

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

LAUDIANE JESUS RODRIGUES

**SÍFILIS CONGÊNITA: ANÁLISE DOS CASOS NOTIFICADOS NO MUNICÍPIO DE
PICOS-PI**

PICOS-PIAUI

2016

LAUDIANE JESUS RODRIGUES

**SÍFILIS CONGÊNITA: ANÁLISE DOS CASOS NOTIFICADOS NO MUNICÍPIO DE
PICOS-PI**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí, como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Me. Valéria Lima de Barros

PICOS-PIAUI

2016

FICHA CATALOGRÁFICA

Serviço de Processamento Técnico da Universidade Federal do Piauí

Biblioteca José Albano de Macêdo

R696s Rodrigues, Laudiane Jesus.
Sífilis congênita: análise dos casos notificados no município de Picos-PI / Laudiane Jesus Rodrigues – 2016.
CD-ROM : il.; 4 ¾ pol. (55 f.)
Monografia (Bacharelado em Enfermagem) – Universidade Federal do Piauí, Picos, 2016.

Orientador(A): Profa. Ma. Valéria Lima de Barros

1. Sífilis Congênita - Epidemiologia. 2. Pré-Natal-Sífilis. 3. Vigilância Epidemiológica. I. Título.

CDD 616.951 3

LAUDIANE JESUS RODRIGUES

**SÍFILIS CONGÊNITA: ANÁLISE DOS CASOS NOTIFICADOS NO
MUNICÍPIO DE PICOS-PI**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Bacharelado em
Enfermagem da Universidade Federal do
Piauí – Campus Senador Helvídio Nunes de
Barros, como requisito parcial para obtenção
do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Profª. Me. Valéria Lima de
Barros

Aprovada em: 26 / 02 / 2016.

BANCA EXAMINADORA

Valéria Lima de Barros

Profª. Me. Valéria Lima de Barros (Orientadora)
Universidade Federal do Piauí – UFPI/CSHNB
Presidente da Banca

Dayze Djanira Furtado de Galiza

Profª. Me. Dayze Djanira Furtado de Galiza
Universidade Federal do Piauí – UFPI/CSHNB
1º. Examinador

Sandra Karielly de Alencar

Enfª. Esp. Sandra Karielly de Alencar
Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde de Picos-PI
2º Examinador

Dedico a **Deus**, que me deu forças e fé para essa longa jornada, que me guiou e me deu esse sonho. A minha mãe, **Marinalva Ana de Jesus Carvalho**, ao meu irmão **Lincon Genesis Rodrigues**, a minha avó, **Ana Maria de Jesus** e a professora **Me. Valéria Lima de Barros**.

AGRADECIMENTO

Hoje mais uma etapa da minha vida acadêmica se conclui e, nesse momento, quero agradecer a **Deus** pela força e coragem durante toda esta longa caminhada. Ele que sempre me abençoou para que conseguisse todo sucesso. Obrigada por me permitir ser Enfermeira.

A minha mãe, **Marinalva Ana de Jesus Carvalho**, que sempre lutou e fez o impossível para me ver formada, realizando esse sonho. Obrigada, mãe, por todas as palavras de carinho, por me apoiar sempre e por não me deixar desistir.

Ao meu irmão, **Lincon Genesis Rodrigues**, que é um anjo em minha vida, sempre esteve comigo, me ajudou quando eu precisei, aguentou as reclamações, as angústias, serviu como uma base de apoio e cuidou sempre que eu necessitei. Obrigada por me encher de alegrias todos os dias.

Ao meu namorado, **Harry Anderson Rodrigues Pio Gonçalves**, pessoa com quem amo partilhar a vida, que ao longo desses anos me incentivou, me deu apoio, cuidou de mim. Com você tenho me sentido mais viva. Obrigada pelo carinho, paciência e por sua capacidade de me trazer paz na correria de cada semestre.

Aos meus tios, **José Edson de Carvalho e Ana Patrícia de Sousa Medeiros de Carvalho**, que praticamente me adotaram e foram pais maravilhosos quando eu precisei, contribuindo muito para que essa jornada fosse um sucesso.

A minha avó, **Ana Maria de Jesus**, conhecida por **Santana** (*in memoriam*), que não está mais presente fisicamente, porém sempre me aconselhou e sei que está feliz por mais essa conquista. Espero me espelhar em sua espiritualidade, humanidade e sabedoria.

Ao meu pai, **Francisco Erismar Rodrigues Lima**, tios (as), primos (as) maternos e paternos e a todos os familiares que de alguma forma torceram e contribuíram para que esse sonho se realizasse.

A todos os amigos e colegas que me apoiaram e torceram por mim, em especial a **Mariana Rodrigues, Ruilana Moreno**, que mesmo distantes me incentivaram e me deram um carinho imenso. A **Thais Rocha, Thyara Vivianne e Luciana Luz**, que aguentaram meu desespero e me divertem sempre. A **Tayana Camila**, que me invejou até na profissão e a **Maria Luz**, que sempre me fortalece com palavras de carinho e incentivo.

Agradeço a **Universidade Federal do Piauí (UFPI)**, por me dar a oportunidade de cursar Enfermagem e fazer despertar em mim um amor imenso por essa profissão. Agradeço a todos os professores por me proporcionarem o conhecimento não apenas racional, mas a manifestação do caráter e afetividade da educação no processo de formação profissional, por tanto que se dedicaram a mim, não somente por terem me ensinado, mas por terem me feito aprender.

À minha professora e orientadora, **Me. Valéria Lima de Barros**, pelo empenho dedicado à elaboração deste trabalho, pelo apoio, confiança, paciência e ensinamentos. Sei que hoje sou uma pessoa melhor graças aos seus conselhos. Um exemplo de pessoa e profissional a ser seguido.

Ao grupo de pesquisa **Saúde Sexual e Reprodutiva**, que me recebeu de braços abertos e contribuiu muito para minha vida acadêmica e profissional.

Aos amigos que a Enfermagem me proporcionou conhecer e conviver. Obrigada garotinhos: **Alan Alencar, Cyléa Abdalla, Aline Rodrigues, Carlos Antônio, Adalgison Alves, Isabel Cristina e Polyana Lima**, que viraram irmãos. Espero que possamos continuar com essa amizade que só contribuiu para minha vida. Obrigada por tudo que fizeram ao longo desses cinco anos juntos, sei que sem vocês eu não teria conseguido.

As amigas, **Maria Camila, Tamara Nayane, Lara Janaina**, por terem participado ativamente da minha vida acadêmica, me dando suporte e um carinho imenso. Obrigada a **Roseane Nobre** por tudo, principalmente pela ajuda neste trabalho, você que teve toda uma atenção e paciência para comigo, tirou dúvidas e me deu conselhos, me socorreu sempre que precisei.

Aos **acadêmicos de Enfermagem da turma 2011.2**, por ser a melhor turma que eu poderia desejar. Foi sofrido, foi agoniado, foi intenso, mas hoje eu sei que tudo serviu para sermos melhores profissionais.

A equipe da **Unidade Básica de Saúde Hidelfonso de Barros**, que me recebeu com muito carinho, em especial a **Enfermeira Leila Marilia**, que compartilhou comigo conhecimentos e me ensinou o que é ser enfermeira.

A todas as instituições onde estagiei ao longo dos cinco anos do curso e às equipes de saúde. Cada um marcou e contribuiu muito na minha maneira de ser.

Aos membros da **Banca Examinadora**, por aceitarem participar desse momento especial, enriquecendo os meus conhecimentos.

A todos que de alguma forma fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigada!

"O sucesso nasce do querer, da determinação e persistência em se chegar a um objetivo. Mesmo não atingindo o alvo, quem busca e vence obstáculos, no mínimo fará coisas admiráveis."

(José de Alencar)

RESUMO

A sífilis, doença infecciosa sexualmente transmissível, quando ocorre durante a gestação implica no risco de transmissão vertical se a gestante acometida não é tratada ou o tratamento é feito de forma inadequada, o que pode desencadear quadros de Sífilis Congênita, com graves sequelas perinatais. Assim, objetivou-se analisar os casos de sífilis congênita notificados no município de Picos-PI. Trata-se de um estudo documental, descritivo, retrospectivo, com abordagem quantitativa, desenvolvido de Março de 2015 a Fevereiro de 2016. O cenário foi o serviço de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde de Picos-PI e a população da pesquisa abrangeu todos os casos de sífilis congênita residentes no município, que foram diagnosticados e notificados no espaço temporal compreendido entre os anos de 2007 a 2014. A amostra final totalizou 32 fichas. Os dados foram coletados no período de Agosto à Setembro de 2015 no citado serviço, com o auxílio de um formulário estruturado, abordando elementos relevantes e que devem ser verificados, identificados e avaliados, tais como: dados sociodemográficos, antecedentes epidemiológicos, dados laboratoriais, tratamento, dados clínicos e evolução do caso. O estudo recebeu aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Piauí, pelo parecer de nº: 983.664. Ao se avaliar os dados coletados, encontrou-se como resultado que, na maioria (71,9%) dos casos, a criança possuía menos de sete dias de nascidos quando ocorreu a notificação do agravo. Houve predominância do sexo feminino (56,3%). Em relação à raça, destacou-se a parda (43,8%), sendo a maior incidência dos casos notificados residentes na zona urbana (75%). O local de nascimento que se destaca é o hospital de referência do município (90,6%). Considerando os dados da mãe constantes nas fichas de notificação da sífilis congênita, a abrangência da idade foi de mulheres maiores de 18 anos (87,5%), destacando-se a raça parda (68,8%), com profissão /ocupação do lar/doméstica (65,6%). Observou-se baixa escolaridade entre as mulheres, visto que a maioria (53,1%) possuía o Ensino Fundamental II incompleto ou menos. Realizaram o pré-natal 84,4% das mulheres. Entretanto, em 56,3% das fichas a opção em qual Unidade Básica de Saúde tinha se dado esse acompanhamento estava em branco. Por fim, 50,0% dos casos maternos foram detectados durante o pré-natal e 28,1% no momento do parto ou curetagem. Em relação ao teste não treponêmico no momento do parto, este foi reagente em 93,8% dos casos, sendo mais frequente a titulação 1:4 (28,1%). Em se tratando do teste confirmatório, em 23 casos este não foi realizado e em cinco a informação constava como ignorada. Quando observado o esquema de tratamento prescrito para a gestante, chama a atenção o fato de que em 43,8% dos casos este foi considerado inadequado, enquanto que somente 21,9% foram adequadamente tratadas. A redução dos casos de sífilis em gestantes e, conseqüentemente, dos casos de sífilis congênita, perpassa pela adoção de medidas efetivas de prevenção e controle, a serem implementadas durante o período do pré-natal. Assim sendo, necessário se faz que gestores e profissionais de saúde empreguem todos os esforços possíveis na melhoria da qualidade da assistência ofertada pelo serviço.

Descritores: Epidemiologia. Sífilis congênita. Cuidado pré-natal. Vigilância epidemiológica

ABSTRACT

The Syphilis, sexually transmissible infectious disease, when it occurs during pregnancy, involves the risk of vertical transmission to affected pregnant woman if untreated or if treatment is done improperly, which can trigger frames of congenital syphilis, with severe perinatal sequelae. The objective was to analyze the cases of congenital syphilis reported in the city of Picos -PI. This is a study, documentary, descriptive, retrospective with a quantitative approach. Developed in the Epidemiological Surveillance Service of the Municipal Health Picos -PI in the period March 2015 to March 2016. The setting was the Epidemiological Surveillance Service of the Municipal Health Picos-PI and the research population included all cases of congenital syphilis living in the city who were diagnosed and reported in temporal space between the years 2007 to 2014. The final sample totaled 32 records. Data were collected from August to September 2015 in Service Epidemiological Surveillance, with the aid of a structured form which addresses relevant elements and must be checked, identified and assessed such as: socio-demographic data, epidemiological history, laboratory data, treatment, clinical data and outcome. Approved by the Research Ethics Committee of the Federal University of Piauí (CEP- UFPI), the opinion of No: 983 664. When evaluating these data observed that in most (71.9 %) of the cases, the child had less than seven days after birth when was the notification of this disease. Predominance of females (56.3 %). Regarding the race, stood out the brown (43.8%), the highest incidence of cases was identified in the urban area (75%). The birthplace that stands out is the city's major hospital (90.6 %). Considering the data contained in the mother reporting forms of congenital syphilis, the range of age was women over 18 years (87.5 %), highlighting the brown race (68.8 %) . The profession of the home / domestic appeared in 65.6 % of cases. There was a low level of education among women, since the majority (53.1 %) of them had elementary school II incomplete or less. Performed prenatal 84.4 % of women. However, in 56.3 % of the chips the option in which Basic Health Unit (BHU) had given that up was blank. Finally, 50.0 % of maternal cases were detected during prenatal and 28.1 % at delivery or curettage. Regarding the non- treponemal test at birth, this was positive in 93.8 % of cases, being more frequent titration 1: 4 (28.1%). In the case of confirmatory test, in 23 cases this was not carried out and 05 were ignored. When compliance with the treatment regimen to which the pregnant woman underwent, draws attention that 43.8 % of them had inadequate treatment and only 21.9 % were addressed adequately. The reduction of cases of syphilis in pregnant women and consequently of cases of congenital syphilis, runs through the adoption of effective measures to prevent and control, to be implemented during the prenatal period. Therefore, you have to which managers and health professionals to employ all possible efforts to improve the quality of care offered by the service.

Keywords: Epidemiology. Congenital syphilis. Prenatal care. Epidemiological surveillance.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Lista de Gráficos

Gráfico 1	Distribuição dos casos de sífilis congênita segundo as variáveis ano de notificação e fonte notificadora. Picos-PI, 2007-2014 (n = 32).	27
Gráfico 2	Distribuição dos casos de sífilis congênita segundo a variável tratamento do parceiro. Picos-PI, 2007-2014 (n = 32).	30
Gráfico 3	Distribuição dos casos de sífilis congênita segundo a variável tratamento da criança. Picos-PI, 2015 (n=32).	33

Lista de Tabelas

Tabela 1	Distribuição dos casos de sífilis congênita segundo as características socioeconômicas da criança. Picos-PI, 2007-2014 (n = 32).	28
Tabela 2	Distribuição dos casos de sífilis congênita segundo as características socioeconômicas maternas. Picos-PI, 2007-2014 (n = 32).	28
Tabela 3	Distribuição dos casos de sífilis congênita segundo os dados laboratoriais maternos. Picos-PI, 2007-2014 (n = 32).	29
Tabela 4	Distribuição dos casos de sífilis congênita segundo os dados laboratoriais da criança. Picos-PI, 2007-2014 (n = 32).	31

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PGC	Penicilina G cristalina
PI	Piauí
RN	Recém Nascido
SC	Sífilis Congênita
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
TV	Transmissão Vertical
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPI	Universidade Federal do Piauí
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
VDRL	Venereal Disease Research Laboratory
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 OBJETIVOS	16
2.1 Geral	16
2.2 Específicos	16
3 REVISÃO DE LITERATURA	17
3.1 Sífilis Congênita: o que é?	17
3.2 Tratamento: como se dá?	17
3.3 Estratégias para o combate à transmissão da Sífilis: o que tem sido feito?	19
3.4 Vigilância epidemiológica da sífilis congênita: como é feita a notificação dos casos?	21
4 METODOLOGIA	23
4.1 Tipo de estudo	23
4.2 Local e Período do estudo	23
4.3. População e Amostra	23
4.4 Variáveis do estudo	24
4.4.1 Dados gerais	24
4.4.2 Dados do paciente	24
4.4.3 Antecedentes epidemiológicos	24
4.4.4 Dados laboratoriais	25
4.4.5 Tratamento	25
4.4.6 Dados clínicos	25
4.5 Coletas de dados	25
4.6 Análises de dados	26
4.7 Aspectos éticos e legais	26
5 RESULTADOS	27
6 DISCUSSÃO	34
7 CONCLUSÃO	41
REFERÊNCIAS	43
APÊNDICES	46
APÊNDICE A- Instrumento de Coleta de Dados	47
APÊNDICE B- Termo de Fiel Depositário	49
ANEXOS	49
ANEXO A- Parece do Comitê de Ética e Pesquisa	51

1 INTRODUÇÃO

A sífilis, doença infecciosa sexualmente transmissível, quando ocorre durante a gestação implica no risco de Transmissão Vertical (TV) se a gestante acometida não é tratada ou o tratamento é feito de forma inadequada, o que pode desencadear quadros de Sífilis Congênita (SC), com graves sequelas perinatais.

O Ministério da Saúde (MS) define a SC como sendo aquela decorrente da transmissão hematogênica do *Treponema pallidum* da mãe para o feto, mais frequentemente por via transplacentária, podendo ocorrer infecções assintomáticas e sintomáticas (BRASIL, 2015a)

Uma vez que existem testes diagnósticos sensíveis, além de tratamento eficaz e de baixo custo (BRASIL, 2015a), o seu controle é possível. Ainda assim, permanece como um grave problema de saúde pública em vários países, dentre os quais figura o Brasil (BRASIL, 2006a; SCHMID et al., 2007; PIRES et al., 2007; HOLANDA et al., 2011).

Estima-se que ocorram em todo mundo cerca de 1,8 milhões de casos de sífilis em gestantes por ano (DOMINGUES et al., 2014). No Brasil, a prevalência de sífilis em gestantes foi de 0,85% durante os anos de 2010 e 2011, o que sugere um crescimento apreciável na notificação, ressalvando-se que, apesar dos esforços, o diagnóstico ainda é feito tardiamente, o que atrasa o início do tratamento. De 2005, ano em que este agravo passou a ser de notificação compulsória pela a portaria 33, de 14 de julho de 2005, até Junho de 2014, foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) um total de 100.790 casos de sífilis em gestantes, sendo 42,1% na região Sudeste, 23,5% no Nordeste, 12,4% no Norte, 11,6% no Sul e 10,3% no Centro-Oeste (BRASIL, 2015b).

No que se refere à SC, entre 1998 e junho de 2014 foram notificados no SINAN 104.853 casos em menores de um ano de idade. A região Sudeste registrou 48.015 (45,8%) desses casos; o Nordeste, 32.884 (31,4%); o Norte, 8.856 (8,4%); o Sul, 8.959 (8,5%) e o Centro-Oeste, 6.139 (5,9%). A incidência de casos em 2013 foi de 4,7% de casos por 1.000 nascidos vivos, sendo a região Nordeste aquela com o maior índice, 5,3%. Contudo, dentre os estados dessa região, o Piauí é o que menos teve casos registrados de SC, com 126 casos nos anos 2012 e 2013 e 53 casos em 2014 (BRASIL, 2015b).

Uma vez que em 2010 a Organização Mundial de Saúde (OMS) estabeleceu como meta para a eliminação da doença a ocorrência de 0,5 casos para cada 1.000 nascidos vivos, objetivo este possível de ser alcançado, com a redução da prevalência de sífilis em gestantes e a prevenção da transmissão da sífilis de mãe para filho, esses números sugerem que apesar

dos esforços empreendidos até o momento, a exemplo do Pacto pela Saúde lançado em 2006, o Plano Operacional para Redução da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis em 2007, o Pacto pela Vida em 2008 e o “Plano Global para eliminação de novas infecções pelo HIV entre crianças até 2015 e manter suas mães vivas” em 2010 (BRASIL, 2014a), ainda ocorrem falhas nas ações de prevenção e controle da doença, indicando a necessidade de se conscientizar a população sobre o problema e sobre a importância do diagnóstico precoce e tratamento adequado (ARAÚJO et al., 2012).

Estudos mostram que é grande o número de casos de SC em recém-nascidos cujas mães realizaram o acompanhamento pré-natal (LIMA et al, 2013; MESQUITA et al., 2012; BRASIL, 2015b), o que se configura em um indicador de falhas na assistência prestada, pois é nesse período que se deve realizar os exames para diagnóstico e instituir o tratamento da gestante e de seu(s) parceiro(s) sexual(ais), prevenindo assim a contaminação do feto. Um terço das gestações em mulheres infectadas pelo *Treponema pallidum*, e não adequadamente tratadas, pode resultar em perda fetal e outro terço em casos de sífilis congênita (ARAÚJO et al., 2012).

Portanto, a SC constitui um tradicional evento-sentinela para monitoramento da qualidade da assistência durante o pré-natal e parto, fator determinante na redução das taxas de transmissão vertical da sífilis e no controle da doença, que tem como fundamento a triagem sorológica e o tratamento adequado de gestantes e parceiros (MAGALHÃES et al., 2013).

No Brasil, a SC passou a ser de notificação compulsória por meio da Portaria Nº. 542, de 22 de dezembro de 1986, na tentativa de ampliar o diagnóstico e facilitar o tratamento (BRASIL, 2006a). O preenchimento correto e de todos os dados das fichas de investigação de agravos de notificação compulsória é categórico para o planejamento de intervenções e a análise dessas informações é que determina os passos a seguir na prevenção das doenças (SARACENI; MIRANDA, 2012).

Desse modo, a efetiva prevenção e o controle da SC perpassam pelo compromisso da atenção básica em oferecer a toda gestante uma assistência pré-natal de qualidade, assegurando a realização do diagnóstico precoce e o tratamento adequado com vista à prevenção da transmissão vertical da doença, bem como pela notificação dos casos identificados.

Portanto, considerando-se que a notificação compulsória dos casos de doenças ou agravos configura-se na principal fonte de informação para a vigilância epidemiológica, o presente estudo questiona: qual o perfil epidemiológico dos casos de sífilis congênita notificados no município de Picos-Piauí?

A realização de estudos epidemiológicos se justifica, uma vez que possibilitam identificar que os cuidados com a saúde e possíveis intervenções realizadas podem reduzir o risco de complicações, óbitos do recém-nascido e da parturiente, além de promover uma redução de fatores de risco de mortalidade (SANTOS NETO et al., 2012).

Assim sendo, conhecer a prevalência, bem como as características dos casos notificados torna-se relevante para que possa ser traçado um perfil epidemiológico das crianças detectadas com sífilis. Assim, a enfermagem tem um papel primordial para evitar a transmissão vertical do *Treponema pallidum*, através da realização de um bom acompanhamento do pré-natal, busca ativa das mulheres e dos seus parceiros, desenvolvendo ações para nortear políticas públicas intervenções e uma melhoria da assistência dessa população.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Analisar os casos de sífilis congênita notificados no município de Picos-PI.

2.2 Específicos

- Identificar as características socioeconômicas maternas dos casos notificados de sífilis congênita;
- Verificar os dados referentes à realização do pré-natal, diagnóstico laboratorial e tratamento da gestante e do(s) seu(s) parceiro(s) sexual (is);
- Traçar o perfil socioeconômico das crianças notificadas com sífilis congênita.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Sífilis Congênita: o que é?

A Sífilis Congênita (SC) é a contaminação do feto pelo agente etiológico *Treponema pallidum*, uma bactéria Gram negativa do grupo das espiroquetas, que ocorre quando a mulher possui a Sífilis Adquirida e a transmite ao feto, o que pode ocorrer em qualquer período gestacional, depende diretamente do tempo em que este fica exposto ao agente contaminante e da fase da doença em que a genitora se encontra. Nas fases primária e secundária da doença há uma maior incidência de contaminação e o RN pode nascer assintomático ou sintomático. Em mais de 50% dos casos não apresenta sinais e sintomas, os quais só vão aparecer depois dos três meses de vida (BRASIL, 20015a).

Para melhor detalhar a doença, O MS a classifica em dois estágios: precoce e tardio. A SC é considerada precoce até o segundo ano de vida, sendo diagnosticada através de uma avaliação materna e clínico-laboratorial e exames de imagem do RN, avaliação essa que deve ser bastante criteriosa, visto ser de difícil análise porque a maior parte das crianças é assintomática nos primeiros meses de vida. As principais manifestações clínicas dessa patologia em crianças neste estágio são as lesões cutâneas, petéquias, purpura, sofrimento respiratório, renite sero-sanguinolenta, anemia e linfadenopatia generalizada, fissura peribucal, síndrome nefrótica, hidropsia, edema, convulsão e meningite (BRASIL, 2015a).

Após os dois anos de idade, a SC passa a ser classificada como tardia, sendo o diagnóstico realizado tal qual na SC precoce, associando-se os dados epidemiológicos, laboratoriais e clínicos. Nesse caso, é importante investigar se o agravo na criança não é resultante de contaminação por via de abuso sexual. Os principais sintomas para essa classificação são tibia em forma de “lamina de sabre”, articulação de Clutton, fronte “olímpica” e nariz “em sela”, ceratite intersticial, surdez neurológica e dificuldade no aprendizado, rágades periorais, mandíbula curta, arco palatino elevado (BRASIL, 2015a).

Os testes sorológicos representam um dos meios para se diagnosticar a SC, porém não são 100% eficazes, visto que os RN recebem anticorpos da mãe pelo cordão umbilical e aleitamento, levando a resultados falsos negativos. Outros exames utilizados são os de pesquisa direta que analisam material coletado a partir de lesão cutâneo mucosa, secreção nasal, assim como da placenta e de cordão umbilical, hemograma completo, exame do líquido cefalorraquidiano e raios-X de ossos longos (BRASIL, 2014b).

3.2 Tratamento da Sífilis: como se dá?

O tratamento da sífilis adquirida é feito com a Penicilina Benzatina e deve ser realizado de acordo com a sua classificação. Na fase primária, o recomendado seria 2.400.000 UI, dose única. Na fase secundária ou latente, duas doses de 2.400.000 UI cada, num total de 4.800.000 UI, com um intervalo de uma semana entre a primeira e a segunda dose. Na fase terciária ou com mais de um ano de evolução ou com duração ignorada, três doses de 2.400.000 UI, com intervalo de uma semana entre elas, totalizando 7.200.000 UI, sendo esse o tratamento recomendado para as gestantes com VDRL positivo (BRASIL, 2006a).

Na ocorrência de alergias ou impossibilidade do uso da penicilina, o medicamento pode ser substituído pela eritromicina (estearato) 500 mg, via oral, de seis em seis horas, durante 15 dias, para a sífilis recente, ou durante 30 dias, para a sífilis tardia. Entretanto, sendo esse tratamento aplicado a uma gestante, esta será considerada inadequadamente tratada, necessitando a investigação obrigatória e o tratamento adequado da criança logo após seu nascimento (BRASIL, 2015a).

Mais recentemente, essa classificação foi alterada para impedir tratamentos inadequados. Assim, o MS passou a recomendar que, na carência de sinais clínicos e na impossibilidade de determinar a evolução da doença, a classificação adequada é sífilis de duração ignorada, ficando preconizado o tratamento com três doses de penicilina benzatina (BRASIL, 2015b).

No que se refere ao tratamento da SC, são considerados quatro fatores: a identificação de sífilis na mãe, adequação do tratamento, presença de evidências clínicas, laboratoriais e radiológicas do recém-nascido (RN) e comparação da sorologia não-treponêmico materna e do bebê (BRASIL, 2015a).

Para ser adequadamente tratada adotam-se dois períodos, o neonatal (do nascimento até os 28 dias de vida) e o pós-neonatal (após os 28 dias de vida). No primeiro caso, depende-se da avaliação da situação clínica laboratorial da mãe, ou seja, é necessário conhecer o diagnóstico da mulher para determinar o que realizar com a criança. Se o RN for de mãe não tratada, inadequadamente tratada ou adequadamente tratada e apresentar alterações hematológicas e/ou clínicas e/ou radiológicas e/ou sorológicas, empregasse o esquema de Penicilina G cristalina (PGC), na dose de 50.000 UI/kg/dose, por via endovenosa, a cada 12 horas nos primeiros sete dias de vidas e a cada 8 horas após os sete dias durante 10 dias, ou Penicilina G procaína 50.000 UI/kg, dose única diária, durante 10 dias (BRASIL, 2015a).

A PGC na dose de 50.000 UI/kg/dose, por via endovenosa a cada 12 horas nos primeiros setes dias e a cada 8 horas após os sete dias de vida, com duração de 10 dias é

empregada na presença de alteração liquórica. Já na ausência de alterações ou sorologia negativa, aplica-se Penicilina G benzatina na dose única de 50.000 UI/kg, via intramuscular, sendo o acompanhamento da evolução do caso obrigatório (BRASIL, 2015a). No período pós-neonatal carece ser atenciosamente investigado o RN, seguindo os esquemas já citados, dependendo de cada característica, a Penicilina G cristalina deve ser aplicada a cada 4 horas, a procaína de 12 em 12 horas.

3.3 Estratégias para o combate à transmissão da Sífilis: o que tem sido feito?

O governo federal vem, ao longo do tempo, lançando mão de estratégias para erradicar a transmissão da SC, ainda hoje considerado um grave problema de saúde pública. Nesse sentido, o Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006b) surgiu com o objetivo de gerenciar as novidades nos processos de gestão, com a finalidade de alcançar uma maior eficácia e qualidade no sistema de saúde do país, redefinindo principalmente as responsabilidades de cada esfera do governo, a fim de atender todas as necessidades da saúde, garantindo uma equidade social. Nesse sentido, reduzir a mortalidade materna e infantil neonatal, torna-se uma das principais metas do governo.

Em 2007, o Ministério da Saúde (MS) lançou o Plano para Redução da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis (BRASIL, 2007), com o intuito de melhorar a assistência prestada à saúde da mulher e do seu filho, durante o período de pré-natal, parto e o puerpério, tendo como alvo reduzir a transmissão vertical do HIV e da sífilis para a eliminação da SC em todo o território nacional. Os objetivos específicos consistiam em ampliar a testagem para o HIV e sífilis no pré-natal, expandir o acesso ao tratamento adequado nas gestantes com sífilis e seus parceiros sexuais, promover uma maior cobertura das ações de profilaxia da transmissão vertical do HIV e da sífilis em gestantes/parturientes e em crianças expostas.

O Pacto pela Vida veio para reafirmar o que a PORTARIA Nº 399, de 22 de fevereiro de 2006 propôs, ou seja, estabelecer novamente, como uma meta a ser alcançada, a redução da mortalidade infantil e materna. Trouxe também a implicação de publicar o Relatório de Indicadores de Monitoramento e Avaliação do Pacto pela Saúde, onde se detalha o que pode ser realizado para aperfeiçoar as táticas e atingir os fins desejados. Estimular a investigação do óbito de menores de um ano, investigar óbitos maternos, reduzir a mortalidade neonatal e pós-neonatal, reduzir o número de morte infantil indígena, aprimorar a qualidade da atenção pré-natal, reduzir a taxa de cesáreas, são as principais táticas descritas (BRASIL, 2008).

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) criaram, em 2009, a “Iniciativa Regional para a Eliminação da Transmissão Vertical do HIV e da sífilis na América Latina e Caribe”, que em seguida se junta ao “Plano Global para eliminação de novas infecções pelo HIV entre crianças até 2015 e manter suas mães vivas” o qual veio para gerar novas estratégias para o alcance das metas. O seu principal objetivo é eliminar novas infecções por HIV e Sífilis em crianças e manter suas mães vivas, realizando o acompanhamento desde o início da gravidez até o final da amamentação. O plano estabeleceu como foco reduzir 90% de novas infecções e 50% de mortes maternas (BRASIL, 2014a).

Nesse mesmo ano, os membros integrantes da OPAS aprovaram o “Plano de Ação para a Eliminação da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis Congênita”, pontuando para o ano de 2015 a redução da taxa de transmissão do HIV para menos de 2% e da taxa de incidência de sífilis congênita para menos de 0,5 por 1.000 nascidos vivos. Visto que todos os países do mundo enfrentam uma luta contra a mortalidade infantil e materna, o Brasil lançou o programa Rede Cegonha no ano de 2011, buscando assegurar à mulher um cuidado personalizado desde o planejamento reprodutivo até gravidez, parto e puerpério, e à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2014a).

O Comitê Regional para Validação da Eliminação da Transmissão Materno-Infantil de HIV e Sífilis, criado pela OPAS no ano de 2014, certifica que os países participantes conseguirão uma taxa de transmissão vertical do HIV $\leq 2\%$, ou incidência de até 0,3 casos por 1.000 nascidos vivos, a taxa de incidência de sífilis congênita de 0,5 casos por 1.000 nascidos vivos, cobertura de pré-natal $\geq 95\%$; testagem para HIV e sífilis em gestantes $\geq 95\%$; tratamento com antirretrovirais em gestantes HIV+ $\geq 95\%$ e tratamento com penicilina em gestantes com sífilis ≥ 95 (BRASIL, 2014a).

O acompanhamento da gravidez através do pré-natal é momento ideal para a redução da incidência da sífilis congênita e da transmissão do HIV, momento oportuno para se oferecer o diagnóstico precoce e a terapêutica adequada para cada caso. Nesse sentido, o MS recomenda a realização de no mínimo seis consultas e de pelo menos dois exames para HIV e sífilis, sendo um no primeiro trimestre da gestação e outro no terceiro. Para facilitar o diagnóstico, o MS inseriu por meio da Rede Cegonha os testes rápidos, ampliando o acesso aos mesmos. Entre 2008 e junho de 2014, notou-se um aumento de 72% no número de testes de sífilis, passando-se 0,58 para 1,00 teste por gestante, o que indica que ainda há déficit quanto à norma preconizada (BRASIL, 2014a).

A portaria nº 3.161/GM/MS, de 27 de dezembro de 2011, relata sobre o tratamento da Sífilis Adquirida, determinando que a administração da penicilina seja realizada nas Unidades Básicas de Saúde, pela equipe de enfermagem (auxiliar, técnico e enfermeiro), como também por médicos ou farmacêuticos, reduzindo assim a dificuldade de acesso a essa terapêutica (BRASIL, 2014a).

Considerando-se que, mesmo após todas as medidas adotadas permanecia uma alta incidência de casos, houve então a necessidade de se criar os comitês de investigação de transmissão vertical nas Unidades da Federação e municípios, para mapear falhas e propor novas intervenções, com a disponibilização de um documento que regi as ações dos comitês, bem como um Protocolo de Investigação da Transmissão Vertical de HIV/AIDS, Sífilis e Hepatites Virais B e C, a ser empregado como instrumento de coleta de dados e diagnósticos, contendo dados da criança e da mãe, englobando o pré-natal, parto e puerpério. Os comitês de investigação são compostos por instituições governamentais, gestores, trabalhadores em saúde, conselhos de classe, membros da academia e integrantes da sociedade civil organizada (BRASIL, 2014c).

3.4 Vigilância epidemiológica da sífilis congênita: como é feita a notificação dos casos?

Pode-se entender notificação compulsória como sendo a comunicação às autoridades sanitárias sobre a ocorrência de casos de uma doença ou agravo, com o objetivo de embasar a adoção de medidas que visem a sua erradicação. Cabe ao Ministério da Saúde (MS) estabelecer quais doenças ou agravos são consideradas de maior relevância sanitária para o país, devendo, portanto, ser incluídas no rol de notificação nacional (BRASIL, 2009).

A portaria nº 1.271 (BRASIL, 2014d) estabelece as doenças de notificação obrigatória, além das doenças ou eventos de “notificação imediata”. Essa escolha se dá através de critérios preestabelecidos, razão pela qual essa lista é periodicamente revisada, tanto em função da situação epidemiológica da doença, quanto pela emergência de novos agentes, por alterações no Regulamento Sanitário Internacional, e também devido a acordos multilaterais entre países (BRASIL, 2009).

Função obrigatória de todos os profissionais da área da saúde, a notificação compulsória de um agravo ou doença se faz necessária para que os dados possam ser analisados e levar a ações para melhorar o quadro da doença ou agravo e evitar consequências maiores. A SC é de notificação compulsória obrigatória desde 1986, e deve ser realizada através do preenchimento da Ficha Notificação/Investigação de SC, a qual sofreu várias adaptações e mudanças ao longo dos anos, no intuito de acelerar o processo de notificação, o

que deve ocorrer em até sete dias após o diagnóstico e enviado para ser cadastrada no SINAN (BRASIL, 2014b). A pretensão em notificar tal patologia é a diminuir a sua incidência e quem sabe eliminá-la de vez, pois é um importante fator de morbimortalidade em RN e mulheres gestantes (SARACENI; MIRANDA, 2012).

Uma estratégia importante para o combate dessa patologia é a mudança na definição de caso de SC, onde para ser considerado caso de notificação compulsória deve estar incluído em um dos quatro critérios que estão presentes na ficha de notificação compulsória, retirando o discernimento que engloba a ausência de informação de tratamento do parceiro sexual da mãe, mantendo-se apenas os casos de parceiros com sífilis sabidamente não tratada (BRASIL, 2015a).

Considera um caso quando a criança cuja mãe apresente durante o pré-natal ou no momento do parto, testes não treponêmico reagente com qualquer titulação ou teste treponêmico reagente, que não tenha sido tratada ou tratada inadequadamente; criança onde a mãe não teve sífilis adquirida durante a gestação e a maternidade não pode realizar o teste treponêmico, apresenta teste não treponêmico com qualquer titulação no momento do parto ou apresente teste treponêmico reagente no momento do parto; criança cuja mãe apresente teste treponêmico reagente e teste não treponêmico não reagente no momento do parto sem registro de tratamento anterior (BRASIL, 2014a).

Um segundo critério para definição de caso é todo indivíduo com menos de 13 anos de idade com no mínimo uma das evidências sorológicas como, titulações ascendentes, testes não treponêmico reagentes após 06 meses de idade, testes treponêmico reagentes após 18 meses de idade, títulos em teste não treponêmico maiores do que os da mãe, em lactentes, teste não treponêmico reagente com pelo menos uma alteração, clínica, líquórica ou radiológica (BRASIL, 2014a).

O terceiro critério: aborto ou natimorto cuja mãe apresente testes para sífilis não treponêmico reagente com qualquer titulação ou teste treponêmico reagente, realizados durante o pré-natal, no momento do parto ou curetagem, que não tenha sido tratada ou tenha recebido tratamento inadequado. Quarto critério: Toda situação de evidência de infecção pelo *Treponema pallidum* em placenta ou cordão umbilical e/ou amostra da lesão biopsia ou necropsia de criança, aborto ou natimorto (BRASIL, 2014a).

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo documental, descritivo, retrospectivo, com abordagem quantitativa. Segundo Gil (2011), a pesquisa documental consiste em se trabalhar com materiais já publicados, ou seja, se assemelha a pesquisa bibliográfica, diferindo-se nos tipos de fontes que cada uma utiliza. Pois, consulta fontes de dados que pertencem a instituições, publicas ou privadas, que não sejam divulgadas abertamente ao público.

Estudos descritivos possuem a finalidade de determinar as características de uma população ou de fatos e fenômenos, considerando a realidade, podendo também ser utilizada para comparar variáveis. A sua principal característica é a utilização de técnicas padronizadas na coleta de dados (GIL, 2011).

Para Polit e Beck (2011), o estudo retrospectivo indica que se remeta a fatos passados. Esses mesmos autores classificam como quantitativa a investigação de acontecimentos que se prestam a medição e quantificação precisa, envolvendo um modelo rigoroso e controlado. Nesse tipo de pesquisa, manipulam-se estatisticamente os dados numéricos com o propósito de descrever fenômenos ou fazer inferências sobre os dados relatados.

4.2 Local e período do estudo

O estudo foi desenvolvido no serviço de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde de Picos-PI, no período de Março de 2015 a Março de 2016. Segundo dados do IBGE (2010), o município possui 73.414 habitantes. Sua localização geográfica privilegiada, entre vários outros municípios, o torna referencia para diversas atividades, tais como o comércio, a educação e, particularmente, a saúde.

O serviço de Vigilância Epidemiológica provê orientação técnica para os profissionais da área da saúde, a fim de que possam decidir sobre ações de controle de doenças e agravos, disponibilizando informações atualizadas sobre a ocorrência dessas patologias e agravos, assim como dos determinantes que a condicionam. Sendo assim, constituem-se em um respeitável instrumento para o planejamento, organização e operacionalização dos serviços de saúde (BRASIL, 2009).

4.3 População e amostra

A população da pesquisa abrangeu todos os casos de sífilis congênita residentes em Picos, que foram diagnosticados e notificados no espaço temporal compreendido entre os anos de 2007 a 2014, período no qual o sistema de informação do município oferece dados registrados nas fichas de notificação, na Vigilância Epidemiológica.

Foram encontradas 34 fichas, sendo descartadas duas, uma por estar incompleta, contendo apenas os dados socioeconômicos e outra por encontrar-se repetida, restando ao final 32 fichas para serem analisadas.

4.4 Variáveis do estudo

As variáveis abordadas nesta pesquisa podem ser discriminadas em dados gerais, dados do paciente, antecedentes epidemiológicos, dados laboratoriais, tratamento e dados clínicos.

4.4.1 Dados gerais

Compreende como dados gerais as datas: de notificação compulsória ao município, do diagnóstico da patologia e a unidade de saúde ou fonte notificadora que fez o registro.

4.4.2 Dados do paciente

Abrange a data de nascimento do paciente, a idade (hora, dia, mês e ano), o sexo (masculino, feminino ou ignorado), a raça/cor (branca, preta, amarela, parda, indígena ou ignorado), e a zona de residência (urbana, rural, periurbana, ignorado).

4.4.3 Antecedentes epidemiológicos

Para facilitar coleta de dados e melhor compreensão dos mesmos, foi dividido em antecedentes epidemiológicos da criança, no que se refere ao local de nascimento da mesma, e os antecedentes epidemiológicos da mãe, que envolveram:

- Idade (em anos);
- Raça/cor (branca, preta, amarela, parda, indígena ou ignorado);
- Ocupação ou profissão;
- Escolaridade (ensino fundamental I da 1ª a 4ª série incompleto, ensino fundamental I da 1ª a 4ª série completa, ensino fundamental II da 5ª a 8ª série incompleto, ensino fundamental II da 5ª a 8ª série completa, ensino médio incompleto, ensino médio completo, ensino superior incompleto, ensino superior completo ou ignorado);

Também se listou a realização do pré-natal na gestação, onde foi realizado e quando aconteceu o diagnóstico de sífilis materna (se durante o pré-natal, no momento do parto/curetagem, após o parto ou se não foi diagnosticado).

4.4.4 Dados laboratoriais

Esse quesito também foi dividido entre os dados da mãe e os dados da criança, incluindo-se os testes não treponêmico no parto/curetagem e o teste confirmatório no parto/curetagem, no caso da genitora, sendo classificados como reagentes, não reagentes, não realizado ou ignorado, solicitando a titulação e a data dos exames.

No caso da criança, abrangeram-se os testes: não treponêmico de sangue periférico, o treponêmico após os 18 meses, titulação ascendente (também classificados em reagentes, não reagentes, não realizados ou ignorados), requerendo a titulação e a data dos exames, evidências de *Treponema palladium*, alteração liquórica e diagnóstico radiológico da criança: alteração do exame dos ossos longos.

4.4.5 Tratamento

Neste tópico pretendeu-se saber se o esquema de tratamento da genitora foi adequado, inadequado, não realizado ou ignorado, quando foi começado e se o parceiro sexual foi tratado junto com a gestante, pois isso influencia diretamente a contaminação do feto.

Em relação à criança, almejou-se saber qual o esquema de tratamento realizado (Penicilina G cristalina 100.000 a 150.000 UI/Kg/dia – 10 dias, Penicilina G procaína 50.000 UI/Kg/dia – 10 dias, Penicilina G benzatina 50.000 UI/Kg/dia, outro esquema, não realizado ou ignorado). Também se questionou a evolução do caso (vivo, óbito por sífilis congênita, óbito por outras causas, aborto, natimorto, ou ignorado).

4.4.6 Dados clínicos

Em relação aos dados clínicos avaliou-se o diagnóstico, se assintomático, sintomático ou ignorado. E mais, a presença de sinais e sintomas e, em caso positivo, quais.

4.5 Coleta de dados

Os dados foram coletados no período de Agosto à Setembro de 2015 no serviço de Vigilância Epidemiológica, numa sala destinada para tal fim, com o auxílio de um formulário estruturado (APÊNDICE A), adaptado da ficha de notificação compulsória da SC, que aborda

elementos relevantes e que devem ser verificados, identificados e avaliados, tais como: dados sociodemográficos, antecedentes epidemiológicos, dados laboratoriais, tratamento, dados clínicos e evolução do caso (BRASIL, 2008).

4.6 Análise dos dados

Os dados foram tabulados e avaliados pelo programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 20.0. Na apresentação dos resultados, estes foram inseridos em gráficos e tabelas ilustrativas e discutidos à luz da literatura científica existente.

4.7 Aspectos éticos legais

Este estudo é parte de um projeto guarda-chuva, intitulado “Educação em Saúde: estratégias para o enfrentamento da sífilis no contexto da atenção básica”, submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Piauí (CEP-UFPI) para análise dos preceitos ético-legais, recomendados na Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), sendo aprovado pelo parecer de nº: 983.664 (ANEXO A).

Antecedeu à coleta dos dados a assinatura do Termo de Fiel Depositário (APÊNDICE B), visando assegurar o anonimato a respeito dos dados obtidos. Ressalta-se que a aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi dispensada, devido ao uso exclusivo de fontes secundárias para a pesquisa e a impossibilidade de se obter o consentimento dos sujeitos.

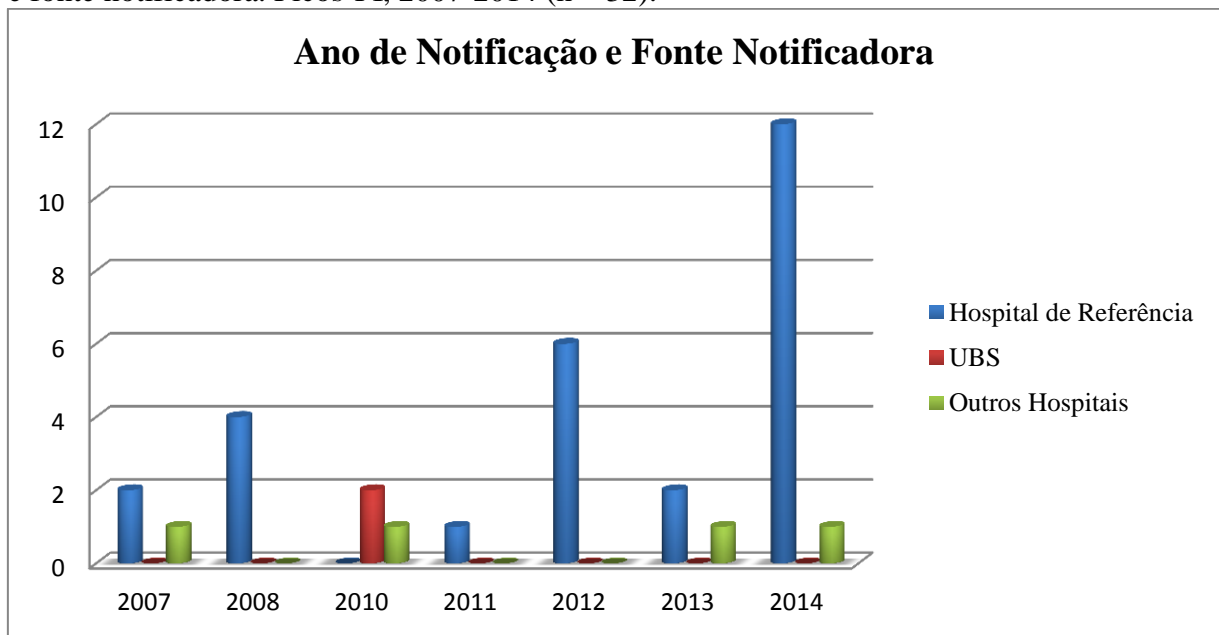
Como riscos decorrentes da realização da pesquisa destaca-se a possibilidade de vazamento das informações constantes nas fichas analisadas, o que poderia implicar em constrangimento às pessoas envolvidas no processo. Para contornar tal possibilidade, os dados foram coletados no próprio serviço e por uma única pessoa. A pesquisa almejou identificar o perfil das crianças e das gestantes diagnosticadas com sífilis, fato que beneficiará a elaboração de metas para diminuir a prevalência da patologia e servirá de base para ações assistências e de educações em saúde junto a essa população.

5 RESULTADOS

A pesquisa analisou 32 fichas de notificação compulsória dos casos de sífilis congênita registradas no Serviço de Vigilância Epidemiológica do município de Picos-Piauí, no espaço temporal de 2007 a 2014.

Inicialmente, o Gráfico 1 apresenta os resultados relacionados ao ano de notificação e fonte notificadora.

Gráfico 1 – Distribuição dos casos de sífilis congênita segundo as variáveis ano de notificação e fonte notificadora. Picos-PI, 2007-2014 (n = 32).



Fonte: Dados da pesquisa.

Analisando-se os dados do gráfico acima, percebe-se que o ano de 2014 apresentou um maior número de notificações, com 13 casos (40,6%), sendo o hospital de referência do município a fonte que mais notificou (84,4%), seguido por outros hospitais (9,4%), dentre os quais uma clínica especializada no atendimento à crianças e, por último, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) (6,3%). Ressalta-se que no ano de 2009 não se registrou nenhum caso.

A seguir, os dados da Tabela 1 demonstram a caracterização socioeconômica das crianças notificadas como casos de sífilis congênita na amostra investigada. Ao se avaliar esses dados, é possível observar que, na maioria (71,9%) dos casos, a criança possuía menos de sete dias de nascidos quando ocorreu a notificação. Ademais, encontrou-se a predominância do sexo feminino (56,3%). Em relação à raça, destacou-se a parda (43,8%), seguida pela branca (37,5%). A maior incidência dos casos foi identificada na zona urbana (75%). O local de nascimento que se destaca é o hospital de referência do município (90,6%).

Tabela 1- Distribuição dos casos de sífilis congênita segundo as características socioeconômicas dos recém-nascidos. Picos-PI, 2007-2014 (n = 32).

Variáveis	n	%	M±DP
Idade da criança			1,22±0,659
Em Branco	02	6,3%	
Até 07 dias	23	71,9%	
≥ 07 dias e ≤ 30 dias	05	15,6%	
≥ 30 dias	02	6,3%	
Sexo da Criança			
Masculino	13	40,6%	
Feminino	18	56,3%	
Ignorado	01	3,1%	
Raça da Criança			
Branca	12	37,5%	
Preta	03	9,4%	
Parda	14	43,8%	
Ignorado	03	9,4%	
Zona de Residência			
Urbana	24	75%	
Rural	08	25%	
Local de Nascimento			
Em Branco	03	9,4%	
Hospital de Referência	29	90,6%	

Fonte: Dados da pesquisa.

‡ Média ± Desvio Padrão

A caracterização materna foi também considerada no presente trabalho, no que se refere aos dados socioeconômicos destas mulheres. É o que se encontra exposto na Tabela 2.

Tabela 2 - Distribuição dos casos de sífilis congênita segundo as características socioeconômicas maternas. Picos-PI, 2007-2014 (n = 32).

Variáveis	n	%	M±DP
Idade da Mãe			23,53±6,091
Em Branco	01	3,1%	
≤ 18 anos	03	9,4%	
≥ 18 anos	28	87,5%	
Raça/cor da Mãe			
Branca	08	25,0%	
Preta	02	6,3%	
Parda	22	68,8%	
Profissão/Ocupação			
Em Branco	02	6,3%	
Do Lar/ Doméstica	21	65,6%	
Trabalhador Agropecuário	05	15,6%	
Outros	04	12,5%	
Escolaridade			
Analfabeto	01	3,1%	
Ensino Fundamental I incompleto	05	15,6%	
Continua			

Continuação

Variáveis	n	%	M±DP
Ensino Fundamental I completo	03	9,4%	
Ensino Fundamental II incompleto	08	25,0%	
Ensino Médio completo	04	12,5%	
Ensino Superior incompleto	01	3,1%	
Ignorado	04	12,5%	
Pré-natal			
Sim	27	84,4%	
Não	03	9,4%	
Ignorado	02	6,3%	
Unidade de Realização do Pré-Natal			
Em Branco	18	56,3%	
Zona Urbana	11	34,4%	
Zona Rural	03	9,4%	
Diagnóstico da Mãe			
Durante o Pré-natal	16	50,0%	
No momento do Parto/Curetagem	09	28,1%	
Após o Parto	05	15,6%	
Ignorado	02	6,3%	

Fonte: Dados da pesquisa.

‡ Média ± Desvio Padrão

Considerando os dados da mãe constantes nas fichas de notificação da sífilis congênita, entendeu-se que a abrangência da idade foi de mulheres maiores de 18 anos (87,5%), destacando-se a raça parda (68,8%). A profissão do lar/doméstica apareceu em 65,6% dos casos. Observou-se baixa escolaridade entre as mulheres, visto que a maioria (53,1%) delas possuía o Ensino Fundamental II incompleto ou menos. Realizaram o pré-natal 84,4% das mulheres. Entretanto, em 56,3% das fichas a opção em qual UBS tinha se dado esse acompanhamento estava em branco. Por fim, 50,0% dos casos maternos foram detectados durante o pré-natal e 28,1% no momento do parto ou curetagem.

Na Tabela 3, a seguir, é possível visualizar os dados laboratoriais maternos.

Tabela 3- Caracterização da amostra dos dados laboratoriais dos casos de sífilis congênita notificados. Picos-PI, 2007-2014 (n = 32).

Variáveis	n	%
Teste não treponêmico no parto		
Reagente	30	93,8%
Ignorado	02	6,3%
Titulação		
Em Branco	02	6,3%
1:2	05	15,6%
1:4	09	28,1%
1:6	01	3,1%
1:8	07	21,9%
Continua		

Continuação

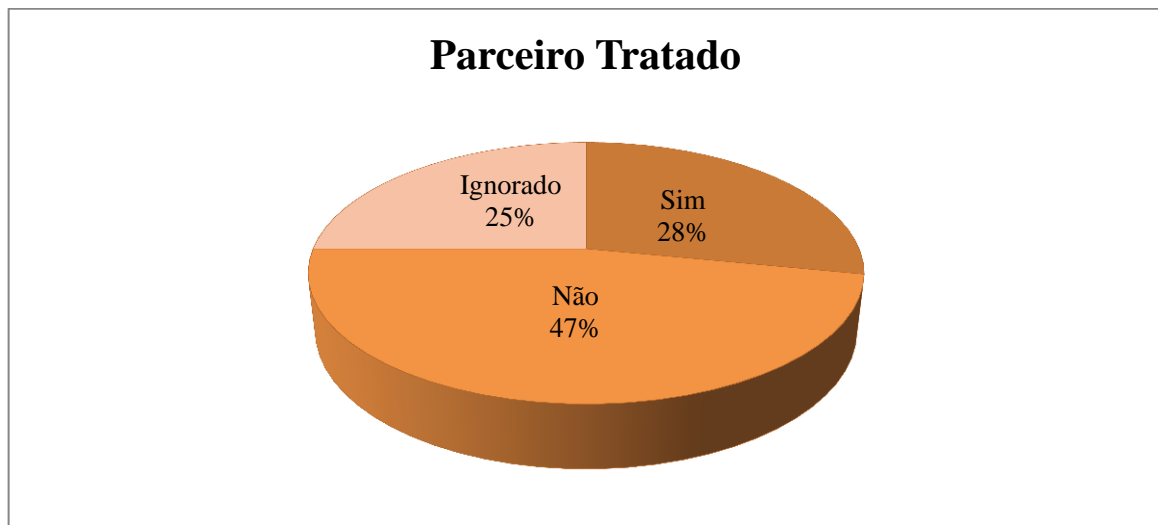
Variáveis	n	%
1:16	05	15,6%
1:32	03	9,4%
Teste Confirmatório		
Reagente	02	6,3%
Não Reagente	02	6,3%
Não Realizado	23	71,9%
Ignorado	05	15,6%
Esquema de tratamento da mãe		
Em Branco	01	3,1%
Adequado	07	21,9%
Inadequado	14	43,8%
Não Realizado	03	9,4%
Ignorado	07	21,9%

Fonte: dados da pesquisa.

Em relação ao teste não treponêmico no momento do parto, este foi reagente em 93,8% dos casos, sendo mais frequente a titulação 1:4 (28,1%). Em se tratando do teste confirmatório, em 23 casos este não foi realizado e em cinco, ignorado. Quando observado o esquema de tratamento ao qual a gestante submeteu-se, chama a atenção o fato que 43,8% destas tiveram o tratamento inadequado e somente 21,9% foram adequadamente tratadas, considerando-se o tipo de sífilis diagnosticada, mesma quantidade da opção ignorado.

Foram considerados, ainda, os dados a respeito do tratamento do parceiro, quando tratado juntamente com a gestante. Nesse quesito, percebeu-se que em 47% dos casos ele não foi tratado e em 25% estava assinalada a opção "ignorado". O Gráfico 2 traz as informações.

Gráfico 2 – Distribuição dos casos de sífilis congênita segundo a variável tratamento do parceiro. Picos-PI, 2007-2014 (n = 32).



Fonte: Dados da pesquisa.

A Tabela 4, a seguir, apresenta os dados laboratoriais da criança, retratando quais os exames e tratamento aos quais ela foi submetida.

Tabela 4- Distribuição dos casos de sífilis congênita segundo as os dados laboratoriais. Picos-PI, 2007-2014 (n = 32).

Variáveis	n	%
Teste não treponêmico Sangue Periférico		
Reagente	29	90,6%
Não Realizado	03	9,4%
Titulação		
Em Branco	03	9,4%
1:2	14	43,8%
1:4	04	12,5%
1:6	02	6,3%
1:8	08	25,0%
1:16	01	3,1%
Teste treponêmico após 18 meses		
Em Branco	02	6,3%
Não Realizado	14	43,8%
Ignorado	16	50,0%
Titulação do Teste treponêmico após 18 meses		
Em Branco	32	100%
Titulação Ascendente		
Em Branco	01	3,1%
Não	01	3,1%
Não Realizado	25	78,1%
Ignorado	05	15,6%
Evidências de <i>Treponema Palladium</i>		
Em Branco	05	15,6%
Sim	02	6,3%
Não Realizado	18	56,3%
Ignorado	07	21,9%
Alteração Liquórica		
Não Realizado	28	87,5%
Ignorado	04	12,5%
Diagnóstico Radiológico		
Em Branco	03	9,4%
Sim	03	9,4%
Não	03	9,4%
Não Realizado	16	50,0%
Ignorado	07	21,9%
Diagnóstico Clínico		
Em Branco	04	12,5%
Assintomático	21	65,6%
Sintomático	05	15,6%
Ignorado	02	6,3%
Presença de Sinais e Sintomas		
Em Branco	09	28,1%
Continua		

Continuação		
Variáveis	n	%
Sim	02	6,3%
Não	19	59,4%
Ignorado	02	6,3%
Evolução do Caso		
Vivo	32	100%

Fonte: Dados da pesquisa

O teste não treponêmico de Sangue Periférico foi reagente em 29 dos casos analisados, sendo que a titulação mais encontrada foi a 1:2, em 43,8%. Quando avaliado o teste treponêmico após os 18 meses, dois dados chamaram a atenção: em 16 casos a opção assinalada era a ignorada e em 14 destes não foram realizado tal exame. Com isso, percebe-se que em nenhuma das 32 fichas analisadas o teste treponêmico após 18 meses foi não realizado na criança, conseqüentemente, a variável titulação deste teste deu 100% em branco.

Outra variável analisada foi a titulação ascendente, que mostrou que 78,8% dos casos não realizaram este exame. Em evidências de *Treponema Palladium*, somente duas (6,3%) apresentaram a alternativa sim assinalada, enquanto que em 56,3% dos casos estava registrada a opção não realizada, ou seja, grande parte dos RN nascidos não realizou este exame, apenas duas crianças o realizaram.

Em alteração líquórica, encontrou-se que em 28 casos (87,5%) a opção marcada foi a “não realizado”, enquanto que nos quatro restantes (12,5%) foi “ignorado”. Quanto à variável diagnóstico radiológico, observou-se que 50,0% não o realizaram.

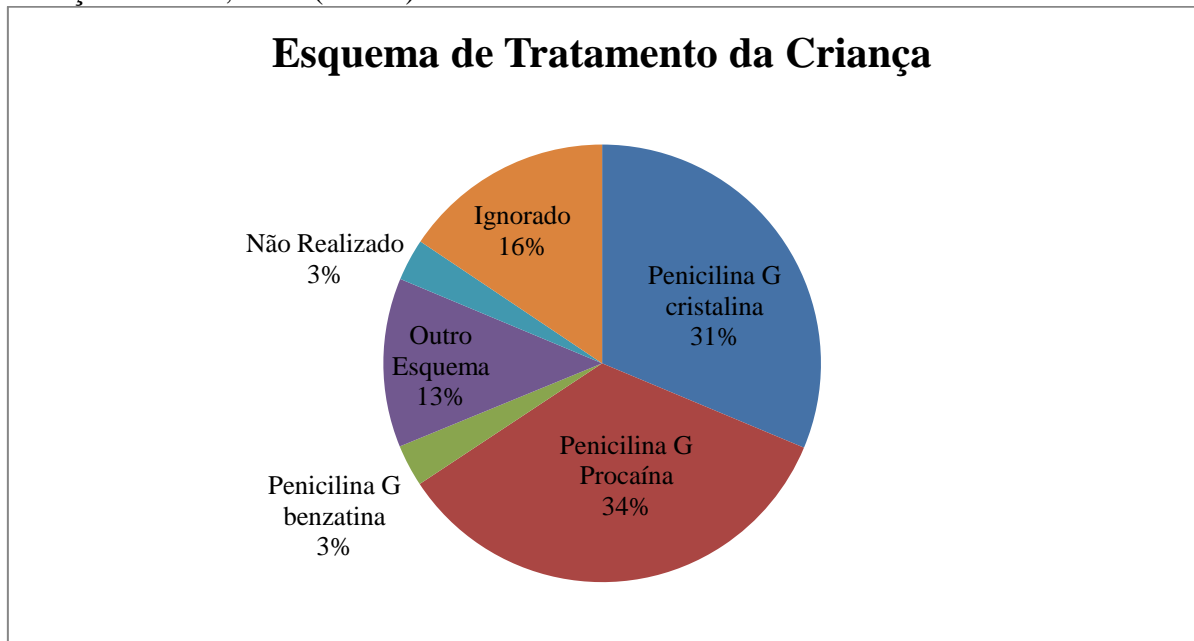
No que diz respeito ao diagnóstico clínico, 56,6% dos RN eram assintomáticos, ou seja, não apresentava sintomas da patologia e apenas 15,6% eram sintomáticos. Na variável presença de sinais e sintomas, cinco eram sintomáticos, porém somente dois apresentavam os sintomas assinalados: icterícia e hemorragias. Em nove fichas, a informação não havia sido preenchida. Todas as crianças encontravam-se vivos até a data da notificação.

As crianças diagnosticadas com sífilis congênita necessitam ser tratadas. Analisando-se as fichas de notificação compulsória dos casos, foi possível verificar qual o tratamento adotado para os casos notificados.

Assim, o esquema de tratamento prescrito para os casos de sífilis congênita notificados é o que está exposto no Gráfico 3.

Analisando-o, é possível destacar que 34% dos casos foram tratados com Penicilina G Procaína. Em outros 31%, a droga de escolha foi a Penicilina G Cristalina. Não realizaram o tratamento 3% dos casos. Ignorava-se o tratamento prescrito em 16% dos casos.

Gráfico 3 – Distribuição dos casos de sífilis congênita segundo a variável tratamento da criança. Picos-PI, 2015 (n = 32).



Fonte: Dados da pesquisa.

Considerando-se que a investigação e notificação dos casos de sífilis congênita identificados é o que chama a atenção de gestores e profissionais de saúde para o tamanho do problema, conferindo mais visibilidade à doença, os achados dessa pesquisa serão discutidos, a seguir.

6 DISCUSSÃO

A pesquisa analisou as fichas de notificação compulsória dos casos de sífilis congênita (SC) notificados no município de Picos-Piauí, almejando identificar as características maternas, descrever as particularidades da assistência pré-natal, além de traçar o perfil demográfico, assistencial e diagnóstico dos casos. Os resultados antes apresentados agora serão discutidos detalhadamente, de forma a confrontá-los com a literatura científica pertinente.

Foram encontrados 32 casos registrados no período de 2007 a 2014, com exceção do ano 2009, no qual não se identificou nenhum registro. Esse espaço temporal foi também analisado em estudos realizados em Campina Grande, na Paraíba (FRANÇA, 2015) e em Teresina, no Piauí (ALMEIDA et al., 2015; CARVALHO et al., 2015).

Analisando-se o número de casos por ano de notificação, é possível perceber um aumento no número de notificações, especialmente a partir de 2012, o que pode ser atribuído ao lançamento de novas estratégias para o combate a essa patologia, bem como a nova definição do caso de sífilis e acesso a testes rápidos durante o pré-natal.

Almeida (2015) afirma que isso ocorre por conta da tríade vigilância-assistência-prevenção, pois quanto maior a vigilância das mulheres durante o pré-natal, maior será o número de notificação, de tratamento e menor o número de crianças nascendo com a doença. Por outro lado, para Borba, Traebert (2014), a subnotificação ainda permanece como um motivo para alguns anos terem mais notificação que outros.

O perfil socioeconômico das crianças atesta que a maioria tinha menos de sete dias de vida quando o caso foi notificado às autoridades competentes, semelhante ao observado no Boletim Epidemiológico divulgado pelo Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2015b), estando de acordo com o estabelecido pelo governo, quando diz que os casos devem ser notificados antes do 1º ano de vida.

Esse estudo, no quesito sexo da criança, encontrou maioria feminina, no que difere da pesquisa de Holanda et al. (2011) realizada no município de Natal-RN, onde prevaleceram os nascidos do sexo masculino. Borba, Traebert (2014), em estudo realizado em Santa Catarina, referem que o sexo não é uma variável relacionada com a incidência dos casos.

Tal como essa pesquisa, estudo realizado em Belo Horizonte encontrou um maior número de mulheres com sífilis que transmitiram para o RN na faixa etária acima de 18 anos (LIMA, et al., 2013). Contudo, para Carvalho (2015), a SC acomete mulheres pertencentes a todas as idades reprodutivas, comprovando que a idade não se comunica com a prática do

sexo protegido, ou seja, qualquer mulher na fase reprodutiva está propensa a se contaminar e a difundir a doença, pois é um período no qual as relações sexuais acontecem em maior número, levando conseqüentemente, a mais gestações. França et al. (2015), demonstram que, mesmo que a maioria tenha mais de 18 anos, ainda assim tem adolescentes sendo infectadas, retratando uma prática da atividade sexual precoce e negligente, que precisa de atenção e melhorias nas estratégias de saúde para a diminuição desses dados.

Estudos indicam que as desigualdades sociais influenciam no acometimento da SC, e apontam que as mães dessas crianças apresentam geralmente cor parda ou negra, pouca escolaridade e/ou não possui uma profissão regularizada (GONÇALVES et al., 2011; ARAÚJO et al., 2012; DOMINGUES et al., 2014), o que corrobora os resultados da presente pesquisa, onde a raça predominante foi a parda, a ocupação mais encontrada dona de casa/doméstica, e a escolaridade predominante foi a de ensino fundamental incompleto.

Almeida et al. (2015) retratam que em Teresina, capital do Piauí, ampla parte das mães notificadas possuía apenas o ensino fundamental incompleto. Mesquita et al. (2012), no que se refere à escolaridade, encontraram em Sobral-CE, prevalência de mulheres que cursaram da 5ª à 8ª série do ensino fundamental, constatando a relação do baixo nível de escolaridade a diferentes agravos de saúde pública.

Essas desigualdades sociais encontradas no presente estudo e nos demais, indicam que informação é um fator crucial para o combate de qualquer doença, inclusive a SC, por isso a importância de procurar aumentar o acesso a essas informações. Esse perfil de desigualdade também pode ser decorrente do fato de que a notificação dos casos ocorre principalmente pelos serviços de saúde do SUS, frequentados, em geral, pela população de baixo poder aquisitivo e baixa escolaridade. Cabe ressaltar, contudo, que a notificação compulsória cabe a qualquer serviço de saúde, seja ele público ou privado.

Quanto à procedência dos casos notificados, estudo realizado em Teresina-PI, achou que 65,5% das mulheres vinham da zona urbana. Na presente investigação, entretanto, essa informação estava em branco em 56,3% das fichas, motivo pelo qual não foi possível determinar a zona de residência prevalente.

No que se refere à realização ou não do pré-natal, evidenciou-se que 84,4% das mulheres realizaram consultas. Semelhante a essa investigação, estudo realizado em Fortaleza identificou que 70,9% das mães de RN com SC também frequentaram as consultas (COSTA, et al., 2013). O mesmo pode ser visto no estudo realizado em uma maternidade na cidade de Teresina-PI, onde 86,21% das mulheres tinham realizado o pré-natal (CARVALHO et al., 2015).

Contudo, cabe ressaltar que, ainda que a ficha de notificação questione sobre a realização ou não do pré-natal, essa informação, por si só, não permite constatar quantas consultas foram realizadas ou mesmo assegurar a qualidade da assistência prestada.

A adesão ao pré-natal é um importante meio de prevenção, além de proporcionar uma redução da morbimortalidade materna e ser uma ferramenta determinante na eliminação da sífilis congênita. No entanto, observa-se que a adesão à consulta, por si só, não é o suficiente, visto que existem as falhas no que diz respeito à realização do diagnóstico precoce, tratamento oportuno e adequado e uma maior busca por informações (FRANÇA et al., 2015).

O MS acredita que a procura pelo pré-natal decorre das estratégias lançadas e do fortalecimento do serviço, principalmente por meio da Rede Cegonha. Entretanto, esse mesmo órgão alerta que, apesar dos esforços empreendidos, o diagnóstico ainda acontece tardiamente, o que evidencia falhas na assistência pré-natal, proporcionando oportunidades para a ocorrência de casos de SC (BRASIL, 2015b). Idealmente, o diagnóstico da doença deveria ocorrer ainda no primeiro trimestre, oportunizando o tratamento adequado em tempo hábil, com vistas a reduzir as chances de contaminação do feto. Nesse sentido, a busca ativa da mulher para o início precoce do pré-natal é uma estratégia a ser trabalhada, principalmente pelo enfermeiro.

No presente estudo, o diagnóstico antecedeu o momento do parto/curetagem apenas na metade dos casos, aproximando-se dos achados de pesquisa realizada em Natal-RN, onde somente 34,7% das mulheres receberam diagnóstico durante a gravidez, com baixo número de realização do teste VDRL no primeiro e terceiro trimestre. Esses achados se tornam preocupantes, visto que quanto mais precoce for diagnóstico, mais cedo acontecerá a instituição do tratamento, com maiores chances de impedir a difusão para o feto (HOLANDA et al., 2011).

Por outro lado, Carvalho et al, (2015), em Teresina-PI, encontraram que a maioria das gestantes foi diagnosticada ainda durante as consultas. O MS recomenda a realização de exame para o diagnóstico da sífilis em gestantes no primeiro e terceiro trimestres de gestação, e a consumação a partir um terceiro exame no momento do parto, possibilitando discernir reinfecções ou detectar casos não diagnosticados anteriormente (BRASIL, 2014).

Porém, existem muitos obstáculos no caminho da efetiva prevenção da SC, associados à testagem sorológica para sífilis, tais como a não realização dos exames para detecção de sífilis como recomendado pelo MS, atraso dos laboratórios na entrega dos resultados, ausência de retorno da gestante ao serviço de saúde para apresentar o resultado do exame aos profissionais, bem como falha dos serviços captarem precocemente as gestantes

para o pré-natal, além da busca ativa por aquelas que tenham abandonado o acompanhamento pré-natal (LIMA, et al., 2013).

Acrescenta-se a isso, ainda, a baixa realização do teste confirmatório, que pode ser realizados através dos testes treponêmico por aglutinação de partículas (TPHA) ou teste dos testes fluorescente por absorção de anticorpos (FTA-Abs) (MAGALHES, et al., 2013).

Nascimento, et al. (2012), trazem que a titulação sorológica da infecção fornece indícios das condições fetais e, titulações maiores que 1:4, indicam infecção ativa, recentemente adquirida e com maior risco de envolvimento fetal, estando a mortalidade relacionada à intensidade da infecção, à resposta inflamatória e à redução do fluxo sanguíneo placentário.

Conforme determina o MS (BRASIL, 2015a), o tratamento adequado para o tratamento da sífilis materna é aquele realizado com penicilina G benzatina, única droga capaz de atravessar a barreira transplacentária. O tratamento inadequado é aquele realizado com medicamento que não este, sendo considerado incompleto, mesmo tendo sido feito com penicilina, se a dose for inadequada para a fase clínica da doença; ou tenha sido instituído dentro do prazo de 30 dias anteriores ao parto. E ainda na ausência de documentação de tratamento anterior; ausência de queda dos títulos após tratamento adequado ou parceiro não tratado ou tratado inadequadamente (BRASIL, 2015a).

Estudos realizados em Fortaleza (HOLANDA, et al., 2011), Natal (COSTA, et al., 2013) e Campina Grande (FRANÇA, et al., 2015) comprovam o achado dessa pesquisa, no sentido de que a maioria das mulheres diagnosticadas com sífilis foram submetidas a tratamento inadequado. Esse é um achado alarmante, que indica a necessidade de uma melhora urgente no quadro assistencial (MESQUITA, et al., 2012).

O tratamento inadequado pode ocorrer por vários motivos, tais como: não tratamento do parceiro, tratamento incompleto da gestante ou realizado com outra droga que não a Penicilina Benzatina, além daquele realizado com dose inadequada para a fase da doença. No que se refere ao município de Picos, verifica-se que o tratamento não é realizado nas unidades onde são feitas as consultas de pré-natal, visto que os profissionais desses serviços se limitam a encaminhar a gestante para o hospital de referência para a administração da Penicilina. Vale ressaltar que, nesses casos, em geral cabe à paciente levar o medicamento com a prescrição médica, o que se configura em mais uma dificuldade para a efetivação do tratamento.

Ademais, enfrenta-se nos últimos tempos uma escassez na oferta da Penicilina Benzatina em todo território brasileiro, o que pode acarretar numa piora na situação

epidemiológica da doença, levando a um aumento no caso de contaminação da população e, conseqüentemente, elava o número de casos da sífilis (G1, 2015).

Magalhaes, et al. (2013) apontam que o principal motivo para a inadequação do tratamento das gestantes foi a ausência (83,6%) e/ou inadequação do tratamento do parceiro (88,1%), o que pode ser explicado pela cultura presente na sociedade brasileira que difunde a opinião de que as demandas nos serviços de saúde são destinadas quase que exclusivamente às mulheres, crianças e idosos. Assim, a população masculina comparece menos a esses serviços.

Além disso, permanece arraigada no homem a crença de que é imune, forte e, portanto, não precisa de cuidados. Os próprios serviços, muitas vezes, não realizam busca ativa para atrair essa população que sente dificuldade de acessos, alegam que demora muito para ser atendidos, que estão trabalhando na hora das consultas.

Domingues et al. (2014) retratam que o tratamento do parceiro é importante ferramenta para evitar a reinfecção da mulher durante a gravidez, sendo uma oportunidade de tratamento e prevenção de novos casos de infecções sexualmente transmissíveis na população geral. O não tratamento do parceiro faz com que o tratamento da mãe seja considerado inadequado, além de expor o feto mais tempo ao vírus.

A esse respeito, Gonçalves, et al. (2011) trazem que 66,04% dos parceiros não realizaram tratamento juntamente com as gestantes, 18,87% fizeram a profilaxia e 15,09% apresentaram fichas de notificação não preenchidas. Ademais, COSTA, et al. (2013) verificaram um aumento progressivo do número de casos notificados de parceiros não tratados a cada ano estudado de sua pesquisa, porém, o número de parceiros não tratados superou o número de parceiros tratados sempre.

Santos et al. (2015) apontam um dado ainda mais alarmante, por terem encontrado em todas as fichas de notificação compulsória relativas aos anos de 2008 a 2009, que o tratamento do parceiro constava como ignorado. No ano de 2010, especificamente, esses autores encontraram que apenas 10% dos parceiros receberam tratamento adequado.

O MS recomenda que, havendo a suspeita de SC, devem ser realizados exames na criança que possibilitem comprovar ou não o diagnóstico. Para se confirmar o caso deve-se ponderar a história clínico-epidemiológica da genitora, o exame físico completo da criança e os exames complementares, análises estas que podem ser diretas, através do material coletado da lesão, ou por via de testes treponêmicos que detectam anticorpos específicos (BRASIL, 2015a).

Holanda, et al. (2011) afirmam que a radiografia dos ossos longos permite um diagnóstico mais preciso e que as complicações mais encontradas são a osteocondrite, a periostite e a osteomielite. Mesmo raciocínio que Magalhães, et al. (2013) discorrem no seu trabalho, onde o tratamento medicamentoso e o seguimento do RN dependem dos achados clínicos, laboratoriais e radiográficos. Os resultados desses autores, tal qual os desta pesquisa, comprovam desavença das praticas clinicas com as recomendações do MS, o que se traduz em falha do sistema e dos profissionais, que parecem prescindir da necessária capacitação para agir de forma correta nessas situações.

Ao contrario dessa pesquisa realizada em Picos-PI, que encontrou 65,6% dos casos eram assintomáticos, 15,6% sintomáticos e 12, 5% estava em branco, achados de um trabalho desenvolvido em uma maternidade de Teresina-PI encontrou que 79,31% dos casos de SC eram sintomáticos, e 20,68% ou não se aplica ou estava assinalada a opção ignorado (CARVALHO, et al., 2015). A esse respeito, o MS atesta que metade das crianças nascidas com SC são assintomáticas e que naquelas que apresentam algum sinal ou sintoma, estes são discretos e inespecíficos. Isso traz duas situações para a prática clinica, uma que pode levar ao não tratamento ou ao tratamento tardio do RN e outra ao tratamento de crianças que nem portam a doença (BRASIL, 2015a).

Quanto ao esquema de tratamento do RN, o estudo de Carvalho et al., (2015) trouxe que em 68,97% dos casos, estes foram realizados com penicilina G cristalina 100.000 a 150.000 UI/Kg/dia - 10 dias, sendo este o esquema preconizado pelo MS (BRASIL, 2015a). por outro lado, 6,90% utilizaram a penicilina G procaína 50.000 UI/Kg/dia - 10 dias (CARVALHO, et al., 2015). Esses achados diferem dessa pesquisa, onde o tratamento com penicilina G cristalina 100.000 a 150.000 UI/Kg/dia - 10 dias correspondeu há 31%, e o tratamento mais utilizado em 34% das crianças foi o penicilina G procaína 50.000 UI/Kg/dia - 10 dias.

Sabe-se que a recomendação é de tratar todas as crianças infectadas com o regime adequado, a fim de se erradicar a neurosífilis, que se configura no quadro mais grave da doença. O tratamento não adequado do RN demonstra a critica situação da SC no Brasil, onde os gastos hospitalares com o tratamento da doença ultrapassam em muito os gastos que se teria com a sua efetiva profilaxia, se houvesse um programa de assistência pré-natal de qualidade (MESQUITA, et al., 2012)

Vale destacar o elevado percentual de dados ignorados ou em branco encontrados nas fichas de notificação compulsória. Como afirmam Costa et al., (2013), esse fato permite inferir sobre a maneira como os profissionais de saúde comportam-se frente ao preenchimento

dos instrumentos de notificação, além de evidenciar a necessidade de capacitar e estimular esses profissionais a notificarem os casos, para que novas estratégias e tratamentos sejam determinados.

Afinal, uma realidade que se distancia das recomendações do governo e da ONU, dificulta muito o combate a essa patologia e sugere uma assistência negligente e inadequada, o que contribui para a propagação da doença. Sofre, nesse sentido, a mãe, o parceiro e a criança, que precisam e merecem uma assistência de qualidade, cujas ações de fato assegurem a promoção da saúde e a prevenção de doenças e agravos.

7 CONCLUSÃO

Apesar da limitação da pesquisa, relacionada ao quantitativo de dados em branco encontrados nas fichas de notificação analisadas, foi possível identificar as características dos casos de sífilis congênita registrados no município do Picos-Piauí, entre os anos de 2007 a 2014.

No que tange às características da mãe com base nos resultados pode-se observar que a maioria tem idade superior a 18 anos, predominância da raça parda e baixa escolaridade. Considerando a ocupação, destacaram-se as donas de casa ou domésticas. A maioria das mulheres realizou o pré-natal, período em que a doença foi diagnosticada. Porém, ainda assim ocorreu a disseminação o *Treponema* para a criança, o que sugere falhas na assistência prestada em relação ao tratamento da mãe e/ou do seu parceiro(s) sexual(ais) e a ausência de exames confirmatórios.

Quanto ao recém-nascido, estes tinham pelo menos 30 dias de vida quando a notificação aconteceu, o sexo prevaletante foi o feminino, a raça parda, sendo a zona com maior número de casos a urbana. Os dados sobre exames que deveriam ser realizados na criança após o nascimento constavam como ignorados. Ao menos boa parte realizou algum tipo de tratamento. Não foi possível identificar como estas crianças se desenvolveram ou se tiveram o de acompanhamento adequado.

A assistência prestada a essa população com diagnóstico de sífilis ainda possui muitas lacunas, visto que os exames não são realizados e, quando são, há demora no recebimento dos resultados. Ademais, o tratamento não é adequado, talvez pela a resistência à medicação, a penicilina. Para conseguir modificar isso, cabe ao enfermeiro, profissional que atua mais diretamente junto a essa população, realizar atividades de educação em saúde que abordem e incentivem as formas de prevenção da doença, realizar busca ativa efetiva e uma vigilância assídua nas gestantes, para que realizem os exames e voltem com os resultados.

A redução dos casos de sífilis em gestantes e, conseqüentemente, dos casos de sífilis congênita, perpassa pela adoção de medidas efetivas de prevenção e controle, a serem implementadas durante o período do pré-natal. Assim sendo, necessário se faz que gestores e profissionais de saúde empreguem todos os esforços possíveis na melhoria da qualidade da assistência ofertada pelo serviço.

O estudo em questão apresentou dados relevantes sobre a prevalência da doença no município e, a partir disso, devem ser utilizados como suporte pelos enfermeiros, para que atuem de forma firme nesse aspecto, através de ações que possam suprir a investigação

inadequada dos casos de sífilis na gravidez; tratamento inadequado da gestante e ausência de tratamento do parceiro, carência de exames complementares e preenchimento inadequado das fichas de notificação.

Espera-se que essa pesquisa sirva de base para novos estudos e de alerta para os profissionais e gestores do município, pois a melhora na qualidade da assistência prestada se faz urgente e necessária, com a adoção e execução das providências cabíveis, com vistas à prevenção e controle da sífilis congênita e suas consequências para o binômio materno-fetal.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, P. D. et al. Análise epidemiológica da sífilis congênita no Piauí. **R. Interd.** v. 8, n. 1, p. 62-70, 2015.
- ARAÚJO, C.L. et al. Incidência da sífilis congênita no Brasil e sua relação com a Estratégia Saúde da Família. **Ver. Saúde Pública**; n. 46, v.3, p. 479-86; 2012.
- BORBA, K.B; TRAEBERT, J. Carga de doença por sífilis congênita em Santa Catarina, 2009. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v.23, n. 4, p. 761-766, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Diretrizes para o controle da sífilis congênita**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006a.
- _____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 399**, de 22 de fevereiro de 2006b.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Plano Operacional Redução da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Ficha de notificação / investigação: sífilis congênita**. 2008.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de vigilância epidemiológica**. – 7. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim epidemiológico – DST e Aids e Hepatites Virais**, Brasília, ano 1, n. 1, 2012.
- _____. Ministério da Saúde. **Transmissão vertical do HIV e Sífilis: estratégias para redução e eliminação**. 2014a.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde**. – Brasília, 2014b.
- _____. Ministério da Saúde. **Protocolo de Investigação de Transmissão Vertical**. 2014c.
- _____. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 1.271**, de 06 de junho de 2014d.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecção sexualmente transmissíveis**, 2015a.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim epidemiológico – sífilis**, Brasília, ano IV, n. 1, 2015b.

CARVALHO, P. M. G. et al. Casos de sífilis congênita em uma maternidade pública no estado do Piauí. **R. Interd.** v. 8, n. 4, p. 82-92, 2015.

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

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

FRANÇA, I. S. X., et al. Fatores associados à notificação da sífilis congênita: um indicador de qualidade da assistência pré-natal. **Rev Rene.** v.16, n.3, p.374-81, 2015.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisas.** 5 ed. São Paulo: Atlas, 2011.

G1. **Medicamento usado no tratamento da sífilis some das prateleiras no Brasil.** Disponível em: <<http://g1.globo.com/fantastico/noticia/2015/06/medicamento-usado-no-tratamento-da-sifilis-some-das-prateleiras-no-brasil.html>>, Acesso em 23 de junho, 2015.

GONÇALVES, J., et al. Perfil epidemiológico dos casos de sífilis congênita de um Hospital Universitário – 2004 a 2008. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**; v.13, n.2, p.49-55, 2011.

HOLANDA, M. T. G. et al. Perfil epidemiológico da sífilis congênita no Município do Natal, Rio Grande do Norte – 2004 a 2007. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, n.20, v.2, p.203-212, 2011.

LIMA, M. G. et al. Incidência e fatores de risco para sífilis congênita em Belo Horizonte, Minas Gerais, 2001-2008. **Ciência & Saúde Coletiva**, n.18, v.2, p.499-506, 2013.

MAGALHÃES D.M.S. et al Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 29, v.6, p.1109-1120, 2013.

MESQUITA et al. Análise dos casos de sífilis congênita em Sobral, Ceará: contribuições para assistência pré-natal. **DST- J bras Doenças Sex Transm.** n. 24, v.1, p.20-27, 2012.

NASCIMENTO, M.I.D. et al. Gestações complicadas por sífilis materna e óbito fetal **Rev Bras Ginecol Obstet.** v.34, n.2, p. 56-62, 2012.

PIRES O. et al. Vigilância epidemiológica da sífilis na gravidez no centro de saúde do bairro Uruará-Área Verde. **DST J Bras Doenças Sex Transm.** n.19, p.162-165, 2007.

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

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**, Rio de Janeiro, n. 28, v. 3, p.490-496, 2012.

SANTOS NETO et al. Informações do cartão da gestante versus memória materna. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n.28, v.2, p.256-266, 2012.

SANTOS, G. C., et al. Prevalência e fatores associados à sífilis em gestantes atendidas pelo SUS em município da Bahia. **Revista Baiana de Saúde Pública**. v.39, n.3, p.529- 541, 2015.

SCHMID G.P., STONER B., HAEKES S. The need and plan to eliminate congenital syphilis. **Sex Transm Dis** n.34, p.5-10, 2007.

APÊNDICES

APENDICE A – Instrumento de Coleta de Dados

FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS¹

Nº: _____

DADOS GERAIS	
1) Data da Notificação: _____ / _____ / _____	
2) Data do Diagnóstico: _____ / _____ / _____	
3) Unidade de Saúde/Fonte Notificadora: _____	
DADOS DO PACIENTE	
4) Data de Nascimento: _____ / _____ / _____	
5) Idade: _____	
6) Sexo: 1- Masculino 2- Feminino 3- Ignorado	
7) Raça/Cor: 1- Branca 2- Preta 3- Amarela 4- Parda 5- Indígena 6- Ignorado	
8) Zona de Residência: 1- Urbana 2- Rural 3- Periurbana 4- Ignorado	
DADOS DA GESTANTE/MÃE	
ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS	
9) Idade da mãe: _____	
10) Raça/Cor da mãe: 1- Branca 2- Preta 3- Amarela 4- Parda 5- Indígena 6- Ignorado	
11) Ocupação da mãe: _____	
12) Escolaridade:	
1- Ensino Fundamental I (1ª a 4ª série) incompleto (antigo primário ou 1º grau)	
2- Ensino Fundamental I (1ª a 4ª série) completo (antigo primário ou 1º grau)	
3- Ensino Fundamental II (5ª a 8ª série) incompleto (antigo ginásio ou 1º grau)	
4- Ensino Fundamental II (5ª a 8ª série) completo (antigo ginásio ou 1º grau)	
5- Ensino médio Incompleto (antigo colegial ou 2º grau)	
6- Ensino médio Completo (antigo colegial ou 2º grau)	
7- Ensino Superior Incompleto	
8- Ensino Superior Completo	
9- Ignorado	
13) Realizou Pré-Natal nesta gestação: 1- Sim 2- Não 3- Ignorado	
14) Unidade de Saúde de realização do pré-natal:	

15) Diagnóstico de sífilis materna: 1- Durante o pré-natal 2- No momento do parto/curetagem 3- Após o parto 4- Não realizado 5- Ignorado	
DADOS DO LABORATÓRIO	
16) Teste não treponêmico no parto/curetagem:	
1- Reagente 2- Não reagente 3- Não realizado 4- Ignorado	
17) Título: 1: _____	18) Data: _____ / _____ / _____
19) Teste confirmatório treponêmico no parto/curetagem:	
1- Reagente 2- Não reagente 3- Não realizado 4- Ignorado	
TRATAMENTO	
20) Esquema de tratamento:	

1- Adequado 2- Inadequado 3- Não realizado 4- Ignorado
21) Data do início do tratamento: ____ / ____ / ____
22) Parceiro(s) tratado(s) concomitantemente a gestante: 1- Sim 2- Não 3- Ignorado
DADOS DA CRIANÇA
ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS
23) Local de Nascimento: _____
DADOS DO LABORATÓRIO
24) Teste não treponêmico – Sangue Periférico: 1- Reagente 2- Não reagente 3- Não realizado 4- Ignorado
25) Título: 1: _____ 26) Data: ____ / ____ / ____
27) Teste treponêmico (após 18 meses) 1- Reagente 2- Não reagente 3- Não realizado 4- Ignorado
28) Título: 1: _____ 29) Data: ____ / ____ / ____
30) Titulação ascendente: 1- Sim 2- Não 3- Não realizado 4- Ignorado
31) Evidência de <i>Treponema pallidum</i> : 1- Sim 2- Não 3- Não realizado 4- Ignorado
32) Alteração Liquórica: 1- Sim 2- Não 3- Não realizado 4- Ignorado
33) Diagnóstico Radiológico da Criança: Alteração do Exame dos Ossos Longos: 1- Sim 2- Não 3- Não realizado 4- Ignorado
DADOS CLÍNICOS
34) Diagnóstico Clínico: 1- Assintomático 2- Sintomático 3- Não se aplica 4- Ignorado
35) Presença de sinais e sintomas: 1- Sim 2- Não 3- Não realizado 4- Ignorado
36) Se sim, quais: 1- Icterícia 2- Anemia 3- Esplenomegalia 4- Osteocondrite 5- Rinite muco-sanguinolenta 6- Hepatoesplenomegalia 7- Lesões cutâneas 8- Pseudoparalisia 9- Outro
TRATAMENTO
37) Esquema de tratamento: 1- Penicilina G cristalina 100.000 a 150.000 UI/Kg/dia – 10 dias 2- Penicilina G procaína 50.000 UI/Kg/dia – 10 dias 3- Penicilina G benzatina 50.000 UI/Kg/dia 4- Outro esquema: _____ 5- Não realizado 6- Ignorado
38) Evolução do caso: 1- Vivo 2- Óbito por sífilis congênita 3- Óbito por outras causas 4- Aborto 5- Natimorto 6- Ignorado
39) Data do Óbito: ____ / ____ / ____

¹Adaptado do Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN (BRASIL, 2008).

Data da Coleta: ____ / ____ / ____

Responsável pela Coleta

APÊNDICE B – Termo de Fiel Depositário



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

TERMO DE FIEL DEPOSITÁRIO

Eu, Sandra Karielly de Alencar,

cargo Coordenadora Vig. Epidemiol., fiel depositário das fichas do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), fichas de investigação de sífilis congênita e da base de dados da Vigilância Epidemiológica, da cidade de Picos-PI, declaro que a Pesquisadora está autorizada a realizar nessa Instituição pesquisa intitulada "**Caracterizar os casos de sífilis congênita notificados no Município de Picos-PI**", sob a responsabilidade da Pesquisadora Valéria Lima de Barros, cujo objetivo geral é analisar o perfil dos casos de sífilis congênita notificados no município de Picos-PI.

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

1. Garantia da confidencialidade, do anonimato e da não utilização das informações em prejuízo dos outros.
2. Que não haverá riscos para o sujeito de pesquisa.
3. Emprego dos dados somente para fins previstos nesta pesquisa.
4. Retorno dos benefícios obtidos através deste estudo para as pessoas e a comunidade onde o mesmo foi realizado.

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

Picos - PI, 22 de setembro de 2014.

Sandra Karielly de Alencar

(Carimbo e assinatura do responsável)

Sandra Karielly de Alencar
Coordenação de Vigilância Epidemiológica
Município de Picos - PI

Observações complementares

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

Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI

ANEXOS

ANEXO A- PARECE DO COMITÊ DE ETICA E PESQUISA



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PIAUÍ - UFPI**



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: EDUCAÇÃO EM SAÚDE: ESTRATÉGIAS PARA O ENFRENTAMENTO DA SÍFILIS NO CONTEXTO DA ATENÇÃO BÁSICA

Pesquisador: Valéria Lima de Barros

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 39565414.2.0000.5214

Instituição Proponente: FUNDACAO UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUI

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 983.664

Data da Relatoria: 05/02/2015

Apresentação do Projeto:

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

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

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



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PIAUI - UFPI



Continuação do Parecer: 983.664

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

Objetivo da Pesquisa:

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

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

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

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



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PIAÚÍ - UFPI



Continuação do Parecer: 983.664

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

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

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

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

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

Recomendações:

Não se aplica

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

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

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



Continuação do Parecer: 983.664

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

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

TERESINA, 12 de Março de 2015

Assinado por:
Adrianna de Alencar Setubal Santos
(Coordenador)

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



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

Identificação do Tipo de Documento

- Tese
 Dissertação
 Monografia
 Artigo

Eu, Laudiane Jesus Rodrigues, autorizo com base na Lei Federal nº 9.610 de 19 de Fevereiro de 1998 e na Lei nº 10.973 de 02 de dezembro de 2004, a biblioteca da Universidade Federal do Piauí a divulgar, gratuitamente, sem ressarcimento de direitos autorais, o texto integral da publicação SÍFILIS CONGÊNITA: ANÁLISE DOS CASOS NOTIFICADOS NO MUNICÍPIO DE PICOS-PI de minha autoria, em formato PDF, para fins de leitura e/ou impressão, pela internet a título de divulgação da produção científica gerada pela Universidade.

Picos-PI 05 de Abril de 2016.

Laudiane Jesus Rodrigues
Assinatura

Laudiane Jesus Rodrigues
Assinatura
