

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ - UFPI  
CAMPUS SENADOR HELVÍDIO NUNES DE BARROS  
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

VALDIVÂNIA DOS SANTOS PACHECO

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS CASOS DE SÍFILIS GESTACIONAL  
NOTIFICADOS NO MUNICÍPIO DE PICOS-PIAUÍ**

PICOS-PIAUÍ

2015

VALDIVÂNIA DOS SANTOS PACHECO

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS CASOS DE SÍFILIS GESTACIONAL  
NOTIFICADOS NO MUNICÍPIO DE PICOS-PIAUI**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí, Campus Senador Helvídio Nunes de Barros, como parte dos requisitos necessários para a obtenção do Grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Me. Valéria de Lima Barros.

PICOS-PIAUI

2015

**FICHA CATALOGRÁFICA**  
Serviço de Processamento Técnico da Universidade Federal do Piauí  
Biblioteca José Albaro de Macêdo

**P1162p** Pacheco, Valdivânia dos Santos.  
Perfil epidemiológico dos casos de sífilis gestacional notificados  
no município de Picos-Piauí / Valdivânia dos Santos Pacheco. – 2015.  
CD-ROM : il.; 4 ¾ pol. (55 f.)  
Monografia(Bacharelado em Enfermagem) – Universidade Federal do  
Piauí, Picos, 2015.

Orientador(A): Prof.<sup>a</sup> Ms. Valéria de Lima Barros.

1. Sífilis-Perfil epidemiológico 2. Sífilis-Gestante. 3. Vigilância  
epidemiológica. I. Título.

**CDD 616.951 3**

VALDIVÂNIA DOS SANTOS PACHECO

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS CASOS DE SÍFILIS GESTACIONAL  
NOTIFICADOS NO MUNICÍPIO DE PICOS-PIAUI**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao curso de Enfermagem da  
Universidade Federal do Piauí, Campus Senador  
Helvídio Nunes de Barros, como parte dos  
requisitos necessários para obtenção do grau de  
Bacharel em Enfermagem.

Data da aprovação: 19 / 04 / 2015

**BANCA EXAMINADORA:**

Valéria Lima de Barros

Profª. Ms. Valéria Lima de Barros.

Universidade Federal do Piauí/Campus Sen. Helvídio Nunes de Barros  
Presidente da Banca

Dayze Djanira Furtado de Galiza

Profª. Ms. Dayze Djanira Furtado de Galiza.

Universidade Federal do Piauí/Campus Sen. Helvídio Nunes de Barros  
1º. Examinador(a)

Maria Sauanna Sany de Moura

Enfª Esp. Maria Sauanna Sany de Moura

Universidade Federal do Piauí/Campus Sen. Helvídio Nunes de Barros  
2º. Examinador(a)

Aos meus pais (Ezequias e Maria do Socorro),  
pelo amor incondicional, compreensão,  
preocupação e por me inspirar todos os dias a  
ser uma pessoa melhor.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, companheiro de todas as horas, o meu agradecimento inicial e mais profundo, por me conceber a vida, por me dar a família mais preciosa que eu poderia ter e por permitir as escolhas da minha própria história.

Aos meus queridos pais, por terem me mostrado o verdadeiro significado da palavra **FAMÍLIA**, ensinando valores que serão importantes por toda a minha vida. Mãe, obrigada pelas expressões de amor e aconchego, por me inspirar todos os dias a ser uma pessoa melhor, devido aos seus exemplos de dedicação e perseverança. Quisera eu ter metade da força que a senhora tem! Pai, tudo o que hoje sou devo ao senhor, homem trabalhador e de muita fé, obrigada por sempre acreditar no meu potencial. **PAI e MÃE**, todas as palavras do mundo seriam insuficientes para expressar minha gratidão. Amo vocês!

Aos meus irmãos Vinícius e Bruna pela torcida sincera, pelo carinho e pelos momentos de diversão. Aos meus grandes amigos Manuela Sousa e Antônio Carlos por sempre estarem presentes nos momentos mais especiais da minha vida ao longo de tanto tempo.

Ao meu melhor amigo e namorado, Paulo Henrique, obrigada pelos ensinamentos, paciência e companheirismo durante toda essa trajetória.

Aos meus familiares, em especial, a minha tia Valdinete e ao meu avô Valdir, meu exemplo de fé e sabedoria, agradeço por depositarem confiança em mim e estarem sempre dispostos a me ajudar. Não tenho palavras para expressar meu amor e admiração por vocês!

Às minhas amigas, Mariana Leal e Janikele Oliveira, companheiras de aula, estágio, grupo de pesquisa e extensão, obrigada por tantos momentos especiais, por cada ajuda, por cada palavra amiga, enfim, por me aguentarem durante esses quatro anos e meio de correria.

À Regianne Kellyne e Rayla Moura, que apesar de nos encontrarmos já na metade do curso, tive a grande oportunidade de poder conhecê-las. Esse pequeno contato foi o bastante para que eu me apossasse da amizade de vocês.

À Profª. Me. Valéria de Lima Barros, pela orientação segura, constante e paciente, como, também, pelas suas sugestões, repartindo comigo seus conhecimentos que foram fundamentais na transformação do meu ideal.

Ao Grupo de Pesquisa Saúde Sexual e Reprodutiva pelas múltiplas discussões e escutas, que foram muito importantes nessa caminhada.

Enfim, agradeço aos companheiros do curso, que me acompanharam na fase da minha vida universitária, como também a todos os professores do Curso de Bacharelado em Enfermagem do Campus de Picos, que contribuíram para minha formação.

“Imagine uma nova história para a sua vida e acredite nela.”

(Paulo Coelho)

## RESUMO

Atualmente, a sífilis permanece como um grave problema de saúde pública, apesar de ser uma doença de relativa simplicidade diagnóstica e fácil manejo clínico terapêutico. Quando ocorre durante a gravidez, necessita de intervenção imediata, com vistas à redução da transmissão vertical, pode ocorrer em qualquer estágio da gestação ou fase clínica da doença, implicando em graves sequelas perinatais. Este estudo teve por objetivo traçar o perfil epidemiológico dos casos de sífilis em gestantes notificados no município de Picos-PI. Trata-se de um estudo documental, descritivo, retrospectivo, com abordagem quantitativa, desenvolvido no serviço de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde de Picos-PI, no período de Setembro de 2014 a Junho de 2015, compreendendo todos os casos de sífilis em gestantes residentes no município, que foram diagnosticados e notificados no período de 2010 a 2014. Os dados foram coletados a partir das fichas de investigação dos casos notificados à Diretoria de Vigilância Epidemiológica pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Este trabalho é um recorte de um projeto maior, intitulado, Educação em Saúde: Estratégias para o Enfrentamento da Sífilis no Contexto da Atenção Básica, no qual foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí, para análise dos preceitos bioéticos (autonomia, não maleficência, beneficência e justiça). Constatou-se através dos resultados que a prevalência de sorologia positiva para sífilis gestacional ainda é alta, tendo sido notificados 94 casos no espaço temporal estudado. Em relação aos dados sociodemográficos, houve maior prevalência de mulheres com baixo nível instrucional (53,3%), na faixa etária de 20 a 29 anos (61,7%), donas de casa (42,2%), residentes na zona urbana (73,4%) e da raça parda (63,8%). No que diz respeito às características dos casos, 37,2% das gestantes estavam no terceiro trimestre gestacional, 40,4% dos casos foram classificados como sífilis primária e quase todas realizaram o tratamento com Penicilina G benzatina (93,6%), prevalecendo a dosagem de 7.200.000UI (72,3%). Em relação ao tratamento do parceiro, o estudo mostrou que 45,7% não o realizaram concomitantemente à gestante. Diante do que foi exposto, é visível a necessidade de implementar ações que visem o controle da sífilis gestacional, intensificando a notificação e reduzindo o subregistro, além de reforçar medidas relacionadas à promoção da saúde sexual e reprodutiva da população, realizando o diagnóstico e tratamento precoce, com vistas a evitar a sífilis congênita.

**Palavras-Chave:** Perfil Epidemiológico. Sífilis. Gestante. Vigilância Epidemiológica.

## ABSTRACT

Currently, syphilis remains a serious public health problem, despite being a disease of relative simplicity and easy diagnostic therapeutic clinical management. When it occurs during pregnancy, you need immediate intervention, in order to reduce vertical transmission, can occur at any stage of pregnancy or clinical stage of the disease, resulting in serious perinatal sequelae. This study aimed to trace the epidemiological profile of cases of syphilis in pregnant women reported in the city of Picos-PI. It is a documentary study, descriptive, retrospective study with a quantitative approach, developed in the Epidemiological Surveillance Service of the Municipal Health Picos-PI, from September 2014 to June 2015, including all cases of syphilis in pregnant women living in the city, who were diagnosed and reported in the period 2010 to 2014. Data were collected from the investigation forms of cases notified to the Directorate of Epidemiological Surveillance by the Notifiable Diseases Information System (SINAN). This work is a cutout of a larger project entitled, Health Education: Strategies for Confronting Syphilis in Basic Attention context in which it was submitted to the Ethics Committee of the Federal University of Piauí, for analysis of bioethical principles (autonomy, non-maleficence, beneficence and justice). It was found from the results that the prevalence of positive serology for gestational syphilis is still high, have been notified in 94 cases studied timeline. Regarding the socio-demographic data, there was a higher prevalence of women with low instructional level (53.3%), aged 20-29 years (61.7%), housewives (42.2%), residents in the area urban (73.4%) and mulattos (63.8%). With regard to the characteristics of the cases, 37.2% of pregnant women in the third trimester were 40.4% of cases were classified as primary syphilis and almost all underwent the treatment with penicillin G benzathine (93.6%), whichever 7.200.000UI dosing (72.3%). Regarding the partner treatment, the study showed that 45.7% were not screened simultaneously to pregnant women. In the face of the foregoing, it is apparent the need to implement actions aimed at controlling the gestational syphilis, intensifying the notification and reducing the undercount in addition to enhancing measures related to the promotion of sexual and reproductive health of the population, making early diagnosis and treatment , in order to prevent congenital syphilis

**Keywords:** Epidemiological Profile. Syphilis. Pregnant. Epidemiological Surveillance.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

### GRÁFICOS

- Gráfico 01.** Distribuição dos casos notificados de sífilis em gestante. Picos-PI, 2010 - 2014..... 27
- Gráfico 02.** Distribuição dos casos de sífilis gestacional segundo a fonte notificadora. Picos-PI, 2010 - 2014..... 28

### TABELAS

- Tabela 01.** Características sociodemográficas das gestantes com sífilis. Picos-PI, 2010-2014..... 28
- Tabela 02.** Características dos casos de sífilis em gestantes. Picos-PI, 2010 - 2014..... 30
- Tabela 03.** Antecedentes epidemiológicos da parceria sexual. Picos-PI, 2010 - 2014..... 31

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
FTA-Abs	Treponemal Antibody-Absorption
HIV	Human Immunodeficiency Virus
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
RPR	Rapid Plasma Reagin
SINAN	Sistema de Informação de Notificação e Agravado
SUS	Sistema Único de Saúde
SC	Sífilis Congênita
SG	Sífilis Gestacional
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
TPHA	T. pallidum Haemagglutination Test
TRS	Teste Rápido para Sífilis
US	Unidade de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
VDRL	Veneral Diseases Research Laboratory

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>13</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>16</b>
2.1	Geral.....	16
2.2	Específicos.....	16
<b>3</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>17</b>
3.1	Sífilis: considerações iniciais.....	17
3.1.1	Definição.....	17
3.1.2	Classificação.....	17
3.1.3	Diagnóstico.....	18
3.1.4	Tratamento.....	19
3.2	Sífilis na gestação e Atenção pré-natal.....	19
3.3	Transmissão vertical da sífilis.....	20
3.4	Vigilância Epidemiológica.....	20
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>23</b>
4.1	Tipo de estudo.....	23
4.2	Local e período de estudo.....	23
4.3	População e amostra do estudo.....	24
4.4	Coleta de dados.....	25
4.5	Variáveis do estudo.....	25
4.6	Análise dos dados.....	25
4.7	Aspectos éticos legais.....	26
<b>5</b>	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>27</b>
<b>6</b>	<b>DISCUSSÃO.....</b>	<b>32</b>
<b>7</b>	<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>39</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>41</b>
	<b>APÊNDICES.....</b>	<b>45</b>
	APÊNDICE A - Instrumento de Coleta de Dados.....	46
	APÊNDICE B - Termo de Fiel Depositário.....	48
	<b>ANEXOS.....</b>	<b>49</b>
	ANEXO A - Autorização Institucional.....	50
	ANEXO B - Parecer Consubstanciado do CEP.....	51

## 1 INTRODUÇÃO

Atualmente, a sífilis permanece como um grave problema de saúde pública, apesar de ser uma doença de relativa simplicidade diagnóstica e fácil manejo clínico terapêutico. Causada pelo *Treponema pallidum*, é transmitida por via sexual ou verticalmente. Quando ocorre durante a gravidez, necessita de intervenção imediata, com vistas à redução da transmissão vertical, pode ocorrer em qualquer estágio da gestação ou estado clínico da doença, implicando em graves sequelas perinatais.

Em meio às inúmeras doenças que podem acometer a mulher durante o ciclo gravídico-puerperal, a sífilis é a que apresenta as maiores taxas de infecção por transmissão vertical, variando de 70 a 100% nas fases primária e secundária, e reduzindo-se para 30% nas fases latente tardia e terciária da infecção materna. Com relação aos desfechos, o aborto espontâneo, natimorto ou a morte perinatal estão presentes em aproximadamente 40% das crianças infectadas a partir da gestante não tratada ou tratada de forma inadequada (BRASIL, 2013).

A partir do ano de 2005, o Ministério da Saúde (MS) incluiu a sífilis em gestantes na lista de agravos de notificação compulsória, numa tentativa de controlar a transmissão vertical do *Treponema pallidum* e acompanhar adequadamente o processo da infecção, podendo assim, planejar e avaliar medidas de tratamento, prevenção e controle (BRASIL, 2006a).

Para fins de vigilância epidemiológica, considera-se caso de sífilis gestacional, devendo este ser notificado, toda gestante que durante o pré-natal apresente evidência clínica de sífilis e/ou sorologia não treponêmica reagente, com teste treponêmico positivo ou não realizado. A notificação é feita pelo preenchimento e envio da ficha de notificação e investigação epidemiológica de caso, e deve ser feita pelo médico ou outro profissional de saúde no exercício de sua função (BRASIL, 2009).

No Brasil, entre 2005 e junho de 2014, foram notificados ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) 100.790 casos de sífilis em gestantes, dos quais a maioria ocorreu nas Regiões Sudeste e Nordeste, com 42,1% e 23,5% casos, respectivamente. Em 2014, o número total de casos notificados foi de 21.382, sendo 10.052 (47,0%) na Região Sudeste, 4.433 (20,7%) na Região Nordeste, 2.795 (13,1%) na Região Sul, 2.141 (10,0%) na Região Norte e 1.961 (9,2%) na Região Centro-Oeste (BRASIL, 2015a).

Ainda nesse mesmo ano, a taxa de detecção no país como um todo, evidenciou uma proporção de 7,4 casos de sífilis em gestantes por 1.000 nascidos vivos, taxa esta superada pelas Regiões Sudeste (8,7) e Centro-Oeste (8,5) (BRASIL, 2015a).

Seguindo a tendência nacional, a maioria dos estados apresentou aumento na taxa de detecção de 2012 para 2013, sendo o Piauí responsável pelo maior aumento (75,9%). Entre 2005 a junho de 2014, o estado notificou um total de 938 casos de sífilis em gestantes, apresentando em 2013 uma taxa de detecção de 5,1 (por 1.000 nascidos vivos) (BRASIL, 2015a).

A notificação e vigilância desse agravo são de extrema importância para o monitoramento da transmissão vertical, visando com isso, garantir uma melhor assistência às gestantes, sendo esta de forma integral e adequada às suas necessidades, conforme recomenda a Política Nacional de Atenção Integral Saúde da Mulher (BRASIL, 2011a).

Com isso, a qualidade da assistência à gestação e parto é um importante determinante na redução das taxas de transmissão vertical da sífilis e o controle da doença tem como fundamento a triagem sorológica e o tratamento adequado de gestantes e parceiros.

Frente a essa problemática, a maneira mais concreta de efetivar a prevenção e o controle da sífilis congênita está no compromisso da atenção básica em oferecer a toda gestante uma assistência pré-natal de qualidade, garantindo que seja realizado o diagnóstico precoce e o tratamento adequado para evitar a transmissão vertical da doença.

Desse modo, considerando-se que a notificação compulsória dos casos de doenças ou agravos configura-se a principal fonte de informação para a vigilância epidemiológica, questiona-se: qual o perfil epidemiológico da sífilis gestacional no município de Picos-Piauí?

A realização do estudo justifica-se, uma vez que conhecer o perfil epidemiológico de uma doença ou agravo permite a adoção de medidas direcionadas com vistas à prevenção e controle dos mesmos.

Acredita-se, portanto, que a sua realização é de suma importância, levando-se em consideração a alta incidência de sífilis em gestantes, a elevada taxa de transmissão vertical e as graves repercussões de morbimortalidade por essa infecção, pois devido ao simples diagnóstico e ao fácil manejo clínico/terapêutico da sífilis na gestação, esta é considerada um verdadeiro marcador da qualidade de assistência à saúde materno-fetal. Vale destacar também que as medidas de prevenção da doença são simples e de baixo custo, enquanto o tratamento de uma criança com sífilis congênita é bastante prolongado e oneroso (COSTA et al, 2013).

Diante dessas constatações, este estudo torna-se relevante por possibilitar a identificação do perfil da sífilis gestacional no município, o que servirá de embasamento para as ações de prevenção e controle da sífilis congênita a serem adotadas pelos serviços de saúde. Além disso, as informações da vigilância epidemiológica são fundamentais para

subsidiar os profissionais de saúde na tomada de decisões, com vistas à adoção de medidas de intervenção.

## **2 OBJETIVOS**

### 2.1 Geral

- Traçar o perfil epidemiológico dos casos de sífilis em gestantes notificados no município de Picos-PI.

### 2.2 Específicos

- Identificar o perfil sociodemográfico e obstétrico destas gestantes;
- Verificar o percentual das gestantes com exame de VDRL reagente em qualquer período gestacional, ou na ocasião do parto, que não foram adequadamente tratadas;
- Averiguar os antecedentes epidemiológicos da parceria sexual.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 Sífilis: considerações iniciais

##### 3.1.1 Definição

É uma doença infecciosa crônica causada pela bactéria *Treponema pallidum*, uma espiroqueta de alta patogenicidade, adquirida, na maior parte das vezes, por contato sexual com pessoa infectada ou por via vertical, o que pode gerar, respectivamente, as formas adquirida e congênita da doença (BRASIL, 2013).

É um exemplo de Doença Sexualmente Transmissível (DST) que pode ser controlada por meio de ações e medidas disponibilizadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), pois este oferece um tratamento eficaz, seguro e de baixo custo para os portadores da doença. Contudo, ainda possui alta incidência, tornando-se assim, um grave problema de saúde pública (HOLANDA et al, 2011).

##### 3.1.2 Classificação

As manifestações clínicas da sífilis estão interligadas com os estágios da doença, que se diferenciam a depender do tempo da infecção, podendo ser classificada em primária, secundária, latente e terciária. Divide-se, ainda, em recente, nos casos em que o diagnóstico é feito em até um ano depois da infecção, e tardia, quando o diagnóstico é realizado após um ano (BRASIL, 2013).

A fase primária ocorre entre 10 e 90 dias (média de 21) após o contato sexual infectante. É caracterizada pelo aparecimento de uma lesão primária denominada cancro duro, a qual manifesta-se como uma lesão erosada ou ulcerada, geralmente única e indolor, com bordas endurecidas, fundo liso e brilhante, localizada no pênis, vulva, vagina, colo uterino, ânus, boca, ou outros locais do tegumento. Após uma ou duas semanas surge a adenopatia regional múltipla, não supurativa, móvel e indolor. Esta lesão inicial desaparece dentro de duas a seis semanas, mesmo sem tratamento (BRASIL, 2015b).

Na sífilis secundária os sintomas surgem em média entre seis semanas e oito meses após a infecção. É caracterizada por erupção cutânea por todo o corpo, pápulas palmo-plantares, febre, mal-estar, celaléia, adinamia e linfadenopatia generalizada. Esta fase dura de quatro a oito semanas e é seguida por períodos de latência cada vez mais duradouros (BRASIL, 2015b).

A fase latente correspondente ao estágio inativo da sífilis, em que não há sintomas, pode perdurar por anos sem que a pessoa sinta nada, onde somente a realização de testes sorológicos poderá evidenciar o diagnóstico (BRASIL, 2015b).

Esta fase divide-se em precoce e tardia. A fase latente precoce se estende do desaparecimento dos sintomas do secundarismo até o final do primeiro ano da doença. A doença assintomática com mais de um ano de duração recebe o nome de fase latente tardia e, se não diagnosticada e tratada, pode se desenvolver para o próximo estágio, o terciário – mais grave de todos. (BRASIL, 2013).

A sífilis terciária ocorre aproximadamente em 30% das infecções não tratadas depois de um longo período de latência, podendo surgir vários anos ou décadas após a contaminação. A infecção levará ao comprometimento de vários sítios, notadamente, dos ossos, fígado e músculos, além do sistema nervoso central e cardiovascular, em cerca de 40% dos indivíduos infectados e não tratados (BRASIL, 2015b).

### 3.1.3 Diagnóstico

De uma forma geral, a utilização de testes sorológicos permanece como sendo a principal forma de se estabelecer o diagnóstico da sífilis. Dividem-se em não-treponêmicos (VDRL, RPR) e treponêmicos (TPHA, FTA-ABs, ELISA), sendo os últimos testes mais específicos, utilizados para confirmar a infecção treponêmica (BRASIL, 2013).

Atualmente, são utilizados também os testes rápidos para sífilis (TRS) para fins de diagnóstico. A introdução do TRS para melhorar a cobertura de triagem para sífilis na gravidez faz parte da proposta de qualificação da atenção pré-natal dentro da estratégia Rede Cegonha do MS. Esta visa garantir atendimento de qualidade no SUS, desde a confirmação da gestação até os dois primeiros anos de vida do bebê. Ela deve ter atuação integrada às demais políticas para a saúde da mulher no país. Conforme as diretrizes gerais e operacionais da estratégia, deve ser assegurado às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada durante a gravidez, o parto e o pós-parto, e às crianças o direito ao nascimento seguro, crescimento e desenvolvimento saudável (BRASIL, 2012a).

Os TRS são exames treponêmicos bastantes práticos e de fácil execução, realizados no consultório com sangue total ou gota obtida da ponta de dedo, sem necessidade de qualquer equipamento. Apresentam como vantagem a possibilidade de diagnóstico em até 20 minutos e, conseqüentemente, imediato tratamento em lugares sem recursos laboratoriais. As desvantagens incluem custo, garantia de provisão e boas condições de armazenamento e

treinamento dos profissionais que vão realizar o teste. Além disso, por ser também um teste treponêmico, permanece positivo, mesmo na situação de sífilis prévia e adequadamente tratada (AMARAL, 2012).

### 3.1.4 Tratamento

O tratamento da sífilis é realizado com a penicilina G benzatina (droga de escolha), variando a dosagem de acordo com o estágio da doença: Sífilis primária - penicilina G benzatina 2,4 milhões UI, via intramuscular, em dose única (1,2 milhões, IM, em cada glúteo); Sífilis secundária e latente recente (menos de um ano de evolução) - penicilina G benzatina 2,4 milhões UI, via intramuscular, repetida após uma semana, dose total de 4,8 milhões UI; Sífilis latente tardia, terciária ou com evolução por tempo indeterminado - penicilina G benzatina 2,4 milhões UI, via intramuscular, semanal, por três semanas, dose total de 7,2 milhões UI (BRASIL, 2013).

### 3.2 Sífilis na gestação e Atenção pré-natal

A sífilis na gestação é um grave problema de saúde pública, responsável por altos índices de morbimortalidade intrauterina. Pode acarretar graves consequências à gestação, levando a desfechos perinatais adversos como abortamento espontâneo, morte fetal e neonatal, prematuridade e danos à saúde do recém-nascido com repercussões psicológicas e sociais (DOMINGUES et al, 2014).

Para o combate ao agravo é imprescindível que durante o pré-natal a gestante realize pelo menos dois testes sorológicos não treponêmicos (VDRL), um no primeiro trimestre gestacional e outro aproximadamente na 30ª semana de gestação, sendo que também se torna necessário realizá-lo no momento da internação hospitalar, seja para parto ou curetagem uterina pós-abortamento (BRASIL, 2013).

O tratamento materno adequado é todo tratamento completo, compatível ao estágio da doença, feito com penicilina (única droga capaz de atravessar a barreira placentária e, conseqüentemente, beneficiar o feto protegendo da sífilis congênita) e finalizado pelo menos 30 dias antes do parto, tendo sido o parceiro tratado concomitantemente (BRASIL, 2005).

É considerado tratamento inadequado para a sífilis materna todo aquele realizado com qualquer outro medicamento que não seja a penicilina; tratamento incompleto, mesmo tendo sido feito com penicilina; tratamento com doses incorretas para a fase clínica da doença; tratamento dentro do prazo dos 30 dias anteriores ao parto; ausência de documentação que

comprove tratamento anterior; não apresentação da queda de títulos sorológicos após tratamento; parceiro não tratado, inadequadamente tratado, ou quando não houver informação disponível a respeito do seu tratamento (BRASIL, 2005).

Apesar de possuir um diagnóstico relativamente simples e tratamento eficaz, seguro e de baixo custo, o número de casos de sífilis gestacional notificados permanece elevado, principalmente em países pobres ou em desenvolvimento (GALBAN et al., 2007).

Desse modo, o diagnóstico precoce e tratamento adequado da gestante e de seu(s) parceiro(s) sexual(ais) é fundamental para afastar a possibilidade de infecção do feto. A assistência pré-natal constitui-se o momento ideal para a adoção de tais medidas de prevenção e controle do agravo, com vistas à eliminação da SC.

### 3.3 Transmissão vertical da sífilis

A sífilis congênita é uma infecção transmitida pela gestante infectada ao seu concepto por via transplacentária, conhecida como transmissão vertical, podendo ocorrer em qualquer fase gestacional ou estágio da doença materna (BRASIL, 2015b). Sem qualquer ação profilática, o risco de que isso aconteça é de 25% a 30%. Se aplicadas todas as medidas preconizadas, a taxa de transmissão vertical do HIV seria reduzida para níveis inferiores a 2% (BRASIL, 2014).

A sífilis congênita precoce ocorre nos dois primeiros anos de vida da criança. Caracteriza-se por hepatomegalia com ou sem esplenomegalia, lesões cutâneas, periostite, osteíte ou osteocondrite (com alterações características ao estudo radiológico), pseudoparalisia dos membros, sofrimento respiratório com ou sem pneumonia, rinite serosanguinolenta, icterícia, anemia e linfadenopatia generalizada, meningite, convulsões, dentre outros (BRASIL, 2013).

Quando a sífilis congênita aparece após dois anos de idade é chamada de tardia e seus principais sinais são: tibia em “lâmina de sabre”, articulações de Clutton, fronte “olímpica”, nariz “em sela”, dentes incisivos medianos superiores deformados (dentes de Hutchinson), molares em “amora”, rágades periorais, mandíbula curta, arco palatino elevado, ceratite intersticial, surdez neurológica e dificuldade no aprendizado (BRASIL, 2013).

### 3.4 Vigilância Epidemiológica

A vigilância epidemiológica é de extrema importância para o controle de diversas doenças em saúde pública. Trata-se, também, de ferramenta útil para o planejamento das

ações programáticas de prevenção e assistência, estabelecendo, com isso, uma política de controle de doenças.

Por ser uma doença de notificação compulsória, todos os casos detectados de sífilis devem ser registrados no SINAN. É dever de todo cidadão e obrigatório a médicos e outros profissionais de saúde no exercício da profissão, bem como os responsáveis por organizações e estabelecimentos públicos e privados de saúde, informar qualquer agravo de notificação compulsória, de acordo com a lei nº 6.259/1975.

A sífilis na gestação tornou-se um agravo de notificação compulsória desde a publicação da Portaria MS/SVS Nº 33, assinada em 14 de julho de 2005, sendo assim, é necessário identificar os casos para que possa haver ações de prevenção e controle deste agravo. Após confirmação do diagnóstico, a UBS deve preencher a ficha de notificação e remetê-la ao órgão competente de seu município (BRASIL, 2013). Estima-se que no Brasil a prevalência média da sífilis em parturientes varie entre 1,4% e 2,8%, com uma taxa de transmissão vertical de 25% (BRASIL, 2007).

O MS considerada caso de sífilis em gestante, devendo este ser notificado toda mulher que durante o pré-natal, parto ou curetagem apresente evidência clínica de sífilis e/ou sorologia não treponêmica reagente, com qualquer titulação e teste treponêmico positivo ou não realizado (BRASIL, 2009).

Já a sífilis congênita é um agravo de notificação compulsória no país desde 1986 (Port. GAB/MS nº 542, de 22 de dezembro de 1986). Em 2013, foram notificados 13.705 casos de sífilis em menores de um ano de idade no país, com taxa de incidência de 4,7 por 1.000 nascidos vivos (BRASIL, 2014).

Segundo o Guia de Vigilância Epidemiológica (BRASIL, 2009), deve ser notificado todo caso de sífilis congênita que se enquadre nos seguintes critérios de definição:

**Primeiro critério** – toda criança, ou aborto, ou natimorto de mãe com evidência clínica para sífilis e/ou com sorologia não treponêmica reagente para sífilis, com qualquer titulação, na ausência de teste confirmatório treponêmico, realizado no pré-natal ou no momento do parto ou curetagem, que não tenha sido tratada ou tenha recebido tratamento inadequado.

**Segundo critério** – todo indivíduo com menos de 13 anos de idade com as seguintes evidências sorológicas: titulações ascendentes (testes não treponêmicos); testes não treponêmicos reagentes após 6 meses de idade (exceto em situação de seguimento terapêutico); testes treponêmicos reagentes após 18 meses de idade; títulos em teste não treponêmico maiores do que os da mãe.

**Terceiro critério** – todo indivíduo com menos de 13 anos de idade, com teste não treponêmico reagente e evidência clínica e/ou líquórica e/ou radiológica de sífilis congênita.

**Quarto critério** – toda situação de evidência de infecção pelo *T. pallidum* em placenta ou cordão umbilical e/ou amostra da lesão, biópsia ou necropsia de criança, aborto ou natimorto

No Brasil, apenas 32% dos casos de sífilis gestacional e 17,4% de sífilis congênita são notificados. Esses dados refletem deficiências importantes na qualidade dos serviços da assistência no período pré-natal e no parto (BRASIL, 2007).

Na América Latina e no Caribe, calcula-se que, a cada ano, ocorrem cerca de 460.000 casos de sífilis gestacional, os quais provocam um número estimado de 164.000 a 344.000 casos de sífilis congênita ao ano (OPAS, 2010).

Em 2012, a taxa de detecção de sífilis em gestantes no país foi de 5,8 por 1.000 nascidos vivos e a taxa de incidência de sífilis congênita foi de 3,9 por 1.000 nascidos vivos (BRASIL, 2014). Entretanto, no ano de 2013 houve um aumento na taxa de detecção de sífilis em gestantes, 7,4 por cada 1.000 nascidos vivos, taxa superada pelas regiões Sudeste (8,7) e Centro-Oeste (8,5) (BRASIL, 2015a). Apesar das altas taxas de incidência obtidas com base nos dados do Sistema Nacional de Agravos de Notificação (Sinan), estima-se no Brasil um subregistro em torno de 67% (ARAÚJO, et al 2008).

Contudo, a ação mais consistente para controle da sífilis congênita está na garantia de uma assistência pré-natal ampla e de qualidade, garantindo-se o diagnóstico precoce e o tratamento em tempo hábil para a gestante e o parceiro. Além disso, em virtude do elevado número de subregistros, é necessário que haja uma melhora da qualidade das notificações para que ocorra o cumprimento da meta para a eliminação da sífilis congênita.

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo documental, descritivo, retrospectivo com abordagem quantitativa. Segundo Gil (2010) pesquisa documental assemelha-se à pesquisa bibliográfica, todavia as fontes que a constituem são documentos, como prontuários, livros de registros dos hospitais, dentre outros.

Estudos descritivos têm como objetivo principal descrever as características de determinada população ou fatos e fenômenos de uma determinada realidade. Este tipo de estudo promove um delineamento da realidade já que esta descreve, registra, analisa e interpreta a natureza atual ou os processos dos fatos (GIL, 2010).

O caráter retrospectivo do estudo indica que se remete a fatos passados. Ademais, classifica-se como quantitativa a investigação de fenômenos que se prestam a medição e quantificação precisa, frequentemente envolvendo um modelo rigoroso e controlado. Nesse tipo de pesquisa, manipulam-se estatisticamente os dados numéricos com o propósito de descrever fenômenos ou fazer inferências sobre os fenômenos relatados (POLIT e BECK, 2011).

### 4.2 Local e Período do estudo

O estudo foi desenvolvido no serviço de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde de Picos-PI, no período de Setembro de 2014 a Junho de 2015.

Esse município está localizado a 308 km da capital e possui uma população 73.414 habitantes (IBGE, 2010). Segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde de Picos, a cidade oferece amplo atendimento na área, tanto no setor público quanto no privado, atendendo a demanda da macrorregião em diversas especialidades. Atualmente conta com 36 Equipes de Saúde da Família, sendo 25 na zona urbana e 11 na zona rural.

O município ainda conta com seis Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), um SAMU, um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), um CTA (Centro de Testagem e Aconselhamento DST/AIDS), um Centro de Zoonoses, um Hospital O Dia, uma Policlínica, um Hospital Regional, um Pronto Atendimento Infantil Municipal (referência municipal para a pediatria), uma Clínica Integrada Saúde da Mulher (referência municipal para a saúde da mulher), dois Centros de Hemodiálise, um Hemocentro, sete outros hospitais, bem como uma extensa rede privada conveniada ao SUS de exames laboratoriais, clínicas de

fisioterapia/reabilitação e diagnóstico por imagem (SARGSUS, 2014). A Vigilância Epidemiológica abrange Picos e macrorregião.

A Secretaria Municipal de Saúde de Picos, na gestão plena de atenção básica, através da Vigilância Epidemiológica, adota medidas de prevenção e promoção de saúde no controle das doenças ou agravos, atenta aos fatores determinantes ou condicionantes que podem afetar a saúde da população (PICOS, 2013).

Com base na coleta de dados através das 58 unidades de saúde notificantes, com cobertura de 100% na zona urbana e rural, e ações descentralizadas em 36 equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), o departamento de Vigilância Epidemiológica de Picos realiza o processamento e análise das informações para conhecimento do comportamento das doenças ou agravos e, conseqüentemente, adotar medidas preventivas ou curativas. As ações estão integradas com outros departamentos de vigilância em saúde, conforme as normas e diretrizes do Ministério da Saúde e Secretaria Estadual de Saúde (PICOS, 2013).

Estão interligados ao Departamento de Vigilância Epidemiológica: Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC); Sistema de Informação sobre Agravos de Notificações (SINAN); Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM); Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica das Doenças Diarreicas Agudas (SIVEP-DDA); Gerenciamento de Ambiente Laboratorial (GAL), os quais tem o intuito de divulgar e esclarecer as informações obtidas, tentar subsidiar neste processo dinâmico de planejamento, avaliação, manutenção e aprimoramento das ações (PICOS, 2013).

Nesse sentido, a epidemiologia é uma ciência fundamental para a saúde pública, e tem dado grande contribuição à melhoria da saúde das populações. É essencial no processo de identificação e mapeamento de doenças emergentes. Na maioria das vezes, ocorrem grandes atrasos entre as descobertas epidemiológicas e a sua aplicação na população (BONITA et al., 2010).

#### 4.3 População e Amostra

A população do estudo compreendeu todos os casos de sífilis em gestantes residentes no município de Picos (PI), que foram diagnosticados e notificados no período de 2010 a 2014 na Vigilância Epidemiológica do município. Não houve necessidade de cálculo da amostra, pois a população considerada era inferior a 200 pessoas. Ao final, a população foi constituída por 94 fichas de investigação de sífilis em gestantes.

Como critérios de inclusão estabeleceu-se: casos notificados de sífilis em gestantes, documentados nos últimos cinco anos, cujas gestantes residiam no município de Picos-PI. Foram adotados como critérios de exclusão: documentos preenchidos com letra ilegível e/ou com mais de 50% dos espaços em branco. Contudo, nenhum documento atendeu a este critério.

#### 4.4 Coleta de dados

A coleta de dados foi efetuada pela pesquisadora, no período de Janeiro à Março de 2015, por meio de um formulário estruturado (APÊNDICE A), elaborado com base em variáveis conforme as informações do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), fichas de investigação de Sífilis em Gestante (BRASIL, 2010), que abordam elementos relevantes e que devem ser verificados, identificados e avaliados, com destaque para o exame VDRL reagente de mulheres em qualquer período gestacional, ou na ocasião do parto, que não foram adequadamente tratadas.

Contudo, a fim de evitar o vazamento das informações contidas nas fichas de notificação compulsória, a coleta de dados foi realizada em uma sala do próprio serviço, evitando assim, o trânsito dessas fichas fora da instituição. Ademais, foi assegurada à instituição a privacidade, proteção da identidade e dos dados coletados, e ainda total liberdade de desistência, em qualquer momento da pesquisa.

#### 4.5 Variáveis do estudo

Dentre as características abordadas no formulário de captura das informações estão as sociodemográficas (idade materna, nível de escolaridade, ocupação, moradia e raça/cor), dados obstétricos (trimestre gestacional); antecedentes epidemiológicos da gestante (classificação clínica da sífilis); dados laboratoriais (resultado dos exames: teste não treponêmico e treponêmico no pré-natal); tratamento da gestante (esquema de tratamento prescrito) e antecedentes epidemiológicos da parceria sexual (parceiro tratado concomitantemente à gestante, esquema de tratamento prescrito ao parceiro e motivo para a não realização do seu tratamento).

#### 4.6 Análise dos dados

Os dados foram compilados e analisados por meio do programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 20.0. Para a apresentação dos dados foram

utilizados gráficos e tabelas ilustrativas, contendo os números absolutos e as frequências relativas, cujas principais inferências foram corroboradas com a literatura pertinente.

#### 4.7 Aspectos éticos legais

Este trabalho é um recorte de um projeto maior, intitulado, Educação em Saúde: Estratégias para o Enfrentamento da Sífilis no Contexto da Atenção Básica, que foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí, para análise dos preceitos bioéticos (autonomia, não maleficência, beneficência e justiça), sendo aprovado com o parecer nº 983.664 (ANEXO B).

Empregou-se o Termo de Fiel Depositário (APÊNDICE B), com vistas a garantir o sigilo sobre os dados coletados. O emprego de tal instrumento resguarda os direitos do paciente, a confidencialidade e a privacidade, permitindo que as informações contidas nas fichas do SINAN, fichas de investigação de sífilis em gestantes somente sejam empregadas para fins estatísticos. A aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido não foi necessária devido ao uso exclusivo de fontes secundárias para a pesquisa e a impossibilidade de se obter o consentimento dos sujeitos.

O serviço de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde de Picos-PI foi previamente contatado, no intuito de se obter autorização para a entrada da pesquisadora no referido estabelecimento (ANEXO A). Foi esclarecida a instituição (local de coleta de dados) sobre o risco de desconforto de ordem psicológica, moral e ética, decorrentes da possibilidade de vazamento das informações contidas nas fichas de notificação compulsória. Ademais essa pesquisa trará maior conhecimento sobre o tema abordado, sem benefício direto para os participantes.

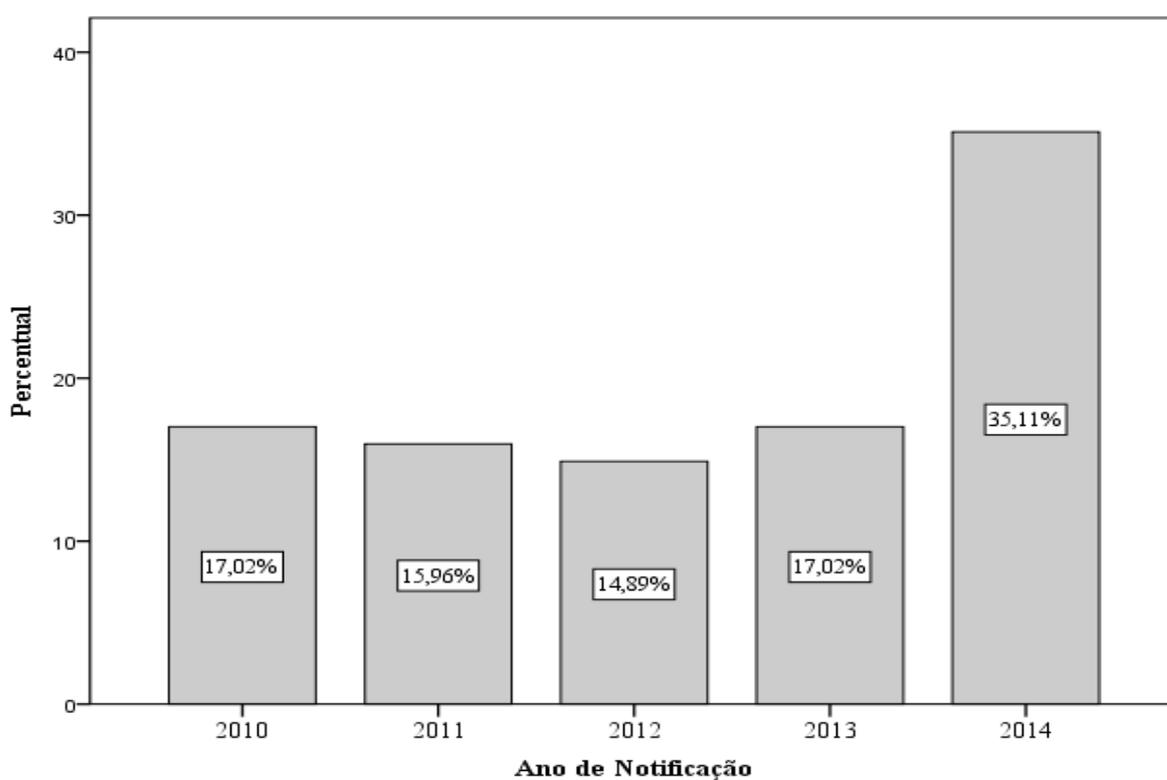
Dessa forma, foram tomados os cuidados explicitados nas Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo seres humanos, aprovadas pela Resolução nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012b).

## 5 RESULTADOS

Para expor os resultados da pesquisa optou-se, a princípio, por apresentar a evolução histórica dos 94 casos de sífilis gestacional notificados no município de Picos-PI durante os anos de 2010 a 2014 e, posteriormente, ilustrá-los através de gráficos e tabelas estratificadas pelas variáveis já citadas anteriormente.

O Gráfico 1 ilustra a distribuição dos casos notificados de sífilis em gestante no período de 2010 a 2014, no município de Picos-PI.

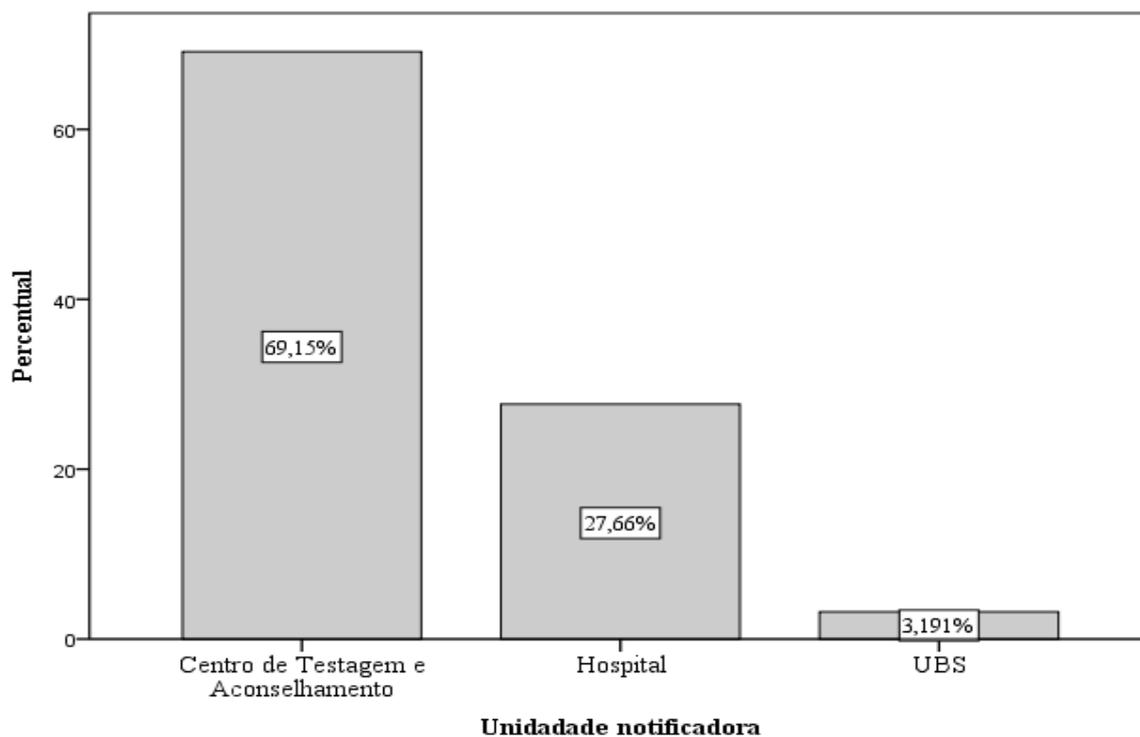
**Gráfico 1.** Distribuição dos casos notificados de sífilis em gestante. Picos-PI, 2010-2014.



Pode-se perceber que no ano de 2014 houve um aumento significativo do número de caso notificados (35,11%) em comparação aos demais, que se mantiveram estáveis ao longo da série histórica.

Verificou-se, a partir do Gráfico 2, as fontes do município responsáveis pela notificação dos casos no período estudado.

**Gráfico 2.** Distribuição dos casos de sífilis gestacional segundo a fonte notificadora. Picos-PI, 2010-2014.



Os resultados apresentados no Gráfico 2 mostram que o Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) realizou a maior parte das notificações de sífilis gestacional, equivalendo a 69,5% do total dos casos. Ressalta-se que apenas 3,19% dos casos foram notificados por Unidades Básica de Saúde (UBS). O restante dos casos (27,66%) foram notificados por um hospital do município.

Na Tabela 1, a seguir, apresenta os resultados referentes às características sociodemográficas das gestantes notificadas com sífilis no município.

**Tabela 1.** Características sociodemográficas das gestantes com sífilis. Picos-PI, 2010-2014.

Variável	Média (DP)	N	%
<b>Escolaridade</b>			
Analfabeta		01	1,1
Ensino Fundamental I (1ª a 4ª série) Incompleto		13	13,8
Ensino Fundamental I (1ª a 4ª série) Completo		04	4,3
Ensino Fundamental II (5ª a 8ª série) Incompleto		17	18,1
Ensino Fundamental II (5ª a 8ª série) Completo		15	16,0
Ensino Médio Incompleto		19	20,2
Ensino Médio Completo		15	16,0
Ensino Superior Incompleto		01	1,1
Ensino Superior Completo		02	2,1
Ignorado		03	3,2
Variável não preenchida		04	4,3

(continua)

**Tabela 01.** (continuação)

<b>Idade (anos)</b>			
10-19		23	24,5
20-29	23,7 (5,51)	58	61,7
30-39		13	13,5
<b>Profissão/Ocupação</b>			
Estudante		13	13,8
Doméstica		18	19,1
Dona de Casa		40	42,2
Lavradora		10	10,6
Outros		07	7,4
Variável não preenchida		06	6,4
<b>Moradia</b>			
Zona Urbana		69	73,4
Zona Rural		24	25,5
Zona Periurbana		01	1,1
<b>Raça/Cor</b>			
Branca		18	19,1
Preta		13	13,8
Parda		60	63,8
Ignorado		01	1,1
Variável não preenchida		02	2,1

Os casos estratificados por escolaridade mostram que prevaleceram mulheres com Ensino Médio Incompleto, representando 20,2% dos casos notificados, seguido de 18,1%, com Ensino Fundamental II (5ª a 8ª série) Incompleto. Apenas 1% das gestantes com sífilis eram analfabetas, como também somente 1 % tinham Ensino Superior Completo.

Percebe-se ao longo dos dados obtidos, que a média da idade foi de 23,7 anos, com variação de 10 a 39 anos (DP: 5,5). A faixa etária mais atingida foi o grupo entre 20 a 29 anos, representando 61,7% dos casos. O menor índice de ocorrência foi verificado na faixa etária dos 30 aos 39 anos de idade, com apenas 13,5% dos casos notificados.

Ao analisar a distribuição das gestantes com sífilis em relação à profissão/ocupação, verificou-se que eram predominantemente, donas de casa (42,2%) ou domésticas (19,1%).

Segundo a zona de residência (rural, urbana e periurbana) das gestantes, houve uma prevalência da zona urbana em relação às demais (73,4%). Nota-se que ocorreu um número mínimo de gestantes com sífilis residentes na zona periurbana, apenas um caso durante os cinco anos estudados.

Em relação à variável raça/cor, a presente pesquisa identificou que 63,8 % das mulheres com sífilis gestacional se consideravam pardas.

A Tabela 2 apresenta as variáveis relacionadas às características dos casos de sífilis em gestantes, dentre as quais se encontram o trimestre gestacional em que estas estavam quando foram diagnosticadas com sífilis, a classificação clínica do agravo, os testes

sorológicos realizados durante o pré-natal, bem como o esquema de tratamento prescrito a elas.

**Tabela 2.** Características dos casos notificados de sífilis em gestantes. Picos-PI, 2010-2014.

Variável	N	%
<b>Trimestre Gestacional</b>		
1º trimestre	29	30,9
2º trimestre	28	29,8
3º trimestre	35	37,2
Idade gestacional ignorada	02	2,1
<b>Classificação Clínica da Sífilis</b>		
Primária	38	40,4
Secundária	27	28,7
Terciária	09	9,6
Ignorado	16	17,0
Variável não preenchida	04	4,3
<b>Teste não treponêmico no pré-natal</b>		
Reagente	94	100
<b>Teste treponêmico no pré-natal</b>		
Reagente	02	2,1
Não Realizado	90	95,7
Ignorado	02	2,1
<b>Esquema de tratamento prescrito a gestante</b>		
Penicilina G benzantina 2.400.000 UI	16	17,0
Penicilina G benzantina 4.800.000 UI	04	4,3
Penicilina G benzantina 7.200.000 UI	68	72,3
Outro esquema	01	1,1
Não Realizado	04	4,3
Ignorado	01	1,1

Nota-se que a maior proporção das gestantes (37,2%) encontrava-se no terceiro trimestre gestacional, sendo a classificação clínica mais frequente a primária, equivalendo a 40,4% dos casos notificados. Em 17% das fichas essa informação era ignorada, enquanto que em 4,3% dos casos essa variável não estava preenchida.

No que tange à realização do teste não treponêmico no pré-natal, observou-se a realização unânime do mesmo, todos eles apresentando resultado reagente. A quase totalidade das gestantes (95,7%) não realizou o teste treponêmico no pré-natal.

A respeito do esquema de tratamento prescrito para a gestante, observou-se que 72,3% foram tratadas com Penicilina G benzantina, na dosagem de 7.200.000 UI. Apenas 4,3 % não realizaram qualquer tratamento medicamentoso.

No respectivo estudo, foram investigadas variáveis clínicas correspondentes às características relacionadas aos antecedentes epidemiológicos da parceria sexual, apresentadas na Tabela 3.

**Tabela 3.** Antecedentes epidemiológicos da parceria sexual dos casos notificados de sífilis em gestantes. Picos-PI, 2010-2014.

Variável	N	%
<b>Parceiro Tratado Concomitantemente (n=94)</b>		
Sim	09	9,5
Não	43	45,7
Ignorado	21	22,3
Variável não preenchida	21	22,3
<b>Esquema de tratamento prescrito (n=9)</b>		
Penicilina G benzantina 2.400.000 UI	02	2,1
Penicilina G benzantina 7.200.000 UI	07	7,4
Não Realizado	42	44,7
Ignorado	23	24,5
Variável não preenchida	21	22,3
<b>Motivo para o não tratamento (n=85)</b>		
Não teve mais contato com a gestante.	08	8,5
Não foi comunicado/convocado à US para tratamento.	03	3,2
Foi comunicado/convocado à US para tratamento, mas não compareceu.	10	10,6
Foi comunicado/convocado à US para tratamento, mas recusou o tratamento.	06	6,4
Sorologia não reagente.	05	5,3
Outro motivo	23	24,3
Variável não preenchida	30	31,9

Verifica-se, na Tabela 3, que 45,7% dos parceiros das gestantes não realizaram tratamento concomitantemente, apenas 9,5% fizeram a profilaxia, sendo 2,1% tratados com Penicilina G benzantina 2.400.000 UI e 7,4% com Penicilina G benzantina 7.200.000 UI.

Contudo, uma boa parte dos parceiros (10,6%), não realizou o tratamento por não ter comparecido à UBS, embora tenha sido comunicado/convocado pela mesma. Destaca-se, por fim, que em 31,9% dos casos esta variável não estava preenchida.

## 6 DISCUSSÃO

A análise dos dados permitiu evidenciar que no espaço temporal analisado, ocorreram casos de sífilis em gestantes no município de Picos-PI, notificados em proporção bastante semelhante entre os anos de 2010 a 2013. Contudo, o ano de 2014 destacou-se dos demais, por apresentar o maior número de casos notificados. A ocorrência da sífilis gestacional aponta para a necessidade do desenvolvimento de ações efetivas durante o acompanhamento pré-natal, tendo em vista a possibilidade de transmissão vertical, o que levaria a casos de sífilis congênita (SC). Tal possibilidade pode ser minimizada desde que seja feito o diagnóstico precoce e estabelecido o tratamento adequado para a gestante infectada e seu(s) parceiro(s) sexual(ais).

No país, observa-se nos últimos anos um aumento na notificação de casos na rede de atenção pré-natal, o que vem sendo atribuído ao fortalecimento dos serviços pré-natal, particularmente por meio da Rede Cegonha, estratégia que fomenta o aumento na cobertura de testagem e acompanhamento dos casos (BRASIL, 2015a), dentre outras ações de atenção ao binômio materno-fetal.

Entretanto, esse aumento também pode representar melhoria da notificação de casos conquistada ao longo dos anos, atribuída a avanços da vigilância epidemiológica de municípios e Estado, bem como à capacitação dos recursos humanos e à ampliação do acesso das gestantes à consulta pré-natal em decorrência da implantação das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) (XIMENES et al., 2008).

No caso do município de Picos-PI, tal acontecimento pode estar relacionado ao fato de o Centro de Testagem e Aconselhamento em DST/AIDS (CTA) passar a funcionar em dois turnos a partir de 2014, o que certamente aumentou a capacidade de atendimento do serviço. Além disso, o prazo de entrega dos resultados dos exames, que anteriormente girava em torno de 15 a 30 dias, passou a ser de 72 horas. Contudo, é possível que esses números ainda não retratem a real situação do agravo no município, pois estudos mostram que a subnotificação é uma realidade presente em outras regiões do país (COSTA et al., 2013).

Dessa forma, a adequada notificação é fundamental para o controle da sífilis, visto que possibilita a investigação e o correto acompanhamento do caso. Por outro lado, a falta de notificação acarreta em distorções no planejamento das ações de saúde por parte dos órgãos gestores nas três esferas de governo (ARAÚJO et al., 2008). Considerando-se que a notificação dos casos é importante para avaliar o controle da situação do agravo, identificar lacunas no serviço de saúde e os fatores que contribuem para a prevalência da doença, se faz

necessário maiores investimentos, possibilitando assim a efetiva adoção de estratégias de prevenção e controle do agravo.

No que se refere à fonte notificadora dos casos de sífilis gestacional, chama a atenção o CTA como responsável pela notificação da maior parte dos casos analisados (69,5%). Pesquisa realizada no município de Campos dos Goytacazes-RJ, com o objetivo de evidenciar a situação da transmissão vertical do HIV e da sífilis mostrou que, em 2006, esse serviço foi o responsável pela testagem de 52,1% das gestantes do município. Esse dado aponta para a necessidade de descentralização da testagem, de forma a atingir áreas distantes do município, com o intuito de incluir todas as gestantes (FERNANDES et al., 2007).

Nesse sentido, a Rede Cegonha preconiza a inserção dos testes rápidos âmbito da assistência pré-natal, como uma forma de qualificar o cuidado materno-infantil. A implantação desse teste nas redes de atenção básica poderá resolver o problema da centralização da testagem, fazendo com que o diagnóstico seja realizado o mais precocemente possível e o tratamento instituído em tempo oportuno.

Os dados referentes à escolaridade evidenciaram maior prevalência de mulheres com baixo nível instrucional, visto que a maioria (53,3%) delas tinha até o Ensino Fundamental Completo. Em Sobral-CE, estudo que analisou o perfil epidemiológico dos casos de sífilis em gestantes, mostrou que 54,7% apresentaram esse mesmo nível de instrução (MESQUITA, et al. 2012a).

Além disso, dados nacionais revelam que, no Brasil, aproximadamente metade das mulheres atingidas pelo agravo entre os anos de 2007 a 2014 situam-se nesse mesmo patamar no que se refere à escolaridade (BRASIL, 2015a). Desse modo, percebe-se que a positividade sorológica para sífilis está sempre associada ao analfabetismo e ao baixo nível socioeconômico.

Embora não seja uma doença restrita às camadas menos favorecidas, esses resultados sinalizam que a baixa escolaridade pode interferir na saúde, visto que a capacidade de autocuidado da população pode ser influenciada pelo seu nível de instrução (HILDEBRAND, 2010).

Em relação à faixa etária, os dados encontrados no presente estudo coincidem com os resultados do estudo realizado em Santa Catarina (ARAÚJO et al, 2012), que também revela a prevalência de sífilis gestacional em mulheres mais jovens, entre 20 a 29 anos. No Brasil, do total de casos notificados em 2014, 54,5% enquadravam-se nessa mesma faixa etária (BRASIL, 2015a), endossando, assim, os achados desta pesquisa. O acometimento de

mulheres em idade reprodutiva preocupa, considerando-se o risco da transmissão vertical e as consequências da sífilis para mãe e para o concepto

De acordo com a profissão/ocupação, foi observado que as gestantes eram predominantemente, donas de casa (40,2%) ou domésticas (19,1%). Reforça esse achado pesquisa realizada com mães de crianças que nasceram com sífilis congênita em Sobral-CE, no período de janeiro a novembro de 2010, na qual os autores observaram maior percentual entre as que eram donas de casa (44,4%), profissionais do sexo (33,3%) e as demais tinham outras profissões (22,2%) (MESQUITA et al, 2012b).

Estudos realizados em diferentes regiões do país com gestantes infectadas com sífilis identificaram, no tocante à zona de residência, que a maioria das mulheres residiam na zona urbana (ARAÚJO et al., 2012; FIGUERÓ-FILHO, et al., 2012), o que reforça os achados dessa pesquisa, onde o maior percentual de gestantes residiam nessa mesma localização.

Contudo, esse achado pode estar relacionado à dificuldade de acesso da população da zona rural ao exame de VDRL, visto que estudo realizado por Cardoso et al., (2013) identificou que apenas pouco mais da metade das gestantes (51,9%) residentes em áreas rurais referiu ter realizado o VDRL. Quando comparadas com as gestantes da área urbana, observam-se diferenças estatisticamente significativas, sendo que 74,4% delas haviam sido testadas.

De acordo com a variável raça/cor, houve prevalência da raça parda (63,8%) e branca (19,1%). Essa é uma tendência constatada no país, visto que a maioria dos casos de sífilis gestacional também se concentra entre as pardas (47,8%) e brancas (29,7%) (BRASIL, 2015a). Além disso, estudo que analisou a cobertura de testagem para sífilis durante a assistência pré-natal e estimou a prevalência de sífilis na gestação, verificou que a maioria das gestantes (56,1%), referia ter cor da pele parda (DOMINGUES et al, 2014).

Outra variável investigada nesse estudo diz respeito ao período gestacional em que a sífilis foi diagnosticada. Para 37,2% das gestantes, o diagnóstico ocorreu no terceiro trimestre gestacional, enquanto apenas 30,9% foram diagnosticadas no primeiro trimestre. Leitão et al., (2009), objetivando avaliar o perfil epidemiológico das gestantes com VDRL positivo atendidas em um Centro de Saúde do Distrito Federal, encontraram que 36,4% delas realizaram o primeiro exame no segundo trimestre gestacional.

No Brasil, apesar da ampliação do diagnóstico, a maioria dos casos continua sendo detectada tardiamente. Em 2013, para 36,3% do total casos registrados no Sinan a notificação somente aconteceu no terceiro trimestre da gestação (BRASIL, 2015a). Esse achado é

bastante preocupante, considerando-se que o diagnóstico tardio implica, muitas vezes, em oportunidades perdidas para a adoção de medidas com vistas à prevenção da sífilis congênita.

Por outro lado, a captação precoce das gestantes para o início do pré-natal é uma estratégia importante, recomendada pelo MS e que deve ser constantemente incentivada (ARAÚJO et al., 2008). Quanto mais cedo se estabelece o vínculo entre a gestante e a equipe de saúde, com a consequente adoção das medidas preconizadas para a assistência a essas mulheres, maiores serão as chances de se diagnosticar agravos em tempo oportuno e instituir o tratamento quando este se fizer necessário.

Percebeu-se, nesse estudo, que a classificação clínica mais frequente entre as gestantes foi a sífilis primária, englobando 40,4% dos casos notificados nos últimos cinco anos. Nessa fase da doença, a taxa de transmissão vertical é bastante elevada, sendo estimada em 70% a 100%. Isso aponta para a importância da captação precoce da gestante para o início do pré-natal, a fim de que esta possa ser testada e, em caso de diagnóstico positivo, tratada, com vistas a reduzir o risco de transmissão vertical.

Nessa fase, a dosagem a ser instituída para o tratamento é menor (2.400.000 UI) que aquela aplicada em fases mais avançadas da doença (7.200.000 UI). A penicilina é a droga de escolha para a sífilis gestacional, qualquer que seja a fase (BRASIL, 2013).

Para o diagnóstico da sífilis, o MS recomenda que as mulheres em acompanhamento pré-natal sejam testadas no primeiro e terceiro trimestre gestacional e ainda no momento do parto (BRASIL, 2013). Esse último se constitui em mais uma oportunidade de constatar a transmissão vertical de sífilis e tratar precocemente os recém-nascidos infectados, buscando-se com isso evitar a manifestação da doença ou reduzir suas sequelas.

Realizaram o teste não treponêmico (VDRL) no pré-natal, com resultado reagente, todos os casos notificados de sífilis em gestantes. Entretanto, a quase totalidade deles (95,7%) não realizou o teste treponêmico, importante ferramenta para a confirmação do diagnóstico.

Análise epidemiológica realizada com 46 puérperas atendidas em uma maternidade no Pará, com antecedentes de sífilis ou VDRL positivo, encontrou entre as gestantes que realizaram pré-natal, que pouco mais da metade delas (55,6%) submeteu-se ao VDRL, situação também evidenciada entre as mães que tiveram o diagnóstico de sífilis durante o pré-natal e receberam tratamento adequado (53,8%) (ARAÚJO et al., 2006).

No que se refere ao FTA-ABS, teste treponêmico, observou-se que apenas 2,1% das gestantes o haviam realizado durante o pré-natal. Nesse sentido, cabe ressaltar que VDRL é um exame de triagem altamente sensível, mas não específico, podendo positivar para outras doenças, dentre as quais a hanseníase virchoviana e doenças autoimunes, como o lúpus

(AVELLEIRA et al., 2006). Sendo assim, os anticorpos que ocasionam a positividade do VDRL não são necessariamente anticorpos contra o *T. pallidum*, causador da sífilis. O exame confirmatório, que procura nomeadamente este agente etiológico no sangue é o FTA-ABS. Esse é altamente específico e deve ser sempre realizado logo após um exame de VDRL positivo para a confirmação do diagnóstico da sífilis.

Em relação ao medicamento, verificou-se no presente estudo que quase todas as gestantes realizaram o tratamento com Penicilina G benzatina (93,6%), prevalecendo a dosagem de 7.200.000UI (72,3%), o que é recomendado para os casos de sífilis latente tardia e sífilis terciária. Para um caso (1,1%), o tratamento foi realizado com Penicilina G benzantina, na dosagem de 3.600.000UI. Ressalta-se que não há recomendação do MS para esta dosagem, qualquer que seja a fase da sífilis.

Em 2013, no Brasil, 86,3% das gestantes diagnosticadas com sífilis receberam penicilina benzantina, 2,8% outro esquema, 6,5% não realizaram tratamento e 4,4% não havia informação (ignorado/branco). Até 2011 observou-se o aumento do número de gestantes com sífilis que não realizaram nenhum tipo de tratamento, atingindo 10,6%. Em 2012 houve uma queda dessa taxa para 7,3% e, em 2013, para 6,5% (BRASIL, 2015a).

De acordo com a Portaria nº 3.161, de 27 de dezembro de 2011, a penicilina deve ser administrada em todas as unidades de Atenção Básica à Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), nas situações em que seu uso é indicado, devendo esta ser administrada pela equipe de enfermagem (auxiliar, técnico ou enfermeiro), médico ou farmacêutico, pois dessa maneira o tratamento para sífilis e outras doenças torna-se imediato e efetivo (BRASIL, 2011b).

Estudo realizado por Silva et al., (2014), com o objetivo de verificar o conhecimento de médicos e enfermeiros acerca da transmissão vertical da sífilis em Fortaleza-CE, encontrou que 56,7% deles demonstraram desconhecimento quanto ao tratamento na fase secundária da sífilis, o que evidencia inadequação no tratamento dos pacientes.

Ciente de que os erros de classificação podem levar a tratamentos inadequados, o MS passou a recomendar que, na ausência de sinais clínicos e na impossibilidade de estabelecer a evolução da doença, a classificação da sífilis seja como de duração ignorada, preconizando o tratamento com a penicilina benzatina em três doses, totalizando 7.200.000 UI (BRASIL, 2015a).

Em relação ao tratamento do parceiro, o estudo mostrou que 45,7% não o realizaram concomitantemente à gestante. Em 22,3% das fichas analisadas, essa informação era ignorada, percentual idêntico ao encontrado para aquelas onde esse dado não estava preenchido.

Pesquisa realizada em Sobral-CE, em 2010, demonstrou que sete entre nove parceiros de gestantes identificadas com sífilis no pré-natal não realizaram o tratamento ou não se dispunha de informação a esse respeito (MESQUITA et al., 2012a).

Diante disso, verifica-se que o controle da sífilis na gestação torna-se limitado, visto ao grande número de parceiros que não recebe tratamento adequado. Dessa forma, as gestantes com sífilis vivenciam a ineficiência do tratamento, a reinfeção e a transmissão vertical (SOUSA et al, 2014).

No tocante ao tratamento prescrito aos parceiros apenas 9,5% fizeram a profilaxia, sendo 2,1% tratados com Penicilina G benzantina 2.400.000 UI e 7,4% com Penicilina G benzantina 7.200.000 UI.

Estudos indicam falhas no tratamento das gestantes infectadas (DOMINGUES et al, 2013; CAMPOS et al, 2010), quando consideradas as recomendações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2007). Dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) mostram que a proporção de parceiros tratados entre os casos de sífilis congênita notificados no país foi de 11,5% em 2011 (BRASIL, 2012d). Por outro lado, a meta da OMS é a identificação e tratamento maior que 80,0% dos parceiros de gestantes com sífilis com pelo menos uma dose de Penicilina G Benzatina (WHO, 2012).

Foram apontados como motivos para a não realização do tratamento, o fato dos parceiros terem sido comunicado/convocado à unidade de saúde para tratamento, mas não compareceram (10,6%), não terem mais contato com a gestante (8,5%) e ainda por outros motivos (24,3%). Ademais, observou-se em parte das fichas (31,9%) que essa informação não estava preenchida.

Este percentual de informação não preenchida sugere que o tratamento do parceiro vem sendo negligenciado, o que é bastante preocupante pois, de acordo com o MS, o não tratamento do parceiro é um dos fatores que contribuem para o tratamento inadequado da gestante (BRASIL, 2015b). Segundo Gonçalves et al., (2011), essa ação talvez ocorra devido ao desconhecimento epidemiológico do agravo ou à ausência de um olhar focado na prevenção coletiva.

A ausência dos homens nas Unidades Básicas de Saúde é uma situação frequentemente identificada, a qual pode ser explicada pelas características de um atendimento pautado no enfoque materno-infantil. Estudos mostram que, constantemente têm sido observadas dificuldades quanto à identificação dos parceiros e sua adesão à realização do tratamento, e isso pode se dever a várias razões, como horário de trabalho não compatível com o funcionamento dos serviços de saúde, desconhecimento sobre a doença e as

consequências para o conceito, não acreditar ser portador de DST, não estar no local de origem no momento, falta de orientação pelos profissionais de saúde, entre outras (MESQUITA et al, 2012b).

Deste modo, parece existir uma dificuldade de interação entre as necessidades de saúde da população masculina e a organização das práticas de saúde das Unidades de Atenção Primária. A busca ativa do parceiro e orientação do casal quanto ao não tratamento de ambos é papel do enfermeiro, devendo este sempre reforçar isso nas consultas pré-natais (SOUSA et al, 2014).

Frente ao exposto, verifica-se a necessidade da qualificação da atenção pré-natal, que é o momento adequado para estabelecer a garantia dos direitos da gestante, inclusive da oferta de insumos específicos para a sífilis. Dentre eles, os exames treponêmicos e não-treponêmicos e o tratamento adequado com penicilina G benzatina, visto tratar-se de um momento crucial para se atingir a meta de eliminação do agravo.

## 7 CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo possibilitaram traçar o perfil epidemiológico dos casos de sífilis gestacional notificados no município de Picos-PI, no decorrer de 2010 a 2014, sendo identificado um maior número de ocorrências no último ano.

A maior proporção dos casos correspondeu às gestantes que tinham baixo grau de instrução, com idade entre 20 e 29 anos, donas de casas, residentes na zona urbana e da raça parda. Ademais, o presente estudo demonstrou que a sífilis foi diagnosticada em maior quantidade em gestantes no terceiro trimestre gestacional. Em relação aos parceiros, a maioria destes não foram tratados concomitantemente à gestante.

Os achados analisados evidenciam pontos frágeis em relação à assistência e a prevenção da sífilis, dentre os quais a investigação inadequada dos casos de sífilis na gravidez, com diagnóstico tardio e ausência de tratamento do(s) parceiro(s) sexual(ais). Assim sendo, ressalta-se que a redução dos casos de sífilis em gestante e a consequente diminuição da transmissão vertical só serão possíveis quando forem implementadas medidas de prevenção e controle eficientes.

Ressalta-se que no município de Picos-PI o tratamento para sífilis somente é realizado em ambiente hospitalar, o que sobrecarrega o serviço e gera, na maioria das vezes, horas espera para a gestante ter o medicamento administrado. Essa prática contradiz as recomendações do Ministério da Saúde, que determina que o tratamento para sífilis seja realizado nas Unidades Básicas de Saúde, em tempo hábil e de maneira adequada para os pacientes infectados pela doença.

Lidar com parceiros sexuais das gestantes com sífilis e garantir a realização do tratamento tornaram-se grandes desafios para a saúde pública. Entretanto, acredita-se que a inclusão do parceiro nos programas de assistência ao pré-natal pode ajudar a melhorar o sucesso de sua adesão ao tratamento. Para tanto, é de extrema importância o comprometimento dos profissionais de saúde para com a saúde da população, com vistas a assegurar uma assistência adequada às gestantes e seu(s) parceiro(s).

Dessa forma, aponta-se para a necessidade contínua de treinamento e capacitação dos profissionais de saúde, principalmente do enfermeiro, devendo este participar ativamente da realização de atividades de educação em saúde que abordem e incentivem as formas de prevenção da doença.

Uma assistência pré-natal adequada e qualificada demanda, por parte dos profissionais de saúde, atenção especial para o completo registro no prontuário e no cartão da gestante, a

fim de que possa ser feito o acompanhamento sistemático desta. A notificação dos casos de sífilis gestacional constitui um instrumento efetivo para dimensionar a magnitude do agravo e para orientar as ações de controle e eliminação.

Uma limitação referente ao presente estudo diz respeito ao percentual de informações ignoradas ou em branco, no que se refere aos antecedentes epidemiológicos da parceria sexual. Essa é uma questão bastante relevante, visto que denota a invisibilidade do parceiro para o serviço de saúde, comprometendo assim a prevenção da sífilis congênita. Soma-se a isso a possível subnotificação de casos, condição que favorece interpretações errôneas sobre características epidemiológicas relacionadas a uma determinada doença.

Diante do que foi exposto, é visível a necessidade de implementar ações que visem o controle da sífilis gestacional, intensificando a notificação e reduzindo o subregistro, além de reforçar medidas relacionadas à promoção da saúde sexual e reprodutiva da população, realizando o diagnóstico e tratamento precoce, com vistas a evitar a SC.

## REFERÊNCIAS

- AMARAL, E. Sífilis na gravidez e óbito fetal: de volta para o futuro. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 34, n. 2, p. 52-55, 2012.
- AVELLEIRA, J. C. R. et al. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. **An Bras Dermatol.** v. 81, n. 3, p. 111-126, 2006.
- ARAÚJO, C. L. et al. Incidência da sífilis congênita no Brasil e sua relação com a Estratégia Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**, v. 46, n. 3, p. 479-486, 2012.
- ARAÚJO, M. A. L. et al. Análise da qualidade dos registros nos prontuários de gestantes com exame de VDRL reagente. **Revista Atenção Primária de Saúde**, v. 11, n. 11, p. 49, 2008.
- ARAÚJO, E. C.; COSTA, K. S. G.; SILVA, R. S.; AZEVEDO, V. N. G.; LIMA, F. A. Z. Importância do pré-natal na prevenção da sífilis congênita. **Rev. Paraense Med**, v. 20, n. 1, p. 47-51, 2006.
- BONITA, R.; BEAGLEHOLE, R.; KJELLSTROM, T; **Epidemiologia básica**/ [tradução e revisão científica Juraci A. Cesar] 2ª ed.- São Paulo, 2010.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Diretrizes para o Controle da Sífilis Congênita** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. Brasília: Ministério da Saúde 2005. (Série Manuais n° 62).
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Portaria n° 33, de 14 de julho de 2005**. Inclui doenças à relação de notificação compulsória, define agravos de notificação imediata e a relação dos resultados laboratoriais que devem ser notificados pelos laboratórios de referência nacional ou regional. Diário Oficial da União, Brasília, p.111, 15 jul. 2005. Seção 1.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde – **Manual de controle das doenças sexualmente transmissíveis**. 4ª ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2006a.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS. **Protocolo para a prevenção da transmissão vertical de HIV e sífilis**: manual de bolso. Brasília (DF); 2007.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de vigilância epidemiológica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – 7. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 816 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Sistema de Informação de Agravos de Notificação. **Ficha de notificação/investigação – Sífilis em Gestantes**. Brasil. São Paulo, 2010. Disponível em <ftp://ftp.cve.saude.sp.gov.br/doc\_tec/nive/fichas/GEST10\_SIFNET.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes**. 1ª ed., 2ª reimpr. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.161, de 27 de dezembro de 2011**. Dispõe sobre a administração da penicilina nas unidades de Atenção Básica à Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), 2011b. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3161\\_27\\_12\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3161_27_12_2011.html). Acesso em: 11 jul. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Rede Cegonha**. Portal Brasil, 2012a. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/sobre/saude/maternidade/gestacao/rede-cegonha>. Acesso em: 22/03/2015.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução Nº 466 de 12 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. *Bioética*, v.4, n.2, supl., p. 15-25, 2012b.

\_\_\_\_\_. 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, 2013. 318 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, nº 32).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Transmissão vertical do HIV e Sífilis: estratégias para redução e eliminação**. Brasília, DF, 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Boletim epidemiológico – Sífilis**. Ano IV – Nº 01. Ministério da Saúde, 2015a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para a 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, 2015b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 542 de 22 de Dezembro de 1986**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 24 de Dezembro de 1986, Seção 1., p. 19827.

CARDOSO, L. S. M. et al. Diferenças na atenção pré-natal nas áreas urbanas e rurais do Brasil: estudo transversal de base populacional. **Rev. Min Enferm**, v. 17, n. 1, p. 85-92, 2013.

COSTA, C. C. et al. Sífilis congênita no Ceará: análise epidemiológica de uma década, **Rev. Esc. Enferm USP**, v. 47, n. 1, p. 152-159, 2013.

CAMPOS, A. L. A.; ARAÚJO, M. A. L.; MELO, S. P.; GONÇALVES, M. L. C. Epidemiologia da sífilis gestacional em Fortaleza, Ceará, Brasil: um agravamento sem controle. **Caderno de Saúde Pública**, v. 26, n. 9, p. 1747-55, 2010.

DOMINGUES, R. M. S.; SARACENI, V.; HARTZ, Z. M. A.; LEAL, M.C. Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal. **Rev. Saúde Pública**, v. 47, n.1, p. 147-57, 2013.

DOMINGUES, R. M. S. M. et al. Prevalência de sífilis na gestação e testagem pré-natal: Estudo Nascer no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 48, n. 5, p. 766-774, 2014.

FERNANDES, R. C. S. C. et al. Transmissão vertical do HIV e sífilis congênita em Campos dos Goytacazes, Rio de Janeiro: desafios e estratégias para superar os obstáculos na prevenção, vigilância e tratamento. **Revista Científica da Faculdade de Medicina de Campos**, v. 2, n. 2, 2007.

FIGUEIRÓ-FILHO, E. A.; FREIRE, S. S. A.; SOUZA, B. A.; AGUENA, G. S.; MAEDO, C. M. Sífilis e gestação: estudo comparativo de dois períodos (2006 e 2011) em população de puérperas. **DST. Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, v. 24, n. 1, p. 32-75, 2012.

GALBAN E. , BENZAKEN A. S. Situación de la sífilis en 20 países de Latinoamérica y el Caribe: año 2006. **DST. Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, v. 19, p. 166-172, 2007.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisas**. 5ª ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GONÇALVES, J. et al. Perfil epidemiológico dos casos de sífilis congênita de um Hospital Universitário – 2004 a 2008. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, v. 13, n. , p. 49-55, 2011.

HILDEBRAND, V. L. P. C. **Sífilis congênita: fatores associados ao tratamento das gestantes e seus parceiros**. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2010.

HOLANDA, M. T. C, G. Perfil Epidemiológico da sífilis congênita no município de Natal, Rio Grande do Norte - 2004 a 2007. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 20, n. 2, p. 203-212, 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2010**. Disponível em: < [http://ibge.gov.br/home/estatística/população/censo2010/tabelas\\_pdf/total\\_populacao\\_piaui.pdf](http://ibge.gov.br/home/estatística/população/censo2010/tabelas_pdf/total_populacao_piaui.pdf) >. Acesso em: 07 jun. 2015.

LEITÃO, E. J. L. et al. Sífilis gestacional como indicador da qualidade do pré-natal no Centro de Saúde n.º 2 Samambaia- DF. **Comunicação em Ciências da Saúde**, v. 20, n. 4, p. 307-314, 2009.

MESQUITA, K. O. et al. Perfil epidemiológico dos casos de sífilis em gestante no município de Sobral, Ceará, de 2006 a 2010. **SANARE**, v. 11, n. 1, p. 13-17, 2012a.

MESQUITA, K. O. et al. Análise dos casos de sífilis congênita em Sobral, Ceará: contribuições para assistência pré-natal **DST. Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, v. 24, n. 1, p. 20-27, 2012b.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. 50º Conselho Diretor 62ª Sessão do Comitê Regional. **Estratégia e plano de ação para a eliminação da transmissão materno-infantil do HIV e da sífilis congênita**. Washington, D.C., 2010. Disponível em: <<http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/cd50-15-p.pdf>>. Acesso em: 5 jan. 2015.

PICOS, Vigilância Epidemiológica. **Relatório 2013**. Picos: VE-PI, 2013.

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

**Portaria nº 6.259, de 30 de outubro de 1975** em seu Título III - da Notificação Compulsória de Doenças - Art. 8º. Dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências. Disponível em: < **Erro! A referência de hiperlink não é válida.**>. Acesso em: 06 abr. 2015.

SANTOS, V. C.; ANJOS, K. F. Sífilis: uma realidade prevenível. Sua erradicação, um desafio atual. **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 2, n. 2, p. 257-263, maio/ago. 2009.

SISTEMA DE APOIO AO RELATÓRIO ANUAL DE GESTÃO (SARGSUS). **Relatório Anual de Gestão de Picos-PI 2014**. Disponível em: <<http://aplicacao.saude.gov.br/sargsus>>. Acesso em 14 abr. 2015.

SILVA, D. M. A. et al. Conhecimento dos profissionais de saúde acerca da transmissão vertical da sífilis em fortaleza. **Texto Contexto Enferm**, v. 23, n. 2, p. 278-85, 2014.

SOUSA, D. M. N. et al. Sífilis congênita: reflexões sobre um agravamento sem controle na saúde mãe e filho. **Rev. enferm UFPE on line**, v. 8, n. 1, p. 160-165, 2014.

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

XIMENES, I. P. E.; MOURA, E. R. F.; FREITAS, G.L.; OLIVEIRA, N. C. Incidência e controle da sífilis congênita no Ceará. **Rev. RENE**, v. 9, n. 3, p. 74-82, 2008.

**APÊNDICES**

## APÊNDICE A – Instrumento de Coleta de Dados

## FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS\*

Data da notificação: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Data do diagnóstico: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

FORMULÁRIO N° \_\_\_\_\_

Unidade de Saúde (fonte notificadora): \_\_\_\_\_

**DADOS SÓCIODEMOGRÁFICOS**

Idade: \_\_\_\_\_

**Escolaridade:** Analfabeta Ensino Fundamental I (1ª a 4ª série) incompleto (antigo primário ou 1º grau) Ensino Fundamental I (1ª a 4ª série) completo (antigo primário ou 1º grau) Ensino Fundamental II (5ª a 8ª série) incompleto (antigo ginásio ou 1º grau) Ensino Fundamental II (5ª a 8ª série) completo (antigo ginásio ou 1º grau) Ensino médio Incompleto (antigo colegial ou 2º grau) Ensino médio Completo (antigo colegial ou 2º grau) Ensino Superior Incompleto Ensino Superior Completo**Ocupação:** \_\_\_\_\_**Moradia:**  zona urbana  zona rural  zona periurbana  ignorado**Raça/cor:**  branca  preta  amarela  parda  indígena  ignorado**DADOS OBSTÉTRICOS****Gestante:** 1º Trimestre  2º Trimestre  3º Trimestre  Idade gestacional ignorada Ignorado**ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS DA GESTANTE****Classificação clínica da sífilis:** Primária  Secundária  Terciária  Latente  Ignorado**DADOS LABORATORIAIS:****Resultado dos Exames:****Teste não treponêmico no pré-natal:**  Reagente  Não-reagente  Não realizado Ignorado

Titulação: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Teste treponêmico no pré-natal:**  Reagente  Não-reagente  Não realizado Ignorado

**TRATAMENTO DA GESTANTE****Esquema de tratamento prescrito**

- Penicilina G benzantina 2.400.000 UI
- Penicilina G benzantina 4.800.000 UI
- Penicilina G benzantina 7.200.000 UI
- Outro esquema
- Não Realizado
- Ignorado

**ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS DA PARCERIA SEXUAL****Parceiro tratado concomitantemente à gestante**

- sim  não  ignorado

**Esquema de tratamento prescrito ao parceiro**

- Penicilina G benzantina 2.400.000 UI
- Penicilina G benzantina 4.800.000 UI
- Penicilina G benzantina 7.200.000 UI
- Outro esquema
- Não Realizado
- Ignorado

**Motivo para o não tratamento do Parceiro**

- Parceiro não teve mais contato com a gestante.
- Parceiro não foi comunicado/convocado à US para tratamento.
- Parceiro foi comunicado/convocado à US para tratamento, mas não compareceu.
- Parceiro foi comunicado/convocado à US mas recusou o tratamento.
- Parceiro com sorologia não reagente.
- Outro motivo: \_\_\_\_\_

---

\*Adaptado do Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN (BRASIL, 2008).

## APÊNDICE B – Termo de Fiel Depositário



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ  
CAMPUS SENADOR HELVÍDIO NUNES DE BARROS  
Chefia do Curso de Bacharelado em Enfermagem



### TERMO DE FIEL DEPOSITÁRIO

Eu, \_\_\_\_\_, cargo \_\_\_\_\_, fiel depositário das fichas do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), fichas de investigação de sífilis em gestantes e da base de dados da Vigilância Epidemiológica da cidade de Picos-PI, declaro autorizar a realização, nesta Instituição, da pesquisa "Educação em saúde: estratégias para o enfrentamento da sífilis no contexto da Atenção Básica", sob a responsabilidade da Pesquisadora Valéria Lima de Barros, cujo objetivo consiste em traçar o perfil epidemiológico das gestantes diagnosticadas com sífilis no município de Picos-PI.

Ressalto que estou ciente de que serão garantidos os direitos, dentre outros assegurados pela resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, de:

1. Garantia da confidencialidade, do anonimato e da não utilização das informações em prejuízo dos outros.
2. Que os riscos da pesquisa decorrem da possibilidade de vazamento de informações sobre a identidade das gestantes notificadas com sífilis. Para contorná-la, a digitação dos dados será efetuada pela pesquisadora, em sala do próprio serviço, evitando o trânsito dos prontuários fora da instituição.
3. Emprego dos dados somente para fins previstos nesta pesquisa.
4. Retorno dos benefícios obtidos através deste estudo para as pessoas e a comunidade onde o mesmo foi realizado.

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

Picos - PI, 25 de março de 2015.

Sandra Karolly de Alencar **Sandra Karolly de Alencar**  
(Carimbo e assinatura do responsável) **Coordenação de Vigilância Epidemiológica**  
**Secretaria Municipal de Saúde de Picos - PI**

#### **Observações complementares**

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato:

**Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI**

**Endereço:** Campus Universitário Ministro Petrônio Portella – Pró-Reitoria de Pesquisa

**Bairro:** Ininga

**CEP:** 64.049-550

**UF:** PI

**Município:** Teresina

**Telefone:** (86) 3237-2332 **Fax:** (86) 3237-2332 **email:** cep.ufpi@ufpi.edu.br

**ANEXOS**

## ANEXO A – Autorização Institucional



PREFEITURA MUNICIPAL DE PICOS  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PICOS  
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE  
VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA  
PICOS - PI



**Autorização Institucional**

Eu, Sandra Karielly de Alencar, Coordenadora do Departamento Municipal de Vigilância Epidemiológica do município de Picos-PI, venho por meio desta, manifestar concordância para a realização da pesquisa intitulada “Educação em saúde: estratégias para o enfrentamento da sífilis no contexto da Atenção Básica”, que tem como pesquisadora responsável a Profª. Me. Valéria Lima de Barros, vinculada ao curso de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí/CSHNB. A pesquisa tem como público-alvo os profissionais pré-natalistas da ESF, as gestantes e seus parceiros. Como objetivos, se propõe a: Traçar o perfil sociodemográfico das gestantes e de seus parceiros, assim como dos profissionais responsáveis pela realização do pré-natal na ESF; Analisar o conhecimento de médicos e enfermeiros que prestam a assistência pré-natal acerca da prevenção da transmissão vertical da sífilis; Avaliar o conhecimento das gestantes e seus parceiros acerca da sífilis gestacional e sífilis congênita; **Traçar o perfil sociodemográfico dos casos de sífilis em gestantes notificados no município de Picos-PI**; Elaborar atividades de educação em saúde com informações relevantes acerca da prevenção, diagnóstico precoce e tratamento da sífilis.

Deste modo, tendo recebido as informações acima expostas e ciente dos benefícios do estudo, autorizo a entrada da pesquisadora em campo.

Picos, 02 de dezembro de 2014.

Sandra Karielly de Alencar  
Coordenadora de Vigilância Epidemiológica  
Secretaria Municipal de Saúde de Picos - PI

Sandra Karielly de Alencar  
Sandra Karielly de Alencar

Coordenadora do Departamento Municipal de Vigilância Epidemiológica

Rua: Cel. Antônio Rodrigues, 186 - Centro  
CEP: 64.600-106 Picos - PI

## ANEXO B – Parecer Consubstanciado do CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
PIAÚÍ - UFPI

## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA****Título da Pesquisa:** EDUCAÇÃO EM SAÚDE: ESTRATÉGIAS PARA O ENFRENTAMENTO DA SÍFILIS NO CONTEXTO DA ATENÇÃO BÁSICA**Pesquisador:** Valéria Lima de Barros**Área Temática:****Versão:** 3**CAAE:** 39565414.2.0000.5214**Instituição Proponente:** FUNDACAO UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUI**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio**DADOS DO PARECER****Número do Parecer:** 983.664**Data da Relatoria:** 05/02/2015**Apresentação do Projeto:**

A pesquisa é intitulada, Educação em Saúde: Estratégias para o Enfrentamento da Sífilis no Contexto da Atenção Básica, que tem como professor pesquisador responsável: Valéria Lima de Barros. A sífilis por ser considerada como um problema de saúde pública mundial, com consequências graves à saúde da mulher e de seu conceito, se a gestante não é tratada ou é inadequadamente tratada. Dessa forma, justifica a execução desse projeto, a fim de entender que seu controle está estreitamente relacionado à qualidade da assistência pré-natal, o que aponta para a necessidade de continuo monitoramento e avaliação dessa ação, visto que, é uma doença de fácil diagnóstico, com tratamento eficaz e de baixo custo.

Trata-se de projeto guarda-chuva, cuja metodologia abordará duas vertentes: estudo exploratório descritivo e estudo documental e retrospectivo, ambos de abordagem quantitativa, a ser desenvolvido na Estratégia Saúde da Família (ESF), atualmente com 36 equipes (26 na zona urbana, dez na zona rural) e na Vigilância Epidemiológica de Picos-PI. No que se refere aos profissionais, será composta por aqueles que atuam nestas unidades, a saber: 36 médicos e 36 enfermeiros. A coleta de dados será através de um questionário auto aplicado, que permitirá conhecer: distribuição de profissionais por sexo, tempo de atuação na ESF, aperfeiçoamento sobre sífilis e conhecimento sobre o manejo da sífilis em gestantes. No caso das gestantes, serão aquelas em

**Endereço:** Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa  
**Bairro:** Ininga **CEP:** 64.049-550  
**UF:** PI **Município:** TERESINA  
**Telefone:** (86)3237-2332 **Fax:** (86)3237-2332 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
PIAUÍ - UFPI



Continuação do Parecer: 983.664

acompanhamento pré-natal nas unidades da zona urbana, com idade gestacional de até 12 semanas no período da coleta. No que se refere aos parceiros, pressupõe-se um número idêntico de participantes, considerando-se que para cada mulher haverá um parceiro. Para a coleta será aplicado um formulário estruturado, contendo questões sobre dados sociodemográficos e questões com enfoque no conhecimento acerca da sífilis (transmissão, diagnóstico, tratamento, prevenção e consequências para o binômio materno fetal). Os parceiros das gestantes que aceitarem participar do estudo serão convidados a participar da pesquisa, respondendo o mesmo instrumento. No que tange às fichas de notificação compulsória, a coleta de dados será por meio de formulário estruturado, elaborado com base nas informações das fichas notificação de Sífilis em Gestante, que contempla dados sociodemográficos, dados obstétricos, antecedentes epidemiológicos da gestante, dados laboratoriais, esquema de tratamento prescrito e antecedentes epidemiológicos da parceria sexual. Critérios de inclusão dos profissionais da saúde: Atuar na ESF, realizar atendimento pré-natal e concordar em participar do estudo e das gestantes: estares em acompanhamento pré-natal em unidade da ESF da zona urbana no período de coleta dos dados, idade gestacional de até 12 semanas, concordar em participar do estudo. Critérios de exclusão: ser menor de idade e idade gestacional superior a 12 semanas.

#### **Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário: Desenvolver estratégias para o enfrentamento da sífilis em gestantes e sífilis congênita no contexto da Atenção Básica no município de Picos - Piauí, com a realização de atividades de educação em saúde e elaboração de material educativo. Objetivo Secundário: Traçar o perfil sociodemográfico das gestantes e de seus parceiros, assim como dos profissionais responsáveis pela realização do pré-natal na ESF; Analisar o conhecimento de médicos e enfermeiros que prestam a assistência pré-natal acerca da prevenção da transmissão vertical da sífilis; Avaliar o conhecimento das gestantes e seus parceiros acerca da sífilis gestacional e sífilis congênita; Traçar o perfil epidemiológico dos casos de sífilis em gestantes notificados no município de Picos-PI.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Para os profissionais, as gestantes e seus parceiros, a participação na pesquisa poderá, eventualmente, implicar em risco de ordem psicológica, pelo constrangimento ao responder um instrumento cuja finalidade é avaliar o conhecimento dos mesmos sobre o tema da sífilis. Comv istas a minimizar tal possibilidade, a coleta será realizada no próprio serviço, em sala privativa.

**Endereço:** Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa  
**Bairro:** Ininga **CEP:** 64.049-550  
**UF:** PI **Município:** TERESINA  
**Telefone:** (86)3237-2332 **Fax:** (86)3237-2332 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
PIAUÍ - UFPI



Continuação do Parecer: 983.664

Para a instituição, assim como para os sujeitos, existe ainda o risco de desconforto de ordem psicológica, moral e ética, decorrentes da possibilidade de vazamento das informações contidas nas fichas de notificação compulsória. Visando contornar tal possibilidade, a coleta dos dados será feita pela pesquisadora, em sala do serviço, evitando assim o trânsito dessas fichas fora da instituição. Ademais, a todos (profissionais, gestantes, parceiros e instituições) será assegurada a privacidade, proteção da identidade e dos dados coletados, e ainda a total liberdade de desistência, em qualquer momento da pesquisa. Benefícios: Esta pesquisa trará maior conhecimento sobre o tema abordado, sem benefício direto para os participantes. Contudo, as informações decorrentes da sua realização, permitirão que os profissionais realizem uma auto-avaliação da sua prática, a fim de que possam aprimorar o seu conhecimento e inovar suas condutas, o que trará benefícios tanto para a usuária como para o serviço. No que se refere às gestantes e seus parceiros, contribuirá para o conhecimento dos mesmos sobre o processo saúde-doença e cuidados para a melhoria da qualidade de vida, bem como da prevenção da sífilis congênita.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

1. A pesquisadora apresentou o Termo de Fiel depositário, o TCLE para o profissional e da gestante informando que os participantes terão sua privacidade garantida e que eles não serão identificados em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados em qualquer forma.
2. A metodologia apresentada é consistente e descreve os procedimentos para realização da coleta e análise dos dados.
3. O pesquisador apresenta à situação de vulnerabilidade do participante, mostrando os possíveis riscos danos morais, físico, psíquico. Além disso, descreve a forma de contornar esses riscos.
4. O pesquisador tem experiências para realização do projeto, como atestado pelo currículo Lattes apresentado.

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

O projeto está instruído dentro das orientações do CEP, constam todos os documentos exigidos pela Resolução, 466-12 do CNS.

**Recomendações:**

Não se aplica

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

Nas análises dos documentos foi evidenciado o valor ético e científico da pesquisa. O protocolo de

**Endereço:** Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa  
**Bairro:** Ininga **CEP:** 64.049-550  
**UF:** PI **Município:** TERESINA  
**Telefone:** (86)3237-2332 **Fax:** (86)3237-2332 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
PIAUÍ - UFPI



Continuação do Parecer: 983.664

pesquisa não apresenta conflitos éticos estabelecidos na Res, 466-12 do CNS. Portanto apto para aprovação

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

TERESINA, 12 de Março de 2015

---

**Assinado por:**  
**Adrianna de Alencar Setubal Santos**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa  
**Bairro:** Ininga **Município:** TERESINA **CEP:** 64.049-550  
**UF:** PI **Telefone:** (86)3237-2332 **Fax:** (86)3237-2332 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br



**TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PUBLICAÇÃO DIGITAL NA BIBLIOTECA  
“JOSÉ ALBANO DE MACEDO”**

**Identificação do Tipo de Documento**

- ( ) Tese  
( ) Dissertação  
(×) Monografia  
( ) Artigo

Eu, Valdivânia dos Santos Pacheco,  
autorizo com base na Lei Federal nº 9.610 de 19 de Fevereiro de 1998 e na Lei nº 10.973 de  
02 de dezembro de 2004, a biblioteca da Universidade Federal do Piauí a divulgar,  
gratuitamente, sem ressarcimento de direitos autorais, o texto integral da publicação  
Perfil epidemiológico das coxas de sífilis gestacional  
notificadas no município de Picos - Piauí.  
de minha autoria, em formato PDF, para fins de leitura e/ou impressão, pela internet a título  
de divulgação da produção científica gerada pela Universidade.

Picos-PI 23 de Outubro de 2013.

Valdivânia dos Santos Pacheco  
Assinatura

Valdivânia dos Santos Pacheco  
Assinatura