-epidemiologico-sifilis-2019>> Acesso em 02 dez 2019a

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Diário Oficial da União**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 33, de 14 de julho de 2005. Inclui doenças relação de notificação imediata e a relação dos resultados laboratoriais que devem ser notificados pelos Laboratórios de Referência Nacional ou Regional. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 15 jul. 2005.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 18 fev. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 205, de 17 de fevereiro de 2016. Define a lista nacional de doenças e agravos, na forma do anexo, a serem monitorados por meio da estratégia de vigilância em unidades sentinelas e suas diretrizes. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 18 fev. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.012, de 19 de outubro de 2016. Aprova o Manual Técnico para o Diagnóstico da Sífilis e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 out. 2016. nº 202, Seção 1, p. 25

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 542, de 22 de dezembro de 1986. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 24 dez. 1986, Seção 1, p. 1987.

_____. Ministério da Saúde. **Departamento de informática do SUS - DATASUS.** Informações da saúde (Tabnet) – epidemiológicas e morbidade: Sífilis congênita - Casos confirmados por Ano Diagnóstico segundo Reg.Saúde/Município de notificação. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinannet/cnv/sifilisrs.def>>. Acesso em 22 jun. 2019

_____. Ministério da Saúde. **Departamento de informática do SUS – DATASUS.** Informações da saúde (Tabnet) – epidemiológicas e morbidade: Sífilis congênita – casos confirmados notificados no sistema de informação de agravos de notificação no RS. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinannet/cnv/sifilisRS.def>>. Acesso em 05 jul. 2019

_____. Ministério da Saúde. **Departamento de informática do SUS – DATASUS.** Informações da saúde (Tabnet) – epidemiológicas e morbidade: Sífilis congênita – casos confirmados notificados no sistema de informação de agravos de notificação no Brasil. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinannet/cnv/sifilisbr.def>>. Acesso em 05 jul. 2019

_____. Ministério da Saúde. **Departamento de informática do SUS – DATASUS.** Informações da saúde (Tabnet) – epidemiológicas e morbidade: Sífilis em gestante - Casos confirmados por Ano Diagnóstico segundo Reg.Saúde/Município de notificação. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinannet/cnv/sifilisgestanters.def>>. Acesso em 22 jun. 2019

_____. Ministério da Saúde. **Departamento de informática do SUS – DATASUS.** Informações da saúde (Tabnet) – epidemiológicas e morbidade: Sífilis em gestante casos confirmados notificados no sistema de informação de agravos de notificação no RS. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinannet/cnv/sifilisgestanteRS.def>>. Acesso em 05 jul. 2019

_____. Ministério da Saúde. **Departamento de informática do SUS – DATASUS.** Informações da saúde (Tabnet) – epidemiológicas e morbidade: Sífilis em gestante casos confirmados notificados no sistema de informações de agravos de notificação no Brasil. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinannet/cnv/sifilisgestantebr.def>> Acesso 05 jul. 2019

_____. Ministério da Saúde. **Doenças infecciosas e parasitárias:** guia de bolso / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – 8. ed. rev. – Brasília Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. **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.

_____. Ministério da Saúde. Portal SINAM – **Sistema de Informação de Agravos de Notificação** – Sífilis Congênita. Disponível em <<http://portalsinan.saude.gov.br/sifilis-congenita>>. Acesso em 22 jun. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **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 Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. – Brasília: Ministério da Saúde, 2019b.

_____. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. – Brasília: Ministério da Saúde, 2019c.

_____. SPSP. **Sociedade Brasileira de Pediatria de São Paulo**. Sífilis congênita: prevenção, tratamento e seguimento. Disponível em: <<http://www.spsp.org.br/2016/09/22/sifilis-congenita-prevencao-tratamento-e-seguimento/>> Acesso em 07 jul 2019.

BOWEN, V. et al. Increase in incidence of congenital syphilis-United States 2012-2014. **MMWR. Morbidity and mortality weekly report**. 2015;64:1241-5

KORENROMP, E.L. et al. Global burden of maternal and congenital syphilis and associated adverse birth outcomes—Estimates for 2016 and progress since 2012. **PLoS ONE** 2019; 14(2): e0211720.

MOREIRA, S. et al. Alterações ósseas em lactentes com sífilis congênita. **J bras Doenças Sex Transm**. v. 21, n. 4, p. 175-178, 2009.

PADOVANI, C; OLIVEIRA, R.R; PELLOSO, S.M. Syphilis in during pregnancy: association of maternal and perinatal characteristics in a region of southern Brazil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 2018;26:e3019.

ROGOZÍSKA, E. et al. On-site test to detect syphilis in pregnancy: a systematic review of test accuracy studies. **BJOG** 2017;124:734–741.

SANTOS, T.D. et al. Perfil da sífilis gestacional e congênita no município de Santa Maria – RS: Vivências multidisciplinares para troca de saberes. **Revista Saúde** (Santa Maria), Vol.42, n.2, p. 215-224, Jul./Dez. 2016 Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/revistasaude/article/view/20691/pdf>> Acesso em 03 dez 2019.

Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. RESOLUÇÃO N° 486/18 – CIB/RS. 2ª ed. Porto Alegre, RS, 13 nov. 2018. Disponível em: <<https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20181155/19135558-cibr486-18.pdf>> Acesso em 04 dez 2019.

SLUTSKER, J. S.; HENNESSY, R. R.; SCHILLINGER, J. A. Factors Contributing to Congenital Syphilis Cases - New York City, 2010-2016. **MMWR. Morbidity and mortality weekly report**, v. 67, n. 39, p. 1088–1093, 2018.

SOUZA, B.S.O; RODRIGUES, R.M; GOMES, R.M.L. Análise epidemiológica de casos notificados de sífilis **Rev Soc Bras Clin Med.** 2018 abr-jun;16(2):94-8

TOLDO, M.K; MENEGAZZO, L.S; SOUTO, A.S. A recrudescência da sífilis congênita. **Arq. Catarin Med.** 2018 jan-mar; 47(1):02-10

World Health Organization. Global health sector strategy on sexually transmitted infections 2016–2021. Towards ending STIs. Report. Geneva: 2016 June. Report No.:WHO/RHR/16.09. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246296/WHO-RHR-16.09-eng.pdf?sequence=1>> Acesso em 03 dez 2019.

World Health Organization. Investment case for eliminating mother-to-child transmission of syphilis: Promoting better maternal and child health and stronger health systems. Geneva: WHO, 2012. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75480/9789241504348_eng.pdf?sequence=1> Acesso em 03 dez 2019.

ANEXOS

ANEXO A – Termo de confidencialidade

TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

Título do projeto: Análise dos casos de sífilis gestacional e congênita ocorridos em uma maternidade pública de risco habitual na cidade de Santa Maria – RS.

Pesquisador responsável: Manuel Albino Moro Torres

Demais pesquisadores: Bianca Crossetti Vaucher

Instituição de origem do pesquisador: Universidade Franciscana (UFN)

Área de Conhecimento: Medicina da Família e Comunidade

Curso: Medicina

Telefone para contato: (55) 999416268

Local da Coleta de dados: Hospital Casa de Saúde

O(s) pesquisador(es) do projeto acima identificado(s) assume(m) o compromisso de:

- I. Preservar o sigilo e a privacidade dos sujeitos cujas informações serão estudadas;
- II. Assegurar que as informações serão utilizadas, única e exclusivamente, para a execução do projeto em questão;
- III. Assegurar que os resultados da pesquisa somente serão divulgados de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificar o sujeito da pesquisa.

O(s) Pesquisador(es) declara(m) ter conhecimento de que as informações pertinentes às técnicas do projeto de pesquisa somente podem ser acessados por aqueles que assinaram o Termo de Confidencialidade, excetuando-se os casos em que a quebra de confidencialidade é inerente à atividade ou que a informação e/ou documentação já for de domínio público.

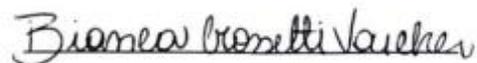


Assinatura Pesquisador Responsável

Nome: Manuel Albino Moro Torres

RG 1013334311

Santa Maria, ..03..... de ..JULHO..... de 2019.



Assinatura demais Pesquisador (es)

Nome: Bianca Crossetti Vaucher

RG 2093592638

ANEXO B – Parecer emitido pelo Comissão Científica da Casa de Saúde (COMIC)

**PARECER**

A Comissão Científica da Casa de Saúde AUTORIZA a realização do estudo intitulado: **“Análise dos casos de sífilis gestacional e congênita ocorridos em uma maternidade pública de risco habitual na cidade de Santa Maria - RS”**. Fomos informados pelo responsável do estudo sobre as características metodológicas e objetivos da pesquisa, bem como das atividades que serão realizadas na instituição. Antes de iniciar a coleta de dados, solicitamos o envio do Parecer emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos. Ao término da pesquisa, solicitamos a apresentação dos resultados à Instituição, através de envio de relatório final (modelo próprio da COMIC) no prazo de 60 dias após encerramento do estudo.

Santa Maria, 29 de Agosto de 2019.



Tatiana Miltz Perrone Pinto
Vice-coordenadora da COMIC

ANEXO C – Parecer consubstanciado do CEP



UNIVERSIDADE
FRANCISCANA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ANÁLISE DOS CASOS DE SÍFILIS GESTACIONAL E CONGÊNITA OCORRIDOS EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA DE RISCO HABITUAL NA CIDADE DE SANTA MARIA - RS.

Pesquisador: MANUEL ALBINO MORO TORRES

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 21018719.1.0000.5306

Instituição Proponente: SOC CARIT E LIT SAO FRANCISCO DE ASSIS ZONA NORTE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.596.297

Apresentação do Projeto:

A Sífilis é uma infecção de caráter sistêmico, causada pelo *Treponema pallidum* (*T. pallidum*), exclusiva do ser humano, e que, quando não tratada precocemente, pode evoluir para uma enfermidade crônica, com sequelas irreversíveis em longo prazo. Conforme o Manual Técnico para o Diagnóstico de Sífilis do Ministério da Saúde, a sífilis, ou LUES, como era conhecida anteriormente, é considerada uma IST e, assim, transmitida predominantemente pelo contato sexual. O contágio é maior nos estágios iniciais da infecção, o qual se reduz gradativamente conforme ocorre a progressão da doença. Outra forma de transmissão da infecção é através da placenta durante a gestação, isso ocorre quando a gestante portadora de sífilis não é tratada, ou se nessa ocasião realiza o tratamento de maneira inadequada. A transmissão para o recém-nascido pode ocorrer com o contato com as lesões genitais durante o parto, contudo é menos frequente. Na gestante com sífilis recente não tratada, a taxa de transmissão vertical é de 70% a 100%, e na sífilis tardia 30%, podendo ocorrer abortamento, natimorto ou morte perinatal em aproximadamente 40% das crianças infectadas. Mais de 50% dessas são assintomáticas ao nascimento, com grande probabilidade do desenvolvimento de graves sequelas. No Brasil, há relatos de uma crescente ocorrência de sífilis no binômio mãe-filho, em especial, no Rio Grande do Sul. Conforme dados do DATASUS em 2016 foram notificadas 11 gestantes com sífilis, em 2017 foram 385 e em 2018 foram 3.723 casos registrados no Estado. No mesmo

Endereço: R. dos Andrada, 1614 - Prédio da Reitoria - Campus I - 6º andar
Bairro: Centro **CEP:** 97.010-032
UF: RS **Município:** SANTA MARIA
Telefone: (55)3220-1200 **Fax:** (55)3222-6484 **E-mail:** cep@ufn.edu.br



UNIVERSIDADE
FRANCISCANA



Continuação do Parecer: 3.596.297

científica. Através de seus resultados poderá avaliar os casos de sífilis gestacional e congênita ocorridos nos últimos dois anos na Maternidade do Hospital Casa de Saúde.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo de pesquisa apresenta todos os Termos e documentos preconizados pela Resolução CNS nº466/12.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

É necessário ressaltar que o projeto encontra-se bem estruturado, fundamentado e metodologicamente adequado aos objetivos propostos. Os autores citam a carta circular 039/2011/CONEP/CNS/GB/MS, demonstrando apropriação das resoluções pertinentes. Assim, diante da análise do projeto este comitê é favorável à aprovação do mesmo.

Considerações Finais a critério do CEP:

Toda e qualquer alteração do Projeto, assim como os eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente a este Comitê. O pesquisador deve apresentar relatório final da pesquisa, ao CEP, via Plataforma Brasil, no mês de março/20, conforme determinação do CONEP.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_1430823.pdf	11/09/2019 20:16:58		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	TFGBiancaCrossettiVaucher.pdf	11/09/2019 20:14:02	MANUEL ALBINO MORO TORRES	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostoass.pdf	11/09/2019 20:12:25	MANUEL ALBINO MORO TORRES	Aceito
Outros	PlanilhaColetadados.pdf	06/09/2019 16:04:46	MANUEL ALBINO MORO TORRES	Aceito
Outros	autorizacaoinstitucional.pdf	06/09/2019 16:04:20	MANUEL ALBINO MORO TORRES	Aceito
Outros	Confidencialidade.pdf	06/09/2019 16:03:08	MANUEL ALBINO MORO TORRES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: R. dos Andrada, 1614 - Prédio da Reitoria - Campus I - 6º andar
 Bairro: Centro CEP: 97.010-032
 UF: RS Município: SANTA MARIA
 Telefone: (55)3220-1200 Fax: (55)3222-6484 E-mail: cep@ufn.edu.br



UNIVERSIDADE
FRANCISCANA



Continuação do Parecer: 3.596.297

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SANTA MARIA, 24 de Setembro de 2019

Assinado por:
Alethéia Peters Bajotto
(Coordenador(a))

Endereço: R. dos Andrada, 1614 - Prédio da Reitoria - Campus I - 6º andar
Bairro: Centro CEP: 97.010-032
UF: RS Município: SANTA MARIA
Telefone: (55)3220-1200 Fax: (55)3222-6484 E-mail: cep@ufn.edu.br

TFG II – FICHA DE AVALIAÇÃO FINAL

ALUNO: _____

	CRITÉRIOS	VALOR	NOTA
Apresentação Oral: Didática / Domínio do tema	Domínio do assunto / Sequência lógica da apresentação / Voz com volume adequado / Fala dirigindo-se a todos / Dicção clara / Recursos audiovisuais adequados / Capacidade de sintetizar / Utilização de terminologia adequada / Capacidade de debater o assunto / Uso do tempo.	Até 3,0	
Avaliação Escrita / Redação do TFG	Aspecto estrutural do TFG, normatização, documentos necessários.	Até 1,0	
	Domínio das habilidades que envolvem a escrita (linguagem, clareza e objetividade).	Até 2,0	
Quanto ao conteúdo do TFG	Relevância do trabalho (contribuição que o trabalho oferece para a comunidade acadêmica e/ou científica).	Até 0,5	
	Coerência entre a problematização e os procedimentos metodológicos.	Até 1,5	
	Fontes bibliográficas atualizadas (Artigos científicos).	Até 1,0	
Espaço para o orientador	Interesse do aluno em aprofundar conhecimentos relativos à temática do TFG / Assiduidade e pontualidade / Entrega dos materiais e trabalho final no prazo estipulado.	Até 1,0	
	Nota Final	10,0	

- () Sem correções a fazer
 () Com correções a fazer
 () Redigir novo trabalho e submeter novamente à banca

ORIENTADOR_____
PROFESSOR 1_____
PROFESSOR 2