

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS - UNIMONTES

Kátia Regina Gandra Lafetá

SÍFILIS CONGÊNITA E MATERNA EM MONTES CLAROS – MINAS

GERAIS: diagnóstico tardio e subnotificação

Montes Claros, MG
2014

Kátia Regina Gandra Lafetá

SÍFILIS CONGÊNITA E MATERNA EM MONTES CLAROS – MINAS

GERAIS: diagnóstico tardio e subnotificação

Exame de Defesa apresentado ao Programa de Pós-graduação em Cuidado Primário em Saúde da Universidade Estadual de Montes Claros, como parte das exigências para a obtenção do título de Mestre em Cuidado Primário em Saúde.

Área de Concentração: Aspectos clínicos dos cuidados em saúde

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Lívia Máris Ribeiro Paranaíba
Coorientador: Prof. Dr. Hercílio Martelli Junior

Montes Claros, MG
2014

L162s Lafetá, Kátia Regina Gandra.
Sífilis congênita e materna em Montes Claros – Minas Gerais [manuscrito] :
diagnóstico tardio e subnotificação/ Kátia Regina Gandra Lafetá. – 2014.
54 f. : il.

Inclui Bibliografia.

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Montes Claros -
Unimontes, Programa de Pós-Graduação em Cuidado Primário em
Saúde/PPGCPS, 2014.

Orientadora: Profa. Dra. Livia Máris Ribeiro Paranaíba.

Coorientador: Prof. Dr. Hercílio Martelli Júnior.

1. Sífilis – Gestaçã o - Congênita. 2. Saúde pública - Montes Claros (MG). 3.
Pré-natal - cuidado. 4. Epidemiologia. I. Paranaíba, Livia Máris Ribeiro. II.
Martelli Júnior, Hercílio. III. Universidade Estadual de Montes Claros. IV. Título.
V. Título: Diagnóstico tardio e subnotificação.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS

Reitor: João dos Reis Canela

Vice- Reitora: Maria Ivete Soares de Almeida

Pró-Reitor de Pesquisa: Vicente Ribeiro Rocha Júnior

Coordenadoria de Acompanhamento de Projetos: Karen Correa Torres Lafetá de Almeida

Coordenadoria de Iniciação Científica: Leonardo Monteiro Ribeiro

Coordenadoria de Inovação Tecnológica: Dario Alves de Oliveira

Pró-Reitor de Pós-graduação: Hercílio Martelli Júnior

Coordenadoria de Pós-graduação Latu-sensu: Guilherme Augusto Silveira Dias

Coordenadoria de Pós-graduação Stricto-sensu: Iuri Simões Mota

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CUIDADO PRIMÁRIO EM SAÚDE

Coordenador: Antônio Prates Caldeira

Coordenadora Adjunta: Maísa Tavares de Souza Leite

MESTRANDA: KÁTIA REGINA GANDRA LAFETÁ

TÍTULO DO RELATÓRIO DE DISSERTAÇÃO: Sífilis congênita e materna em Montes Claros – Minas Gerais: diagnóstico tardio e subnotificação

BANCA (TITULARES):

ASSINATURA

Profª. Dra. Lívia Máris Ribeiro Paranaíba (orientadora/presidente) - UNIMONTES

Prof. Dr. Hercílio Martelli Junior (coorientador) - UNIMONTES

Profª. Dra. Rosangela Lopes Miranda Rodrigues - FIP/MOC

Profª. Dra. Sibeles Nascimento de Aquino - UNIMONTES

BANCA (SUPLENTEs):

Profª. Dra. Adriele Ferreira Gouvêa Vasconcellos - ICESP

Profª. Dra. Máisa Tavares de Souza Leite - UNIMONTES

APROVADA

REPROVADA

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos colegas de Mestrado pelo companheirismo e amizade, tornando menos árdua e cansativa nossa caminhada.

Ao meu marido, Marcelo, por participar comigo de todas as etapas do trabalho e ainda com paciência e tolerância em todos os momentos. Aos meus familiares, em especial meus pais, pelo apoio e companheirismo.

Ao Professor Hubert Caldeira por me introduzir na Obstetrícia e orientar a importância de se pesquisar uma doença pouco discutida e de tamanha relevância para gestantes e crianças que é a sífilis.

À Dr^a. Marise pela paciência e disponibilidade de nos iniciar na estatística, colaboração imprescindível neste estudo. Ao Dr. Hercílio pelas orientações. Aos professores pelo cuidado e carinho conosco. Muito obrigada a todos que participaram desta etapa.

Em especial à minha orientadora Prof^a. Dr^a. Livia pelos ensinamentos, sabedoria e leveza em cada detalhe do aprendizado.

RESUMO

A sífilis é uma doença infecciosa sistêmica, sexualmente transmissível, causada pela bactéria *Treponema pallidum*. A principal via de transmissão é o contato sexual, mas também pode ser transmitida da mãe para o feto durante a gravidez ou no momento do nascimento, resultando em sífilis congênita. Esta última é de notificação compulsória. Este estudo objetivou identificar os casos de sífilis congênita e materna notificados e não notificados na cidade de Montes Claros, Minas Gerais, no período entre 2007 a 2013. As informações foram obtidas de fichas de notificação epidemiológica, dos prontuários médicos nas maternidades e do serviço de referência pediátrica na cidade de Montes Claros. Os dados foram coletados no período de maio a agosto de 2013, a partir de um instrumento de coleta, transferidos para o banco de dados e analisados por meio do programa estatístico SPSS® versão 19.0 para Windows. A partir de 214 prontuários com teste não treponêmico positivo para sífilis, foram identificados 93 casos de sífilis materna e 54 de congênita, excluídos homens do gênero masculino e residentes em outro município. As gestantes analisadas foram predominantemente de cor parda (63,4%), apresentando Ensino Médio/Superior (44,2%), com faixa etária entre 21-30 anos (50,5%), e estado civil solteira (53,8%). Considerando o acompanhamento pré-natal das gestantes com sífilis, em 21,5% dos casos investigados nenhuma consulta pré-natal foi realizada, a maioria dos diagnósticos para a sífilis foi identificado tardiamente após o parto ou curetagem (62,4%) e nenhum tratamento das gestantes foi considerado adequado segundo as diretrizes do Ministério da Saúde. Dos recém nascidos de gestantes com sífilis, 25,8% não realizaram teste sorológico não treponêmico, 42,6% não foram tratados corretamente e 79,6% não foi referenciado para seguimento pediátrico. As variáveis maternas avaliadas não foram determinantes para impedir a transmissão vertical. Foi notória a falta de notificação dos casos de sífilis materna e congênita pelos profissionais de saúde uma vez que 6 casos de sífilis em gestantes e 13 casos congênitos foram notificados. Estes resultados confirmam a persistência da doença e das taxas de transmissão vertical, sinalizando que é insatisfatória a qualidade da assistência pré-natal e perinatal. Deve-se buscar uma melhoria na qualidade da assistência à gestante, com tratamento concomitante dos parceiros, diagnóstico, tratamento precoce e acompanhamento adequado ao neonato.

Palavras-chave: Sífilis na Gestação. Cuidado Pré-natal. Sífilis Congênita. Epidemiologia.

ABSTRACT

Syphilis is a sexually transmitted, infectious systemic disease caused by the bacterium *Treponema pallidum*. The main route of transmission is the sexual contact, but can also be transmitted from mother to fetus during pregnancy or at birth, resulting in congenital syphilis. The notification of the latter is compulsory. This study aimed to identify the cases of congenital and maternal syphilis reported and not reported in the city of Montes Claros, Minas Gerais, in the period 2007-2013. The information was obtained from records of epidemiological report, from the medical records in maternity and pediatric referral center in the city of Montes Claros. Data were collected in the period may to august 2013, from a collection instrument, being transferred to a database and analyzed using SPSS[®] version 19.0 for Windows. From 214 records with positive non treponemal test for syphilis, 93 cases of maternal syphilis and 54 congenital, excluded men and other city residents were identified. The women studied were predominantly mulatto (63.4%), with Medium/Higher Education (44.2%), aged between 21-30 years (50.5%), and marital status single (53.8%). Considering the prenatal care of pregnant women with syphilis in 21.5% of cases investigated any prenatal consultation was held, most diagnostic for syphilis was identified late after delivery or curettage (62.4%) and no treatment of pregnant women was considered appropriate to the guidelines of the Ministry of Health. Among the newborns of pregnant women with syphilis, 25.8% were not submitted non treponemal serologic test, 42.6% were not treated properly and 79.6% were not referenced to pediatric follow up. The maternal variables evaluated were not decisive to prevent vertical transmission. The lack of notification of maternal and congenital syphilis by health professionals was notorious since 6 cases of syphilis in pregnant women and 13 congenital cases have been reported. These results confirm the persistence of the disease and the rate of vertical transmission, signaling that it is poor quality of antenatal and perinatal care. An improvement in the quality of the care for pregnant women with concomitant treatment of partners, diagnosis, early treatment and proper monitoring of the newborn it is necessary.

Keywords: Syphilis in Pregnancy. Prenatal Care. Congenital Syphilis. Epidemiology.

LISTA DE SIGLAS

AIG	Adequado para idade gestacional
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
EIA	Imunoensaio enzimático
FTA-abs	Fluorescent treponemal antibody absorption
GIG	Grande para idade gestacional
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IG	Idade Gestacional
MG	Minas Gerais
MHA- TP	Microhemagglutination assay for Treponema pallidum
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PIG	Pequeno para idade gestacional
RN	Recém-nascido
RPR	Reagina Plasmática Rápida
SINAN	Sistemas de Informação de Agravos de Notificação
SPSS	Statistics Package for Social Sciences
SUS	Sistema Único de Saúde
TPHA	Treponema pallidum Hemagglutination
UNIMONTES	Universidade Estadual de Montes Claros
VDRL	Venereal Disease Research Laboratory
WB	Western-blot

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
1.1 Considerações Gerais.....	10
1.2 Manifestações Clínicas e Diagnóstico.....	11
1.3 Tratamento.....	12
1.4 Critérios para definição dos casos.....	13
1.5 Políticas Públicas no Brasil.....	14
2 OBJETIVOS.....	17
2.1 Objetivo Geral.....	17
2.2 Objetivos Específicos.....	17
3 METODOLOGIA.....	18
4 PRODUTO CIENTÍFICO.....	20
4.1 Artigo 1: Sífilis materna e congênita: distante da erradicação.....	20
5 CONCLUSÕES.....	41
REFERÊNCIAS.....	42
APÊNDICES.....	45
ANEXOS.....	46

1 INTRODUÇÃO

1.1 Considerações Gerais

A sífilis é uma doença crônica, infecciosa sistêmica, causada pela bactéria *Treponema pallidum*, uma espiroqueta de alta patogenicidade, que tem no ser humano o único reservatório e transmissor. A transmissão se dá na maioria das vezes através das formas sexual e congênita, podendo também observar contaminação por transfusões de sangue e inoculação acidental (BRASIL, 2005; BRASIL, 2007; SÃO PAULO, 2008; DE LORENZI *et al.*, 2009; BRASIL, 2010).

A sífilis, doença conhecida há décadas, se mantém de difícil erradicação mesmo diante de um diagnóstico relativamente simples e de terapêutica facilitada a partir da descoberta da penicilina na década de 60 (RODRIGUES & GUIMARÃES, 2004; SÃO PAULO, 2008; DE LORENZI *et al.*, 2009; CAMPOS *et al.*, 2010). A identificação da sífilis, durante a gestação, é de extrema importância uma vez que as repercussões, a curto e longo prazo, para as crianças expostas são devastadoras (BRASIL, 2005). Alguns trabalhos já foram realizados no Brasil e no mundo com objetivo de identificar os pontos de entrave na propeidêutica e na terapêutica recomendados (RODRIGUES & GUIMARÃES, 2004; SARACENI *et al.*, 2005; REVOLLO *et al.*, 2007; PATEL *et al.*, 2012; DOMINGUES *et al.*, 2013).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) tem como meta sua erradicação, assim como o Ministério da Saúde (MS) do Brasil, com projetos e incentivos ao seu controle, mas as estatísticas mostram uma expansão no número de casos registrados ao longo dos últimos anos, tanto no Brasil como no mundo (SÃO PAULO, 2008; DE LORENZI *et al.*, 2009; GUINSBURG e SANTOS, 2010; PATEL *et al.*, 2012; MAGALHÃES *et al.*, 2013).

1.2 Manifestações clínicas e diagnóstico

As formas clínicas dependem da forma e do tempo de contágio (BRASIL, 2010). A sífilis adquirida divide-se em recente, primeiro ano de evolução, e tardia, após o primeiro ano; a adquirida é classificada em primária, secundária e latente precoce, e na tardia tem-se a latente tardia. A primária caracteriza-se pela lesão clássica conhecida como cancro duro ou protossifiloma, associada à adenite satélite e com evolução média de 21 dias de contato, se não tratada, desaparece espontaneamente em aproximadamente quatro semanas (DE LORENZI *et al.*, 2009; GUINSBURG & SANTOS, 2010; MAGALHÃES *et al.*, 2011). Na forma secundária observa-se o exantema morbiliforme, não-pruriginoso, conhecido como roséola, que surge de 4 a 8 semanas após o cancro e marca a disseminação dos treponemas pelo organismo. Em seguida ocorrem lesões papulares palmo-plantares, adenopatia generalizada, placas em mucosas, condilomas planos e alopecia em clareira. Na fase latente precoce não se observa lesões específicas, mas pode-se verificar treponemas em alguns tecidos, associados à linfonomegalia principalmente cervicais e inguinais. Na forma latente tardia verifica-se manifestação em qualquer tecido após o período de 1 ano, como por exemplo forma óssea, cutânea, nervosa, cardiovascular dentre outras (BRASIL, 2005; DE LORENZI *et al.*, 2009; BRASIL, 2010).

A forma congênita se dá a partir da contaminação do feto pelo *Treponema pallidum* (via hematogênica) em qualquer época da gestação ou por mulheres inadequadamente tratadas que engravidam. Esta forma também se divide em recente e tardia, a primeira se manifesta até os 2 anos de vida da criança e a tardia após esta fase. As manifestações clínicas dependerão de algumas características da infecção: tempo de exposição do feto à bactéria, a virulência do *Treponema pallidum*, o tratamento da sífilis na gestante, a carga treponêmica materna, associação com doenças que causam imunodepressão como vírus da imunodeficiência humana (HIV) (BRASIL, 2005; DE LORENZI *et al.*, 2009; BRASIL, 2010). Ainda a sífilis pode manifestar-se tragicamente com óbito fetal e neonatal, abortamentos e partos prematuros, além de baixo peso ao nascer, obstrução nasal, periostite ou osteíte, rinite com coriza serosanguinolenta, hepaesplenomegalia, hidropsia, alterações respiratórias, fissura orificial, pseudoparalisia de membros, icterícia, anemia, dentre outras (BRASIL, 2005; BRASIL, 2007; BRASIL, 2010; GUINSBURG & SANTOS, 2010).

O diagnóstico é possível a partir de estudos sorológicos, treponêmicos e não treponêmicos, e microscópicos, em que a identificação do *Treponema pallidum* confirma a suspeita. A microscopia de campo escuro é uma forma eficaz para se observar a bactéria, mas depende de material contaminado para realização do estudo, e ainda tem sensibilidade de 74 a 86% e especificidade de 97% dependendo do examinador (HAROON *et al.*, 2004; BRASIL, 2007; DE LORENZI *et al.*, 2009; BRASIL, 2010). Dentre os testes não treponêmicos temos o Venereal Disease Research Laboratory (VDRL) que utiliza um antígeno constituído de lecitina, colesterol e cardioplipina purificada, tem sensibilidade de 70 a 100% e especificidade de 98%, positiva-se entre 2 e 3 semanas após surgimento do cancro duro. O Reagina Plasmática Rápida (RPR) também é um teste rápido não-treponêmico com sensibilidade em torno de 86% e especificidade de 98% (BRASIL, 2007; DE LORENZI *et al.*, 2009; BRASIL, 2010).

Os testes treponêmicos utilizam o *Treponema pallidum* como antígeno e tem sua principal função a confirmação dos casos suspeitos, tem-se como opção o Treponema pallidum Hemagglutination (TPHA), o Fluorescent treponemal antibody absorption (FTA-abs), o Microhemagglutination assay for Treponema pallidum (MHA-TP), o Imunoensaio enzimático (EIA), Western-blot (WB). Na rotina pré-natal utiliza-se o teste não treponêmico, VDRL, que permite diagnóstico e também seguimento a partir da queda em suas diluições, e em casos duvidosos (baixa titulação, como diluição menor que 1/8) utiliza-se um teste treponêmico como FTA-abs (HAROON *et al.*, 2004; BRASIL, 2007; DE LORENZI *et al.*, 2009; BRASIL, 2010).

1.3 Tratamento

A penicilina mantém-se a melhor opção no tratamento da sífilis em qualquer de suas formas de manifestação, atua impedindo que as enzimas catalisadoras da formação de precursores da parede celular da bactéria funcionem; e com isso, não há restauração da parede, que é submetida continuamente à ação hidrolítica da lisozima produzida pelo organismo, agindo assim como bactericida. Devido seu baixo custo e propriedade em atravessar a barreira placentária, a penicilina é a única droga eficaz no tratamento fetal, além de apresentar eficácia superior a 98%, sem

apresentar toxicidade fetal (GUINSBURG e SANTOS, 2010). As doses e o tempo de tratamento variam de acordo com a fase clínica da sífilis, e depende de qual indivíduo será medicado seja gestante, parceiro ou criança (BRASIL, 2005). O tratamento será considerado adequado quando for finalizado 30 dias antes do parto, parceiro concomitantemente tratado e usado a penicilina na dose correta para a fase clínica da doença. É recomendado documentação do tratamento do parceiro para considerar adequação ao mesmo (BRASIL, 2007; SÃO PAULO, 2008; BRASIL, 2010). É preconizado a utilização de penicilina cristalina intramuscular na sífilis primária com dose de 2.400.000 UI em dose única, na secundária ou latente precoce, a dose de 4.800.000 UI com intervalo de 7 dias entre as doses e 7.200.000 UI na terciária ou latente tardia também respeitando o intervalo de 7 dias entre as 3 doses (BRASIL, 2010).

1.4 Critérios para definição dos casos

Segundo o MS - Brasil deve-se considerar caso de sífilis em gestante quando esta apresentar evidência clínica de sífilis e/ou sorologia não treponêmica reagente, independente da titulação, mesmo sem realização de teste treponêmico, realizada no pré-natal, parto ou curetagem (BRASIL, 2010). Os casos de sífilis congênita são considerados quando:

toda criança, aborto ou natimorto de mãe com evidência clínica ou sorológica para Sífilis e/ou sorologia não-treponêmica reagente para Sífilis, com qualquer titulação, na ausência de teste confirmatório treponêmico, realizado no pré-natal, no momento do parto ou curetagem, cuja mãe não tenha sido tratada ou tenha recebido tratamento inadequado; todo indivíduo com menos de 13 anos, apresentando as seguintes evidências sorológicas: - titulações ascendentes (testes não-treponêmicos), e/ou testes não-treponêmicos reagentes após 6 meses (exceto em situação de seguimento terapêutico), e/ou – testes treponêmicos reagentes após 18 meses, e/ou títulos em testes não-treponêmicos maiores que os da mãe. Em caso de evidência sorológica apenas, deve ser afastada a possibilidade de Sífilis Adquirida; todo indivíduo com menos de 13 anos, com teste não treponêmico reagente e evidência clínica, líquórica ou radiológica de Sífilis Congênita; toda situação de evidência de *T. pallidum* em placenta ou cordão umbilical e/ou amostra de lesão, biópsia ou necropsia de criança, produto de aborto ou natimorto, por meio de exames microbiológicos. (BRASIL, 2010, p.375).

1.5 Políticas Públicas no Brasil

As atitudes do governo federal do Brasil para reverter a situação da sífilis no Brasil iniciaram-se em 1986 com a portaria ministerial de notificação compulsória para sífilis congênita (Portaria 542/1986) (BRASIL, 1986). Em 1993 o MS lançou o projeto de eliminação da sífilis congênita, em consonância com a proposta formulada pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e OMS (BRASIL, 1993). Desde a portaria n° 569/2000, busca-se a humanização, qualidade e universalidade da assistência pré-natal com a realização de dois exames de VDRL, sendo o primeiro o mais precoce possível e o segundo em torno da 30ª semana de gestação (BRASIL, 2000).

Em 2002, com a Portaria n° 2104/2002, cria-se o projeto Nascer Maternidades com objetivo de diagnóstico precoce de HIV e sífilis para que menores taxas de transmissão vertical e morbimortalidade possam ser identificados para estas doenças. O projeto tem a finalidade de testar 100% das gestantes durante o pré-natal para sífilis, e nas maternidades teste rápido para HIV e microhemaglutinação para sífilis (BRASIL, 2002).

Em conformidade com a Resolução, da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, n° 41 de 24/03/2005 deverá ser oferecido teste não treponêmico (VDRL) na primeira consulta de pré-natal, idealmente no primeiro trimestre de gestação, no início do terceiro trimestre e no momento do parto ou curetagem, sendo também realizado em todo Brasil (SÃO PAULO, 2008; BRASIL, 2010). Neste mesmo ano, a sífilis em gestantes passa a ser no Brasil uma doença de notificação compulsória. Na portaria 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010, são estabelecidas diretrizes para a organização da Rede Cegonha, instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento (BRASIL, 2010).

O MS criou a Portaria n° 3242/2011, em que expõe a necessidade de se criarem alternativas para ampliar o acesso ao diagnóstico e ao tratamento da sífilis, com meta de sua eliminação até 2015 (<0,5/1.000 nascidos vivos) e ainda, determinando a realização do teste rápido para sífilis como

mais uma possibilidade de rastreamento (BRASIL, 2011). Essa portaria tem como objetivo conseguir progressivamente uma diminuição nos casos de sífilis congênita e principalmente suas sequelas (BRASIL, 2011).

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), a sífilis congênita e em gestantes se mantém como um grande problema de saúde pública na América Latina e Caribe devido à dificuldade de acesso ao pré-natal, exames de rastreamento e preconceito por ser uma doença sexualmente transmissível (REVOLLO *et al.*, 2007; DE LORENZI *et al.*, 2009; CAMPOS *et al.*, 2010; GUINSBURG & SANTOS, 2010; ARAÚJO *et al.*, 2013). No Brasil, o que se observa é uma dificuldade persistente em se realizar o diagnóstico precocemente, seja por limite no número de exames em laboratórios para o SUS, por demora na entrega dos resultados, por despreparo das equipes de assistência em saúde, pelo início tardio do pré-natal, pela falta da busca ativa pelas gestantes, pela dificuldade em se conseguir agendar consulta para mostrar os resultados de exames complementares (DE LORENZI *et al.*, 2001; CONWAY, 2007; MILANEZ & AMARAL, 2008). Ao pensar na terapêutica mantém-se a limitação de conscientização da gestante e principalmente do parceiro quanto a sua importância (CAMPOS *et al.*, 2012). Com relação à notificação da doença percebe-se a pouca importância que os profissionais de saúde, que assistem essa população, e gestores expressam quanto a sua necessidade (SARACENI *et al.*, 2005). Além de incentivar o diagnóstico e tratamento precoce da sífilis na gestação deve-se conseguir uma forma de que todos os envolvidos no processo atuem de forma eficiente.

Apesar das medidas adotadas desde 1993, verifica-se dificuldade na erradicação da sífilis congênita em várias regiões do Brasil. Segundo estudo realizado no Ceará verificou-se um entrave quanto ao tratamento adequado da gestante, principalmente devido dificuldade de tratamento do parceiro (CAMPOS *et al.*, 2010). Um outro estudo realizado no Rio de Janeiro, apontou que um dos principais problemas está na falta de conhecimento por parte dos profissionais de saúde quanto à condução dos casos, sugerindo rever os procedimentos adotados e responsabilização dos profissionais envolvidos (DOMINGUES *et al.*, 2013). No Distrito Federal verificou-se que a qualidade da atenção pré-natal não está sendo suficiente para evitar a sífilis congênita e que a conduta inicial para diagnóstico e terapêutica não estão de acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde do Brasil (MAGALHÃES *et al.*, 2013). O Estado de Minas Gerais (MG) vem tentando

identificar pontos vulneráveis do programa de atendimento pré-natal, da assistência ao parto e ao puerpério e da atenção à criança. Verificou-se um crescente de 78% no número de casos de sífilis congênita no período de 2001 a 2008 na cidade de Belo Horizonte, MG (LIMA *et al.*, 2013).

Dessa forma, torna-se fundamental o conhecimento da realidade da sífilis congênita nesta região norte de Minas Gerais para que a qualidade da assistência pré-natal da população seja devidamente prestada e assistida. Além disso, tal iniciativa vai de encontro com as metas do milênio da Organização das Nações Unidas (ONU) que objetiva erradicação da sífilis até 2015 (BRASIL, 2011). Diante da situação da sífilis materna e congênita no mundo, no Brasil, e especificamente, no Estado de Minas Gerais, o objetivo deste estudo é investigar os casos de sífilis congênita e materna notificados e não notificados na cidade de Montes Claros, MG. Para tanto, estudou-se esta população de gestantes com sífilis assistidas nas maternidades públicas de Montes Claros, MG e dos neonatos expostos. Tendo como finalidade avaliar essa doença na região e discutir medidas possíveis de intervenção na assistência prestada as gestantes e neonatos.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Identificar os casos de sífilis congênita e materna notificados e não notificados na cidade de Montes Claros, Minas Gerais.

2.2 Objetivos Específicos

- Analisar o perfil sociodemográfico das gestantes com sífilis.
- Identificar pontos vulneráveis do programa de atendimento pré-natal, da assistência ao parto, ao puerpério e da atenção ao neonato.
- Descrever a realidade de diagnóstico, de notificação e do tratamento da sífilis na cidade de Montes Claros, Minas Gerais.

3 METODOLOGIA

Este estudo epidemiológico do tipo retrospectivo e descritivo analisa os casos notificados de sífilis congênita e em gestantes registrados no Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN), no período de janeiro de 2007 a julho de 2013, no município de Montes Claros, MG, que abrange um total de 361.915 habitantes (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, IBGE, 2010), com prestação de serviços de saúde pública no nível terciário de atenção através de seis hospitais sendo três deles com maternidades públicas, duas delas de alto risco e uma de risco habitual. O acesso ao SINAN se deu por meio da base de dados cedida pela Gerência de Epidemiologia e Informação da Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros. Considerando o número pequeno de casos notificados, 6 em gestantes e 13 congênitos, e conhecendo a possibilidade de subnotificação no Brasil, foram realizadas buscas ativas nos hospitais com maternidade pública no município, avaliando a partir de instrumento de coleta de dados, todos os prontuários de gestantes e recém nascidos com teste não treponêmico (VDRL) positivos para sífilis, seguindo os critérios do Ministério da Saúde (Brasil, 2010). Os dados foram coletados no período de maio a agosto de 2013.

Os laboratórios dos hospitais Santa Casa de Misericórdia de Montes Claros, Hospital Universitário Clemente de Farias – Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES) e Hospital Aroldo Tourinho disponibilizaram cadernos de registros e, quando informatizados, os programas para selecionarem pacientes com o teste de VDRL positivo. Foram excluídos adultos do gênero masculino, mulheres fora do ciclo gravídico puerperal, gestantes residentes em outros municípios, e casos repetidos de mesmo paciente, ou seja, que foi notificado e também encontrado no hospital.

Para inclusão no estudo, foram considerados casos de sífilis na gestante e congênita, segundo as recomendações do Ministério da Saúde – Brasil (2010), ou seja, na gestante: toda aquela com evidência de sífilis e/ou com VDRL positivo em qualquer titulação, mesmo que na ausência de teste treponêmico, realizado no pré-natal, momento do parto ou curetagem. Congênita:

toda criança, aborto ou natimorto de mãe com evidência clínica ou sorológica para Sífilis e/ou sorologia não-treponêmica reagente para Sífilis, com qualquer titulação, na ausência de teste confirmatório treponêmico, realizado no pré-natal,

no momento do parto ou curetagem, cuja mãe não tenha sido tratada ou tenha recebido tratamento inadequado; todo indivíduo com menos de 13 anos, apresentando as seguintes evidências sorológicas: - titulações ascendentes (testes não-treponêmicos), e/ou testes não-treponêmicos reagentes após 6 meses (exceto em situação de seguimento terapêutico), e/ou – testes treponêmicos reagentes após 18 meses, e/ou títulos em testes não-treponêmicos maiores que os da mãe. Em caso de evidência sorológica apenas, deve ser afastada a possibilidade de Sífilis Adquirida; todo indivíduo com menos de 13 anos, com teste não treponêmico reagente e evidência clínica, líquórica ou radiológica de Sífilis Congênita; toda situação de evidência de *T. pallidum* em placenta ou cordão umbilical e/ou amostra de lesão, biópsia ou necropsia de criança, produto de aborto ou natimorto, por meio de exames microbiológicos. (BRASIL, 2010, p.375).

Foi elaborado um instrumento de coleta de dados para caracterizar os casos de acordo com as seguintes variáveis: cor, idade, estado civil e escolaridade da gestante; quanto ao pré-natal: número de consultas realizadas, o trimestre de início, idade gestacional (IG) do diagnóstico, presença de coinfeções, realização de tratamento da gestante e de seu parceiro; e sobre o recém nascido ou natimorto: peso ao nascer, sintomas, exames complementares, tratamento e seguimento clínico sorológico pela rede básica de saúde do município. Também foram avaliados os prontuários dos neonatos que foram acompanhados pelo serviço de infectologia pediátrica do município, seguidos no CTA (Centro de Testagem e Aconselhamento).

A descrição das variáveis foi realizada utilizando-se as frequências absoluta e relativa. Para avaliar associação entre a sífilis congênita com as variáveis maternas: número de consultas, escolaridade, tratamento da gestante, estado civil, faixa etária, início do pré-natal e IG do diagnóstico, utilizou-se o teste do qui-quadrado, assumindo um nível de significância de 5%. Para essa análise, as variáveis foram dicotomizadas, sendo: número de consultas (6 ou mais consultas, menos de 6 consultas/não realizado), escolaridade (analfabeto/ensino fundamental, ensino médio/superior), tratamento da gestante (sim/incompleto, não realizado), estado civil (casada/união estável, solteira), faixa etária (menor que 20 anos, 20 anos ou mais), início do pré-natal (1º trimestre, tardio/não realizado), idade gestacional do diagnóstico (1º trimestre, tardio/ não realizado). Os dados coletados foram armazenados e as análises realizadas por meio do programa SPSS® (Statistics Data Editor) versão 19.0 para Windows. O estudo foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa-Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES), com parecer n° 226-740 (ANEXO-A).

4 PRODUTO CIENTÍFICO

4.1 Artigo 1: *Sífilis materna e congênita: distante da erradicação*, formatado segundo as normas para publicação do periódico Revista Brasileira de Epidemiologia.

SÍFILIS MATERNA E CONGÊNITA: distante da erradicação

KÁTIA REGINA GANDRA LAFETÁ¹, HERCÍLIO MARTELLI JÚNIOR¹, MARISE FAGUNDES SILVEIRA ¹, LÍVIA MÁRIS RIBEIRO PARANAÍBA¹

¹Programa de Pós Graduação em Cuidado Primário em Saúde da Universidade Estadual de Montes Claros, Montes Claros, Minas Gerais, Brasil.

Correspondência:

Lívia Máris Ribeiro Paranaíba: Av. Cula Mangabeira , 562, sala 6, Bairro Santo Expedito, Hospital Universitário Clemente Faria, Universidade Estadual de Montes Claros, Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. CEP: 39401-001, E-mail: liviaparanaib@gmail.com

Conflito de interesses: nada a declarar.

RESUMO

Objetivo: Identificar casos de sífilis congênita e materna notificados e não notificados em uma região brasileira.

Métodos: Trata-se de estudo descritivo, retrospectivo, que avaliou 214 prontuários com diagnóstico de sífilis, cujos dados obtidos de fichas de notificação epidemiológica, prontuários hospitalares e serviço de referência pediátrica na cidade de Montes Claros, Minas Gerais, no período de 2007 a 2013. Estudo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros.

Resultados: Identificados 93 casos de sífilis materna e 54 casos de congênita. As gestantes analisadas foram predominantemente de cor parda (63,4%), apresentando Ensino Médio/Superior (44,1%), com faixa etária entre 21-30 anos (50,5%), e estado civil solteira (53,8%). Considerando acompanhamento pré-natal das gestantes com sífilis, em 21,5% dos casos investigados nenhuma consulta pré-natal foi realizada, a maioria dos diagnósticos para a sífilis foi identificado tardiamente após o parto ou curetagem (62,4%) e nenhum tratamento das gestantes foi considerado adequado segundo as diretrizes do Ministério da Saúde. Dos recém nascidos de gestantes com sífilis, 25,8% não realizaram teste sorológico não treponêmico, 42,6% não foram tratados corretamente e 79,6% não foi referenciado para acompanhamento pediátrico. A avaliação entre condições maternas e infecção congênita não verificou nenhuma variável como determinante da transmissão vertical. Apenas 6 casos (6,5%) de sífilis em gestantes foram notificados e na congênita, 13 casos (24,1%), ratificando a falta de notificação pelos profissionais de saúde.

Conclusão: Os resultados confirmam a persistência da doença e da transmissão vertical, sinalizando que a qualidade da atenção pré-natal e neonatal devem ser revisadas.

PALAVRAS-CHAVE: Gravidez. Sífilis. Sífilis Congênita. Cuidado Pré-natal. Saúde Pública.

ABSTRACT

Objective: To identify cases of congenital and maternal syphilis reported and not reported in a Brazilian region.

Methods: This was a descriptive, retrospective study that evaluated 214 medical records with a diagnosis of syphilis, with records data from the epidemiological report, hospital records and pediatric referral center in the city of Montes Claros, Minas Gerais, in the period 2007-2013. This study was approved by the Ethics Committee of Universidade Estadual de Montes Claros.

Results: Identified 93 cases of maternal syphilis and 54 cases of congenital. The women studied were predominantly mulatto (63.4 %), with Secondary/Higher (44.1 %), aged between 21-30 years (50.5 %), and single marital status (53.8 %). Considering the prenatal care of pregnant women with syphilis in 21.5 % of cases investigated any prenatal consultation was held, most diagnostic for syphilis were identified late after delivery or curettage (62.4 %) and no treatment on the pregnant women was considered appropriate according to the guidelines of the Ministry of Health. Among the newborns of pregnant women with syphilis, 25.8 % were not submitted to the non treponemal serologic test, 42.6 % were not properly treated and 79.6 % were not referenced for follow-up pediatric. A review of maternal conditions and congenital infection has not verified any variable as a determinant of vertical transmission. Only 6 cases (6.5%) of syphilis in pregnant women were reported and 13 cases (24.1%) in congenital, confirming the lack of reporting by health professionals.

Conclusion: The results confirm the persistence of the disease and vertical transmission, signaling that the quality of prenatal and neonatal care should be reviewed.

KEYWORDS: Pregnancy. Syphilis. Congenital Syphilis. Prenatal Care. Public Health.

INTRODUÇÃO

A sífilis é uma doença infecciosa sistêmica causada pela espiroqueta *Treponema pallidum*, de evolução crônica e muitas vezes assintomática, que tem como principais formas de transmissão as vias sexual e vertical (1,2). Apresenta-se nas formas adquirida e congênita, sendo a congênita de notificação compulsória desde a divulgação da Portaria 542/1986 e na gestante desde 2005 (2,3). A forma adquirida da sífilis subdivide-se em precoce e tardia, dependendo do tempo de infecção e também se diferenciam pelo grau de infectividade. A sífilis congênita apresenta-se de forma variável, desde assintomática, cerca de 70% dos casos, até formas mais graves como septicemia maciça, lesões cutâneas mucosas, lesões ósseas, hepatoesplenomegalia, anemia, púrpura, parto prematuro e óbito, dentre outras (1,4,5).

No Brasil, segundo o Ministério da Saúde, cerca de 50 mil parturientes têm o diagnóstico de sífilis ao ano, com uma prevalência variando de 1,1 a 11,5%, dependendo da assistência pré-natal e do grau de instrução materna, resultando em aproximadamente 12 mil nascidos vivos ao ano com sífilis congênita no Brasil (1,6). Tais indicadores sugerem a baixa qualidade do pré-natal no país e o desinteresse por parte dos profissionais de saúde quanto ao diagnóstico e ao tratamento da doença (7-13).

Deve-se lembrar que a sífilis congênita é considerada, em termos epidemiológicos, como um evento marcador da qualidade da assistência pré-natal de uma população (14, 15), o que reflete na qualidade da assistência de saúde oferecida à população, garantindo que todas tenham acesso adequado ao pré-natal (14,16,17). A melhor prevenção da sífilis congênita se dá através do tratamento adequado da gestante infectada e de seu parceiro (1,2,4,18-20).

Considerando o impacto da sífilis congênita na assistência em saúde pública e a necessidade de erradicação, este estudo investigou os casos de sífilis congênita e materna notificados e não

notificados na cidade de Montes Claros, norte de Minas Gerais, afim de identificar pontos vulneráveis da assistência obstétrica e neonatal.

MÉTODO

Este estudo epidemiológico retrospectivo e descritivo investigou os casos de sífilis congênita e materna notificados e não notificados na cidade de Montes Claros, norte de Minas Gerais, no período de janeiro de 2007 a julho de 2013. O município é referência macro regional de saúde no Estado, abrangendo um total de 361.915 habitantes (IBGE, 2010), prestando assistência materno infantil através de três maternidades públicas, sendo duas delas maternidades de alto risco e uma de risco habitual.

Para inclusão no estudo, foram considerados casos de sífilis na gestante e congênita, segundo as recomendações do Ministério da Saúde (Brasil, 2010). Os dados foram coletados do Sistema de Informações de Agravos de Notificação - SINAN, as três maternidades públicas e do serviço de referência em infectologia pediátrica. Os laboratórios de tais hospitais disponibilizaram acesso aos casos de pacientes com teste não treponêmico (VDRL) positivo. Foram excluídos adultos do gênero masculino, mulheres fora do ciclo gravídico puerperal, residentes em outros municípios e casos coincidentes, gestante ou recém-nascido notificados e atendidos nestes hospitais.

A descrição das variáveis foi realizada utilizando-se as frequências absoluta e relativa. As variáveis analisadas foram: número de consultas, escolaridade, tratamento da gestante, estado civil, faixa etária, início do pré-natal e idade gestacional do diagnóstico. Para investigar a associação entre as características maternas e infecção congênita dos recém nascidos, utilizou-se o teste do qui-quadrado assumindo um nível de significância de 5%. Para essa análise, as variáveis foram dicotomizadas, sendo: número de consultas (6 ou mais consultas, menos de 6 consultas/não

realizado), escolaridade (analfabeto/ensino fundamental, ensino médio/superior), tratamento da gestante (sim/incompleto, não realizado), estado civil (casada/união estável, solteira), faixa etária (menor que 20 anos, 20 anos ou mais), início do pré-natal (1º trimestre, tardio/não realizado), idade gestacional do diagnóstico (1º trimestre, tardio/ não realizado). Os dados coletados foram analisados por meio do programa estatístico SPSS® versão 19.0 para Windows.

O estudo foi autorizado pelas instituições participantes através de consentimentos institucionais para acesso aos prontuários e fichas de notificação e aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa-UNIMONTES, com parecer nº 226-740.

RESULTADOS

As fichas de notificação do SINAN totalizaram em seis casos de sífilis em gestantes e 13 casos da forma congênita, observados no período de 2007 a 2013. Suspeitando-se da subnotificação, partiu-se para busca ativa nas três maternidades públicas de Montes Claros, MG. Foram identificados 214 prontuários com diagnóstico de sífilis, e a partir dos critérios de exclusão, contabilizou-se 93 casos em gestantes e 54 casos em neonatos. Destaca-se que as notificações de gestantes não foram coincidentes com os de recém nascidos, e que ainda, do total citado de casos, estão incluídos os notificados. Considerando as gestantes, observou-se que a maior parte delas (44,1%) possuía escolaridade de Ensino Médio incompleto até Ensino Superior completo. Com relação à cor de pele, 63,4% se autorreferiram como parda. A faixa etária predominante foi entre 21 e 30 anos (50,5%) e, o estado civil predominante foi solteiro (53,8%) (Tabela 1).

De acordo com características da assistência pré-natal analisadas (Tabela 2), observou-se que 43% das gestantes com diagnóstico de sífilis realizaram o número mínimo de seis consultas; aproximadamente metade dos casos (48,4%) conseguiu iniciar o acompanhamento ainda no 1º trimestre de gestação. Porém, a maioria das gestantes apresentou diagnóstico tardio no momento

do parto ou curetagem (62,4%), e ainda, nenhum caso foi considerado adequadamente tratado segundo as recomendações do Ministério da Saúde, Brasil. Das gestantes, 33,3% não recebeu nenhum tratamento, e dos casos tratados, todos foram considerados incompleto ou inadequado, principalmente por causa da não realização ou da falta de comprovação do tratamento do parceiro (98% dos casos) .

Considerando as características dos recém-nascidos, nas gestantes com VDRL positivo, 25,8% dos recém nascidos não foi testado para VDRL, 27,9% dos resultados foram positivos, 23,7% negativos, e 16,1% evoluíram para abortamento ou natimortos. E ainda, em 6,5% dos casos não havia informação sobre o exame realizado. Com relação aos demais exames complementares para investigação (hemograma, radiografia de ossos longos e exame de líquido), em 45,2% dos casos nenhum desses exames foram realizados (Tabela 3).

Em relação às características dos 54 recém nascidos, considerados com sífilis congênita, apenas 51,8% desses foram medicados conforme orientação. Da amostra, 88,9% foram assintomáticos, a maioria (88,8%) não apresentava coinfeção e mantinha peso adequado para a idade gestacional – AIG (77,8%). Com relação ao serviço de referência pediátrico, 79,6% deles não foi sequer referenciado (Tabela 4).

A tabela 5 mostra a associação de infecção congênita e as variáveis maternas. Não foi observado associação estatisticamente significativa entre as variáveis avaliadas e a diminuição da infecção congênita. Mesmo assim, pode-se observar que entre o grupo de recém nascidos infectados existem mais gestantes que não realizaram tratamento (35,2%) e a maioria com diagnóstico tardio (92,6%), enquanto entre os não infectados, 19,0% não realizaram tratamento algum e 77,8% apresentou diagnóstico tardio.

DISCUSSÃO

A meta da erradicação da sífilis até 2015 proposta pela OMS e pelo MS do Brasil está longe de ser alcançada, sendo a subnotificação um dos maiores entraves desta realidade (5,13) . Neste estudo, apenas 6,5% dos casos de Sífilis em gestantes foram notificados e na congênita apenas 24,1% notificados; refletindo a fragilidade do sistema de saúde pública nacional.

A sífilis em gestantes e congênita permanece como doença a ser prevenida e erradicada, no entanto, dificilmente consegue-se estabelecer um grupo de risco para a doença. Alguns estudos descrevem características mais comuns nesta população como o predomínio da cor negra e parda, escolaridade inferior a oito anos, idade de 20 a 29 anos, início da atividade sexual precoce e solteiras (7,8,11,12,21). Guinsburg e Santos (2010) referiram-se ao baixo nível socioeconômico, ao uso de drogas e ao abandono à escola como fatores associados. Enquanto Almeida et al. (2009) verificaram um novo perfil de mulheres infectadas, com maior escolaridade- mais que oito anos de ensino, casadas e relatando apenas um parceiro sexual. Neste trabalho observou-se predomínio de mulheres com escolaridade superior a oito anos (44,1%), 63,4% pardas e 50,5% de 21 a 30 anos, sendo a maioria solteira. Os dados do presente estudo corroboram a favor de que a doença não ocorre em um grupo específico de maior risco.

A dificuldade de prevenção da transmissão vertical permanece no entrave do diagnóstico e do tratamento precoce e adequado. Segundo Araujo et al. (2012), 70% das gestantes realizaram pré-natal, mas mesmo assim, em 38% delas somente foi possível o diagnóstico de sífilis no momento do parto ou curetagem, tendo como consequências neonatais o aumento da taxa de natimortalidade e de perdas fetais. De acordo com Rodrigues e Guimarães (2004), até 40% evoluir para esta perda. Alguns estudos também demonstraram esses resultados, com a realização do pré-natal conforme preconizado, porém, não realização dos exames de rastreamento, evidenciando a dificuldade do diagnóstico e tratamento (9,10,12,13,16,23). No presente estudo foi possível evidenciar que a maioria das gestantes fez o mínimo recomendado de seis consultas de pré-natal,

com início no primeiro trimestre, mas ainda persistindo diagnóstico tardio, sendo que 62,4% das gestantes apenas foi diagnosticada com sífilis na maternidade.

Considera-se tratamento adequado da gestante quando este é realizado com penicilina, tenha sido concluído 30 dias antes do parto, utilizando dose da medicação conforme estágio da doença e o parceiro sexual foi devidamente medicado concomitantemente (Brasil, 2005). O tratamento inadequado é extremamente comum como verificado neste trabalho e por vários trabalhos anteriores (9,10,12,13) e a principal causa de tratamento inadequado é observada em relação ao tratamento dos parceiros das gestantes. Estudo realizado por Campos et al. (2012) investigou o motivo do não tratamento dos parceiros e verificou que eles são informados da doença e simplesmente não realizam o tratamento, questionando-se a questão cultural do adoecer no homem. Neste trabalho apenas um parceiro foi orientado quanto ao tratamento conforme registro no prontuário, mas nenhuma gestante foi considerada adequadamente tratada, visto que para isto deveria haver informação disponível sobre o tratamento destes parceiros (Brasil, 2010).

Todos os recém nascidos (RNs) de gestantes com sífilis devem ser investigados para sífilis congênita e o MS considera sífilis na gestante: se houver evidência clínica da doença e/ou sorologia não treponêmica reagente (com qualquer titulação), mesmo na ausência de resultado de teste treponêmico, realizada no pré-natal, no momento do parto ou curetagem (Brasil, 2010). Em casos de gestantes adequadamente tratadas realiza-se apenas o teste não treponêmico (VDRL) no RN, sendo este negativo, acompanha-se o neonato, mas na impossibilidade de seguimento realiza-se tratamento com dose única de Penicilina G Benzatina. Nos demais casos deve-se realizar investigação com VDRL, hemograma, radiografia de ossos longos e exame do líquido, sendo o tratamento de acordo com os resultados destes exames. O seguimento pediátrico deve ser realizado com consultas mensais até 6^o mês de vida e em seguida a cada 2 meses até 1^o ano, VDRL trimestral, acompanhamento especializado (oftalmológico, neurológico e audiológico a cada 6 meses) e

exame de líquido a cada 6 meses até normalização (Brasil, 2006). Segundo Magalhães et al. (2013), em avaliação realizada no Distrito Federal, apenas 48% dos RNs realizaram a radiografia de ossos longos e 42% o exame de líquido, sendo que a totalidade das mães foi considerada inadequadamente tratada. Neste trabalho também foi verificado que nos RNs de gestantes com sífilis, 25,8% dos casos não foi realizado VDRL e em 45,2% nenhum dos outros exames.

Dos RNs investigados, 42,6% não receberam tratamento, 88,9% dos casos apresentou-se assintomático e que 16,1% evoluiu para natimorto ou abortamento. Segundo estudos 70% dos casos apresentam-se assintomático e até 40% pode evoluir para natimortalidade/abortamento (4,5,7).

Somente por meio de um esforço unificado, com assistência pré-natal de qualidade, exames laboratoriais em tempo hábil, tratamento do casal e conscientização de todos envolvidos será possível alcançar o objetivo almejado da erradicação (25-31). Devendo utilizar da Estratégia Saúde da Família como forma de aproximação da população, conhecendo que é uma das principais portas de entrada para os serviços de saúde, sendo mais um elo, e utilizar dos agentes comunitários de saúde para busca ativa às gestantes, tendo então mais um foco de atendimento multidisciplinar com educação continuada (32). Apenas quando isto se tornar realidade, estaremos começando a cumprir as resoluções da Organização das Nações Unidas e da OMS de 1948 e, de fato, melhorando a saúde das mulheres e das crianças. As políticas públicas devem ser realmente colocadas em ação para se ter em breve uma mudança nessa realidade, sendo o tratamento adequado da sífilis na gestação a única maneira de impedir a transmissão vertical e por consequência a infecção congênita (33).

CONCLUSÃO

A realidade da sífilis materna e congênita na cidade de Montes Claros-MG está longe da ideal, em que se busca a erradicação da doença. Os resultados evidenciam a subnotificação, um crescente no número de casos em gestantes e a persistência da transmissão vertical, sinalizando assim para a

ausência de um serviço de controle da sífilis no município. Deve-se buscar pré-natal de qualidade, programas de qualificação dos profissionais, oficinas de educação continuada, exames de rastreamento como prioridade, tratamento de gestantes e parceiros, e melhoria da comunicação entre as equipes de assistência incluindo a atenção primária como importante porta de entrada e vínculo. A partir de tais ferramentas e da implementação de políticas públicas vigentes pode-se alcançar o objetivo de erradicação da sífilis congênita.

REFERÊNCIAS

- 1- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Diretrizes para o Controle da Sífilis Congênita / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. Brasília: Ministério da Saúde, 2005; 52p. Série Manuais n.o 62.
- 2- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. 8. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010; 448p. Série B. Textos Básicos de Saúde.
- 3- Brasil: Portaria n° 542/1986. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 24 de Dezembro de 1986; Seção 1, p. 19827.
- 4- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. Protocolo para prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis: manual de bolso. Brasília, 2007; 190p.
- 5- São Paulo. Serviço de Vigilância Epidemiológica. Coordenação de DST/Aids- SP. Informe Técnico Institucional. Secretaria de Estado de Saúde-SES-SP. Sífilis congênita e sífilis na gestação. Rev Saúde Pública 2008; 42(4): 768-72.

- 6- De Lorenzi DRS, Fiaminghi LC, Artico GR. Transmissão vertical da sífilis: prevenção, diagnóstico e tratamento. *Femina*. fev, 2009; 37(2): 83-90.
- 7- Rodrigues CS, Guimarães MDC. Grupo Nacional de Estudo sobre Sífilis Congênita. Positividade para sífilis em puérperas: ainda um desafio para o Brasil. *Rev Panam Salud Publica*, 2004; 16(3): 168–75.
- 8- Araújo CL, Shimmizu HE, Sousa AIA, Hamann EM. Incidência da sífilis congênita no Brasil e sua relação com a Estratégia Saúde da Família. *Rev Saúde Pública* 2012; 46(3): 479-86.
- 9- Donalísio MR, Freire JB, Mendes ET. Investigação da sífilis congênita na microrregião de Sumaré, Estado de São Paulo, Brasil-desvelando a fragilidade do cuidado à mulher gestante e ao recém-nascido. *Epidemiol. Serv. Saúde*. Brasília. Jul-Set, 2007; 16(3): 165-173.
- 10- Guinsburg R, Santos AMN. Critérios diagnósticos e tratamento da sífilis congênita. Documento Científico – Departamento de Neonatologia, Sociedade Brasileira de Pediatria. São Paulo, 20 de dezembro de 2010.
- 11- Saraceni V, Guimarães MHFS, Theme Filha MM, Leal MC. Mortalidade perinatal por sífilis congênita: indicador da qualidade da atenção à mulher e à criança. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro. Jul-Ago, 2005; 21(4): 1244-1250.
- 12- Lima MG, Ribeiro GS, Santos RFR, Barbosa GJA. Incidência e fatores de risco para sífilis congênita em Belo Horizonte, Minas Gerais, 2001-2008. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2013; 18(2): 499-506.
- 13- Campos ALA, Araújo MAL, Melo SP, Gonçalves MLC. Epidemiologia da sífilis gestacional em Fortaleza, Ceará, Brasil: um agravo sem controle. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro. Set, 2010; 26(9): 1747-1755.

- 14- Pires ON, Pimentel ZNS, Santos MVS, Santos WA. Vigilância epidemiológica da sífilis na gravidez no centro de saúde do bairro Uruará-área verde. *J bras Doenças Sex Transm.* 2007; 19(3-4): 162-5.
- 15- De Lorenzi DRS, Madi JM. Sífilis Congênita como Indicador de Assistência Pré-natal. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, Rio de Janeiro, dec, 2001; 23(10): 647-652.
- 16- Araújo MAL, Freitas SCR, Moura HJ, Gondin APS, Silva RM. Prevalence and factors associated with syphilis in parturient women in Northeast, Brasil. *BMC Public Health.* Mar, 2013; 13: 206.
- 17- Caddy SC, Lee BE, Sutherland K. Pregnancy and neonatal outcomes of women with reactive syphilis serology in Alberta, 2002 to 2006. *J Obstet Gynaecol Can.* May, 2011; 33(5): 453-9.
- 18- Saraceni V, Miranda AE. Relação entre a cobertura da Estratégia Saúde da Família e o diagnóstico de sífilis na gestação e sífilis congênita. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro. Mar, 2012; 28(3): 490-496.
- 19- Haroon S, Sithembiso V, Yasmin G, Nike A, Richard S, Omella L. The prevention and management of congenital syphilis: an overview and recommendations. *Bulletin of the World Health Organization.* 2004; 82(6): 424-30.
- 20- Araújo EC, Costa KSG, Silva RS, Azevedo VNGA, Lima FAS. Importância do pré-natal na prevenção da Sífilis Congênita. *Rev. Para. Med.*, Belém. Mar, 2006; 20(1): 47-51.
- 21- Revollo R, Tinajeros F, Hilari C, García SG, Zegarra L, Díaz-Olavarrieta C, *et al.* Maternal and congenital syphilis four provinces in Bolivia. *Salud Publica Mex.* Nov-Dec, 2007; 49(6): 422-8.
- 22- Almeida KC, Lindolfo LC, Alcântara KC. Sífilis em gestantes atendidas em uma unidade de saúde pública de Anápolis, Goiás, Brasil. *RBCA*, 2009; 41(3): 181-84.

- 23- Magalhães DMS, Kawaguchi IAL, Dias A, Calderon IMP. Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. *Cadernos de Saúde Pública*. Jun, 2013; 29(6):1109-20.
- 24- Campos ALA, Araújo MAL, Melo SP, Andrade RFV, Gonçalves MLC. Sífilis em parturiente: aspectos relacionados ao parceiro sexual. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2012; 34(9): 397-402.
- 25- Tridapalli E, Capretti MG, Reggiani ML, Stronati M, Faldella G. Italian Neonatal Task Force of Congenital Syphilis for The Italian Society of Neonatology- Collaborative Group. Congenital syphilis in Italy: a multicentre study. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*. May, 2012; 97(3): 211-3.
- 26- Patel SJ, Klinger EJ, O'Toole D, Schillinger. Missed opportunities for preventing congenital syphilis infection in New York City. *Obstet Gynecol*. Oct, 2012; 120(4): 882-8.
- 27- Magalhães DMS, Kawaguchi IAL, Dias A, Calderon IMP. A sífilis na gestação e a sua influencia na morbimortalidade materno-infantil. *Com. Ciencias Saúde*. 2011; 1(22):43-54.
- 28- Conway JR. Recognizing and reducing the global burden of congenital syphilis: the time is now. *Sex Transm Dis*. 2007; 34 (7 Suppl): 2-4.
- 29- Milanez H, Amaral E. Por que ainda não conseguimos controlar o problema da sífilis em gestantes e recém-nascidos? *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 2008; 30(7):325-7.
- 30- Kupek E, Oliveira JF. Transmissão vertical do HIV, da sífilis e da hepatite B no município de maior incidência de AIDS no Brasil: um estudo populacional no período de 2002 a 2007. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2012; 15(3):478-87.
- 31- Domingues RM, Saraceni V, Hartz ZM, Leal MdoC. Congenital syphilis: a sentinel event in antenatal care quality. *Rev Saude Publica*. Feb, 2013; 47(1): 147-56.

32-Costa CC, Freitas LV, Sousa DMN, Oliveira LL, Chagas ACMA, Lopes MVO, *et al.* Sífilis congênita no Ceará: análise epidemiológica de uma década. *Revista da Escola de Enfermagem da USP.* 2013; 47(1):152-59.

33- De La Callen M, Cruceyra M, De Haro M, Magdaleno F, Montero MD, Aracil J, *et al.* Syphilis and pregnancy: Study of 94 cases. *Med Clin.* Aug, 2013; 141(4): 141-4.

Tabela 1. Características sociodemográficas de gestantes com sífilis no município de Montes Claros- MG de 2007 a 2013.

Característica	n	%
Escolaridade		
Analfabeto/Ensino Fundamental	37	39,8
Ensino Médio/Superior	41	44,1
Não informado	15	16,1
Cor da pele		
Branca	15	16,1
Parda	59	63,4
Amarela	01	1,1
Preta	07	7,5
Não informado	11	11,9
Faixa etária		
11-20 anos	17	18,3
21-30 anos	47	50,5
Maior que 30 anos	29	31,2
Estado civil		
Casada/união estável	35	37,6
Solteira	50	53,8
Não informado	08	8,6
Total	93	100,0

Tabela 2. Características do acompanhamento pré-natal de gestantes com sífilis. Montes Claros- MG - 2007 a 2013.

Característica	n	%
Número de consultas		
6 ou mais consultas	40	43,0
Menos que 6 consultas	28	30,1
Não realizou consultas	20	21,5
Não informado	05	5,4
Início do pré-natal		
1º trimestre	45	48,4
2º/3º trimestres	24	25,8
Não realizado	20	21,5
Não informado	04	4,3
Idade gestacional do diagnóstico		
1º trimestre	10	10,7
2º/3º trimestres	21	22,6
Após parto/curetagem	58	62,4
Não informado	04	4,3
Tratamento da gestante		
Sim, inadequado/incompleto	62	66,7
Não	31	33,3
Total	93	100,0

Tabela 3. Exames complementares realizados nos recém-nascidos de Gestantes com sífilis. Montes Claros- MG - 2007 a 2013.

Exames	n	%
Teste não-treponêmico (VDRL)		
Positivo	26	27,9
Negativo	22	23,7
Não realizado	24	25,8
Não se aplica (aborto, natimorto)	15	16,1
Não informado	06	6,5
RX ossos longos, punção liquórica, hemograma		
Pelo menos um deles positivo	04	4,3
Todos com resultado negativo	26	27,9
Nenhum realizado	42	45,2
Não se aplica (aborto, natimorto)	15	16,1
Não informado	06	6,5
Total	93	100,0

Tabela 4. Características gerais dos recém-nascidos com sífilis congênita. Montes Claros- MG de 2007 a 2013.

Característica	n	%
Tratamento		
Sim	28	51,8
Não	23	42,6
Não informado	03	5,6
Exame físico alterado		
Sim	04	7,4
Não	48	88,9
Não informado	02	3,7
Co-infecções		
Sim	03	5,6
Não	48	88,8
Não informado	03	5,6
Peso ao nascer		
AIG	42	77,8
PIG	07	12,9
GIG	04	7,4
Não informado	01	1,9
Seguimento ambulatorial pediátrico		
Compareceu na 1º consulta	04	7,4
Retornou para 2º consulta	01	1,9
Não referenciado	43	79,6
Referenciado, mas não compareceu	06	11,1
Total	54	100,0

AIG:adequado para idade gestacional, PIG: pequeno para idade gestacional, GIG: grande para idade gestacional.

Tabela 5. Comparações das características maternas entre recém-nascidos com e sem infecção congênita. Montes Claros- MG - 2007 a 2013.

Característica	Infectados	Não infectados	p-valor*
	n (%)	n (%)	
Número de consultas pré-natal			
6 ou mais consultas	27(50,9)	13(65,0)	0,282
Menos que 6 consultas/ não realizado	26(49,1)	07(35,0)	
Escolaridade			
Analfabeto/Ensino Fundamental	27(51,9)	12(63,2)	0,400
Ensino Médio/superior	25(48,1)	07(36,8)	
Tratamento da gestante			
Sim/ incompleto ou inadequado	35(64,8)	17(81,0)	0,174
Não	19(35,2)	04(19,0)	
Estado civil			
Casada/união estável	21(40,4)	10(52,6)	0,357
Solteira	31(59,6)	09(47,4)	
Faixa etária			
Menor que 20 anos	06(11,1)	01(4,8)	0,396
Maior ou igual a 20 anos	48(88,9)	20(95,2)	
Início do pré-natal			
1º trimestre	30(56,5)	13(68,4)	0,368
Tardio ou não realizado	23(43,5)	06(31,6)	
IG do diagnóstico			
1º trimestre	04(7,4)	04(22,2)	0,083
Tardio/ Maternidade	50(92,6)	14(77,8)	
Total	54(100,0%)	21(100,0%)	

*Teste do Qui-quadrado

5 CONCLUSÕES

A sífilis se mantém como uma doença que exige atenção e cuidado constante. Neste trabalho identificou-se que os exames de rastreamento no pré-natal, o diagnóstico precoce, o tratamento adequado, a busca ativa por gestantes e seus parceiros, atendimento ao neonato e educação permanente dos profissionais de saúde ainda são falhos. A subnotificação se mostrou presente e preocupante uma vez que a notificação compulsória é importante para que os casos da doença sejam conhecidos e estudados, no intuito de que ações do Estado se efetivem quando necessário. Deve-se buscar a conscientização e capacitação dos agentes envolvidos no processo como os profissionais de saúde, as gestantes e os seus familiares, além de utilizar da atenção primária como porta de entrada aos serviços e vínculo com a comunidade para que se alcance o objetivo comum de erradicação da sífilis congênita.

REFERÊNCIAS

- 1 ARAÚJO, M.A.L.; FREITAS, S.C.R.; MOURA, H.J.; GONDIM, A.P.S.; SILVA R.M.
Prevalence and factors associated with syphilis in parturient women in Northeast, Brasil. *BMC Public Health.*, V.13, N.206, Mar. 2013.
- 2 BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS. *Bases técnicas para eliminação da sífilis congênita*. Brasília: MS; 28p. 1993.
- 3 BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS. *Programa Nascer Maternidade*. Brasília: MS; 2002.
- 4 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. 8. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010; 448p. Série B. Textos Básicos de Saúde.
- 5 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Diretrizes para o Controle da Sífilis Congênita / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. Brasília: Ministério da Saúde, 2005; 52p. Série Manuais n.o 62.
- 6 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. Protocolo para prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis: manual de bolso. Brasília, 2007; 190p.
- 7 BRASIL: Portaria n° 3.242/2011. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 30 de Dezembro de 2011.
- 8 BRASIL: Portaria n°4.279/ 2010. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 30 de Dezembro de 2010.
- 9 BRASIL: Portaria n° 542/1986. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 24 de Dezembro de 1986; Seção 1, p. 19827.
- 10 BRASIL: Portaria n°569/2000. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 01 de Junho de 2000.

- 11 CAMPOS, A.L.A.; ARAÚJO, M.A.L.; MELO, S.P.; GONÇALVES, M.L.C. Epidemiologia da sífilis gestacional em Fortaleza, Ceará, Brasil: um agravamento sem controle. *Cad. Saúde Pública*, v.26, n.9, p.1747-1755, Rio de Janeiro. Set. 2010.
- 12 CAMPOS, A.L.A.; ARAÚJO, M.A.L.; MELO, S.P.; ANDRADE, R.F.V.; GONÇALVES, M.L.C. Sífilis em parturiente: aspectos relacionados ao parceiro sexual. *Rev Bras Ginecol Obstet.*, v.34, n.9, p.397-402, 2012.
- 13 CONWAY, J.R. Recognizing and reducing the global burden of congenital syphilis: the time is now. *Sex Transm Dis.*, v. 34, suppl. 7, p.2-4, 2007.
- 14 DE LORENZI, D.R.S.; FIAMINGHI, L.C.; ARTICO, G.R. Transmissão vertical da sífilis: prevenção, diagnóstico e tratamento. *Femina.*, v.37, n.2, p.83-90, Fev. 2009.
- 15 DE LORENZI, D.R.S.; MADI, J.M. Sífilis Congênita como Indicador de Assistência Pré-natal. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, v.23, n.10, p. 647-652, Rio de Janeiro, Dec. 2001.
- 16 DOMINGUES, R.M.; SARACENI, V.; HARTZ, Z.M.; LEAL, M.C. Congenital syphilis: a sentinel event in antenatal care quality. *Rev Saude Publica.*, v.47, n.1, p.147-56, Feb. 2013.
- 17 GUINSBURG, R.; SANTOS, A.M.N. Critérios diagnósticos e tratamento da sífilis congênita. Documento Científico – Departamento de Neonatologia, Sociedade Brasileira de Pediatria. São Paulo, 20 de dezembro de 2010.
- 18 HAROON, S.; SITHEMBISO, V.; YASMIN, G.; NIKE, A.; RICHARD, S.; OMELLA, L. The prevention and management of congenital syphilis: an overview and recommendations. *Bulletin of the World Health Organization.*, v.82, n.6, p.424-30, 2004.
- 19 LIMA, M.G.; RIBEIRO, G.S.; SANTOS, R.F.R.; BARBOSA, G.J.A. Incidência e fatores de risco para sífilis congênita em Belo Horizonte, Minas Gerais, 2001-2008. *Ciênc. Saúde Coletiva.*, v.18, n.2, p.499-506, 2013.
- 20 MAGALHÃES, D.M.S.; KAWAGUCHI, I.A.L.; DIAS, A.; CALDERON, I.M.P. A sífilis na gestação e a sua influência na morbimortalidade materno-infantil. *Com. Ciências Saúde.*, v.1, n.22, p.43-54, 2011.
- 21 MAGALHÃES, D.M.S.; KAWAGUCHI, I.A.L.; DIAS, A.; CALDERON, I.M.P. Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. *Cad. Saúde Pública.*, v.29, n.6, p.1109-20, Rio de Janeiro, Jun, 2013.

- 22 MILANEZ, H.; AMARAL, E. Por que ainda não conseguimos controlar o problema da sífilis em gestantes e recém-nascidos? *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia.*, v.30, n.7, p.325-7, 2008.
- 23 PATEL, S.J.; KLINGER, E.J.; O'TOOLE, D.; SCHILLINGER. Missed opportunities for preventing congenital syphilis infection in New York City. *Obstet Gynecol.*, v. 120, n.4, p.882-8, Oct. 2012.
- 24 REVOLLO, R.; TINAJEROS, F.; HILARI, C.; GARCÍA, S.G.; ZEGARRA, L.; DÍAZ-OLAVARRIETA, C. *et al.* Maternal and congenital syphilis four provinces in Bolivia. *Salud Publica Mex.*, v.49, n.6, p.422-8, Nov-Dec. 2007.
- 25 RODRIGUES, C.S.; GUIMARÃES, M.D.C. Grupo Nacional de Estudo sobre Sífilis Congênita. Positividade para sífilis em puérperas: ainda um desafio para o Brasil. *Rev Panam Salud Publica.*, v.16, n.3, p.168-75, 2004.
- 26 SÃO PAULO: Secretaria de Estado da Saúde. Gabinete do Secretário. Resolução SS-SP nº41, de 24 de Março de 2005.
- 27 SARACENI, V.; MIRANDA, A.E. Relação entre a cobertura da Estratégia Saúde da Família e o diagnóstico de sífilis na gestação e sífilis congênita. *Cad. Saúde Pública.*, v.28, n.3, p.490-6, Rio de Janeiro, Mar, 2012.
- 28 SARACENI, V.; GUIMARÃES, M.H.F.S.; THEME FILHA, M.M.; LEAL, M.C. Mortalidade perinatal por sífilis congênita: indicador da qualidade da atenção à mulher e à criança. *Cad. Saúde Pública.*, v.21, n.4, p.1244-1250, Rio de Janeiro, Jul-Ago, 2005.
- 29 SERVIÇO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA. Coordenação de DST/Aids- SP. Informe Técnico Institucional. Secretaria de Estado de Saúde-SES-SP. Sífilis congênita e sífilis na gestação. *Rev Saúde Pública.*, v.42, n.4, p.768-72, 2008.

APÊNDICE-A: Formulário de avaliação gestante e neonato.

	<p style="text-align: center;">UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS-MG CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO STRICTO SENSO</p>	
FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO PRONTUÁRIO GESTANTE E NEONATO		
1 PERFIL SOCIOECONÔMICO DA GESTANTE		
1.1 Idade: -----		
1.2 Cor: () branca () amarela () parda () preta		
1.3 Escolaridade:	<input type="checkbox"/> Analfabeto <input type="checkbox"/> Fundamental incompleto <input type="checkbox"/> Fundamental completo <input type="checkbox"/> Médio incompleto <input type="checkbox"/> Médio completo <input type="checkbox"/> Superior incompleto <input type="checkbox"/> Superior completo	
1.4 Data de notificação:-----		
2 PRÉ-NATAL		
2.1 Número de consultas:		
2.2 Trimestre de início do pré-natal:		
2.3 Idade gestacional em que fez diagnóstico:		
2.4 Tratamento da gestante: () completo () incompleto () não		
2.5 Tratamento do parceiro: () completo () incompleto () não		
2.6 Co-infecções () sim () não Qual?		
3 RECÉM-NASCIDO		
3.1 peso ao nascimento	<input type="checkbox"/> AIG <input type="checkbox"/> PIG <input type="checkbox"/> GIG Peso.....	
3.2 Sorologias positivas	<input type="checkbox"/> soro <input type="checkbox"/> líquido () não	
3.3 Tratamento	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não () abandono	
3.4 Sintomas:-----		
3.5:Exames complementares alterados:-----		

ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS - UNIMONTES		
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP		
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA		
Título da Pesquisa: SÍFILIS MATERNA E CONSEQUÊNCIAS NEONATAIS: DIAGNÓSTICO DE UMA REALIDADE		
Pesquisador: Kátia Regina Gandra Lafeta		
Área Temática:		
Versão: 1		
CAAE: 13952713.0.0000.5146		
Instituição Proponente: Universidade Estadual de Montes Claros - UNIMONTES		
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio		
DADOS DO PARECER		
Número do Parecer: 226.740		
Data da Relatoria: 22/03/2013		
Apresentação do Projeto:		
<p>A sífilis é uma doença de notificação compulsória que apresenta grande impacto na saúde pública, já que tem graves repercussões neonatais na vigência da forma congênita. Além da sífilis ser uma DST (doença sexualmente transmissível), ela precisa ser rastreada no pré-natal devido a sua elevada taxa de transmissão vertical, se o tratamento adequado não for realizado. As políticas públicas mundiais estão voltadas à sua erradicação há anos, porém, o que se observa, inclusive no Brasil, é um aumento em sua incidência com o passar do tempo. Diante disso, este estudo tem como finalidade conhecer a incidência e o perfil epidemiológico da sífilis materna e congênita na cidade de Montes Claros, Minas Gerais, e identificar pontos vulneráveis da assistência obstétrica e neonatal.</p>		
Objetivo da Pesquisa:		
<p>Este estudo visa descrever a evolução da incidência de casos da sífilis congênita notificados na cidade de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil, de 2007 a 2013, e analisar os casos identificando pontos vulneráveis do programa de atendimento pré-natal, da assistência ao parto e ao puerpério e da atenção à criança.</p>		
Avaliação dos Riscos e Benefícios:		
<p>Riscos: Caso haja manuseio inadequado do prontuário poderão ocorrer rasgos, sujidades e perdas.</p>		
Endereço: Av. Dr. Rui Braga s/n-Camp. Univer. Prof. Darcy Ribeiro Bairro: Vila Maurício CEP: 38.401-089 UF: MG Município: MONTES CLAROS Telefone: (35)3229-8180 Fax: (35)3229-8103 E-mail: maisa.lafeta@unimontes.br		

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
MONTES CLAROS -
UNIMONTES



Benefícios: O Estado de Minas Gerais vem identificando pontos vulneráveis do programa de atendimento prénatal, da assistência ao parto e ao puerpério e da atenção à criança. Dessa forma, torna-se fundamental o conhecimento da realidade da sífilis congênita nesta região para que a qualidade da assistência pré-natal da população seja devidamente prestada e assistida

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Será realizado um estudo descritivo retrospectivo identificando todos os casos de sífilis em gestantes e congênita notificados através das fichas de notificação epidemiológica e dos prontuários médicos, entre os anos de 2007 a 2013, na cidade de Montes Claros. O acesso ao SINAN será por meio da base de dados cedida pela Gerência de Epidemiologia e Informação da Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros. Também serão realizadas visitas aos hospitais do município e busca ativa dos prontuários de parturientes e recém-nascidos referentes às notificações do sistema de vigilância epidemiológica local. Para inclusão no estudo, será considerado caso de sífilis congênita aquele notificado segundo os novos critérios do Ministério da Saúde: (1) toda criança, aborto ou natimorto de mãe com evidência clínica ou sorológica para sífilis que não tenha sido tratada ou tenha recebido tratamento inadequado; 2) menores de 13 anos com evidências sorológicas para sífilis, desde que afastadas as possibilidades de manutenção de anticorpos maternos e de sífilis adquirida; 3) menores de 13 anos com sorologia não treponêmica reagente para sífilis e evidência clínica, radiológica ou líquórica para sífilis congênita; ou 4) evidência microbiológica da presença do *T. pallidum* na placenta, cordão umbilical ou tecido da criança, produto de aborto ou natimorto. Os casos de sífilis congênita identificados serão caracterizados de acordo com as seguintes variáveis presentes na base de dados: cor, idade e escolaridade da mãe no momento do nascimento da criança; quanto ao pré-natal, número de consultas pré-natal realizada pela mãe durante a gestação, o trimestre de início, a associação com infecções como pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), a ocasião da solicitação, e os resultados das sorologias, momento do diagnóstico da sífilis materna (data da notificação) e realização de tratamento adequado da gestante e de seu parceiro; e sobre o recém-nascido ou natimorto, peso ao nascer, sintomas, investigação, tratamento e seguimento clínico-sorológico pela rede básica de saúde do município. A incidência de sífilis congênita em Montes Claros será calculada para cada ano do período de estudo dividindo-se o número de casos de sífilis congênita em determinado ano pelo número de nascidos vivos no mesmo ano. As incidências serão expressas em 1.000 nascidos vivos. A fonte de dados sobre a população de nascidos vivos será a fornecida pelo Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) do Ministério da Saúde. O teste do qui-quadrado de tendência será utilizado para avaliar se houve uma tendência de crescimento da incidência da doença no período

Endereço: Av. Dr Rui Braga s/n-Camp Univers Profº Darcy Rib
 Bairro: Vila Maunóia CEP: 39.401-089
 UF: MG Município: MONTES CLAROS
 Telefone: (35)3229-6160 Fax: (35)3229-0100 E-mail: ruiaa.lesie@unimontes.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
MONTES CLAROS -
UNIMONTES



estudado. Um nível de significância de 5% será utilizado para definir um aumento estatisticamente significativo. As características sócio-demográficas serão apresentadas como frequências relativas. Os dados serão armazenados em planilhas utilizando o programa Excel, e as análises serão realizadas utilizando o programa estatístico SPSS® versão 17.0 para Windows.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta Termo de Concordância da instituição participante da pesquisa devidamente preenchido e assinado. Dispensado do TCLE por se tratar de pesquisa em prontuário.

Recomendações:

Nenhuma

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto foi elaborado em consonância as normas da ABNT e atende as normas vigentes do Comitê de Ética em Pesquisa/CEP devendo ser aprovado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O projeto foi apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa e entende que o mesmo atende os preceitos éticos da pesquisa em seres humanos.

MONTES CLAROS, 22 de Março de 2013

Assinador por:
Maisa Tavares de Souza Leite
(Coordenador)

Endereço: Av. Dr Rui Braga s/n-Camp Univers Prof Darcy Rib
Bairro: Vila Maurício CEP: 39.401-089
UF: MG Município: MONTES CLAROS
Telefone: (35)3229-6160 Fax: (35)3229-0100 E-mail: maisa.leite@unimontes.br

ANEXO B: Termo de Concordância Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros-MG

TERMO DE CONCORDÂNCIA DA INSTITUIÇÃO PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA

Título da pesquisa: Sífilis materna e consequências neonatais: diagnóstico de uma realidade
 Instituição/ empresa onde será realizada a pesquisa: Município Montes Claros - MG
 Pesquisador responsável: Kátia Regina Garrido Lafayette
 Endereço e telefone: Rua Barão 228 - Lourdes - Montes Claros - MG

Atenção:

Antes de aceitar participar desta pesquisa, é importante que o responsável pela instituição leia e compreenda a seguinte explicação sobre os procedimentos propostos. Esta declaração descreve o objetivo, metodologia/procedimentos, benefícios, riscos, desconfortos e precauções do estudo. Também descreve os procedimentos alternativos que estão disponíveis e o seu direito de interromper o estudo a qualquer momento. Nenhuma garantia ou promessa pode ser feita sobre os resultados do estudo.

1- **Objetivo:** Este estudo visa descrever a evolução da incidência de casos de sífilis em gestantes e congênita notificados na cidade de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil, de 2007 a 2013, e analisar os casos identificando pontos vulneráveis do programa de atendimento pré-natal, da assistência ao parto e ao puerpério e da atenção à criança.

2- **Metodologia/procedimentos:** A incidência de sífilis congênita em Montes Claros será calculada para cada ano do período de estudo dividindo-se o número de casos de sífilis congênita em determinado ano pelo número de nascidos vivos no mesmo ano. As incidências serão expressas em 1.000 nascidos vivos. A fonte de dados sobre a população de nascidos vivos será a fornecida pelo Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) do Ministério da Saúde. O teste do qui-quadrado de tendência será utilizado para avaliar se houve uma tendência de crescimento da incidência da doença no período estudado. Um nível de significância de 5% será utilizado para definir um aumento estatisticamente significativo. As características sócio-demográficas serão apresentadas como frequências relativas. Os dados serão armazenados em planilhas utilizando o programa Excel, e as análises serão realizadas utilizando o programa estatístico SPSS® versão 17.0 para Windows.

3- **Justificativa:** Considerando que a sífilis congênita representa um "evento sentinela", sendo que a sua ocorrência pode revelar falhas na atenção à saúde da gestante relacionadas ao diagnóstico, tratamento, investigação e/ou notificação, além de ser um marcador da transmissão entre adultos na comunidade, este estudo objetiva analisar os casos de sífilis em gestantes e congênita notificados na cidade de Montes Claros, MG.

4- **Benefícios:** O Estado de Minas Gerais vem identificando pontos vulneráveis do programa de atendimento pré-natal, da assistência ao parto e ao puerpério e da atenção à criança. Dessa forma, torna-se fundamental o conhecimento da realidade da sífilis congênita nesta região para que a qualidade da assistência pré-natal da população seja devidamente prestada e assistida.

5- **Desconfortos e riscos:** Nenhum.

6- **Danos:** Nenhum.

7- **Metodologia/procedimentos alternativos disponíveis:** Não se aplica.

8- **Confidencialidade das informações:** não haverá identificação dos usuários.

9- **Compensação/indenização:** Nenhuma.

10- **Outras informações pertinentes:** Não se aplica.

11- **Consentimento:**

TERMO DE CONCORDÂNCIA DA INSTITUIÇÃO PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA

Título da pesquisa: Sífilis Materna e consequências neonatais: diagnóstico de uma realidade
 Instituição/ empresa onde será realizada a pesquisa: Município Montes Claros - MG
 Pesquisador responsável: Kátia Regina Gandra Lafeta
 Endereço e telefone: Rua Barão 338 - Lourdes - Montes Claros - MG

Atenção:

Antes de aceitar participar desta pesquisa, é importante que o responsável pela Instituição leia e compreenda a seguinte explicação sobre os procedimentos propostos. Esta declaração descreve o objetivo, metodologia/ procedimentos, benefícios, riscos, desconfortos e precauções do estudo. Também descreve os procedimentos alternativos que estão disponíveis e o seu direito de interromper o estudo a qualquer momento. Nenhuma garantia ou promessa pode ser feita sobre os resultados do estudo.

- 1- Objetivo
- 2- Metodologia/procedimentos
- 3- Justificativa
- 4- Benefícios
- 5- Desconfortos e riscos
- 6- Danos
- 7- Metodologia/procedimentos alternativos disponíveis
- 8- Confidencialidade das informações
- 9- Compensação/indenização
- 10- Outras informações pertinentes
- 11- Consentimento:

Li e entendi as informações precedentes. Tive oportunidade de fazer perguntas e todas as minhas dúvidas foram respondidas a contento. Este formulário está sendo assinado voluntariamente por mim, indicando meu consentimento para a participação desta instituição/ empresa, até que eu decida o contrário. Receberei uma cópia assinada deste consentimento. E que o mesmo só poderá ser aprovado nesta instituição após aprovação no Comitê de Ética da Instituição formadora da pesquisa.

Daniilo F. Macêdo Narciso - Secretário Adjunto de Saúde (SMS - Montes Claros MG)

Nome do participante e cargo do responsável pela instituição/ empresa

Daniilo F. Macêdo Narciso

Daniilo F. Macêdo Narciso
 Secretário Adjunto de Saúde
 SMS / Montes Claros - MG

07/03/13

Data

Kátia Regina Gandra Lafeta

Nome do pesquisador responsável pela pesquisa

Kátia Regina Gandra Lafeta
 CRM MG 47790
 GINECOLOGIA E OBSTETRIA

[Assinatura]

Assinatura

07/03/13

Data

OBS.: 1) Durante o trabalho de campo, este termo deve ser feito em DUAS VIAS: uma para a instituição/ empresa participante da pesquisa e outra para ser arquivada; utilizar linguagem compreensível para população alvo.

ANEXO C: Termo de Concordância Santa Casa de Misericórdia de Montes Claros-MG

	<p style="text-align: center;">UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS/SANTA CASA</p> <p style="text-align: center;"> SANTA CASA MONTES CLAROS - MG</p> <p style="text-align: center;">PRÓ-REITORIA DE EXTENSÃO- UNIMONTES: PROGRAMA DE EXTENSÃO: Atendimento Odontológico aos Pacientes sob Tratamento Oncológico – A Extensão integrando o Ensino e a Pesquisa</p>	
---	--	---

PARECER DA COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DE PESQUISA DA SANTA CASA - COGERPE

Pesquisador: KATIA REGINA GANDRA LAFETÁ

Projeto: SÍFILIS MATERNA E CONSEQUÊNCIAS NEONATAIS: DIAGNÓSTICO DE UMA REALIDADE

Seu projeto foi aprovado pela Comissão de Gerenciamento de Pesquisa da Santa Casa- COGERPE e pela Plataforma Brasil nº: 226.740 para ser realizado no período de 23/07/13 a 23/08/13 nas dependências da Santa Casa.

Sendo assim o setor alvo para pesquisa de dados é:


Setor	Contato
SAME	(38)3229-2045


Montes claros, 23 de Julho de 2013.

Kátia Regina Gandra Lafetá
Pesquisador Responsável

Lenira Angélica F. Souza
Coordenação das Atividades Acadêmicas

ANEXO D: Termo de Concordância HUCF-UNIMONTES



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS 
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CLEMENTE DE FARIA Unimontes

Autorização


Coleta de dados para Pesquisa
Hospital Universitário Clemente de Faria – HUCF

A Coordenação de Apoio à Pesquisa do Hospital Universitário Clemente de Faria - HUCF autoriza a pesquisadora: **Kátia Regina Gandra Lafetá**, autora da pesquisa: **"SÍFILIS MATERNA E CONSEQUÊNCIAS NEONATAIS: DIAGNÓSTICO DE UMA REALIDADE"**, a realizar coleta de dados no SAME e Laboratório de Análises Clínicas do HUCF, no período de Abril a Julho de 2013.

Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da UNIMONTES "aprovado"

OBS: O pesquisador deverá agendar com o coordenador do setor dia e horário para coleta de dados, de forma que não atrapalhe a rotina de trabalho dos servidores.

Montes Claros, 02 de Abril de 2013





Cristiane Vieira da Silva
Coordenadora de Apoio à Pesquisa
MASF 1500250-0
Hospital Universitário Claf

Av. Cuiá Mangabeira, 562 - Bairro Santo Expedito - CEP: 39.401-002 - Montes Claros/MG
<http://www.unimontes.br> - e-mail: diretoriaacademica1@yahoo.com.br
 Telefone: (38) 3224-8391/3224-8389

ANEXO E: Plataforma Brasil

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS - UNIMONTES		
COMPROVANTE DE ENVIO DO PROJETO		
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA		
Título da Pesquisa:	SÍFILIS MATERNA E CONSEQUÊNCIAS NEONATAIS: DIAGNÓSTICO DE UMA REALIDADE	
Pesquisador:		
Versão:	Kátia Regina Gandra Lafetá	
CAAE:	1 13952713.0.0000.5146	
Instituição Proponente:	Universidade Estadual de Montes Claros - UNIMONTES	
DADOS DO COMPROVANTE		
Número do Comprovante:	015572/2013	
Patrocinador Principal:	Financiamento Próprio	
Endereço: Av. Dr. Rui Braga s/n-Camp. Univers. Prof. Darcy Rib		
Bairro: Vila Maunócia CEP: 39.401-099		
UF: MG	Município: MONTES CLAROS	
Telefone: (38)3229-8180	Fax: (38)3229-8103	E-mail: maisa.lella@unimontes.br

ANEXO F: Termo de Concordância Hospital Aroldo Tourinho

	MEMORANDO		Data: 13/08/2013 Nº: 36/2013
---	------------------	---	---

DE: Roberta Mota Gonzaga
SETOR: Gerência Administrativa

PARA: Setores envolvidos

ASSUNTO: Autorização para coleta de dados

Informo que está autorizada a coleta de dados para a pesquisa "SÍFILIS MATERNA E CONSEQUÊNCIAS NEONATAIS: DIAGNÓSTICO DE UMA REALIDADE", no período de 2007 e 2013.

Pesquisadora responsável: Kátia Regina Gandra Lafeté.

Atenciosamente,


Roberta Mota Gonzaga

Gerente Administrativa

Contatos: apoioadm@aroldotourinho.com.br

(38) 8419-0144 / (38) 2101-4021