



UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA - UNEB
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA VIDA – DCV – CAMPUS I
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA – MEPISCO



Fernanda Nassiff Neves Carneiro

**Qualificação da assistência pré-natal para redução da sífilis congênita em
Camaçari, Bahia**

SALVADOR/BA

2022

FERNANDA NASSIFF NEVES CARNEIRO

**QUALIFICAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL PARA REDUÇÃO DA SÍFILIS
CONGÊNITA EM CAMAÇARI, BAHIA**

Dissertação de autoria de Fernanda Nassiff Neves Carneiro, apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva junto ao Programa de Pós Graduação Stricto Sensu Mestrado Profissional em Saúde Coletiva – MEPISCO, da Universidade do Estado da Bahia – UNEB.

Orientadora: Prof. Dra. Gilvânia Patrícia do Nascimento Paixão

SALVADOR/BA

2022

FERNANDA NASSIFF NEVES CARNEIRO

**QUALIFICAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL PARA REDUÇÃO DA SÍFILIS
CONGÊNITA EM CAMAÇARI, BAHIA**

Salvador, 22 de Março de 2022

Banca Examinadora:

Gilvânia Patrícia do N. Paixão

Profa. Dra. Gilvânia Patrícia do Nascimento Paixão
Universidade do Estado da Bahia - UNEB, Salvador, Bahia, Brasil.

Fernanda Matheus Estrela

Profa. Dr. Fernanda Matheus Estrela
Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS, Salvador, Bahia, Brasil.

Magno Conceição das Mercês

Prof. Dr. Magno Conceição das Mercês
Universidade do Estado da Bahia - UNEB, Salvador, Bahia, Brasil.

Luana Moura Campos

Profa. Dra. Luana Moura Campos
Centro Universitário Jorge Amado, Salvador, Bahia, Brasil.

Dedico essa dissertação àqueles que souberam entender às ausências e sempre confiaram no meu crescimento. Também aos usuários do Sistema Único de Saúde, aos profissionais da atenção primária, aos colegas e equipe do Distrito Sanitário Sede e aos gestores da saúde do município de Camaçari/Ba.

AGREDECIMENTOS

Primeiramente, sou grata a Deus por ter me permitido ser profissional de saúde, enfermeira, atuante e militante do Sistema de Único de Saúde (SUS), e de alguma forma poder contribuir para melhoria das condições de vida e saúde de uma parcela da população, muitas vezes negligenciada, em situação de risco e vulnerabilidade social.

Agradeço a minha família que sempre foi incentivadora dos passos que dei rumo ao conhecimento e qualificação profissional. Por representar o pilar essencial para que todos os dias tenha força e determinação para seguir em frente e acreditar que, sim, podemos fazer sempre mais e melhor.

Gratidão imensa à minha orientadora, Prof^a Dra. Gilvânia, que aceitou o desafio de orientar esta pesquisa, mesmo antes da minha aprovação para o mestrado. Pela parceria, confiança e por todas as contribuições na construção e aprofundamento do meu conhecimento, para a realização desse sonho que foi cursar o Mestrado Profissional em Saúde Coletiva.

Também, agradeço imensamente à ilustre banca, composta pela Prof. Dra. Fernanda Estrela, Prof. Dr. Magno Mercês e Prof. Dra. Luana Campos, que aceitaram participar desse momento e pelas contribuições valorosas.

Queria aqui fazer um agradecimento especial à querida colega, Paula Amorim, que foi grande incentivadora para meu ingresso no mestrado, além da colaboração primordial para a construção do pré-projeto que hoje se concretiza na forma da dissertação.

Meus sinceros agradecimentos também aos profissionais da atenção primária à saúde do município de Camaçari, eles fazem a diferença na vida e saúde de uma população muito vulnerável. Aos meus colegas de trabalho, alguns mudaram o rumo da sua trajetória profissional e estão alocados em outros postos de trabalho, assim como eu, mas que contribuíram de diversas formas não só com a construção desse trabalho, mas também na minha vida profissional. Gratidão também aos meus colegas e equipe do Distrito Sanitário da Sede pelo apoio, direta ou indiretamente, vocês também são parte dessa realização, e especialmente, agradeço à Diretora, Tatiane Pires, uma líder admirável e profissional exemplar, também agradeço a minha querida gerente de atenção à saúde, Graziela Oliveira, como quem compartilho diariamente os desafios dessa gerência, uma profissional extremamente competente e comprometida com a

assistência à saúde em Camaçari. Em especial, também gostaria de agradecer Dr. Luiz Duplat, médico, subsecretário de saúde, que à época do projeto, estava na função de secretário e autorizou, tão prontamente, acesso a tudo que fosse possível para que esta pesquisa se concretizasse. Ressalto que a única solicitação feita foi atendida, a inclusão do nome do município no título desse trabalho. É admirável seu trabalho e empenho em melhorar a qualidade da assistência à saúde em benefício da população de Camaçari.

Por fim, tenho apenas gratidão por todo caminho percorrido até aqui, pelos momentos bons, outros nem tanto, mas tudo foi, é e será aprendizado e construção para chegar onde desejo.

RESUMO

Introdução: A Sífilis congênita é consequência da transmissão vertical, cuja disseminação do *treponema pallidum* se dá por via placentária, podendo ocorrer no curso da gestação ou durante o trabalho de parto. A ocorrência de sífilis congênita reflete as fragilidades da assistência pré-natal, uma vez que os meios para diagnóstico estão amplamente difundido, assim como a penicilina benzatina, que é o mais eficiente fármaco para tratamento da sífilis. **Objetivos:** Qualificar a assistência pré-natal para redução dos casos de sífilis congênita em Camaçari/Ba; sendo os objetivos específicos: avaliar a assistência pré-natal prestada nas unidades de saúde com casos confirmados de sífilis congênita; Identificar as fragilidades na assistência pré-natal; Elaborar um protocolo interativo para manejo da sífilis na gestação. **Metodologia:** Tratou-se de um estudo que foi realizado em dois momentos, onde o primeiro foi uma pesquisa observacional, ecológica, de natureza aplicada, descritiva, documental e quantitativa; no segundo momento, tratou-se da intervenção. Inicialmente, delimitou-se os casos de sífilis congênita, a partir das fichas de notificação registradas de 2017 a 2020, de gestantes residentes em Camaçari; coleta dos dados de interesse a partir das fichas de notificação, prontuários e outros instrumentos de registro; organização e sistematização dos dados coletados, os quais foram organizados no banco de dados “Statistical Package for the Social Sciences” (SPSS), versão 22.32, além da utilização do Microsoft Excel e Word para construção de tabelas; elaboração do protocolo interativo para manejo da sífilis na gestação, de acordo com os protocolos e manuais oficiais, e por fim, apresentação em espaços diversos da atenção primária. Esta pesquisa considerou todos os aspectos éticos que envolvem pesquisas com seres humanos, tendo como norte a Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012. **Resultados:** Foram notificados 127 casos de sífilis congênita em Camaçari/Ba no período de 2017 a 2020, de modo que 54,4% das mulheres tinham idade acima de 35 anos, 73% com grau de escolaridade de ensino fundamental (completo ou incompleto), 91% pardas e 73% donas de casa. Em relação a realização do pré-natal, 81,8% foram assistidas, sendo que 72,7% foram diagnosticadas no 2º trimestre de gestação, 54,5% foram submetidas ao teste rápido para sífilis na primeira consulta. Em relação ao tratamento para sífilis, 36,4% das gestantes foram tratadas, sendo que não houve nenhum registro de tratamento em parceria. Baseado no resultado da pesquisa e levando em consideração os protocolos técnicos oficiais, foi elaborado um protocolo interativo para manejo da sífilis na gestação que será compartilhado como os profissionais de saúde que prestam assistência pré-natal no município. **Considerações finais:** A pesquisa revelou necessidade de intervenções para qualificação dos profissionais que prestam assistência pré-natal, de modo que se possa iniciar o pré-natal o mais precoce possível, ampliar a oferta de testes rápidos para que o diagnóstico e tratamento ocorram em tempo oportuno e assim, possa alterar o cenário epidemiológico relacionado a sífilis congênita no município. O resultado final desta pesquisa, assim como o protocolo interativo foram apresentados na Câmara Técnica Municipal de Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, HTLV, Sífilis e Hepatites B e C.

Palavras-Chaves: Sífilis Congênita; Cuidado Pré-Natal; Erradicação de Doenças; Credenciamento.

ABSTRACT

Introduction: Congenital syphilis is a consequence of vertical transmission, whose dissemination of *Treponema pallidum* occurs through the placenta, from the pregnant woman to her fetus, and may also occur during the course of pregnancy or during labor, through the baby's contact with active injury. It is a consensus in the literature that the occurrence of congenital syphilis reflects the weaknesses of prenatal care in basic health units, since the means for diagnosis, rapid treponemal test for Syphilis, is widely disseminated in primary care, as is benzathine penicillin, which corresponds to the best and most efficient drug for the treatment of syphilis in pregnant women.

Objective: To qualify prenatal care to reduce cases of congenital syphilis in Camaçari/Ba. **Methodology:** A documentary and exploratory research was carried out, which took place as follows: delimitation of cases of congenital syphilis, from the notification forms registered from 2017 to 2020, of pregnant women residing in Camaçari; data collection from notification forms, medical records and other prenatal care recording instruments, recorded in a specific instrument, prepared specifically for this purpose, containing the variables related to pregnant women and newborns; organization and systematization of the data collected for analysis of the results, which were organized in the database "Statistical Package for the Social Sciences" (SPSS), version 22.32, Microsoft Excel and Word were also used to build the tables; elaboration of the interactive protocol for the management of syphilis during pregnancy, according to the protocols and official manuals for prenatal care in primary health care, and finally, presentation in different spaces of primary care. **Results:** 127 cases of congenital syphilis were reported in Camaçari/Ba from 2017 to 2020. 54.4% of the women were over 35 years old, 73% had an elementary school education (complete or incomplete), 91% declared themselves brown and 73% were housewives. 81.8% of the women underwent prenatal care, 72.7% were diagnosed in the 2nd trimester of pregnancy, 54.5% underwent the rapid test for syphilis at the first consultation. Regarding treatment for syphilis, 36.4% of pregnant women were treated, and there was no record of treatment in partnership. **Final considerations:** The research reveals an urgent need for interventions to qualify professionals who provide prenatal care, so that prenatal care can be started as early as possible, expand the offer of rapid tests so that diagnosis and treatment occur in timely and thus, can change the epidemiological scenario related to congenital syphilis in the municipality. The final result of this research, as well as the interactive protocol were presented at the Municipal Technical Chamber for the Prevention of Vertical Transmission of HIV, HTLV, Syphilis and Hepatitis B and C. After the presentation, it was suggested that it be reproduced through Sextou at Sesau, which are webinars, with educational purposes, promoted by the Coordination of Management of Education, Work and Humanization in Health, for professionals from the health care network of the municipality, on a date to be agreed.

Key words: Congenital Syphilis; Prenatal care; Disease Eradication; Accreditation

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Ilustração	Página
Figura 01	30
Figura 02	40
Figura 03	40
Figura 04	40
Figura 05	40
Figura 06	41
Figura 07	41
Figura 08	41
Figura 09	42
Figura 10	43
Figura 11	43
Figura 12	44
Figura 13	44
Figura 14	45
Figura 15	46

LISTA DE TABELAS

Tabelas	Página
Tabela 1	35
Tabela 2	36
Tabela 3	37
Tabela 4	38

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAAE	Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
CEREST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DCV	Departamento de Ciências da Vida
DSC	Distrito Sanitário Costa
DSS	Distrito Sanitário Sede
EAP	Equipe de Atenção Primária
ESF	Estratégia Saúde da Família
FESF	Fundação Estatal Saúde da Família
HIV	<i>Human Immuno Deficiency Virus</i> ou Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
MEPISCO	Mestrado Profissional em Saúde Coletiva
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NRS	Núcleo Regional de Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PCDT	Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas
PHPN	Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
RMS	Região Metropolitana de Salvador
SC	Sífilis Congênita
SESAB	Secretaria de Saúde do Estado da Bahia
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SPSS	<i>Statistical Pack for the Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde

TV	Transmissão Vertical
UEFS	Universidade Estadual de Feira de Santana
UI	Unidades Internacionais
UNEB	Universidade do Estado da Bahia
VDRL	<i>Veneral Disease Research Laboratory</i> ou Estudo Laboratorial de Doenças Venéreas

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	14
2. REVISÃO DE LITERATURA	17
2.1 Sífilis Congênita: etiopatogenia, diagnóstico e tratamento	17
2.2 Cenário epidemiológico da sífilis gestacional e congênita	19
2.3 Políticas públicas para combate a sífilis congênita	22
2.4 A importância da assistência pré-natal para erradicação da sífilis congênita	24
3. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	28
3.1 Tipo de estudo	28
3.2 Locus	30
3.3 Unidades participantes do estudo e critérios para seleção	31
3.4 Coleta de dados	32
3.5 Organização e análise de dados	33
3.6 Intervenção	33
3.7 Considerações éticas	34
4. RESULTADOS	35
4.1 Descrição originada da etapa de coleta de dados	35
4.2 Construção do produto técnico	39
4.3 O produto técnico	42
4.4 Intervenção	46
5. DISCUSSÃO	47
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	53
REFERÊNCIAS	54
APÊNDICES	62
Apêndice A	63
ANEXOS	65
Anexo A	66
Anexo B	70
Anexo C	71
Anexo D	72
Anexo E	73

Anexo F	74
---------------	----

1. INTRODUÇÃO

A sífilis é uma infecção sexualmente transmissível, causada pela bactéria *Treponema pallidum*, de caráter crônico, sistêmico, sendo exclusivo do ser humano. Apresenta várias formas de manifestações, com grandes períodos de latência (KALININ; PASSARELLI NETO; PASSARELLI, 2016; BARBOSA, 2017; SOUSA *et al*, 2019; SILVA *et al*, 2019).

As formas de transmissão predominantes são a via sexual e a vertical, tendo a bactéria a capacidade de transpor a barreira placentária e infectar o feto durante a vida intra-uterina, caracterizando a sífilis congênita. Porém a sífilis congênita pode se dar também pelas vias de parto, se o bebê entrar em contato com lesões existente no canal de parto e na genitália da parturiente. A sífilis na gestante comporta-se de forma semelhante à sífilis adquirida, que acomete a população geral. Na fase gestacional, a evolução da sífilis é caracterizada como sífilis recente, aquela que as manifestações clínicas específicas ocorrem em até um ano e a sífilis tardia quando poucas ou nenhuma manifestação clínica se apresenta após um ano dos primeiros sintomas (KALININ; PASSARELLI NETO; PASSARELLI, 2016; SENA *et al*, 2017; BRASIL, 2018; SILVA *et al*, 2019; BRASIL, 2021).

O diagnóstico da sífilis no pré-natal se dá através da realização de teste rápido, preferencialmente, no primeiro acesso da mulher ao serviço de saúde, correlação dos dados clínicos, investigação de exposição recente e infecções no passado (KALININ; PASSARELLI NETO; PASSARELLI, 2016; BARBOSA, 2017; BRASIL, 2018).

Por essa razão, a infecção da sífilis congênita é tida por vários autores como causada pela ausência ou falha na assistência adequada da gestante portadora da sífilis, mesmo sendo esta uma infecção curável, de fácil diagnóstico e tratamento de baixo custo. Também é consenso na literatura, que a sífilis congênita é um grave problema de saúde pública, se comportando como uma importante causa de morbidade e mortalidade no país. Apresenta alta incidência de infecção às crianças e isso pode traduzir-se em fragilidade dos serviços de atenção primária à saúde, e mais, visto por alguns autores como indicador da qualidade da assistência pré-natal. Alguns estudos apontam que a maior parte das gestantes só foram diagnosticadas com sífilis no momento do parto ou curetagem, mesmo tendo realizado pré-natal, e também que maioria dos parceiros não foram tratados para sífilis (BARBOSA, 2017;

SENA *et al*, 2017; BRASIL, 2018; SOUSA *et al*, 2018).

A sífilis congênita apresenta amplo espectro de gravidade para as crianças, que vão desde a infecção assintomática, baixo peso e prematuridade, até sequelas graves e óbito, além de ser causa também de abortamento e natimorto (KALININ; PASSARELLI NETO; PASSARELLI, 2016; BRASIL, 2018).

O Boletim Epidemiológico da Sífilis 2019, divulgado pela Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, revela que nos anos de 2012 a 2018, foram notificados 17.057 casos de sífilis no período gestacional, e em 2019, até o mês de novembro, dados preliminares dão conta de 2.814 registros de sífilis em gestante na Bahia (BAHIA, 2019).

Sobre a sífilis congênita, o boletim epidemiológico divulga que houve registro de 7.723 casos notificados entre 2012 e 2018, em menores de um ano na Bahia, tendo a taxa de incidência apresentado crescimento significativo, passando de 2,7 em mil nascidos vivos em 2012 para 7,3 em mil nascidos vivos em 2018. Os dados preliminares de 2019 registraram 814 casos de sífilis congênita notificados até novembro, na Bahia (BAHIA, 2019).

Em relação às complicações da sífilis congênita, o boletim traz que, no período de 2012 a 2018, o sistema de informação de mortalidade infantil registrou 84 óbitos em crianças menores de um ano por sífilis congênita na Bahia, período em que o coeficiente de mortalidade variou de 2,9 para 7,8 óbitos por 100.000 nascidos vivos. Demonstra também, que entre os Núcleos Regionais de Saúde do Estado, a taxa de detecção de sífilis em gestantes foi maior no Núcleo Regional de Saúde Leste (22,7 casos em 100.000 nascidos vivos) (BAHIA, 2019).

O município de Camaçari está localizado na Região Metropolitana de Salvador, estado da Bahia, e faz parte do Núcleo Regional de Saúde Leste, região de saúde esta que tem sempre se destacado no que se refere ao número de casos novos de sífilis em gestantes.

Enquanto atuei na Área Técnica Saúde da Criança, do até então Departamento da Atenção Básica, atualmente Diretoria de Atenção à Saúde, no município de Camaçari e levando em conta o panorama traçado, revelando elevado e preocupante número de casos de sífilis congênita no município, inquietou-me saber: De que maneira reduzir os casos de sífilis congênita no município? Para responder ao questionamento, delineou-se o seguinte objetivo geral: Qualificar a assistência pré-natal para redução dos casos de sífilis congênita em um município

baiano. Como objetivos específicos têm-se: Avaliar a assistência pré-natal prestada nas unidades de atenção primária à saúde que apresentaram casos confirmados de sífilis congênita; Identificar as fragilidades na assistência pré-natal; Elaborar um protocolo interativo para manejo da sífilis na gestação.

Acredita-se que ações de intervenção na assistência pré-natal são fundamentais para reduzir a ocorrência de sífilis congênita, e conseqüentemente, melhorar a qualidade de vida das crianças de gestantes diagnosticadas com sífilis durante o período gravídico.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Sífilis Congênita: etiopatogenia, diagnóstico e tratamento

A sífilis é uma infecção sexualmente transmissível, causada por uma bactéria gram-negativa, o *Treponema Pallidum*, descoberta em 1905, pertencente ao grupo das espiroquetas, tem caráter sistêmico, curável e é exclusiva do ser humano (BRASIL, 2019a; BRASIL, 2019c; BRASIL, 2021).

A sífilis é transmitida, predominantemente, pela via sexual e vertical. A sífilis congênita é a consequência da disseminação do *treponema pallidum* por via placentária, intra-útero, da gestante com a infecção para o seu concepto, sendo que a transmissão pode ocorrer ainda durante o curso da gestação, sendo o risco maior entre as gestantes com sífilis primária ou secundária, embora também a transmissão vertical possa ocorrer durante o trabalho de parto, no contato com lesão ativa durante a passagem do concepto pelo canal de parto (GUINSBURG; SANTOS, 2010; KALININ; PASSARELLI NETO; PASSARELLI, 2016; BARBOSA, 2017; SOUSA *et al*, 2019; BRASIL, 2019a; BRASIL, 2021)

Vale ressaltar que a sífilis congênita é uma infecção hematogênica, cuja transmissão se dá pela ausência de tratamento da gestante ou quando esta é tratada de forma inadequada, sendo assim transmissão vertical pode ocorrer em

qualquer momento gestacional ou estágio clínico da doença materna, sendo os principais determinantes o estágio da sífilis da mãe e a duração da exposição do feto intraútero. Em mulheres não tratadas a chance de TV varia de 70 a 100% nas fases primária e secundária da doença, reduzindo-se para aproximadamente 30% nas fases latente e tardia (SOUSA *et al*, 2019, p. 1358).

Para efeito de classificação, a sífilis congênita foi dividida em dois estágios: o primeiro estágio é a sífilis congênita precoce, quando a infecção é diagnóstica até os dois primeiros anos de vida da criança; e, o segundo estágio, quando o diagnóstico ou os sinais e sintomas surgem após os dois anos de idade, é denominado sífilis congênita tardia (BRASIL, 2016; KALININ, PASSARELLI NETO, PASSARELLI, 2016; BRASIL, 2019a; SOUSA *et al*, 2019; BRASIL, 2021).

De acordo com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção (PCDT) da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais, atualizado em 2021, do Ministério da Saúde, todas as crianças cujas mães foram diagnosticadas com

sífilis na gestação, deverão ser avaliadas, ainda na maternidade, levando em conta o histórico materno de sífilis relacionada ao tratamento, acompanhamento na gestação, os sinais de sintomas do recém-nascido e exame laboratorial não-treponêmico de sangue periférico da criança em comparação com o exame da genitora. Desse modo, idealmente, a avaliação deve ser a combinação de dados clínicos, epidemiológicos e laboratoriais. Os casos em que os exames complementares não sejam possíveis de realizar, o recém-nascido deverá ser tratado e acompanhado clinicamente, em observância ao histórico clínico-epidemiológico da mãe e no diagnóstico clínico, quando a criança apresentar sinais e/ou sintomas. (BRASIL, 2019a; SOUSA *et al*, 2019; BRASIL, 2021).

É bom destacar, que para além de diagnosticar a sífilis congênita, a avaliação clínica também pretende identificar adequadamente as crianças expostas (aquelas que não foram infectadas) a fim de evitar condutas e/ou tratamentos desnecessários (BRASIL, 2016; BRASIL, 2019a; BRASIL, 2021).

Cabe ainda salientar, que nos casos em que a genitora não foi tratada ou este tratamento se deu de forma inadequada, independentemente do resultado da avaliação clínica e dos resultados laboratoriais, este recém-nascido será classificado como caso de sífilis congênita. Assim como, as crianças com resultado de teste não treponêmico positivo, serão classificados do mesmo modo, mesmo que o tratamento da genitora tenha sido adequado. Portanto, todas as crianças com qualquer alteração, sejam laboratoriais ou manifestações clínicas, serão enquadradas nos critérios para classificação de sífilis congênita, independente do histórico materno (GUINSBURG; SANTOS, 2010; BRASIL, 2016; BRASIL, 2019a; BRASIL, 2021).

A sífilis congênita, além de baixo peso ao nascer e prematuridade, pode acarretar malformação em múltiplos órgãos, bem como morte fetal e neonatal. Além desses, outras repercussões podem advir dessa infecção, como lesões cutâneo-mucosas, sendo mais comuns exantema maculoso na fase e extremidades, além de lesões bolhosas. Outras alterações mais graves também podem estar presentes como neurosífilis, linfadenopatia, pneumonia, osteíte, osteocondrite, hepatoesplenomegalia, insuficiência renal, hidrocefalia, entre outras. É importante chamar a atenção também que algumas lesões são irreversíveis, principalmente quando o diagnóstico é tardio, como: ceratite, surdez e retardo mental (BRASILEIRO; RIBEIRO, 2016; KALININ; PASSARELLI NETO; PASSARELLI, 2016; BRASIL, 2019a; SILVA SOUZA *et al*, 2018; SOUSA *et al* 2019; BRASIL, 2021).

A penicilina é a droga de escolha para o tratamento da sífilis e sífilis congênita, pois tem ação bactericida, desde que usada em doses e intervalos adequados, atuando diretamente na parede celular do *treponema pallidum*. O PCDT indica a benzilpenicilina (potássica, cristalina ou benzatina) para o tratamento da sífilis congênita, sendo a escolha baseada no tratamento durante a gestação e/ou a titulação do teste não treponêmico da criança em comparação com o exame materno (GUINSBURG; SANTOS, 2010; KALININ; PASSARELLI NETO; PASSARELLI, 2016; BRASIL, 2019a; BRASIL, 2021).

2.2 Cenário epidemiológico da sífilis gestacional e congênita

É consenso que as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) constituem um grave problema de saúde pública e que a sua erradicação/diminuição teria impacto significativo na redução de óbitos, inclusive os causados pela sífilis congênita. Há ainda que se dizer, que são significativos os custos relacionados à morbidade associada à sífilis congênita (GUINSBURG; SANTOS, 2010; BRASIL, 2019a; BRASIL, 2019b; BRASIL, 2019c; BRASIL, 2021).

Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) dão conta de que, baseado na prevalência de 2009 a 2016, estima-se um total de casos incidentes de IST's curáveis em 376,4 milhões, dentre os quais 6,3 milhões de casos de sífilis. Ainda segundo a OMS, o número de infecção no Brasil, é preocupante e demanda estratégias de controle (BRASIL, 2019b).

O Ministério da Saúde, através da Secretaria de Vigilância em Saúde divulgou uma edição especial do Boletim Epidemiológico que traz no seu corpo, um panorama da situação epidemiológica de doenças e agravos de relevância para a saúde pública no Brasil, contextualizando os referidos agravos desde a criação da secretaria até os dias atuais. Nesse boletim foram caracterizados alguns agravos e relacionados com problemas prioritários para o Sistema Único de Saúde (SUS), dentre eles o aumento dos casos de sífilis congênita e em gestantes (BRASIL, 2019e).

Mais especificamente, o Ministério da Saúde, também por meio da Secretaria de Vigilância em Saúde publicou o Boletim Epidemiológico Sífilis 2019, trazendo um panorama mais detalhado, cujas notificações de casos foram feitas até 30 de junho de 2019 no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e também apresentam dados e informações baseados no Sistema de Informação de

Mortalidade (SIM) (BRASIL, 2019b).

No período compreendido entre 2005 a junho de 2019, foram notificados no SINAN 324.321 casos de sífilis em gestante, sendo que 21% das notificações foram provenientes da região nordeste. No Brasil, a taxa de detecção de sífilis em gestante e a taxa de incidência de sífilis congênita vêm em ascendência, tendo a primeira apresentado uma taxa de 3,5 em 2010 para 21,4 em 2018; e a segunda, um aumento de 2,4 em 2010 para 9,0 em 2018 (BRASIL, 2019b).

O SINAN, em 2018, teve 62.599 notificações de casos de sífilis em gestante (taxa de detecção de 21,4 /1.000 nascidos vivos) no Brasil. No mesmo ano, a região nordeste teve 9.153 (14,6%) notificações de sífilis em gestantes e a Bahia, notificou 3.866 casos, apresentando distribuição proporcional de 6,2% e taxa de detecção de 18,9%, tendo sido o estado da região que mais apresentou casos da doença. Em relação à distribuição de casos de sífilis em gestante em regiões do país, a região nordeste figura na 4ª posição em relação à taxa de detecção de sífilis em gestante, sendo esta de 18%, abaixo da média do Brasil que foi de 21,4% (BRASIL, 2019b).

Comparando os dados de 2017 com 2018, infere-se que o número de notificações teve um incremento de 59,6% na região nordeste, este fato pode estar associado à mudança de critérios para definição de casos, a partir de outubro de 2017, onde se passou a considerar as notificações realizadas durante o pré-natal, parto e puerpério (BRASIL, 2019b).

O boletim epidemiológico traz ainda uma importante reflexão relacionada ao diagnóstico de sífilis em gestante segundo a idade gestacional. No ano de 2018, a região nordeste apresenta menor proporção de detecção de sífilis em gestante no primeiro trimestre de gestação (25,9%); 27,3% no segundo trimestre e 39,9% de taxa de detecção no terceiro trimestre de gestação (BRASIL, 2019b).

O Boletim Epidemiológico da Sífilis 2019, divulgado pela Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB) apresenta dados preliminares, até novembro de 2019, e demonstram que foram notificados, entre 2012 e 2018, 17.057 casos de sífilis na gestação, tendo a taxa de detecção apresentado a variação de 5,1 para 21,2 casos em 1.000 nascidos vivos. Em relação aos Núcleos Regionais de Saúde (NRS), o NRS Leste é a região de saúde com maior taxa de detecção (22,7 casos / 100 mil habitantes), sendo que em relação à diagnóstico e idade gestacional, em 2018, o estado teve maior taxa de detecção no 3º trimestre de gestação (31,2), no seguido do 2º trimestre (28,5) e 1 trimestre (26,5) (BAHIA, 2019).

Trazendo dados comparativos, para melhor ilustrar, em 2018 a taxa de detecção de sífilis na gestação no Brasil foi 21,4%; na região nordeste 18%; na Bahia 18,9% e em Camaçari essa taxa foi de 22,6% (BRASIL, 2019c; BAHIA, 2019).

Em se tratando da sífilis congênita, o SINAN, de 1998 a 2019, registrou 214.891 casos em menores de um ano de idade no Brasil, sendo destes, 24.343 (11,3%) residentes da região nordeste. Somente em 2018, o mesmo sistema de informação teve notificado 26.219 casos, dos quais 30% residentes no nordeste do país. Além disso, constatou-se que em comparação a 2017, o ano de 2018 apresentou aumento de 5,2% no número de notificações de sífilis congênita, sendo que o maior incremento aconteceu na região nordeste (13,3%) tendo apresentado taxa de incidência de 9,0 no Brasil e o Nordeste apresentou 9,6 casos / 1.000 nascidos vivos, tendo a Bahia ficando com a taxa de incidência de 7,4, abaixo da taxa nacional (BRASIL, 2019c).

No ano de 2018, o diagnóstico de sífilis congênita em neonatos (até 28 dias de vida) foi de 25.889 (98,4%), sendo que 25.456 (96,8%) foram diagnósticos na primeira semana de vida. O diagnóstico final dos casos (26.308), teve 93,6% classificado como sífilis congênita recente, 3,4% aborto por sífilis, 2,8% como natimorto e 0,2% como sífilis congênita tardia, no Brasil. No que se refere a evolução dos casos e desfecho desfavorável em sífilis congênita, em 2018, ficou evidente que 26.308 (88,6%) estavam vivas e 11,4% apresentou algum desfecho desfavorável (1,3% óbito por sífilis congênita, 0,7% óbitos por outras causas, 3,4% aborto, 2,8% natimorto e 3,2 % evolução ignorada) (BRASIL, 2019b).

No que tange a mortalidade infantil por sífilis congênita, entre 1998 e 2018, foram declarados no SIM, 2.575 óbitos, sendo 287 (11,1%) na região nordeste. Somente em 2018, o SIM informou 241 óbitos por sífilis em menos de um ano de idade, correspondendo a um coeficiente de mortalidade de 8,2 por 100.000 nascidos vivos, onde o maior coeficiente do país foi demonstrado na região nordeste (9,4). Em comparação com 2017, o ano de 2018 apresentou aumento de 8,5% nos casos de óbito decorrentes da infecção (BRASIL, 2019b).

Na Bahia, entre 2012 e 2018 foram notificados no SINAN 7.723 casos de sífilis congênita em menores de um ano de idade, sendo que só em 2018, foram 1.491 casos e em 2019, até o mês de novembro, foram notificados 814 casos de sífilis congênita, tendo a taxa de incidência NRS Leste sido de 13,8 / 1000 nascidos vivos. Outro dado relevante é que 55,3% dos casos de sífilis congênita notificados em 2018

na Bahia são residentes no NRS Leste, sendo que 15 municípios concentram 70% dos casos de sífilis congênita do Estado, dentre eles o município de Camaçari, que apresentou 24 casos notificados de sífilis congênita em 2018 e taxa de incidência de 5,5 (BAHIA, 2019).

Em relação à mortalidade por sífilis congênita na Bahia, entre 2012 e 2018, foram registrados 84 óbitos em menores de um ano de idade, tendo apresentando coeficiente de mortalidade variando 2,9 para 7,8 óbitos por 100.000 nascidos vivos, de modo que em 2018, foram 16 óbitos no estado da Bahia (taxa de detecção 7,8) e em Camaçari houve 01 óbito, apresentando coeficiente de mortalidade de 22,8. Os dados revelam ainda que no município, em 2018 foram registrados dois casos de natimorto decorrente da infecção (BRASIL, 2019b).

2.3 Políticas públicas no combate à sífilis congênita

Entre as Infecções Sexualmente Transmissíveis, que constituem desafio e grave problema de saúde pública, está a sífilis congênita e por isso merece destaque. Para fins epidemiológicos, a partir de 22 de dezembro de 1986, através da Portaria nº 542 do Ministério da Saúde, a sífilis congênita figura na lista de doenças de notificação compulsória do SINAN e a sua inobservância atribui infração à legislação de saúde (BRASIL, 1986; MAGALHÃES *et al*, 2013; COOPER *et al*, 2016; LAFETÁ, 2016; SILVA SOUZA, 2018).

Entendendo a importância da assistência pré-natal, outra estratégia digna de atenção foi instituída através da Portaria /GM nº 569, de 01 de junho de 2000. Trata-se do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), no âmbito do SUS, através portaria do Ministério da Saúde que considerou oferta de assistência de qualidade às gestantes e ao recém-nascidos no período gravídico, no peri-parto e período neonatal como direitos inalienáveis de cidadania. Além disso, a implementação desta política visava garantir acesso às gestantes e seus recém-nascidos às ações de prevenção, promoção e assistência à saúde (BRASIL, 2000; SENA *et al*, 2017; SOUSA *et al*, 2019).

Tendo objetivos de instituir o diagnóstico e tratamento imediato para os casos de sífilis na gestante e congênita, o Ministério da Saúde instituiu as Diretrizes para o Controle da Sífilis Congênita, em 2005. No ano seguinte, aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), o Pacto pela Saúde apresenta o compromisso das

entidades federativas e municípios em direção ao desenvolvimento de ações para cumprimento de metas adequadas a cada realidade local, tendo como um dos seus eixos prioritários basicamente, a redução da mortalidade de mães e crianças, e, estrategicamente, redução das taxas de transmissão vertical da sífilis e HIV (BRASIL, 2005; MAGALHÃES *et al*, 2013).

Em 2011, outra significativa estratégia do Ministério da Saúde foi instituída em 24 de junho, através da Portaria nº 1.459, referente à denominada Rede Cegonha, uma política pública com pretensão de assegurar à mulher direitos conexos ao planejamento reprodutivo, passando pela assistência pré-natal, parto, puerpério, como também assistência à criança, relacionada ao nascimento seguro e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento saudável. Além disso, considera os objetivos e metas pactuadas referentes à redução da mortalidade infantil, entre outras (BRASIL, 2011).

Já em 2016, foi lançado pelo Ministério da Saúde, o Guia Rápido do Pré-Natal do Parceiro para Profissionais de Saúde. Esse novo instrumento tinha o objetivo de incentivar a participação da parceria em todo processo relacionado ao planejamento reprodutivo até o parto. Tudo isso para elevar a quantidade de parcerias testadas, diagnosticadas e tratadas, contribuindo, assim, para redução da morbimortalidade relacionada à sífilis e outros agravos (SENA *et al*, 2017).

De uma forma resumida, temos:

Com a finalidade de estruturar e organizar a saúde materno-infantil foram criadas estratégias descritas em documentos, tais como: 1) A “Eliminação Mundial da Sífilis Congênita: Fundamento Lógico e Estratégia para a Ação” – “Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2008 -, visando aumentar o acesso global à testagem e ao tratamento de sífilis para mulheres grávidas; 2) A “Estratégia e Plano de Ação para Eliminação da Transmissão Materno-Infantil do HIV e da Sífilis Congênita” – Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) em 2010 -, reafirmando o compromisso da eliminação da transmissão vertical de HIV e SC; 3) A “Rede Cegonha” (MS – 2011) visando assegurar, tanto à mulher quanto à criança o direito à atenção humanizada durante o pré-natal, parto/nascimento, pós-parto e atenção infantil distribuídos nos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) (SOUSA *et al*, 2019, p. 1360-1361).

Simbolicamente, o terceiro sábado do mês de outubro de cada ano, desde 2017, ficou estabelecido como o Dia Nacional de Combate à Sífilis e à Sífilis Congênita, através da Lei nº 13.430, de 31 de março de 2017. Neste mesmo ano, o Ministério da Saúde apresentou o programa de Resposta Rápida à Sífilis nas Redes de Atenção com anseio de reduzir as taxas de sífilis adquirida, da sífilis em gestantes,

bem como eliminação da sífilis congênita (BRASIL, 2017a, BRASIL, 2017b; BRASIL, 2019d).

Todo esse esforço das autoridades sanitárias visa qualificar os dados do perfil epidemiológico referente à sífilis congênita no Brasil, promover o acesso à assistência pré-natal de qualidade, rastrear mulheres grávidas para garantia do diagnóstico e tratamento da sífilis em tempo oportuno, para que essas ações de forma articulada culminem na redução de casos de sífilis na gestação e erradicação da sífilis congênita (SENA *et al*, 2017; HOLZTRATTNER *et al*, 2019; SOUSA *et al*, 2019).

2.4 A importância da qualificação da assistência pré-natal para erradicação da sífilis congênita

A assistência pré-natal na atenção primária à saúde se constitui na porta de entrada preferencial da gestante ao sistema público de saúde, sendo o *locus* ideal para acompanhamento da gravidez, com suas tecnologias apropriadas para a assistência pré-natal de risco habitual. A atenção primária também se comportará como ordenadora do cuidado, no sentido de articular com os serviços que compõem a rede de assistência para garantia do cuidado integral à saúde da gestante e seu conceito, em todos os níveis de complexidade existentes e necessários (BRASIL, 2012a).

As recomendações para assistência adequada ao pré-natal seguem as orientações da OMS, e preveem a captação precoce (primeira consulta de pré-natal até a 12ª semana de gestação) como o principal elemento da garantia da assistência de qualidade na atenção primária à saúde. Nesse contexto, destaca-se a captação precoce como um importante aliado no combate a erradicação da sífilis congênita, visto que além da fase da doença materna, a idade gestacional influencia na gravidade da infecção do feto, pois é considerada crítica a idade gestacional a partir de 20ª semanas, quando a ocorrência de consequências mais graves para o feto se desenvolvem, visto que o mesmo já é competente imunologicamente para desencadear reações inflamatórias (BRASIL, 2012a; GOUVEIA; COSTA, 2013).

A sífilis no período gestacional repercute em sérias complicações para a mulher e para seu conceito, sendo responsável por desfechos desfavoráveis quando observado o tempo de exposição fetal ao *treponema pallidum*, carga viral e tratamento materno, entre outros aspectos. Cabe destacar que a infecção pelo

treponema pallidum não confere imunidade, de modo que a gestante pode ser infectada mais de uma vez durante a gestação quando o tratamento não é adequado. Para além, a sífilis nos estágios primário e secundário afeta 100% dos fetos e essas mulheres não diagnosticadas/tratadas têm a capacidade de transmissão por vários anos, permanecendo com sua capacidade de transmissão em gestações futuras (DE LORENZI; MADI, 2001; GOUVEIA; COSTA, 2013; FRANÇA *et al*, 2015).

A sífilis na gestação requer uma intervenção imediata. Diante disso, o diagnóstico clínico é dado, basicamente, como em qualquer outro período da vida, pela identificação do cancro duro, (fase primária) ou pela associação de outros sinais e sintomas como erupção cutânea, pápula palmo-plantar, entre outros (fase secundária) ou ainda com alterações em órgãos ou aparelhos (fase terciária). Laboratorialmente, o diagnóstico se dá por várias técnicas e depende da fase da infecção para identificação do melhor método de pesquisa. Na atenção primária à saúde, a disponibilidade do teste treponêmico (teste rápido para sífilis) constitui uma estratégia de detecção e confirmação da infecção. Embora não haja distinção entre doença ativa ou cicatriz sorológica, a recomendação é para iniciar imediatamente o tratamento (BRASIL, 2012a; DOMINGUES *et al*, 2012; BRASIL, 2019c; BRASIL, 2021).

As recomendações do Ministério da Saúde, assim como da OMS, preveem solicitação de rotina de teste rápido para sífilis e/ou teste não treponêmico (VDRL) como exame de rotina das gestantes no 1º trimestre, teste não treponêmico (VDRL) no 3º trimestre e também na maternidade, na ocasião do parto. Porém, vários autores, descrevem o diagnóstico e tratamento precoce e adequado como entraves para a prevenção da sífilis congênita, pois apresentam a dificuldade de acesso aos serviços de pré-natal e exames laboratoriais, além do tratamento inadequado da gestante e a parceria geralmente não ter sido tratada (DE LORENZI; MADI, 2001; FRANÇA *et al* 2015; BRASIL, 2012; BRASIL, 2021).

A grande incidência de casos de sífilis congênita na atualidade é, segundo convergência de diversos autores, evidência da deficiência dos serviços de saúde, especialmente os serviços de assistência pré-natal, demonstrando que o rastreio e tratamento não estão sendo efetivos. Vale também destacar, que embora o diagnóstico, tratamento e seguimento da sífilis na gestação são de manejo simples e de baixo custo, por outro lado constata-se que o tratamento de sífilis congênita é prolongado e oneroso (GOUVEIA, 2013; HOLTRATTNER *et al*, 2019).

O tratamento para sífilis na gestação segue as mesmas recomendações da sífilis adquirida, com a penicilina benzatina, medicação injetável, de baixo custo e amplamente distribuídas nas unidades básicas de saúde. Preconizada pelo PCDT para prevenção de transmissão vertical de HIV, sífilis e hepatites virais, a penicilina benzatina é a única medicação segura e eficaz no tratamento da gestante infectada pelo *treponema palidum*, sendo indicada a sua utilização para sífilis recente (até um ano de evolução) primária, secundária e latente recente a aplicação de dose única de penicilina benzatina 2,4 milhões UI, intramuscular, sendo 1,2 milhões em cada glúteo. Para sífilis tardia (com um ano ou mais de evolução) latente tardia ou latente com duração ignorada e sífilis terciária, a mesma prescrição, porém em três aplicações semanais, totalizando 7,2 milhões de UI ao final da terceira semana; No caso de neurosífilis o tratamento recomendado é com penicilina potássica/cristalina 18-24 milhões UI/dia, intravenoso em doses de 3-4 milhões a cada quatro horas ou por infusão continuada por 14 dias (DOMINGUES *et al*, 2012; GOUVEIA; COSTA, 2013; BRASIL, 2019a; BRASIL, 2021).

Considera-se adequadamente tratada a gestante que teve seu diagnóstico e tratamento completo e correspondente ao estágio da doença, com penicilina benzatina, e que este tratamento tenha iniciado há pelo menos 30 dias do parto e tendo este também tenha sido finalizado antes da ocorrência do parto. Vale destacar que o tratamento da parceria sexual da gestante, presumidamente, com uma dose de penicilina benzatina de 2,4 milhões UI, independente de teste imunológico reagente ou não, é recomendado, embora este não seja mais critério para classificação dos casos de sífilis congênita, conquanto o não tratamento é uma importante causa de reinfecção da gestante (FRANÇA *et al*, 2015; LAFETÁ *et al*, 2016; HOLZTRATTNER *et al*, 2019; BRASIL, 2019a; BRASIL, 2021).

Tão importante quanto o tratamento adequado da sífilis na gestante é a realização do seguimento, e isso é fundamental para classificar a resposta ao tratamento, podendo este ser uma resposta imunológica adequada ou critérios de retratamento (reativação e/ou reinfecção). Para tanto, faz-se necessário monitoramento mensal do exame laboratorial (teste não treponêmico) e sistemática avaliação de sinais e sintomas. Nesse aspecto, há que se considerar que a ocorrência de diminuição da titulação em duas diluições em três meses ou de quatro diluições em seis meses é indicativo de sucesso no tratamento. Do mesmo modo que o aumento da titulação em pelo menos duas diluições, persistência ou recorrência dos

sintomas ou ainda ausência da queda esperada da titulação são critérios para retratamento da gestante (BRASIL, 2019a; BRASIL, 2021).

Importante salientar que, em termos epidemiológicos, a ocorrência de sífilis congênita é indicativo de assistência pré-natal não efetiva, bem como o tratamento adequado da gestante é a melhor estratégia de prevenção deste agravo. Nesse sentido, o aumento do número de crianças com sífilis congênita só reforça a evidência da deficiência dos serviços de saúde na prestação da assistência pré-natal, uma vez que o diagnóstico precoce através dos testes rápidos para sífilis está amplamente distribuídos nas unidades básicas de saúde, assim como o tratamento por meio da penicilina benzatina. Essas são medidas simples, de baixo custo, bastante efetivas e suficientes para erradicação da sífilis congênita (LANSKY *et al*, 2014; LAFETÁ *et al*, 2016; SENA *et al*, 2017; HOLZTRATTNER *et al*, 2019).

É, portanto, relevante dizer que a sífilis na gestação está relacionada ao nível socioeconômico, estando em grande proporção relacionada às gradações menos favorecidas e empobrecidas, de baixa escolaridade e com pouco acesso aos serviços de saúde. Paralelamente, permite o questionamento da qualidade da assistência pré-natal por todos os motivos já mencionados, de modo que, para além de se medir a qualidade da assistência em números de consultas, é pertinente considerar elementos que de fato garantam uma assistência eficiente (DE LORENZI; MADI, 2001; GUINSBURG; SANTOS, 2010; DOMINGUES *et al*, 2012; MAGALHÃES *et al*, 2013; LANSKY *et al*, 2014).

A falta de capacitação e atualização profissional figura entre fatores que precisam ser considerados no tocante à erradicação da sífilis congênita, uma vez que esta ação executada conforme preconizado pelos manuais, protocolos e documentos norteadores são suficientes para cumprimento a que se destinam e provocar a mudança na atual conjuntura epidemiológica relacionada à sífilis congênita (DE LORENZI; MADI, 2001; LAFETÁ *et al*, 2016; SOUSA *et al*, 2019).

3. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo realizado em dois momentos, a saber: 1) pesquisa observacional, do tipo ecológica, de natureza aplicada, descritiva, documental e quantitativa; 2) intervenção.

O estudo observacional é aquele em que o autor apenas observa o que acontece ou já aconteceu. O estudo ecológico faz uso de medidas para representar características de grupos populacionais e não de indivíduos. Geralmente, utiliza-se para descrever diferenças populacionais e auxilia o planejamento de ações em saúde pública (PRODANOV; FREITAS, 2013; ROMANOWSKI; CASTRO; NERI, 2019).

A pesquisa aplicada “objetiva gerar conhecimento para aplicação prática dirigidos à solução de problemas específicos. Envolver verdades e interesses locais (PRODANOV; FREITAS, 2013, p.51) e a pesquisa descritiva ela tem por objetivo descrever características de uma população ou de um fenômeno para estabelecimento de relação entre as variáveis e requer recursos e técnicas de estatística. Além disso, teve abordagem quantitativa, que é aquele tipo de pesquisa que considera tudo que é possível traduzir em números, informações e opiniões para ser possível analisar e classificar (PRODANOV; FREITAS, 2013; (HENRIQUES; MEDEIROS, 2017).

A proposta foi a identificação das causas da persistência de altas taxas de incidência da sífilis congênita no município de Camaçari, através da análise da assistência prestada às gestantes, além da elaboração um produto técnico, aqui denominado de protocolo interativo para manejo da sífilis na gestação e com isso contribuir para alteração do atual cenário epidemiológico desfavorável. Ressalta-se que a construção do protocolo interativo contou com valorosas contribuições de colegas da assistência, bem como da gestão, porém como ainda será apresentado aos profissionais da atenção primária, ainda está sujeito à ajustes e aprimoramento.

Desse modo, primeiramente, foi realizada uma exploração documental, que se refere a pesquisa em materiais que ainda não receberam nenhum de tratamento analítico. Foram utilizados dados coletados das fichas de notificação de sífilis congênita do SINAN, além dos prontuários, livros e outros instrumentos de registro

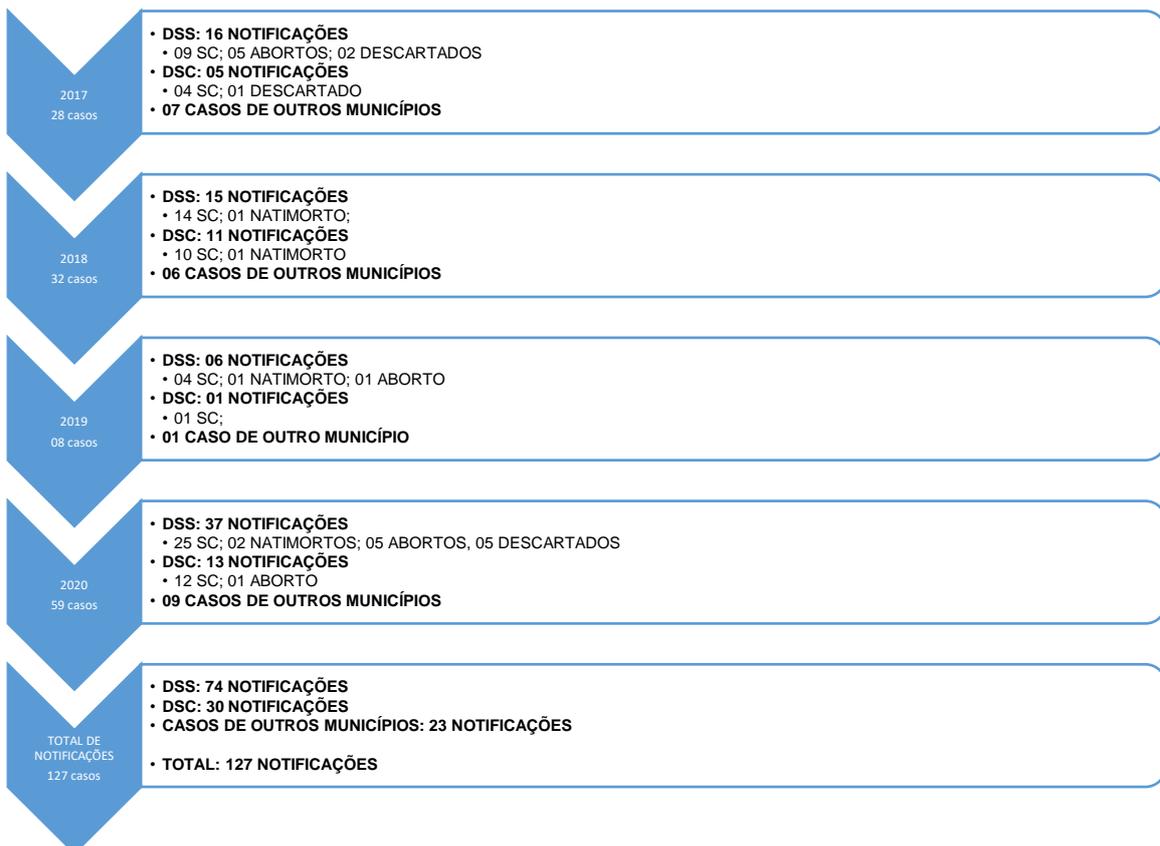
disponíveis na unidade de saúde, que continham registros da assistência prestada à gestante durante o pré-natal frente ao diagnóstico de sífilis. No momento posterior, os dados encontrados serviram como balizador para a elaboração da ação proposta, protocolo interativo para manejo da sífilis na gestação e com isso qualificar a assistência pré-natal (GIL, 2002; HENRIQUES; MEDEIROS, 2017).

Para isso, foram percorridos os seguintes passos:

- ✓ **Delimitação dos casos de sífilis congênita:** foram selecionados os casos de sífilis congênita notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) de 2017 à 2020, cujas mulheres eram residentes em Camaçari. No período estudado, conforme mostra a Figura 01, foram notificados 127 casos de sífilis congênita, sendo 23 casos de mulheres que não residiam em Camaçari e por isso foram excluídas da pesquisa, restando 104 notificações dentro do critério selecionado;
- ✓ **Coleta de dados:** no momento inicial, a coleta de dados se deu através das fichas de notificação, na base local no SINAN, e, posteriormente, em prontuários e outros instrumentos de registro da unidade de saúde onde a assistência pré-natal ocorreu;
- ✓ **Organização e sistematização dos dados coletados para análise dos resultados:** os dados foram sistematizados no banco de dados SPSS para as devidas análises, foi inserido em uma planilha do Microsoft Excel para organização e outras análises, além do Microsoft Word para elaboração das tabelas.
- ✓ **Elaboração do protocolo interativo:** foi elaborado um protocolo interativo para manejo da sífilis na gestação, baseado no que está preconizado no PCDT para Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais. O referido protocolo foi, inicialmente, idealizado e desenhado pela autora, porém após o primeiro esboço, houve uma demonstração para colegas que prestam assistência pré-natal, bem como para outros da gestão e residentes que na ocasião estavam cumprindo carga horária na gestão, dessa maneira houve valiosas contribuições na construção do produto final. Para além das contribuições, o protocolo foi revisado por colegas que atuam no centro de referência e atuam diariamente com IST's no município, porém ainda poderá ser aperfeiçoado tendo em vista que o mesmo ainda será apresentado para os profissionais da atenção primária.

- ✓ **Apresentação do resultado da pesquisa e do produto técnico:** a pesquisa e produto técnico foram apresentados na reunião da Câmara Técnica Municipal de Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites B e C, sendo deixando em aberto para sugestões, colaborações e contribuições de todos os participantes da reunião no intuito de aprimoramento do produto ali apresentado.

Figura 01. Sistematização das Notificação de Sífilis Congênita, Camaçari, 2017-2020.



Fonte: elaborado pela autora

3.2 Lócus

O Estado da Bahia, em convergência com o Sistema Único de Saúde (SUS), como forma de descentralização das ações e serviços de saúde, está subdividido em nove Macrorregiões de Saúde, denominado Núcleos Regionais de Saúde. O município de Camaçari, escolhido para este estudo, está localizado na Região Metropolitana de Salvador (RMS) e faz parte do Núcleo Regional de Saúde Leste. Tem uma extensão territorial de 785.421 quilômetros quadrado e uma população

estimada em aproximadamente 304.302 habitantes. Apresenta Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de 0,694 e uma taxa de mortalidade infantil de 12,10 óbitos por mil nascidos vivos (IBGE, 2020).

Estruturalmente, a Secretaria de Saúde de Camaçari está dividida em dois Distritos Sanitários de Saúde, a saber: um na sede (Distrito Sanitário Sede) e outro na Costa (Distrito Sanitário Costa). Em relação Atenção Primária à Saúde, à cobertura da Estratégia Saúde da Família do município é de 76,46%, apresentado os seguintes dados por distrito sanitário:

- 1) **Distrito Sanitário Sede:** cobertura de ESF 49,07%; cobertura de ACS 54,06%; Nº equipe saúde da família: 43; Nº equipe de atenção primária: 06;
- 2) **Distrito Sanitário da Costa:** cobertura de ESF 27,38%; cobertura de ACS 84,25%; Nº equipe saúde da família: 24; Nº equipe de atenção primária: 03.

No que se refere aos equipamentos de saúde na Atenção primária, os dados são os seguintes: 38 unidades de saúde no modelo estratégia saúde da família (ESF), 06 unidades básicas de saúde, 02 academias da saúde e 02 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Estando dispostos como a seguir: 1) Distrito Sanitário Sede: 22 unidades no modelo estratégia saúde da família, 04 unidades básicas de saúde, 01 NASF e 01 academia da saúde; e, 2) Distrito Sanitário Costa: 14 unidades no modelo estratégia saúde da família, 02 unidades básicas de saúde, 01 NASF e 01 academia da saúde.

Para este estudo foram selecionados como *lócus*, cinco unidades de saúde, sendo três no Distrito Sanitário da Sede e duas no distrito Sanitário da Costa.

3.3 Unidades participantes do estudo e critérios para seleção

Inicialmente foram analisados, através dos dados do SINAN, os casos notificados de sífilis congênita no município de Camaçari, cujas notificações ocorreram nos anos de 2017 a 2020. Para essa avaliação, levou-se em conta o prazo de encerramento para as notificações de sífilis congênita, de acordo com o manual de normas e rotinas do SINAN, qual seja até 60 dias após a data da notificação.

A partir da seleção e análise das notificações, foram eleitas três unidades de saúde do DSS e 02 unidades de saúde do DSC, classificadas pelo maior número de notificações de sífilis congênita, no período delimitado pelo estudo. Para critério de seleção dessas notificações, utilizou-se os casos mais antigos, e que tivesse o

máximo de campos preenchidos, para que todos os detalhes dos casos fossem analisados. Os casos em que houve número inferior a cinco notificações, todas fizeram parte da pesquisa, independente dos critérios pré-mencionados.

Cabe destacar aqui, que na execução da pesquisa houve muita dificuldade na identificação da unidade de saúde referência da gestante, uma vez que nas fichas de notificação constavam endereços incompletos e/ou inexistentes. Para minimizar e ter menos repercussão no resultado da pesquisa, foi consultado no sistema de informação e-SUS APS, sistema oficial para registro de informações de saúde dos usuários da atenção primária à saúde, todas as gestantes na tentativa de identificação, através do seu cadastro, da unidade de referência para o endereço registrado. Mesmo com este esforço, em alguns casos, a identificação da unidade de saúde de referência com base no endereço, não foi suficiente, pois não havia registro e/ou prontuário de atendimento da mesma na unidade. Assim sendo, após esse filtro, fizeram parte do estudo cinco unidades de saúde do município, de onde foram coletada e analisada informações de onze prontuários, distribuídos como a seguir: 1) Distrito Sanitário Sede: três unidades de saúde e seis prontuários; e 2) Distrito Sanitário Costa, duas unidades de saúde e cinco prontuários.

3.4 Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu em dois momentos. O primeiro, a partir do SINAN, onde de posse das fichas de notificação selecionadas, foram coletados dados referentes à criança notificada com sífilis congênita, a saber: data de nascimento, data do diagnóstico, data da notificação, raça/cor, sexo, teste não treponêmico realizado, tratamento realizado e presença de sinais e sintomas. Também foram extraídos dados relacionados à gestante: 1) variáveis sócio-demográficas (idade, raça/cor, ocupação, escolaridade); 2) dados do diagnóstico da sífilis (realizou pré-natal nesta gestação, diagnóstico da sífilis materna, teste não treponêmico no parto/curetagem e teste treponêmico no parto/curetagem); e, 3) dados do tratamento (esquema de tratamento, data do início do tratamento e tratamento da parceria). Esses dados foram sistematizados e organizados para avaliação epidemiológica dos casos estudados.

No segundo momento, a pesquisadora se direcionou até as unidades de saúde selecionadas, onde de posse dos prontuários e outros instrumentos de registro

da assistência prestadas às gestantes, foi efetuada a coleta dos dados de interesse da pesquisa. As seguintes variáveis foram observadas e colhidas neste momento: data da primeira consulta, realização da primeira consulta de pré-natal no 1º trimestre (captação precoce); idade gestacional do diagnóstico, número de consultas de pré-natal realizada (médico e enfermeiro); registro de realização de teste rápido para sífilis na 1ª consulta de pré-natal; registro de tratamento em tempo oportuno (data do início do tratamento); tratamento prescrito e realizado; registro de realização de VDRL de seguimento para sífilis; registro de tratamento presumidamente da parceria.

Para organização e sistematização das informações, utilizou-se o instrumento de coleta semiestruturado (Apêndice A) previamente confeccionado para este fim, onde foram transcritas as informações essenciais para a pesquisa, desde os dados presentes na ficha de notificação, até aqueles dispostos em prontuários/documentos analisados nas unidades.

3.5 Organização e análise de dados

As informações extraídas dos prontuários, a partir do instrumento de coleta, foram armazenadas no banco de dados, cujos dados foram avaliados item a item em comparação ao preconizado no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais. As inconformidades encontradas foram norteadores para construção do protocolo interativo proposto (BRASIL, 2019a).

Para a sistematização e análise dos dados, o banco escolhido foi o “Statistical Package for the Social Sciences” (SPSS), versão 22.32, onde foi possível realizar análises de estatísticas descritivas, usando frequências, médias/medianas e tabelas de referência cruzada. Também foi utilizada o *Microsoft Excel* para organização e seleção dos dados das fichas de notificação, bem como o *Microsoft Word* para montagem das tabelas.

3.6 Intervenção

A partir das não conformidades encontradas com o resultado da pesquisa e baseado nos manuais técnicos oficiais, foi idealizado, aprimorado e construído um protocolo interativo para manejo da sífilis na gestação para compartilhamento entre

os profissionais de saúde que prestam assistência pré-natal, de forma que o mesmo possa se constituir em instrumento de consulta rápido e acessível com vistas a garantir a instituição do adequado protocolo de cuidados à gestante com sífilis, sendo este um grande passo para a erradicação da sífilis congênita no município de Camaçari. O produto foi apresentado na reunião da Câmara Técnica de Transmissão Vertical, o que será mais detalhado nos resultados. Após esta explanação, foi sugerido que a mesma fosse reproduzida através do “Sextou na Sesau”, que são webinários com intuito educacionais, voltados para profissionais da rede de atenção à saúde do município, em data a ser combinada.

3.7 Considerações éticas

Este estudo levou em consideração todos os preceitos éticos para realização de pesquisa com seres humanos, tendo como documento norteador a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, que versa sobre as diretrizes e normas regulamentadoras para pesquisa envolvendo seres humanos. Embora a pesquisa aqui proposta tenha envolvido seres humanos de forma indireta, através da consulta de seus prontuários, o projeto foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, da Universidade do Estado da Bahia – UNEB, tendo sido aprovado pelo referido comitê, com número de CAAE 40026120.5.0000.0057.

Os dados capturados foram utilizados somente para responder aos objetivos propostos da pesquisa, bem como foram assegurados a privacidade e confidencialidade no ato da escrita, mantendo o sigilo do material (BRASIL, 2012b).

4. RESULTADOS

4.1 Descrição originada da etapa de coleta de dados

As variáveis sociodemográficas, representadas na Tabela 1 e extraídas das fichas de notificações selecionadas para a pesquisa, primeira etapa da coleta de dados, destacam que, das gestantes selecionadas, 54,5% tinha idade acima de 35 anos. No que se refere ao grau de escolaridade, a maior parte das gestantes (aproximadamente 73%) estudou até o ensino fundamental, completo ou incompleto. Destaca-se aqui o fato de que 18% das gestantes tiveram o grau de escolaridade ignorado.

Ainda sobre as variáveis sociodemográficas, no quesito raça/cor quase 91% das gestantes se autodeclararam parda. Quanto a ocupação, quase 73% das gestantes eram donas de casa e 9,1% eram empregada doméstica, ou manicure ou o item foi deixado em branco.

TABELA 1: Frequência das variáveis sociodemográficas de gestantes cujos recém-nascidos tiveram diagnóstico de sífilis congênita, 2017 a 2020. Camaçari, BA.

Características sociodemográficas	N	%
Faixa etária		
18 - 35 anos	5	45,4
Acima de 35 anos	6	54,6
Escolaridade		
Sem escolaridade	0	0
Fundamental (completo ou incompleto)	8	72,7
Ensino Médio (completo ou incompleto)	1	9,1
Ensino Superior (completo ou incompleto)	0	0
Ignorado	2	18,2
Raça/Cor		
Parda	10	90,9
Branca	0	0
Amarela	0	0
Preta	0	0
Indígena	0	0
Ignorado	1	9,1
Ocupação		
Dona de Casa	8	72,7
Empregada doméstica	1	9,1
Manicure	1	9,1
Em branco	1	9,1

Fonte: Elaborada pela autora.

Sobre as variáveis relacionada à assistência pré-natal prestada à gestante, ainda coletadas a partir das fichas de notificações, conforme demonstra a Tabela 2, é possível perceber que quase 82% das gestantes realizaram pré-natal, no entanto, somente 54% foram diagnosticada com sífilis ainda na gestação. As demais, 27% tiveram diagnóstico durante o parto/curetagem e 18% só receberam o diagnóstico após o parto.

A respeito do método diagnóstico, quase 91% das gestantes foram submetidas ao teste treponêmico e 100% delas também foram submetidas ao teste não treponêmico. No que tange o tratamento, nenhuma teve o esquema finalizado de forma adequada, uma vez que 36% fizeram tratamento de forma inadequada, e aproximadamente 64% das gestantes não o realizaram. Com relação ao item tratamento presumido da parceria, apenas 45% referiram que o parceiro foi tratado, sendo que aproximadamente 55% não fizeram tratamento ou o mesmo foi ignorado.

TABELA 2: Frequência de variáveis dos dados coletados das fichas de notificação relacionadas ao diagnóstico e tratamento das gestantes cujos recém-nascidos tiveram diagnóstico de sífilis congênita, 2017 a 2020. Camaçari, BA.

Diagnóstico e tratamento da mulher	N	%
Realização de pré-natal		
Sim	9	81,8
Não	1	9,1
Ignorado	1	9,1
Diagnóstico		
Pré-natal	6	54,5
Parto/curetagem	3	27,3
Após o parto	2	18,2
Teste treponêmico		
Reagente	10	90,9
Não reagente	0	0
Não realizado	0	0
Ignorado	1	9,1
Teste não treponêmico		
Sim	11	100
Não	0	0
Ignorado	0	0
Esquema de tratamento		
Adequado	0	0
Inadequado	4	36,4
Não realizado	7	63,6
Ignorado	0	0
Tratamento presumido da parceria		
Sim	5	45,4
Não	5	45,4
Ignorado	1	9,2

Fonte: Elaborada pela autora.

A tabela 3, apresenta os dados coletados nos prontuários das gestantes, segunda etapa da coleta de dados, durante a assistência pré-natal, e demonstra que não houve captação precoce em nenhuma das gestantes participantes da pesquisa, sendo que aproximadamente 73% delas fizeram a primeira consulta de pré-natal no 2º trimestre de gestação, 9,1% no 3º trimestre, 9,1% não realizou pré-natal e 9,1% a idade gestacional foi ignorada, ou seja, não houve registro em prontuário de dados que pudessem estimar a idade gestacional da gestante.

Com relação ao número total de consultas de pré-natal, apenas 36% realizaram 06 consultas ou mais. Com relação à categoria profissional, aproximadamente 82% das mulheres fizeram pelo menos de 1 a 3 consultas com médico. Sobre a consulta com o enfermeiro, 45% das mulheres fizeram de 1 a 5 consultas, 36% fizeram mais de 6 consultas, perfazendo um total de aproximadamente 81% de gestantes que fizeram consulta com este profissional.

A respeito da realização do teste rápido para detecção de sífilis na gestação na primeira consulta de pré-natal, constatou-se que 54% foram submetidas ao teste. Em relação ao tratamento, a pesquisa revelou que apenas 36% realizaram tratamento, sendo que sobre o esquema de tratamento realizado, apenas 18% das gestantes fizeram três doses de penicilina benzatina. Em 73% dos casos não houve tratamento descrito ou o mesmo não foi registrado.

Destaca-se que em relação ao tratamento presumido da parceria, não houve qualquer registro de que o parceiro realizou tratamento para sífilis, 45% houve registro de não tratamento e em 54% dos casos essa informação foi ignorada. Sobre o exame de VDRL de seguimento, apenas 27% o realizaram.

TABELA 3: Frequência de variáveis dos dados coletados nos prontuários das pacientes relacionadas à assistência pré-natal às gestantes cujos recém-nascidos tiveram diagnóstico de sífilis congênita, 2017 a 2020. Camaçari, BA.

Assistência pré-natal	N	%
Idade gestacional na 1ª consulta		
1º trimestre (até 12 semanas)	0	0
2º trimestre (13 a 26 semanas)	8	72,7
3º trimestre (a partir da 27ª semana)	1	9,1
Não realizou pré-natal	1	9,1
Ignorado	1	9,1
Captação precoce		
Sim	0	0
Não	9	81,8
Ignorado	2	18,2

Número total de consulta pré-natal		
Nenhuma	1	9,1
1 a 3	3	27,3
4 ou 5	3	27,3
6 ou mais	4	36,3
Número de consultas com médico		
Nenhuma	2	18,2
1 a 3	9	81,8
4 ou 5	0	0
6 ou mais	0	0
Número de consultas com enfermeiro		
Nenhuma	2	18,1
1 a 3	4	36,4
4 ou 5	1	9,1
6 ou mais	4	36,4
Teste rápido para sífilis na 1ª consulta		
Sim	6	54,5
Não	4	36,4
Não realizou pré-natal	1	9,1
Tratamento para sífilis realizado		
Sim	4	36,4
Não	7	63,6
Ignorado	0	0
Esquema de tratamento realizado		
1ª dose de penicilina	1	9,1
2ª dose de penicilina	0	0
3ª dose de penicilina	2	18,2
Ignorado/Não realizado	8	72,7
Registro de tratamento da parceria		
Sim	0	0
Não	5	45,4
Ignorado	6	54,6
VDRL de seguimento		
Sim	3	27,3
Não	5	45,4
Ignorado	3	27,3

Fonte: Elaborada pela autora.

Os dados da tabela 4 demonstram que 54,5% dos recém-nascidos eram do sexo masculino. No quesito raça/cor aproximadamente 64% foram identificadas como parda e em 36% esse item foi ignorado. Sobre a realização do teste não treponêmico, quase 64% dos recém-nascidos tiveram resultado reagente, sendo que 90,1% foram submetidos a tratamento.

TABELA 4: Frequência de variáveis relacionadas aos recém-nascidos com diagnóstico de sífilis congênita, 2017 a 2020. Camaçari, BA.

Recém-nascido	N	%
Sexo		
Feminino	2	18,2
Masculino	6	54,5
Ignorado	3	27,3

Raça/cor		
Branca	0	0
Preta	0	0
Amarela	0	0
Parda	7	63,6
Indígena	0	0
Ignorado	4	36,4
Teste não treponêmico		
Reagente	7	63,6
Não reagente	3	27,3
Ignorado	1	9,1
Tratamento realizado		
Sim	10	90,9
Não	1	9,1

Fonte: Elaborada pela autora.

4.2 Construção do produto técnico

A construção do produto técnico e da intervenção se deu, não só a partir dos dados encontrados na pesquisa, com a identificação das não conformidades na assistência pré-natal prestada à gestante com diagnóstico de sífilis. Para além disso, o projeto tinha a pretensão elaborar um instrumento de consulta rápida e facilitada do que fazer diante de uma gestante com diagnóstico de sífilis, inclusive com informações relevantes sobre o seu manejo.

Para isso, foi realizado uma revisão aprofundada do novo PCDT e sistematização das informações que poderiam ser mais relevantes para os profissionais em seu dia-a-dia. Além disso, entendendo toda a dinâmica do trabalho dos profissionais assistências com relação à registro de notificação, registro em prontuário e outros instrumentos, pensou-se na criação deste produto em formato de mídia digital, para que o mesmo seja facilmente alcançado diante da necessidade, e por esse motivo espera-se boa aderência entre os profissionais, uma vez que este será compartilhado por aplicativo de mensagem, qual seja, o *Whatsapp*.

A construção do produto teve início com a transcrição da ideia principal para um rabisco no papel à lápis, de forma que fosse possível melhor visualização e aprimoramento dos itens que seriam essenciais e de que forma estes ficariam melhor dispostos.

As figuras a seguir demonstram uma parte do passo-a-passo dessa construção:

Figura 02.

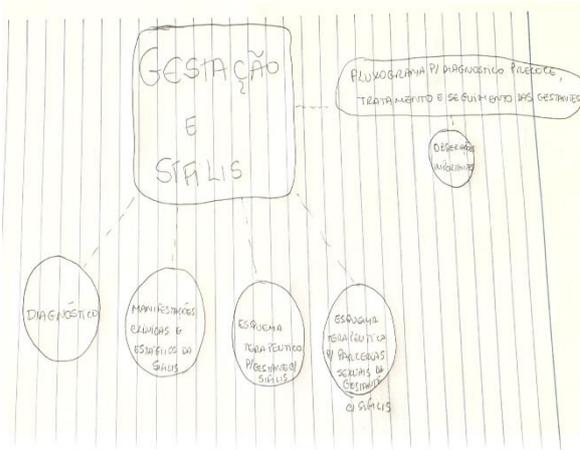


Figura 03.

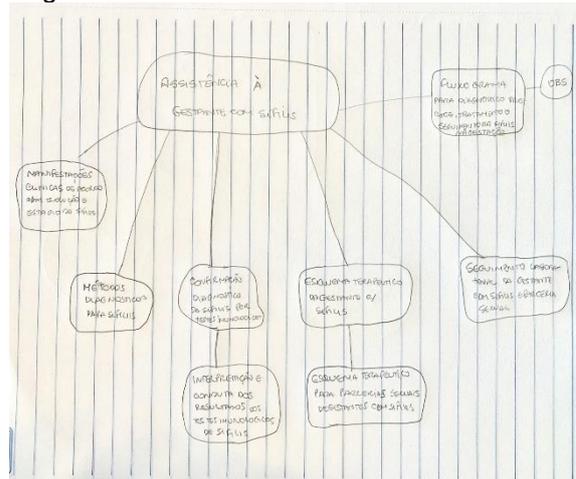


Figura 04.

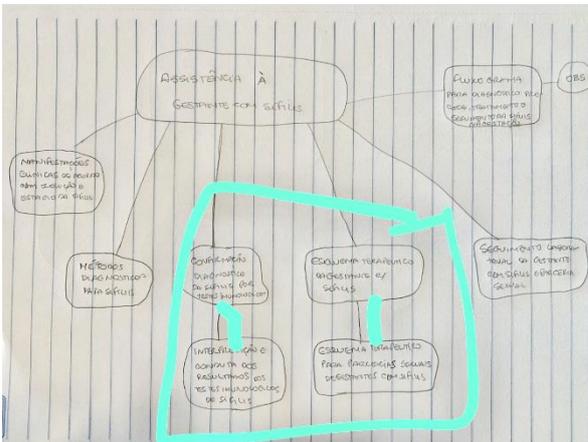
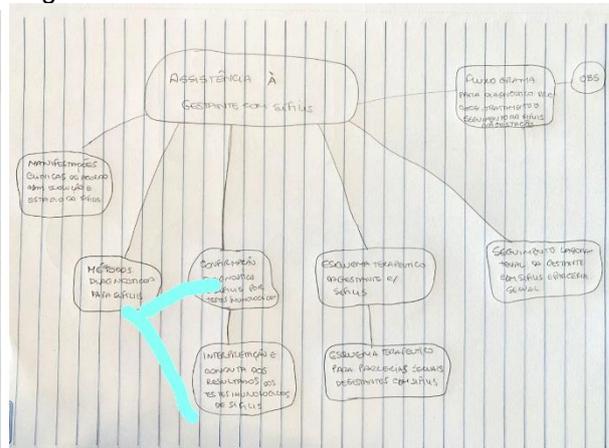


Figura 05.



Após esta fase, e para melhor apresentação e experiência do uso do produto idealizado, houve necessidade de contratar um profissional para diagramação e automação de forma a se obter um produto de melhor qualidade possível.

As figuras a seguir, retratam o processo de construção do produto em formato digital:

Figura 06.



Figura 07.



Figura 08.

ASSISTÊNCIA À GESTANTE COM SÍFILIS

DIAGNÓSTICO PRECOCE E SEGUIMENTO DA SÍFILIS

```

    graph TD
      A[DIAGNÓSTICO PRECOCE E SEGUIMENTO DA SÍFILIS] --> B[SECA ATIVA]
      A --> C[1ª CONSULTA DE PRÉ COM ENFERMEIRA]
      B --> D[NÃO REAGENTE]
      B --> E[REAGENTE]
      D --> F[TESTE RÁPIDO]
      E --> G[ACONSELHAR E ORIENTAR]
      F --> H[NOTIFICAÇÃO OBRIGATORIA SÍFILIS EM GESTANTE]
      G --> I[ALERGIA A PENICILINA]
      G --> J[NÃO]
      I --> K[ENCAMINHAR PARA DESSENSIBILIZAÇÃO]
      J --> L[ENCAMINHAR PARA DESSENSIBILIZAÇÃO]
      H --> M[SEM RESPOSTA AO TRATAMENTO OU NÃO RESPOSTA EM 10 DIAS]
      M --> N[ANALISE RESPOSTA/RETORNAMENTO]
      N --> O[SEM RESPOSTA AO RETORNAMENTO OU NÃO RESPOSTA EM 10 DIAS]
      O --> P[ENCAMINHAMENTO PARA ATENÇÃO ESPECIALIZADA]
      L --> Q[RESPOSTA AO TRATAMENTO OU RESPOSTA EM 10 DIAS]
      Q --> R[MANTER DESENVOLVIMENTO LABORATORIAL E ATENÇÃO BÁSICA]
      R --> S[ATENÇÃO BÁSICA]
      T[Veja as observações]
  
```

4.3 O produto técnico

Após algumas idas e vindas, o produto foi finalizado em arquivo PDF e com links interativos, onde o profissional poderá clicar no item desejado para que essa opção seja detalhada. Para tanto, cabe aqui destacar que para conseguir utilizar o protocolo na sua forma interativa, no celular, faz-se necessário a instalação do aplicativo Adobe Acrobat, pois apenas o visualizador de PDF não será suficiente para a versão interativa do arquivo. As próximas figuras demonstram, visualmente, o resultado final.

Figura 09



Figura 10

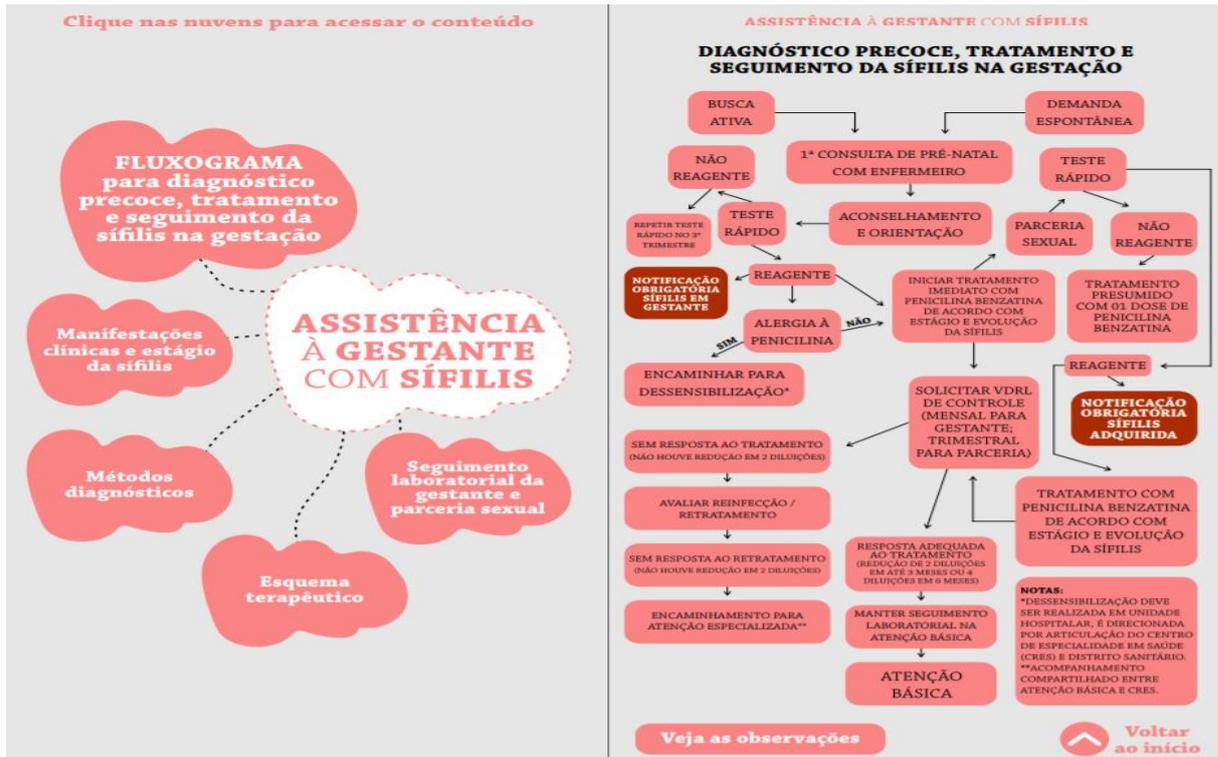


Figura 11

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:

1. A testagem para sífilis em gestante está preconizada na **1ª consulta de pré-natal**, idealmente no **1º trimestre**, no **início do 3º trimestre** (a partir da 28ª semana), no momento do **parto, aborto, exposição ao risco e violência sexual**;
2. **Não é recomendável agendar teste rápido** para gestante, o mesmo deve ser realizado **imediatamente** no primeiro contato da mesma com o serviço de saúde;
3. Para as gestantes, o início do tratamento deve ser **imediatamente** após o resultado **reagente** (tempo oportuno), independente de tipo de teste, **sem aguardar resultado do segundo teste**;
4. Diante de uma gestante com diagnóstico de Sífilis, e não sendo possível inferir a **duração da infecção** (duração ignorada), a mesma deve ser classificada como caso de **sífilis latente tardia**;
5. A **penicilina** é a única opção **segura e eficaz** para o tratamento adequado das gestantes;
6. A penicilina pode ser feita com **segurança na atenção básica independente da presença do médico na unidade de saúde**;
7. **Tratamento adequado da gestante**: administração de penicilina benzatina de acordo com o estágio clínico da sífilis; **iniciado há pelo menos 30 dias do parto**; e tendo sido **finalizado antes da ocorrência do parto**; respeito ao intervalo entre as doses; avaliação quanto ao risco de reinfecção; **documentação** da queda do título do teste não treponêmico;
8. As gestantes que ultrapassarem o intervalo em 14 dias entre as doses devem **reiniciar** o esquema terapêutico;
9. É fundamental a **busca ativa das parceiras sexuais** das gestantes com sífilis para diagnóstico e tratamento;
10. As parceiras sexuais das gestantes devem ser **tratadas presumidamente** com apenas uma dose de penicilina benzatina, mesmo apresentando teste imunológicos não reagente. Nos casos em que o resultado for reagente, o tratamento deverá seguir as recomendações do item esquema terapêutico para parcerias sexuais de gestantes com sífilis;
11. O **monitoramento laboratorial** das gestantes com sífilis deve ser realizado **mensalmente**, utilizando preferencialmente o mesmo teste para que seja possível a comparação entre eles;
12. É indicativo de **sucesso no tratamento** a ocorrência de **diminuição da titulação** em 2 diluições dos testes não treponêmicos em 3 meses, ou de 4 diluições em seis meses após a conclusão do tratamento;
13. É recomendado o **uso de preservativo** durante o tratamento;
14. É **imprescindível o registro** do histórico de tratamento e seguimento da sífilis na gestação e demais condutas relacionadas, não só no **prontuário** da paciente, mas principalmente na **caderneta da gestante**.

Esquema terapêutico da gestante

Esquema terapêutico da parceria sexual da gestante

Veja ao Fluxograma

Voltar ao início

Voltar ao início

Figura 12

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS DE ACORDO COM EVOLUÇÃO E ESTÁGIOS DA SÍFILIS

ESTÁGIOS DE SÍFILIS	MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS
PRIMÁRIA 10 a 90 dias após o contato (Média de 3 semanas)	Apresenta nódulo único, indolor, que ulcera rapidamente, formando o cancro duro (ulcera genital). Surge, geralmente, na genitália, porém pode aparecer também no perineo, ânus, reto, orofaringe, lábios ou mãos. Linfonodos regionais. A lesão primária é, geralmente, rica em treponemas.
SECUNDÁRIA 6 semanas a 6 meses após a cicatrização do cancro	Comumente, apresenta sinais e sintomas sistêmicos, podendo ser confundido com outros diagnósticos. Geralmente, apresenta erupções cutâneas em forma de máculas e/ou pápulas principalmente em tronco; lesões eritemato-scaematosas na planta dos pés e palma das mãos; placas eritematosas branco-acinzentada em mucosas; condiloma plano ou condiloma lata; alopecia e maderose; febre; mal-estar; cefaleia. A lesão secundária é, geralmente, rica em treponemas.
LATENTE RECENTE Até 01 ano de infecção	Geralmente não se observa presença de sinais e sintomas, porém há reatividade nos testes imunológicos que detectam anticorpos. A maioria dos diagnósticos ocorre nesse estágio.
LATENTE TARDIA Mais de um ano de infecção	
TERCIÁRIA	Menor frequência de diagnóstico. Geralmente, há acometimento do sistema nervoso e cardiovascular. Formação de gomas sífilíticas na pele, mucosas, ossos ou qualquer outro tecido, de caráter destrutivo.

Fonte: Adaptado do Relatório de Recomendação Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais, 2021.

MÉTODOS DIAGNÓSTICOS PARA SÍFILIS: TESTES IMUNOLÓGICOS

TESTE IMUNOLÓGICO	CARACTERÍSTICAS	EXAMES
NÃO TREPONÊMICO	Detectam anticorpos anticardiolipina não específicos para o T. pallidum; Permite análise quantitativa e qualitativa (Ex. 1:2; 1:4; 1:8; 1:16); São utilizados para diagnóstico, monitoramento da resposta ao tratamento e controle da cura;	VDRL RPR TRUST USR
TREPONÊMICO	Detectam anticorpos específicos contra o T. pallidum; São os primeiros a tornarem-se reagentes; Geralmente, mante-se positivo por toda a vida (cicatriz sorológica); Não está indicado para monitoramento do tratamento	TESTES RÁPIDOS (TR) Teste de hemaglutinação (TPHA) Aglutinação de partículas (TPPA) Micro-hemaglutinação (MHA-TP) Teste de imunofluorescência indireta (FTA-Abs) Ensaio imunoenzimático (ELISA/EQI)

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE: É recomendado a realização da combinação de testes treponêmicos e não treponêmicos para definição laboratorial do diagnóstico de sífilis, uma vez que a combinação dos testes aumenta o valor preditivo positivo de um resultado reagente no teste inicial. Portanto, é indicado iniciar a investigação com teste treponêmico, preferencialmente o teste rápido para sífilis.

Fonte: Adaptado do Relatório de Recomendação Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais, 2021.

Confirmação diagnóstica por testes imunológicos

Interpretação e conduta dos resultados dos testes imunológicos

Figura 13

CONFIRMAÇÃO DIAGNÓSTICA DA SÍFILIS POR TESTES IMUNOLÓGICOS

TESTE TREPONÊMICO REAGENTE

(Teste Rápido; FTA-Abs; TPFA; EQI)

+

TESTE NÃO TREPONÊMICO REAGENTE

(VDRL; RPR)

↓

DIAGNÓSTICO DE SÍFILIS CONFIRMADO

Fonte: Adaptado do Relatório de Recomendação Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais, 2021.

INTERPRETAÇÃO E CONDUTA DOS RESULTADOS DOS TESTES IMUNOLÓGICOS DE SÍFILIS

TESTE TREPONÊMICO REAGENTE + TESTE NÃO TREPONÊMICO REAGENTE

Diagnóstico de Sífilis: avaliar classificação do estágio da sífilis;
Cicatriz sorológica: tratamento anterior documentado com queda de titulação em pelo menos 2 diluições em até 3 meses ou 4 diluições em até 6 meses

Sífilis: tratar; notificar; monitorar com teste não treponêmico.
Cicatriz sorológica: orientar

Fonte: Adaptado do Relatório de Recomendação Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais, 2020.

TESTE TREPONÊMICO REAGENTE + TESTE NÃO TREPONÊMICO NÃO REAGENTE

Realizar 3º teste - treponêmico com metodologia diferente do primeiro: Se reagente: diagnóstico de sífilis ou cicatriz sorológica; Se não reagente: falso reagente, descartar o caso.

Sífilis: tratar; notificar; monitorar com teste não treponêmico.
Cicatriz sorológica: orientar

Fonte: Adaptado do Relatório de Recomendação Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais, 2021.

Figura 14

ESQUEMA TERAPÊUTICO DA GESTANTE COM SÍFILIS

ESTÁGIO CLÍNICO	ESQUEMA TERAPÊUTICO
SÍFILIS RECENTE (Até 01 ano de evolução) SÍFILIS PRIMÁRIA, SECUNDÁRIA E LATENTE RECENTE	PENICILINA G BENZATINA 2,4 MILHÕES UI INTRAMUSCULAR DOSE ÚNICA (1,2 MILHÕES UI EM CADA GLÚTEO)
SÍFILIS TARDIA (Mais de 01 ano de evolução) SÍFILIS LATENTE TARDIA OU LATENTE COM DURAÇÃO IGNORADA E SÍFILIS TERCIÁRIA	PENICILINA G BENZATINA 2,4 MILHÕES UI INTRAMUSCULAR SEMANAL, POR 3 SEMANAS DOSE TOTAL: 7,2 MILHÕES UI, IM
NEUROSSÍFILIS	PENICILINA POTÁSSICA/CRISTALINA 18-24 MILHÕES UI INTRAVENOSO, 1X AO DIA ADMINISTRADA EM DOSES DE 3-4 MILHÕES UI, A CADA 4 HORAS OU POR INFUSÃO CONTÍNUA, POR 14 DIAS

Fonte: Adaptado do Relatório de Recomendação Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais, 2021.

ESQUEMA TERAPÊUTICO PARA PARCERIAS SEXUAIS DE GESTANTES COM SÍFILIS

ESTÁGIO CLÍNICO	ESQUEMA TERAPÊUTICO
SÍFILIS RECENTE (Até 01 ano de evolução) SÍFILIS PRIMÁRIA, SECUNDÁRIA E LATENTE RECENTE	PENICILINA G BENZATINA 2,4 MILHÕES UI INTRAMUSCULAR DOSE ÚNICA (1,2 MILHÕES UI EM CADA GLÚTEO)
SÍFILIS TARDIA (Mais de 01 ano de evolução) SÍFILIS LATENTE TARDIA OU LATENTE COM DURAÇÃO IGNORADA E SÍFILIS TERCIÁRIA	PENICILINA G BENZATINA 2,4 MILHÕES UI INTRAMUSCULAR SEMANAL, POR 3 SEMANAS DOSE TOTAL: 7,2 MILHÕES UI, IM
OBSERVAÇÃO: Parceira sexuals das gestantes com diagnóstico de sífilis, devem ser tratados presumidamente, independente do estágio clínico ou sinais e sintomas. Em caso, de teste positivo, tratar como sífilis adquirida, de acordo com estágio clínico.	

Fonte: Adaptado do Relatório de Recomendação Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais, 2021.

Voltar para Esquema Terapêutico

Voltar ao início

Voltar para Esquema Terapêutico

Voltar ao início

Figura 15

SEGUIMENTO LABORATORIAL DA GESTANTE COM SÍFILIS E PARCERIA SEXUAL

ESTÁGIO CLÍNICO	ESQUEMA TERAPÊUTICO
SÍFILIS RECENTE (Até 01 ano de evolução) SÍFILIS PRIMÁRIA, SECUNDÁRIA E LATENTE RECENTE	GESTANTE: Teste não treponêmico MENSAL PARCERIA SEXUAL DA GESTANTE: Teste não treponêmico TRIMESTRAL OBSERVAÇÕES: 1. O seguimento deve ser realizado até o 12º mês de acompanhamento; 2. O monitoramento deve ser realizado, sempre que possível, com o mesmo método diagnóstico; 3. Considera-se tratamento com sucesso: ocorrência de redução da titulação em duas diluições em até três meses ou quatro diluições em até seis meses, com evolução até teste não treponêmico não reagente (sororreversão).
SÍFILIS TARDIA (Mais de 01 ano de evolução) SÍFILIS LATENTE TARDIA OU LATENTE COM DURAÇÃO IGNORADA E SÍFILIS TERCIÁRIA	Exame de LCR de 6/6 meses até a normalização
NEUROSSÍFILIS	

Fonte: Adaptado do Relatório de Recomendação Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais, 2021.

Voltar ao início

4.4 Intervenção

Foi solicitado à câmara técnica um espaço na reunião do mês de fevereiro de 2022 para a apresentação do resultado da pesquisa realizada, bem como exposição do produto técnico. A reunião ocorreu de forma presencial, no dia 15 de fevereiro do ano citado, às 9h, no Auditório do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest) com representantes dos Distritos Sanitários de Saúde, Diretoria de Atenção à Saúde, Área Técnica Saúde da Mulher, Vigilância Epidemiológica, Hospital Geral de Camaçari e o Subsecretário de Saúde do município. O Centro de Referência de Especialidades em Saúde (CRES), membro desta câmara técnica, não teve representante na reunião por motivos de doença e não houve tempo hábil para substituição. No lapso temporal de 20 minutos, foi explanado de forma compendiosa, o percurso metodológico, e mais detalhadamente, o resultado dos dados coletados. A câmara técnica considerou a pesquisa significativa, principalmente por trazer um retrato retrospectivo da assistência pré-natal prestada à gestantes do município, bem como considerou o protocolo interativo de manejo da sífilis na gestante um ferramenta que relevante, e que seu compartilhamento certamente causará impacto positivo para a assistência. Foi proposto pelo médico e então subsecretário de saúde do município, Dr Luiz Evandro Duplat, que o resultado da pesquisa, bem como o protocolo interativo produzido, fosse apresentado aos profissionais da atenção primária à saúde, através do “Sextou na Sesau”, uma série de webinários que são promovidos pela Coordenação de Gestão de Educação, Trabalho e Humanização em Saúde, da Diretoria de Planejamento, em data a ser definida.

5. DISCUSSÃO

Segundo a OMS, o panorama da sífilis no Brasil é preocupante e demonstra a necessidade de assegurar a realização de ações efetivas para prevenção e controle desta doença. O cenário recente da sífilis na gestação no nosso país revela que houve 61.441 mulheres gestantes notificadas com sífilis em 2020, representando 21,6% a taxa de detecção de sífilis em gestante por 1.000 nascidos vivos. Ao analisar o painel epidemiológico da sífilis congênita, constata-se que, no mesmo ano, 22.065 crianças foram classificadas e notificadas com sífilis congênita, o que demonstra 7,7 de taxa de incidência de sífilis congênita em menos de 1 ano por 1.000 nascidos vivos (BRASIL, 2021b).

Restringindo esse olhar para o estado da Bahia, o cenário epidemiológico de 202 é o seguinte: 2.248 gestantes notificadas com sífilis e taxa de detecção de 11,4% e 857 casos de sífilis congênita, tendo a taxa de detecção de sífilis congênita em menores de 1 ano por 1.000 nascidos vivos sido de 4,3% (BRASIL, 2021b).

O município de Camaçari não está afastado dessa realidade, pois teve, em 2020, 59 notificações de sífilis congênita, sendo que 09 casos notificados são oriundos de outros municípios, porém a notificação é realizada no local de nascimento, que foi o Hospital Geral de Camaçari, equipamento pertencente à Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB) porém com abrangência de assistência para todos os municípios da região. Assim, casos de sífilis congênita de puérperas residentes em Camaçari foram 50 notificações naquele ano.

A análise dos casos notificados no município relacionado às variáveis sociodemográficas das gestantes identificou um perfil de mulheres que, em sua maioria, estão acima dos 35 anos de idade, de raça/cor parda, com ensino fundamental e dona de casa. No que tange a faixa etária, o perfil encontrado diverge das pesquisas já realizadas, pois estas demonstram o maior risco de infecção entre as mulheres jovens, geralmente adolescentes e mulheres jovens, uma vez que esse público representa o auge da fase reprodutiva, cuja prática sexual é precoce, negligenciada e de baixa escolaridade. Sobre esse aspecto, constatou-se que grande parcela das gestantes possuíam apenas o ensino fundamental (completo ou incompleto) e nenhuma delas havia cursado o ensino superior, por esse motivo ressalta-se a importância e necessidade de se discutir estratégias de educação em saúde para maior e melhor conscientização de práticas sexuais seguras e

planejamento familiar, uma vez que o baixo nível de escolaridade dificulta ou até inviabiliza o entendimento de aspectos importantes da doença, assim como suas formas de prevenções e repercussões para a saúde. Vale destacar que apesar da escolaridade não ter poder desencadeador no processo de adoecimento, traz importante reflexão quanto ao acesso ao serviço de saúde, além de ter interferência no processo de tratamento e cura do agravo (LOPES, 2005; FRANÇA *et al*, 2015; MACÊDO *et al*, 2017; LIMA *et al*, 2019; SOUZA *et al*, 2018; BRASIL, 2019c).

É importante destacar que o perfil aqui traçado guarda semelhança com outros estudos já realizados, exceto pela faixa etária acometida, porém reflete o mesmo cenário, essencialmente de mulheres inseridas em um contexto de vulnerabilidade social, onde alguns autores sinalizam para exclusão social e isso oferece suporte para a hipótese de que a infecção de sífilis na gestação tem relação de proximidade com baixo nível socioeconômico, dificuldade de acesso à informação e educação, com destaque para fatores como raça/cor e condições de saúde de qualidade, o que predispõe à persistência da cadeia de transmissão vertical da sífilis congênita (GUINSBURG; SANTOS, 2010; DOMINGUES *et al*, 2012; MAGALHÃES *et al*, 2013; LANSKY *et al*, 2014; MACÊDO *et al*, 2017; PADOVANI; OLIVEIRA; PELLOSO, 2018; LIMA *et al*, 2019; SOARES; AQUINO, 2021).

Outra importante reflexão a se fazer é a de que a redução, erradicação ou aumento no número de casos de doenças infecciosas como as sífilis não são explicadas por meio de termos biológicos, mas decorrentes de medidas preventivas, campanhas e na conformação social em que se vive determinado grupo. Nesse sentido, os determinantes sociais têm uma repercussão importante quando se trata do processo saúde-doença, uma vez que este conceito traz consigo a definição para explicar que a ocorrência de problemas de saúde e fatores de risco estão atrelados a fatores econômicos, sociais, psicológicos, comportamentais, raciais, entre outros, ou mais amplamente, pode ser relacionado aos fatores sociais de vida e trabalho do indivíduo (LAURELL, 1982; BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

A análise dos prontuários referente ao item captação precoce da gestante para realização do pré-natal, mostrou que não houve diagnóstico de sífilis no primeiro trimestre de gestação, sendo que o maior número de mulheres tiveram sua primeira consulta de pré-natal a partir de segundo trimestre de gestação, além disso, menos da metade das gestantes tiveram o número mínimo de consultas preconizadas pelo Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. A avaliação dos prontuários

buscou também identificar a categoria profissional a qual a gestante teve maior acesso e assistência, constatando que: a maior parte das gestantes tiveram entre 1 e 3 consultas com profissional médico; já para o profissional enfermeiro, mais de 81% das gestantes tiveram três ou mais consultas. Sob a perspectiva do número mínimo de consultas preconizadas no pré-natal, ainda é necessário melhorar a disponibilidade de vagas/consultas (BRASIL, 2000; BRASIL, 2012a).

A detecção da sífilis na gestação no segundo ou terceiro trimestres de gravidez aponta para um contexto onde o início do pré-natal é tardio, portanto haverá um menor número de consultas, o diagnóstico e tratamento poderá acontecer em um período não apropriado, além disso o tempo de acompanhamento sorológico será insuficiente para constatação da cura e/ou reinfecção. Importante salientar que a sífilis na gestação, assim como diversos outros agravos nesse período, têm associação direta com a baixa frequência às consultas.

Adicionalmente, é notório que mesmo entre as gestantes que realizam o pré-natal, muitas oportunidades são perdidas para o diagnóstico precoce e tratamento em tempo oportuno. Tudo isso corrobora para aquilo que já é consenso na literatura, há baixa qualidade na assistência pré-natal e isso fragiliza ainda mais os serviços de saúde na Atenção Primária à Saúde, desse modo urge a necessidade de ações estratégicas para qualificar os profissionais que prestam essa assistência com vistas a assegurar a captação precoce da gestante, para favorecer o diagnóstico e tratamento adequados afim de evitar a transmissão vertical da sífilis e suas repercussões sobre a gestante e seu conceito (LANSKY *et al*, 2014; LACERDA; RODRIGUES; CARNEIRO, 2017; SENA *et al*, 2017; HOLZTRATTNER *et al*, 2019; LIMA *et al*, 2019; MACÊDO *et al*, 2020; ROSA *et al*, 2020).

A realização de teste rápido na primeira consulta de pré-natal é preconizado na primeira consulta de pré-natal e a análise dos prontuários constatou registro em pouco mais da metade das gestantes assistidas. A realização de teste rápido para sífilis no primeiro acesso ao serviço de saúde se constitui em uma importante ferramenta para diagnóstico precoce, tratamento em tempo oportuno e redução da transmissão vertical, bem como as complicações dela advinda. Nesse sentido, o teste rápido é um avanço tecnológico considerável e sua descentralização proporcionou maior alcance na rastreabilidade da sífilis uma vez que este apresenta muito efetivo e com alta sensibilidade para detecção das infecções com ausência de sinais e sintomas

(LACERDA; RODRIGUES; CARNEIRO, 2017; HOLTZTRATTNER *et al*, 2019; AMORIM *et al*, 2021; SOARES; AQUINO, 2021).

A análise das fichas de notificação de gestante com sífilis permitiu vislumbrar um cenário em que a maior parte das mulheres foram assistidas no pré-natal (81,8%), porém pouco mais da metade delas foram diagnosticadas durante o pré-natal. Revela ainda que nenhuma gestante foi tratada de forma adequada e que apenas uma pequena parte foi tratada, porém esse tratamento foi classificado como inadequado. Entretanto, a análise dos prontuários dessas gestantes, retificam essa informação permitindo inferir, através desses registros, que pelo menos uma pequena parte dessas gestantes foram tratadas adequadamente para a sífilis, porém na maioria dos prontuários não havia qualquer menção à realização de algum esquema de tratamento. Esse contexto denota que não há barreira de acesso ao pré-natal no município, todavia, conforme os pesquisadores corroboram em suas análises, há deficiência na assistência prestada que fortalecem o aumento no número de casos e isso é ratificado pelo fato de que 45,5% dos casos de sífilis congênita foram diagnosticados no parto/curetagem ou no pós-parto.

A ocorrência do diagnóstico para a gestante ser representativo em outro momento que não durante o pré-natal apoia o fato de que a transmissão vertical se dá pelo diagnóstico tardio, bem como pela ausência de tratamento em tempo oportuno e por isso o bloqueio da transmissão vertical não tem sido eficiente. Destarte, os autores enfatizam que a melhor forma de prevenção da sífilis congênita é a detecção precoce, bem como o tratamento em tempo hábil para a prevenção da contaminação ao conceito (PADOVANI; OLIVEIRA; PELLOSO, 2018; HOLTZTRATTNER *et al*, 2019; LIMA *et al*, 2019; SOUSA *et al*, 2019).

O tratamento presumido da parceria sexual da gestante com sífilis é um elemento de extrema relevância, mesmo não sendo fator que será considerado para classificar a mulher como adequadamente tratada, como também não é critério obrigatório para definição de caso de sífilis congênita. É consenso na literatura e estudos relacionados que há falha do serviço de saúde na convocação da parceria sexual da gestante e que essa lacuna pode ser traduzida em reinfecção durante o período gestacional. A análise de dados das fichas de notificação revelou que quase metade dos parceiros foram tratados, concomitantemente à gestante. Esse quantitativo não foi constatado na análise dos dados dos prontuários, pois nesse instrumento de coleta não houve registro de realização de tratamento de parceria,

entretanto, menos da metade apresentavam registro de que o parceira havia sido convocado e não compareceu ao serviço, portanto foi considerado como tratamento não realizado e outra parte (54,5%) não houver qualquer registro, sendo enquadrada na categoria ignorado.

Esses dados estão alinhados com diversos estudos sobre a temática, que destaca o elevado número de parceiros não tratados como a principal limitação ao controle da transmissão vertical da sífilis. Nesse contexto, independente do diagnóstico precoce e tratamento oportuno, as gestantes se expõe à ineficiência do tratamento, a reinfecção e transmissão da sífilis ao seu concepto em virtude da justificativa que os parceiros sexuais pouco frequentam os serviços, a desvalorização do autocuidado masculino com sua condição de saúde, abandono ou negligência ao tratamento, além de fatores culturais relacionados à traições e outros relacionadas a questões de emprego, como também o desconhecimento sobre as repercussões que a sífilis pode ocasionar a si mesmo, à gestante e ao bebê (FRANÇA *et al*, 2015; HOLZTRATTNER *et al*, 2019; LIMA *et al*, 2019; SOUSA *et al*, 2019; SANTOS *et al*, 2020).

Tão importante quando a realização do diagnóstico precoce e tratamento adequado à classificação da sífilis é o seguimento laboratorial de exame não treponêmico quantitativo para constatação da queda de titulação. Os registros em prontuários, ou a ausências deles, dão conta de que pequena parcela das gestantes teve acesso à realização da comprovação laboratorial da efetividade do tratamento, cura e/ou reinfecção. Os testes não treponêmico precisam ser realizados e documentados com regularidade, preferencialmente mensalmente, visto que o sucesso da terapêutica é constatada pela redução da titulação do VDRL quantitativo em que é possível mensurar se a titulação está em declínio (cura), elevação (reinfecção) ou manutenção de baixa titulação (cicatriz sorológica) (BRASIL, 2016; VASCONCELOS *et al*, 2016; PADOVANI; OLIVEIRA; PELLOSO, 2018).

O perfil epidemiológico dos recém-nascidos com diagnóstico de sífilis congênita é de crianças do sexo masculino e de raça/cor parda, ressaltando o elevado registro de item ignorado. Sobre o tratamento dos bebês, quase que a totalidade deles permaneceram internados para que fossem submetidos ao tratamento para sífilis congênita. Cabe destacar que alguns estudos estimam o custo de tratamento de cada criança é algo em torno de US\$ 3.000,00, o que reforça que a precaução é a melhor estratégia para redução de gastos na saúde pública, mas também para prevenção de

possíveis sequelas relacionadas à infecção da sífilis e preservação da qualidade de vidas dessas crianças (GUINSBURG; SANTOS, 2010).

Ressalta-se também, que a utilização de dados secundários como a ficha de notificação apresenta limitações, pois os autores convergem e compartilham do conceito de que pode haver ocorrência de doença e não existir a respectiva notificação e essa subnotificação pode distorcer dos dados encontrados nos estudos, mesmo assim, considerando suas limitações, ainda representa uma boa base de informações. Adicionalmente, para além da subnotificação, a qualidade do registro é condicionante para dados que sejam fidedignos. Notou-se elevado número de registros de dados no campo ignorados e incompletude de informações, o que corrobora com as subnotificações, erro na classificação dos dados registrados ou de preenchimento pelo profissional executor da notificação (FRANÇA *et al*, 2015; PADOVANI; OLIVEIRA; PELLOSO, 2018; HOLZTRATTNER *et al*, 2019; SILVA *et al*, 2020; AMORIM *et al*, 2021; SOARES; AQUINO, 2021).

Vale aqui destacar, que considera-se fragilidade na assistência pré-natal ações que deixam de ser prestadas e que podem conduzir ao desfecho da sífilis congênita, dentre elas, o não oferecimento do teste rápido no primeiro acesso ao serviço de saúde, aguardar laudo de outros exames para iniciar o tratamento para sífilis, não convocar a parceria para oferecimento do teste rápido e tratamento, entre outros. Ressalta-se que a melhor assistência pré-natal para a gestante com sífilis é no tempo oportuno, uma vez que o diagnóstico e tratamento precoce são essenciais para redução do risco de transmissão vertical (BARBOSA, 2017; 15 SENA *et al*, 2017; BRASIL, 2018; SOUSA *et al*, 2018).

No tocante a utilização do produto a câmara técnica considerou a pesquisa relevante e que a divulgação da mesma bem como a implementação do protocolo nas unidades de saúde, através dos profissionais de saúde causará um impacto positivo em relação à assistência prestada às gestantes de Camaçari.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O perfil epidemiológico do município em destaque aponta para aceleração no número de casos, embora essa aceleração não tenha sido constante. Os números são preocupantes e necessitam de adoção de medidas estratégicas e urgentes para redução da morbidade e mortalidade relacionada ao agravo.

Em linhas gerais, o estudo revela um cenário de ocorrência de sífilis em gestante menos favorecidas socialmente, em sua maioria negras e pardas, com baixa escolaridade e donas de casa. Por outro lado, desnuda também uma realidade onde uma boa parcela das gestantes realizaram pré-natal, porém esse fato não as garantiu assistência adequada, como também demonstra que o diagnóstico tem sido tardio.

Entende-se a necessidade de melhorar as ações de prevenção à sífilis congênita nos serviços de saúde, sendo prioritário e urgente focalizar na detecção precoce da gestante para que o diagnóstico seja antecipado e o tratamento em tempo oportuno. Para além da assistência pré-natal adequada e de qualidade para a gestante, é necessária a busca ativa para diagnóstico e tratamento também da sua parceria, para que o processo de reinfecção na gestação seja evitado. Tão importante quanto a captação precoce, diagnóstico e tratamento, é também o seguimento, pois é fundamental para classificação da resposta ao tratamento realizado, oportunizando as intervenções necessárias nos casos de reinfecções, reduzindo assim a transmissão vertical da sífilis.

Destaca-se nesse estudo a limitação na utilização de dados secundários no SINAN, com prováveis subnotificações.

Destarte, acredita-se que a utilização do protocolo interativo aqui proposto pode ser capaz de produzir efeito positivo no atual panorama epidemiológico relacionado à sífilis congênita, uma vez que este se traduz nas informações mais relevantes, necessárias e suficientes para consulta rápida para a condução e manejo da sífilis em gestantes.

REFERÊNCIAS

AMORIM, Evlhin Karolline Ramos et al. Tendência dos Casos de Sífilis Gestacional e Congênita em Minas Gerais, 2009-2019: um estudo ecológico. *Epidemiol. Serv. Saúde*. Brasília, 2021. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/ress/a/C9HNFpTnZV4DjHJJpkkwtGP/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 31 Dez. 2021.

BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. *Boletim Epidemiológico Sífilis Bahia*. 2021. Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2018/08/boletimSifilis_No01_2021.pdf. Acesso em 31 Dez. 2021

BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. *Boletim Epidemiológico de Sífilis–2019*. Bahia, 2019. Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2018/08/boletim_sifilis_2019.pdf. Acesso em 25 mai. 2019.

BARBOSA, Débora Regina Marques; *et al.* *Perfil Epidemiológico dos Casos de Sífilis Gestacional*. *Rev enferm UFPE*. Recife, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/23335/18934>. Acesso em 04 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)*. Distrito Federal, 2021a. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2021/relatorio-de-recomendacao-pcddt-no-568-prevencao-da-transmissao-vertical-do-hiv-sifilis-e>. Acesso em 03 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. *Boletim Epidemiológico da Sífilis 2021*. Distrito Federal, 2021b. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2021/boletim-epidemiologico-de-sifilis-2021>. Acesso em 31 Dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e hepatites Virais*. Distrito Federal, 2019a. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-prevencao-da-transmissao-vertical-de-hiv>. Acesso em 25 mai. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Depto Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis do HIV/AIDS. *NOTA INFORMATIVA Nº 2-SEI/2017-DIAHV/SVS/MS. Altera os Critérios de Definição de Casos para Notificação de Sífilis Adquirida, Sífilis em Gestantes e Sífilis Congênita*. Distrito Federal, 2019b. Disponível em:

http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/SifilisGes/Nota_Informativa_Sifilis.pdf. Acesso em 04 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em saúde. *Boletim Epidemiológico Sífilis 2019*. Distrito Federal, 2019c. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2019/boletim-epidemiologico-sifilis-2019>. Acesso em 25 mai. 2020.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites virais. *O Papel dos Testes Rápidos no Diagnóstico da Sífilis*. Distrito Federal, 2019d. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2019/o-papel-dos-testes-rapidos-no-diagnostico-de-sifilis-pamela-gaspar>. Acesso em 25 mai. 2020.

BRASIL. Ministério da saúde. *Projeto de Resposta Rápida à Sífilis*. In: 3ª Oficina sobre as estratégias de ampliação do uso e distribuição dos testes rápidos de HIV, sífilis e hepatites B e C no Brasil. Distrito federal, 2019e. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2019/projeto-de-resposta-rapida-sifilis-juliana-uesono>. Acesso em 25 mai. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Vigilância em saúde no Brasil 2003|2019: da criação da Secretaria de Vigilância em Saúde aos dias atuais*. Bol Epidemiol [Internet]. 2019 set; 50(n.esp.):1-154. Distrito Federal, 2019f. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/boletins-epidemiologicos>. Acesso em: 25 mai. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Secretaria de Atenção em Saúde. *Resposta Rápida à Sífilis nas Redes de Atenção*. Distrito Federal, 2017a. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/images/PDF/2017/outubro/30/1.b-Projeto-Interfederativo-de-Resposta-Rapida-a-Sifilis-na-Rede-de-Atencao-a-Saude.pdf>. Acesso em: 17 jul. 2020.

BRASIL. Secretaria-Geral. *Lei 13.430, de 31 de Março de 2017. Institui o Dia Nacional de Combate à Sífilis e à Sífilis Congênita*. Distrito Federal, 2017b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/Lei/L13430.htm. Acesso em: 17 de jul. 2020.

BRASIL. Departamento Vigilância, Prevenção e Controle de Infecções Sexualmente Transmissíveis do HIV/AIDS. Nota Informativa Nº 2-SEI/2017. *Altera os Critérios de Definição de Casos para Notificação de Sífilis Adquirida, Sífilis em Gestantes e Sífilis Congênita*. Distrito Federal, 2017c. Disponível em:

http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/Sifilis-Ges/Nota_Informativa_Sifilis.pdf. Acesso em: 10 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual Técnico para Diagnóstico da Sífilis*. Distrito Federal, 2016. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2016/manual-tecnico-para-diagnostico-da-sifilis>. Acesso em 25 mai. 2020.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco*. Distrito Federal, 2012a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf. Acesso em: 15 jun. 2020.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de Dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 2012b. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em 03 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria 1459 de 24 de Junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – a Rede Cegonha*. Distrito Federal, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em 17 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN: norma e rotina. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Portarias/Manual_Normas_e_Rotinas.pdf. Acesso em: 14 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde. *Programa de DST e Aids, Diretrizes para o Controle da Sífilis Congênita*. Brasília, 2005. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sifilis_congenita_preliminar.pdf. Acesso em: 17 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria Nº 569, de 1º de Junho de 2000. Instituir o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde*. Distrito Federal, 2000. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html. Acesso em: 15 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria Nº 542 de 22 Dezembro de 1986. Para efeitos de Aplicação da Lei Nº 6.259 de 30 de Outubro de 1975, que dispõe sobre o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica e dá outras providências, ficam incluídas na relação constante da Portaria Ministerial Nº 608Bsb, de 28 de Outubro de 1979, a SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA – SIDA/AIDS e a SÍFILIS CONGÊNITA*. Distrito Federal, 1986. Disponível em: http://www3.crt.saude.sp.gov.br/arquivos/arquivos_biblioteca_crt/Portarian542de22dez86.pdf. Acesso em 17 jul. 2020.

BRASILEIRO, Cristiana de Souza Meira; RIBEIRO, Guilherme de Sousa. *Incidência e Distribuição da Sífilis Congênita na Bahia, 2005-2012*. Revista Baiana de Saúde Pública, v.40, p. 27-56. 2016. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/26647/2/Brasileiro%20RBSP%20%200INCID%C3%8ANCIA%20E%20DISTRIBUI%C3%87%C3%83O%20DA%20S%C3%8DFILIS....pdf>. Acesso em 04 jun. 2019.

BUSS; Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. *A Saúde e Seus Determinantes Sociais*. Rev. Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a06.pdf>. Acesso em: 09 Ago. 2020.

COOPER, Joshua M. et al. *Em Tempo: a persistência da sífilis congênita no Brasil – Mais avanços são Necessários!* Rev Paul Pediatr. São Paulo, 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rpp/v34n3/pt_0103-0582-rpp-34-03-0251.pdf. Acesso em 15 jun. 2020.

COSTA, Maria Fernanda Lima; BARRETO, Sandhi Maria. *Tipos de Estudos Epidemiológico: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento*. Epidemiologia e Serviços de Saúde, Belo Horizonte, 2003. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v12n4/v12n4a03.pdf>. Acesso em 30 mar. 2022.

DE LORENZI, Dino Roberto Soares; MADI, José Mauro. *Sífilis Congênita como Indicador de assistência Pré-Natal*. RBGO. V.23, nº 10. Rio Grande do Sul, 2001. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbgo/v23n10/8489.pdf>. Acesso em 13 jun. 2020.

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira et al. *Sífilis Congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal*. Rio de Janeiro. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rsp/v47n1/19.pdf>. Acesso em 13 jun. 2020.

FRANÇA, Inácia Sátiro Xavier de et al. *Fatores Associados à Notificação da Sífilis Congênita: um indicador da qualidade da assistência pré-natal*. Rev Rene. Campina Grande, 2015. Disponível em: <https://www.redalyc.org/comocitar.oa?id=324041234010>. Acesso em 13 jun. 2020.

GIL, Antônio Carlos. *Como Elaborar Projetos de Pesquisa*. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GOUVEIA, Ana Isabel; COSTA, João Borges. *Sífilis na Gravidez*. Revista SPDV 71. Lisboa, 2013. Disponível em: <https://revista.spdv.com.pt/index.php/spdv/article/view/213/197>. Acesso em 13 jun. 2020.

GUINSBURG, Ruth; SANTOS, Amélia Miyashiro Nunes. *Crítérios Diagnósticos e Tratamento da Sífilis Congênita*. Sociedade Brasileira de pediatria. São Paulo, 2010. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/2015/02/tratamento_sifilis.pdf. Acesso em 25 mai. 2020.

HENRIQUES, Antônio; MEDEIROS, João Bosco. *Metodologia Científica na Pesquisa Jurídica*. 9. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

HOLZTRATTNER, Jéssica Strube *et al.* *Sífilis Congênita: realização do pré-natal e tratamento da gestante e de seu parceiro*. Cogitare Enferm. Paraná, 2019. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/59316/pdf>. Acesso em 13 jun. 2020.

IBGE – Instituto Brasileiro de geografia e Estatística. *Censo Demográfico: panorama Camaçari, Bahia, Brasil, 2020*. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/camacari/panorama>. Acesso em 03 ago. 2020.

KALININ, Yuri; PASSARELLI NETO, André; PASSARELLI, Dulce Helena Cabelho. *Sífilis: aspectos clínicos, transmissão, manifestações orais, diagnóstico e tratamento*. Odonto. São Bernardo do Campo, 2016. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-909279>. Acesso em 04 jun. 2019.

LACERDA, Érica Dionisia de; RODRIGUES, Jailson Alberto; CARNEIRO, Wendell Soares. *Abordagem Sobre a Assistência de Enfermagem para o Controle da Sífilis na Gestação: um estudo de revisão*. Temas em Saúde. V. 17. Nº 4. João Pessoa, 2017. Disponível em: <https://temasemsaude.com/wp-content/uploads/2018/01/17404.pdf>. Acesso em 31 Dez. 2021.

LAFETÁ, Kátia Regina Gandra *et al.* *Sífilis Materna e Congênita, Subnotificação e Difícil Controle*. Rev Bras epidemiol. Montes Claros. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/rbepid/2016.v19n1/63-74/pt>. Acesso em 13 jun. 2020.

LANSKY, Sônia et al. *Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido*. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csp/2014.v30suppl1/S192-S207/pt>. Acesso em 15 jun. 2020.

LAURELL, Ana Cristina. *A Saúde-Doença como Processo Social*. Revista Latinoamericana de Salud. México, 1982. Disponível em: https://unarus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/6126/mod_resource/content/1/Conteudo_on-line_2403/un01/pdf/Artigo_A_SAUDE-DOENCA.pdf. Acesso em: 02 Jul. 2020.

LIMA, Taiza Maschio et al. *Perfil Epidemiológico de Pacientes com Sífilis Congênita e Gestacional em um Município de São Paulo, Brasil*. Rev.Bras. Saúde Mater. Infant., Recife, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/3pCKZ5sv6CBCBtzCYgCHP3s/abstract/?lang=pt>. Acesso em 31 Dez. 2021.

LOPES, Fernanda. *Para Além da Barreira dos Números: desigualdades raciais e saúde*. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v21n5/34.pdf>. Acesso em 02 Jul. 2020.

MACÊDO, Vilma Costa de et al. *Fatores de Risco para Sífilis em Mulheres: estudo caso-controle*. Revista de Saúde Pública, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/NQhm4fVf7cqDnvDMGQpmGsD/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 31 Dez. 2021.

MACÊDO, Vilma Costa de et al. *Sífilis na Gestação: barreiras na assistência pré-natal o controle da transmissão vertical*. Cad. Saúde Colet. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/VRdb5W4cRvgYCq7gYHcqB4x/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 31 Dez. 2021.

MAGALHÃES, Daniela Mendes dos Santos et al. *Sífilis Materna e Congênita: ainda um desafio*. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v29n6/a08v29n6.pdf>. Acesso em 15 jun. 2020.

PADOVANI, Camila; OLIVEIRA, Rosana Rosseto; PELLOSO, Sandra Marisa. *Sífilis na Gestação: associação das características maternas e perinatais em região do sul do Brasil*. Revista Latino-Americana de Enfermagem. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/KXZGyqSjq4kVMvTL3sFP7zj/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 31 Dez. 2021.

PRODANOV, Cleber Cristiano; FREITAS, Ernani Cesar. *Metodologia do Trabalho Científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico*. 2. ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

ROSA, Renata Fernandes do Nascimento *et al.* *O Manejo da Sífilis Gestacional no Pré-Natal*. Rev enferm UFPE on line. 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/243643/34761>. Acesso em 31 Dez. 2021.

ROMANOWSKI, Francielle N. de A.; CASTRO, Mariane Boaventura de Castro; NERI, Naysa Wink Neris. *Manual de Tipos de Estudo*. Centro Universitário de Anápolis. 2019. Disponível em: <http://repositorio.aee.edu.br/bitstream/aee/15586/1/MANUAL%20DE%20TIPOS%20DE%20ESTUDO.pdf>. Acesso em 30 mar. 2022.

SANTOS, Emanuelle Machado *et al.* *Atuação do Enfermeiro Após Diagnóstico de Sífilis no Pré-Natal de Baixo Risco: Revisão Integrativa*. Revista Brasileira de Sexualidade Humana. 2020. Disponível em: https://www.rbsh.org.br/revista_sbrash/article/view/306/321. Acesso em 31 Dez. 2021.

SENA, Átila Araújo *et al.* *Fatores relacionados a persistente Incidência de Sífilis Congênita na Bahia*. Revista Eletrônica Acervo Saúde, 2017, Vol9 (4), p. 1307-1314. Disponível em <https://www.acervosaude.com.br/doc/REAS66.pdf>. Acesso em 04 jun.2019.

SILVA SOUZA, Flávia *et al.* *Perfil Sociodemográfico da Sífilis Congênita na Bahia no ano de 2012*. Revista Saúde.com, [S.l.], v. 14, n. 4, fev. 2018. ISSN 1809-0761. Disponível em: <http://periodicos2.uesb.br/index.php/rsc/article/view/4245>. Acesso em: 04 jun.2019.

SILVA, Isadora Maria Delmiro *et al.* *Perfil Epidemiológico da Sífilis Congênita*. Rev enferm UFPE online. Recife, 2019, p. 604-613. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/236252/31536>. Acesso em 04 jun. 2019.

SILVA, Giordana Maronezzi da Silva *et al.* *Sífilis na Gestante e Congênita: perfil epidemiológico e prevalência*. Revista Electrónica Trimestral de Enfermería. 2020. Disponível em: https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v19n57/pt_1695-6141-eg-19-57-107.pdf. Acesso em 31 Dez. 2021.

SOARES, Maria Auxiliadora Santos; AQUINO, Rosana. *Associação entre as Taxas de Incidência de Sífilis Gestacional e Sífilis Congênita e a Cobertura de Pré-Natal no Estado da Bahia, Brasil*. Caderno de Saúde Pública. Salvador, 2021. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csp/2021.v37n7/e00209520/pt>. Acesso em 31 Dez. 2021.

SOUZA, Bárbara Soares de Oliveira *et al.* *Análise Epidemiológica de Casos Notificados de Sífilis*. Rev Soc Bras Clin Med. Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/09/913366/16294-98.pdf>. Acesso em 31 Dez. 2021.

SOUSA, Otávio Carvalho *et al.* *Sífilis Congênita: o reflexo da assistência pré-natal na Bahia*. Brazilian Journal of Health Review, 2019. Disponível em: <http://www.brjd.com.br/index.php/BJHR/article/view/1352/1224>. Acesso em 04 jun. 2019.

VALENÇA, Marcelle de Souza Fontes. *Perfil de Internações por Sífilis Congênita na Bahia*. Salvador, 2016. Disponível em: <https://blog.ufba.br/grupogerirenfermagem/files/2017/05/MARCELLE-DE-SOUZA-FONTES-VALENCA-PERFIL-DE-INTERNA%C3%87%C3%95ES-POR-SIFILIS-CONGENITA-NA-BAHIA.pdf>. Acesso em 04 jun. 2019.

VASCONCELOS, Maristela Inês Osawa *et al.* *Sífilis na Gestação: estratégias e desafios dos enfermeiros da atenção básica para o tratamento simultâneo do casal*. Fortaleza, 2016. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/6409/5216>. Acesso em 31 Dez. 2021.

APÊNDICES

APÊNDICE A

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

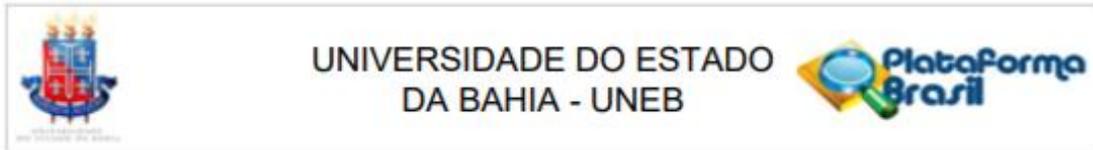
ROTEIRO PARA COLETA DE DADOS	
CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO DA GESTANTE: _____	
COLETA DE DADOS EM FICHA DE NOTIFICAÇÃO - SINAN	
DATA DA NOTIFICAÇÃO: ____/____/____	DATA DO DIAGNÓSTICO: ____/____/____
VARIÁVEIS RELACIONADAS AO RECÉM NASCIDO	DATA NASCIMENTO: ____/____/____ SEXO: () FEM () MAS () IGNORADO RAÇA/COR: () BRANCA () PRETA () AMARELA () PARDA () INDÍGENA () IGNORADO TESTE NÃO TREPONÊMCO: () SIM () NÃO () SEM REGISTRO SE SIM, DATA: ____/____/____ TÍTULO: 1: _____ TRATAMENTO REALIZADO: () SIM () NÃO () SEM REGISTRO SINAIS E SINTOMAS: () ICTERÍCIA () ANEMIA () ESPLENOMEGALIA () OSTEOCONDRITE () RINITE MUCO-SANGUIOLENTA () HEPATOMEGALIA () LESÕES CUTÂNEAS () PSEUDOPARALISIA OUTROS: _____
	RAÇA/COR: () BRANCA () PRETA () AMARELA () PARDA () INDÍGENA () IGNORADO IDADE DA MÃE: _____ OCUPAÇÃO DA MÃE: _____
VARIÁVEIS SÓCIO DEMOGRÁFICAS DA GESTANTE	ESCOLARIDADE: () ANALFABETO () 1ª A 4ª SÉRIE INCOMPLETO () 4ª SÉRIE COMPLETA () 5ª A 8ª SÉRIE INCOMPLETA () ENSINO FUND COMPLETO () ENSINO MÉDIO INCOMPLETO () ENSINO MÉDIO COMPLETO () ED SUPERIOR INCOMPLETO () ED SUPERIOR COMPLETO () IGNORADO () N/A

DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA GESTANTE	REALIZOU PRÉ-NATAL NESTA GESTAÇÃO: () SIM () NÃO () IGNORADO DIAGNÓSTICO: () PRÉ-NATAL () PARTO/CURETAGEM () APÓS O PARTO () NÃO REALIZADO () IGNORADO TESTE TREPONÊMCO: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () NÃO REALIZADO () IGNORADO TESTE NÃO TREPONÊMCO: () SIM () NÃO () SEM REGISTRO SE SIM, DATA: ____/____/____ TÍTULO: 1: _____ ESQUEMA DE TRATAMENTO: () ADEQUADO () INADEQUADO () NÃO REALIZADO () IGNORADO DATA INÍCIO DO TRATAMENTO: ____/____/____ TRATAMENTO PRESUMIDO DA PARCERIA: () SIM () NÃO () IGNORADO
	COLETA DE DADOS EM PRONTUÁRIO E OUTROS INSTRUMENTOS DE REGISTRO
	DADOS DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL DATA DA 1ª CONSULTA: ____/____/____ IG 1ª CONSULTA: _____ IG DIAGNÓSTICO: _____ CAPTAÇÃO PRECOCE: () SIM () NÃO NÚMERO TOTAL DE CONSULTAS DE PRÉ-NATAL: _____ Nº CONSULTAS: MÉDICO: _____ ENFERMEIRO: _____ TESTE RÁPIDO PARA SIFILIS 1ª CONSULTA: () SIM () NÃO () SEM REGISTRO TRATAMENTO REALIZADO: () SIM () NÃO () SEM REGISTRO DATA INÍCIO TRATAMENTO: ____/____/____ () NÃO SE APLICA ESQUEMA DE TRATAMENTO: () 1ª DOSE () 2ª DOSE () 3ª DOSE () SEM REGISTRO () OUTROS _____ REGISTRO DE TRATAMENTO DA PARCERIA: () SIM () NÃO () SEM REGISTRO VDRL SEGUIMENTO: () SIM () NÃO () SEM REGISTRO DATA: ____/____/____ TÍTULO: 1: _____ DATA: ____/____/____ TÍTULO: 1: _____
CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO DA GESTANTE: _____	
COLETA DE DADOS EM FICHA DE NOTIFICAÇÃO - SINAN	
DATA DA NOTIFICAÇÃO: ____/____/____	DATA DO DIAGNÓSTICO: ____/____/____

OUTRAS INFORMAÇÕES RELEVANTES:

ANEXOS

ANEXO A



UNIVERSIDADE DO ESTADO
DA BAHIA - UNEB

Plataforma
Brasil

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: QUALIFICAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL PARA REDUÇÃO DA SÍFILIS CONGÊNITA EM UM MUNICÍPIO BAIANO

Pesquisador: FERNANDA NASSIFF NEVES CARNEIRO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 40026120.5.0000.0057

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.478.295

Apresentação do Projeto:

Projeto já avaliado sob Número do Parecer: 4.442.098 tendo como pendência a justificativa para dispensa de TCLE.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Qualificar a assistência pré-natal para redução dos casos de sífilis congênita em um município baiano

Objetivo Secundário:

- 1) Avaliar os processos de trabalho em unidades básicas de saúde que realizam assistência ao pré-natal e que apresentaram casos confirmados de sífilis congênita;
- 2) Identificar as fragilidades na assistência pré-natal;
- 3) Elaborar fluxograma de atendimento para manejo da sífilis, com vistas a promover assistência adequada à gestante;
- 4) Apresentar os resultados da pesquisa aos gestores e técnicos da Atenção Primária, dos Distritos Sanitários e equipes de saúde que participaram da pesquisa, bem como implementar o fluxograma nas unidades de saúde do município

Endereço: Rua Silveira Martins, 2555

Bairro: Cabula

CEP: 41.195-001

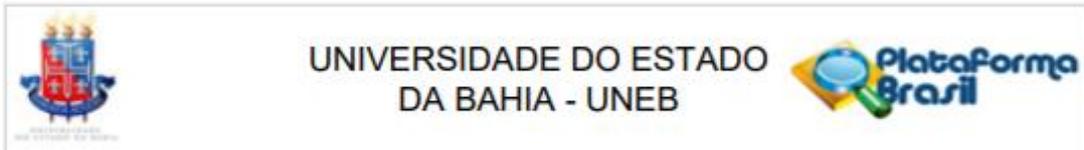
UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3117-2399

Fax: (71)3117-2399

E-mail: cepuneb@uneb.br



Continuação do Parecer: 4.478.295

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Projeto já avaliado sob Número do Parecer: 4.442.098

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto já avaliado sob Número do Parecer: 4.442.098

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Pesquisador apresenta novo documento: " Justificativa de dispensa de TCLE"

Recomendações:

Recomendamos ao pesquisador atenção aos prazos de encaminhamento dos relatórios parcial e/ou final. Informamos que de acordo com a Resolução CNS/MS 466/12 o pesquisador responsável deverá enviar ao CEP- UNEB o relatório de atividades final e/ou parcial anualmente a contar da data de aprovação do projeto.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após leitura do projeto de pesquisa e análise dos documentos apresentados, com base nos critérios estabelecidos pelo Conselho Nacional de Saúde por meio da Resolução nº 466/2012 pode-se concluir:

1- TCLE: A pesquisadora apresenta justificativa para dispensa de TCLE

"Trata-se de um estudo retrospectivo, cuja coleta se dará em fonte de dados secundárias

(Fichas de Notificação, Prontuários de Pacientes e outros instrumentos de registro de

assistência prestada) e diante da impossibilidade justificável de se obter a anuência dos participantes, o pesquisador responsável se compromete em:

1. Iniciar a coleta de dados registrados em prontuários, fichas de notificação e outros instrumentos de coleta, para fins desta pesquisa científica, após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa;
2. Assegurar o compromisso com a privacidade e a confidencialidade dos dados utilizados preservando integralmente o anonimato dos participantes;
3. Assegurar a confidencialidade e não utilização das informações obtidas para fins deste estudo em prejuízo dos participantes diretos e indiretos;
4. Os dados obtidos na pesquisa serão usados, exclusivamente, para a finalidade prevista no escopo deste estudo.

Devido à impossibilidade de obtenção do TCLE de todos os sujeitos, assino o termo para salvaguardar seus direitos. "

Endereço: Rua Silveira Martins, 2555

Bairro: Cabula

CEP: 41.195-001

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3117-2399

Fax: (71)3117-2399

E-mail: cepuneb@uneb.br



UNIVERSIDADE DO ESTADO
DA BAHIA - UNEB



Continuação do Parecer: 4.478.295

INADEQUAÇÃO CORRIGIDA

Considerações Finais a critério do CEP:

Após a análise com vista à Resolução 466/12 CNS/MS o CEP/UNEB considera o projeto como APROVADO para execução, tendo em vista que apresenta benefícios potenciais a serem gerados com sua aplicação e representa risco mínimo aos sujeitos da pesquisa tendo respeitado os princípios da autonomia dos participantes da pesquisa, da beneficência, não maleficência, justiça e equidade. Informamos que de acordo com a Resolução CNS/MS 466/12 o pesquisador responsável deverá enviar ao CEP- UNEB o relatório de atividades final e/ou parcial anualmente a contar da data de aprovação do projeto.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1660729.pdf	07/12/2020 11:16:00		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	DISPENSA_TCLE.pdf	07/12/2020 11:15:40	FERNANDA NASSIFF NEVES CARNEIRO	Aceito
Outros	TERMO_CONCESSAO.pdf	11/11/2020 14:15:17	FERNANDA NASSIFF NEVES	Aceito
Outros	TERMO_COMPROMISSO_COLETA_D E_DADOS_EM_ARQUIVOS.pdf	11/11/2020 14:10:39	FERNANDA NASSIFF NEVES	Aceito
Declaração de concordância	TERMO_CONCORDANCIA.pdf	11/11/2020 14:09:14	FERNANDA NASSIFF NEVES	Aceito
Outros	TERMO_AUTORIZACAO_INSTITUCIO NAL.pdf	11/11/2020 14:06:50	FERNANDA NASSIFF NEVES	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TERMO_COMPROMISSO_PESQUISA DOR.pdf	11/11/2020 14:02:40	FERNANDA NASSIFF NEVES	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO_ASSINADA.pdf	09/11/2020 14:32:26	FERNANDA NASSIFF NEVES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_COMPLETO.pdf	09/11/2020 11:48:13	FERNANDA NASSIFF NEVES CARNEIRO	Aceito
Outros	INSTRUMENTO_COLETA.docx	09/11/2020 11:46:53	FERNANDA NASSIFF NEVES	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	09/11/2020 11:44:56	FERNANDA NASSIFF NEVES	Aceito
Solicitação Assinada pelo Pesquisador	CONFIDENCIALIDADE.pdf	09/11/2020 11:43:13	FERNANDA NASSIFF NEVES CARNEIRO	Aceito

Endereço: Rua Silveira Martins, 2555

Bairro: Cabula

CEP: 41.195-001

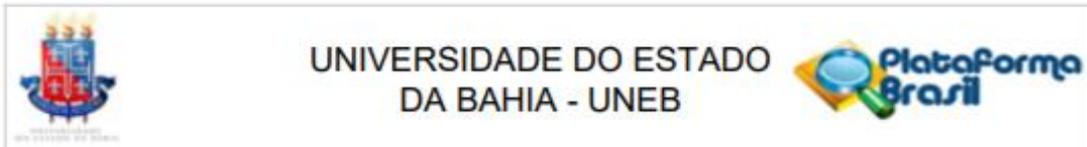
UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3117-2399

Fax: (71)3117-2399

E-mail: cepuneb@uneb.br



UNIVERSIDADE DO ESTADO
DA BAHIA - UNEB

Continuação do Parecer: 4.478.295

Responsável	CONFIDENCIALIDADE.pdf	09/11/2020 11:43:13	FERNANDA NASSIFF NEVES	Aceito
Brochura Pesquisa	PROJETO.doc	09/11/2020 11:40:47	FERNANDA NASSIFF NEVES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SALVADOR, 21 de Dezembro de 2020

Assinado por:
Aderval Nascimento Brito
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Silveira Martins, 2555
Bairro: Cabula **CEP:** 41.195-001
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3117-2399 **Fax:** (71)3117-2399 **E-mail:** cepuneb@uneb.br

ANEXO B



UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA - UNEB
 Departamento de Ciências da Vida – Campus I – Salvador
 Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Saúde Coletiva – MEPISCO

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Eu, Magno Conceição das Mercês, matrícula 74555978-2, Diretor do Departamento de Ciências da Vida, Campus I, da Universidade do Estado da Bahia, estou ciente e autorizo a pesquisadora **Dra Gilvânia Patrícia do Nascimento Paixão**, e respectiva orientanda, **Fernanda Nassiff Neves Carneiro**, a desenvolverem nesta instituição o projeto de pesquisa intitulado **“QUALIFICAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL PARA REDUÇÃO DA SÍFILIS CONGÊNITA EM UM MUNICÍPIO BAIANO”** o qual será executado em consonância com as normas e resoluções que norteiam a pesquisa envolvendo seres humanos, em especial a Resolução CNS 466/12. Declaro estar ciente de que a instituição proponente é co-responsável pela atividade de pesquisa proposta e executada pelos seus pesquisadores e dispõe da infraestrutura necessária para garantir o resguardo e bem-estar dos sujeitos de pesquisa.

Salvador, 06/11/2020.

A handwritten signature in blue ink that reads "Magno Conceição das Mercês".

Magno Conceição das Mercês

Prof. Dr. Magno Conceição das Mercês
 Diretor Pós-Graduação do Departamento de Ciências da Vida
 Port. 220/2020 – D.O.E. 17/08/2020
 Matrícula nº 74.555.978-2

ANEXO C



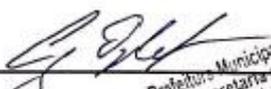
CARTA DE ANUÊNCIA

Camaçari, 06 de Novembro, de 2020

À Warley Kleber Gusmão de Andrade
 Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado da Bahia
 – CEP – UNEB.

Eu, **Luiz Evandro Vargas Duplat**, Secretário de Saúde do Município de Camaçari/Ba, declaro para os devidos fins, que a Secretária de Saúde, por meio do Departamento da Atenção Básica do município de Camaçari atuará como instituição co-participante da pesquisa intitulada “**QUALIFICAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL PARA REDUÇÃO DA SÍFILIS CONGÊNITA EM UM MUNICÍPIO BAIANO**”. Este projeto de Dissertação do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva – MEPISCO será desenvolvido pela discente Fernanda Nassiff Neves Carneiro e orientado pela Docente Dra. Gilvânia Patrícia do Nascimento Paixão, não tendo nenhuma restrição ou interesse de fins lucrativos.

Atenciosamente,


 Luiz Evandro Vargas Duplat
 Secretário de Saúde de Camaçari

Prefeitura Municipal de Camaçari
 Secretária de Saúde
 Dr. Luiz Evandro Vargas Duplat
 Secretário de Saúde

ANEXO D



PREFEITURA DE CAMAÇARI

CARTA DE ANUÊNCIA

Camaçari, 06 de Novembro, de 2020

AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DE DADOS EM PRONTUÁRIO

Eu, **Luiz Evandro Vargas Duplat**, Secretário de Saúde do Município de Camaçari/Ba, autorizo Fernanda Nassiff Neves Carneiro, sob a orientação da Profa. Dra. Gilvânia Patrícia do Nascimento Paixão, para fins da pesquisa intitulada “**QUALIFICAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL PARA REDUÇÃO DA SÍFILIS CONGÊNITA EM UM MUNICÍPIO BAIANO**” coletar dados em prontuários e outros instrumentos de registro de assistência pré-natal nas unidades de saúde selecionadas para desenvolvimento do estudo proposto.

Atenciosamente,

Prefeitura Municipal de Camaçari
Secretaria de Saúde
Dr. Luiz Evandro Vargas Duplat
Secretário de Saúde

Luiz Evandro Vargas Duplat
Secretário de Saúde de Camaçari

ANEXO E



UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA - UNEB
 Departamento de Ciências da Vida – Campus I – Salvador
 Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Saúde Coletiva – MEPISCO

TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

Título do projeto: QUALIFICAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL PARA REDUÇÃO DA SÍFILIS CONGÊNITA EM UM MUNICÍPIO BAIANO

Pesquisador responsável: Fernanda Nassiff Neves Carneiro

Orientadora: Profa. Dra. Gilvânia Patrícia do Nascimento Paixão

Instituição/Departamento: Universidade do Estado da Bahia-UNEB

Local da coleta de dados: Unidades de Saúde do município de Camaçari/BA

A pesquisadora do projeto Fernanda Nassiff Neves Carneiro se compromete a preservar a privacidade dos dados que serão coletados, a partir dos prontuários e outros instrumentos de registro da assistência pré-natal prestada na unidade de saúde. A divulgação das informações só será realizada de forma anônima e os dados coletados serão mantidos em arquivo digital, sob tutela das pesquisadoras, por um período de cinco anos. Após este período, os dados serão destruídos.

Camaçari, 06/11/2020.

Nome do Membro da Equipe Executora	Assinatura
Gilvânia Patrícia do Nascimento Paixão	<i>Gilvânia Patrícia do N. Paixão</i>
Fernanda Nassiff Neves Carneiro	<i>Fernanda</i>

ANEXO F



UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA - UNEB
 Departamento de Ciências da Vida – Campus I – Salvador
 Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Saúde Coletiva – MEPISCO

TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR

Eu, **Fernanda Nassiff Neves Carneiro** declaro estar ciente das normas e resoluções que norteiam a pesquisa envolvendo seres humanos, e que o projeto **QUALIFICAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL PARA REDUÇÃO DA SÍFILIS CONGÊNITA EM UM MUNICÍPIO BAIANO** sob minha responsabilidade e orientação da Profa. Dra. Gilvânia Patrícia do Nascimento Paixão será desenvolvido em conformidade com a Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, respeitando a autonomia do indivíduo, a beneficência, a não maleficência, a justiça e equidade. Garantindo assim o zelo das informações e o total respeito aos indivíduos pesquisados. Ainda, nestes termos, assumo o compromisso de:

- Apresentar os relatórios e/ou esclarecimentos que forem solicitados pelo Comitê de Ética (CEP) da Universidade do Estado da Bahia;
- Tornar os resultados desta pesquisa públicos, sejam eles favoráveis ou não;
- Comunicar ao CEP/UNEB qualquer alteração no projeto de pesquisa em forma de relatório, comunicação protocolada ou alterações encaminhadas via Plataforma Brasil.
- Reconduzir a pesquisa ao CEP/UNEB após o seu término para obter autorização de publicação.

Salvador, 06/11/2020.

Fernanda Nassiff Neves Carneiro

Enfermeira
 Coren/Ba 329.503

Gilvânia Patrícia do Nascimento Paixão

