UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

PAULA MARÍLIA AFONSO TORRES

Análise do tratamento da sífilis gestacional durante o pré-natal no município de Ribeirão Preto - SP

Ribeirão Preto
2022

PAULA MARÍLIA AFONSO TORRES

Análise do tratamento da sífilis gestacional durante o pré-natal no município de Ribeirão Preto - SP

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental.

Linha de pesquisa: O cuidar de adulto e idosos

Orientadora: Profª Draª Elucir Gir

Ribeirão Preto
2022

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Torres, Paula Marília Afonso

Análise do tratamento da sífilis gestacional durante o pré-natal no município de Ribeirão Preto - SP. Ribeirão Preto, 2022.

64 p.; il.; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Fundamental.

Orientador: Elucir Gir.

1. Sífilis. 2. Gravidez. 3. Terapêutica. 4. Cuidado Pré-Natal.

TORRES, Paula Marília Afonso

Análise do tratamento da sífilis gestacional durante o pré-natal no município de Ribeirão Preto - SP

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental.

Aprovada em: ____/____/____

Presidente

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

“O presente trabalho foi realizado com o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001. ”

Dedicatória

Aos meus pais, Marlene e Paulo pela minha vida e dedicação.

Ao meu filho Murilo, pelo carinho, amor e compreensão.

Ao meu esposo, Neimar, pelo incentivo e apoio.

Agradecimento especial

À Profa. Dra. Elucir Gir, pelo acolhimento, apoio e orientação durante minha trajetória na pós-graduação. Agradeço imensamente todo conhecimento oferecido. Minha eterna gratidão pela oportunidade.

À enfermeira Dra. Erika Aparecida Catoia pela parceria na construção do projeto, pela amizade, pela paciência, pelo incentivo e apoio sempre.

À Profa Dra. Mayra Gonçalves Menegueti pela disponibilidade e colaboração determinantes na construção da etapa metodológica e na análise dos resultados deste trabalho.

Agradecimentos

Agradeço em primeiro lugar a Deus, pela força e coragem durante esta caminhada.

Aos meus pais que sempre me ensinaram o valor da educação, da humildade, da perseverança e do trabalho.

Agradeço a todas as pessoas que direta ou indiretamente colaboraram para realização deste trabalho.

RESUMO

TORRES, P. M. A. **Análise do tratamento da sífilis gestacional durante o pré-natal no município de Ribeirão Preto - SP.** 2022. 64p. Dissertação (Mestrado) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2022.

Introdução: Apesar de ser uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST) milenar com avanços no diagnóstico e com tratamento eficaz, a eliminação da sífilis constitui um desafio mundial. A sífilis é considerada um grave e prioritário problema de saúde pública, pois, nas gestantes, a doença traz consequências severas como: abortamento, prematuridade, natimortalidade, manifestações congênitas precoces ou tardias e/ou morte do recém-nascido. A sífilis congênita e todos os desfechos adversos da doença durante a gestação podem ser evitados com triagem oportuna no pré-natal, tratamento adequado para o estágio da sífilis e o monitoramento do controle de cura. **Objetivo:** Analisar o tratamento e o seguimento pós tratamento para sífilis em gestantes diagnosticadas pela atenção básica, e os fatores associados ao tratamento adequado. **Método:** Trata-se de um estudo de coorte retrospectivo, realizado por meio de dados secundários, nos quais as gestantes foram acompanhadas desde o diagnóstico até a saída do serviço de pré-natal da atenção básica, que ocorre na 36ª semana de gestação no município de Ribeirão Preto – SP. Os dados foram coletados por meio de dois sistemas de informação, a saber: o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e o Sistema HYGIA. Para análise estatística dos dados foi utilizado o software STATA SE *version* 14. Todos os aspectos éticos foram contemplados. **Resultados:** Das 316 notificações incluídas no estudo, o tratamento adequado das gestantes ocorreu em 238 (75,3%) mulheres, sendo as variáveis idade (p=0,0406) e idade gestacional (p=0,007) associadas a esse tratamento. Houve 151 (58,8%) gestantes com a raça/cor não branca, 67 (35,5%) com ensino fundamental incompleto, a mediana de idade foi de 23 e 25 anos (respectivamente, tratamento adequado e não adequado), 98 (90%) sem trabalho formal, 230 (73%) com diagnóstico no primeiro trimestre da gestação e 273 (89%) com sífilis latente. Quanto ao seguimento pós tratamento, apenas 17 (5,3%) utilizaram os testes não treponêmicos da forma recomendada. Em 111 (35%) casos não houve tratamento da parceria sexual, sendo o motivo principal o fato do parceiro não ter tido mais contato com a gestante. **Conclusão:** Na análise do tratamento da sífilis gestacional durante o pré-natal verificou-se que a maioria das mulheres grávidas foram classificadas com o tratamento adequado, sendo esse associado a idade e idade gestacional. Apesar da maioria das gestantes terem feito pelo menos um teste não treponêmico no pós tratamento, somente uma pequena parcela das gestantes, realizaram o seguimento conforme recomendações. Identificou-se que o perfil sociodemográfico dessas gestantes corroboraram com os dados encontrados na literatura.

Palavras-chave: Sífilis. Gravidez. Terapêutica. Cuidado Pré-Natal.

ABSTRACT

TORRES, P.M.A**. Analysis of the treatment of gestational syphilis during prenatal care in the city of Ribeirão Preto – SP 2022**. 64p. Thesis (Master`s degree) Ribeirão Preto Nursing School, University of São Paulo, 2022.

Introduction: Despite being an ancient Sexually Transmitted Infection (STI) with advances in diagnosis and effective treatment, the elimination of syphilis is a global challenge. Syphilis is considered a serious and priority public health problem because, in pregnant women, the disease has severe consequences such as: abortion, prematurity, stillbirth, early or late congenital manifestations and/or death of the newborn. Congenital syphilis and all adverse disease outcomes during pregnancy can be avoided with timely prenatal screening, appropriate treatment for the stage of syphilis, and monitoring of cure control. **Objective:** To analyze the treatment and post-treatment follow-up for syphilis in pregnant women diagnosed by primary care, and the factors associated with adequate treatment. **Method:** This is a retrospective cohort study, carried out using secondary data, in which pregnant women were followed up from diagnosis until leaving the prenatal service of primary care, which occurs in the 36th week of pregnancy in the municipality. from Ribeirão Preto – SP. Data were collected through two information systems, namely: the Notifiable Diseases Information System (SINAN) and the HYGIA System. For statistical analysis of the data, the STATA SE version 14 software was used. All ethical aspects were considered. **Results:** Of the 316 notifications included in the study, adequate treatment of pregnant women occurred in 238 (75.3%) women, with the variables age (p=0.0406) and gestational age (p=0.007) associated with this treatment. There were 151 (58.8%) pregnant women with non-white race/color, 67 (35.5%) with incomplete primary education, the median age was 23 and 25 years (respectively, adequate and inadequate treatment), 98 (90%) without formal work, 230 (73%) diagnosed in the first trimester of pregnancy and 273 (89%) with latent syphilis. As for post-treatment follow-up, only 17 (5.3%) used non-treponemal tests as recommended. In 111 (35%) cases there was no treatment of the sexual partner, the main reason being the fact that the partner did not have more contact with the pregnant woman. **Conclusion:** In the analysis of the treatment of gestational syphilis during prenatal care, it was found that most pregnant women were classified as having adequate treatment, which was associated with age and gestational age. Although most pregnant women had at least one non-treponemal test after treatment, only a small portion of pregnant women performed the follow-up as recommended. It was identified that the sociodemographic profile of these pregnant women corroborated the data found in the literature.

Keywords: Syphilis. Pregnancy. Therapy. Prenatal care.

RESUMEN

TORRES, P. M. A. **Análisis del tratamiento de la sífilis gestacional durante el prenatal en el municipio de Ribeirão Preto - SP.** 2022. 64p. Disertació (Maestría) Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, 2022.

Introducción: A pesar de ser una Infección de Transmisión Sexual (ITS) milenaria con avances en el diagnóstico y tratamiento efectivo, la eliminación de la sífilis es un desafío mundial. La sífilis es considerada un problema de salud pública grave y prioritario debido a que, en las mujeres embarazadas, la enfermedad tiene graves consecuencias como: aborto, prematuridad, mortinatalidad, manifestaciones congénitas precoces o tardías y/o muerte del recién nacido. La sífilis congénita y todos los resultados adversos de la enfermedad durante el embarazo se pueden evitar con la detección prenatal oportuna, el tratamiento adecuado para la etapa de la sífilis y el seguimiento del control de la cura. **Objetivo**: Analizar el tratamiento y seguimiento postratamiento de la sífilis en gestantes diagnosticadas en atención primaria y los factores asociados a un tratamiento adecuado. **Método:** Se trata de un estudio de cohorte retrospectivo, realizado con datos secundarios, en el que las gestantes fueron seguidas desde el diagnóstico hasta la salida del servicio de prenatal de atención primaria, que ocurre en la semana 36 de gestación en el municipio de Ribeirão Preto – SP. Los datos fueron recolectados a través de dos sistemas de información, a saber: el Sistema de Información de Enfermedades de Declaración Obligatoria (SINAN) y el Sistema HYGIA. Para el análisis estadístico de los datos se utilizó el software STATA SE versión 14. Se consideraron todos los aspectos éticos. **Resultados:** De las 316 notificaciones incluidas en el estudio, el tratamiento adecuado de las gestantes ocurrió en 238 (75,3%) mujeres, con las variables edad (p=0,0406) y edad gestacional (p=0,007) asociadas a ese tratamiento. Hubo 151 (58,8%) gestantes de raza/color no blanca, 67 (35,5%) con instrucción primaria incompleta, la mediana de edad fue de 23 y 25 años (tratamiento adecuado e inadecuado respectivamente), 98 (90%) sin trabajo formal, 230 (73%) diagnosticadas en el primer trimestre del embarazo y 273 (89%) con sífilis latente. En cuanto al seguimiento postratamiento, solo 17 (5,3%) utilizaron pruebas no treponémicas como se recomienda. En 111 (35%) casos no hubo tratamiento de la pareja sexual, siendo la razón principal el hecho de que la pareja no tuvo más contacto con la gestante. **Conclusión:** En el análisis del tratamiento de la sífilis gestacional durante la atención prenatal, se encontró que la mayoría de las gestantes se clasificaron con tratamiento adecuado, lo que se asoció con la edad y la edad gestacional. Aunque la mayoría de las mujeres embarazadas se sometieron al menos a una prueba no treponémica después del tratamiento, solo una pequeña parte de las mujeres embarazadas realizó el seguimiento recomendado. Se identificó que el perfil sociodemográfico de estas gestantes corroboró los datos encontrados en la literatura.

Palabras clave: Sífilis. El embarazo. Terapia. Cuidado prenatal.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Tratamento e monitoramento de sífilis…….. 21
Quadro 2 - Variáveis utilizadas no estudo…… 31

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição das características das gestantes notificadas para sífilis. Ribeirão Preto, 2019 e 2020..... 36

Tabela 2 - Associação entres as variáveis qualitativas e o tratamento para sífilis gestacional. Ribeirão Preto, 2019 e 2020…….. 37

Tabela 3 - Associação entre as variáveis quantitativas e o tratamento para sífilis gestacional. Ribeirão Preto, 2019 e 2020……...… 38

Tabela 4 - Variáveis preditoras do tratamento adequado em gestantes com diagnóstico de sífilis, segundo modelo de regressão logística. Ribeirão Preto, 2019 e 2020…….....……. 39

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CMIA	Imunológico Quimioluminescente Magnético
CMSC	Centro Médico Social Comunitário
CSE	Centro de Saúde Escola
ELISA	*Enzyme-Linked Immunosorbent Assay*
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FTA - Abs	*Fluorescent Treponemal Antibody-Adsorption*
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HYGIA	Sistema de Gestão da Saúde Pública
MHA-TP	*Micro-Haemagglutination Assay for Treponema Pallidum*
OMS	Organização Mundial da Saúde
RPR	*Rapid Plasma Reagin*
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUS	Sistema Único de Saúde
TPHA-T	*Treponema Pallidum Haemagglutination Test*
TPPA-T	*Treponema Pallidum Particle Agglutination Assay - Test*
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UBDS	Unidade Básica Distrital de Saúde
UFTM	Universidade Federal do Triângulo Mineiro
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USR	*Unheated-Serum Reagin*
VDRL	*Venereal Disease Research Laboratory*
VE	Vigilância Epidemiológica

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO..... 16
1.1 Etiologia e patogenia..... 19
1.2 Referencial teórico..... 22
2 OBJETIVOS..... 25
2.1 Objetivos específicos..... 26
3 MATERIAL E MÉTODO..... 27
3.1 Delineamento do estudo..... 28
3.2 Local de estudo..... 28
3.3 População do estudo..... 29
3.3.1 Critérios de inclusão…… 29
3.3.2 Critérios de exclusão…… 29
3.4 Coleta de dados..... 29
3.4.1 Variáveis envolvidas no estudo..... 30
3.5 Análise dos dados..... 31
3.6 Aspectos éticos..... 32
4 RESULTADOS..... 33
5 DISCUSSÃO..... 40
6 CONCLUSÃO..... 48
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 50
REFERÊNCIAS..... 52
APÊNDICE..... 57
APÊNDICE - A..... 58
ANEXOS..... 60
ANEXO - A..... 61
ANEXO - B……..…..... 64

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

A sífilis é uma doença milenar causada pela bactéria *Treponema pallidum* de transmissão sexual e vertical durante a gestação (BRASIL, 2020). Segundo a estimativa da Organização Mundial da Saúde (OMS), a sífilis atinge, anualmente, cerca de 6,3 milhões de pessoas em todo o mundo e sua eliminação constitui-se um desafio mundial para os sistemas de saúde (BRASIL, 2021b).

No Brasil, na última década, observou-se aumento do número de notificações de casos de sífilis adquirida, sífilis gestacional e sífilis congênita, fato atribuído em parte, ao aprimoramento do sistema de vigilância e à ampliação na utilização de testes rápidos para triagem da doença (BRASIL, 2021b).

A Portaria n. º 33, publicada em 14 de julho de 2005, em seu artigo 1º, já dispunha que a sífilis na gestação é um agravo de notificação compulsória para fins de vigilância epidemiológica (MAGALHÃES *et al.*, 2011). Destaca-se que, em 2016, a sífilis foi declarada no país, um grave e prioritário problema de saúde pública (BRASIL, 2018). Deste modo, todos os casos de mulheres diagnosticadas com sífilis durante o pré-natal, parto e/ou puerpério devem ser notificados como sífilis em gestantes e não como sífilis adquirida, com o objetivo de diminuir a subnotificação dos casos em gestantes (BRASIL, 2017).

No ano de 2020, em todo o país, foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) 115.371 casos de sífilis adquirida; 61.441 casos de sífilis gestacional e 22.065 casos de sífilis congênita, com o óbito de 186 neonatos, atingindo uma taxa de mortalidade de 6,5/100 mil nascidos vivos (BRASIL, 2021a).

Entre 2005 a junho de 2020, foram notificados 449.981 casos de sífilis gestacional no país, sendo 45,3% dos casos residentes na região sudeste, 21,0% no nordeste, 14,7% na região sul, 10,3% na região norte e 8,7% no centro-oeste (BRASIL, 2021b). No estado de São Paulo, considerando o período de 2011 a 2020 (dados até 30/06/2021) foram notificados 80.957 casos de sífilis em gestantes (BRASIL, 2021a).

Até 2018, o Brasil teve um aumento progressivo na taxa de incidência da sífilis congênita, passando de 2,1 casos/1.000 nascidos vivos em 2009 para 9,0 casos/1.000 nascidos vivos em 2018 (BRASIL, 2021b). Já no ano de 2019 a taxa de incidência de sífilis congênita foi de 8,5 casos/1.000 nascidos vivos, chegando a 7,7 casos/1.000 nascidos vivos em 2020 (BRASIL, 2021b).

No município de Ribeirão Preto, entre os anos de 2010 a 2020 (dados até 28/08/2021),

foram notificados 1.377 casos de sífilis em gestantes e 488 casos de sífilis congênita. Foram registrados 6 óbitos por sífilis congênita no período. (RIBEIRÃO PRETO, 2021).

Nos Estados Unidos as taxas de sífilis em todos os estágios da doença tiveram um aumento importante, com destaque para os casos de sífilis congênita que em 2019 apresentou incremento de 279% em relação a 2015 (CENTERS FOR DISEASE AND PREVENTION, 2021).

Pesquisa desenvolvida na cidade de Suzhou (China), mostrou a tendência de aumento da sífilis entre mulheres grávidas e, com a falta de diagnóstico e/ou tratamento adequado, elevação significativa da sífilis congênita durante o período de 2015 a 2018. Segundo o estudo, a taxa de sífilis gestacional foi de 0,28% em 2018, superior à da China (0,24%) e do Mediterrâneo (0,06%), mas inferior à da Índia (0,78%) e América Latina (1,1%) (GONG *et al*., 2019).

Figueiredo *et al*. (2020), destacaram que as taxas de incidência da sífilis congênita por mil nascidos vivos aumentaram entre 2010 e 2017, passando de 2,4 para 8,6 casos. O mesmo ocorreu com as taxas de detecção de sífilis em gestante, passando de 3,5 para 17,2 casos por mil nascidos vivos.

O município de Foz do Iguaçu evidenciou elevação significativa de quatro vezes na taxa de detecção da sífilis gestacional, e aumento de 5,8 vezes de sífilis congênita entre os anos 2014 e 2018 (SILVA *et al.*, 2019). O mesmo estudo mostrou ainda que, no período de 2012 a 2016, houve elevação de 0,97% na taxa de prevalência da sífilis gestacional, de 4,73% de incidência da sífilis congênita, e a detecção de sífilis gestacional passou de 1,04 para 17, 9 casos para cada mil nascidos vivos e a de sífilis congênita, de 0,41 para 6,65 casos para cada mil nascidos vivos na 16ª Regional de Saúde (composta por 17 municípios do Paraná) (SILVA *et al*., 2019).

Em 2016 algumas capitais do nordeste (Teresina, Fortaleza, Natal, Recife, Maceió e Aracaju) e Porto Alegre (região sul) apresentaram taxas de incidência de sífilis congênita maiores do que as taxas de detecção da sífilis gestacional, inferindo a falta de diagnóstico da doença e tratamento adequado (BENZAKEN *et al.*, 2020). Deste modo, conforme asseveram Figueiredo *et al*. (2020, p 07, tradução nossa), “o aumento na capacidade de diagnóstico não representa, necessariamente, maior capacidade de tratamento em tempo adequado nem redução na incidência de sífilis congênita”.

A taxa de transmissão vertical intra útero da sífilis pode atingir 80%, sendo responsável por 300.000 mortes fetais e neonatais por ano no mundo, além de aumentar o risco de morte prematura em outras 215.000 crianças. (BRASIL, 2021b).

Ainda, são vários os desfechos para o recém-nascido, quando a gestante com sífilis não recebe adequado tratamento: aumento do risco de óbito fetal em até 21%, óbito neonatal, prematuridade, baixo peso ou malformações congênitas (SOARES *et al.*, 2017; PADOVANI, OLIVEIRA; PELLOSO, 2018).

1.1 Etiologia e patogenia

Considerando que a sífilis é uma doença curável, torna-se primordial para a prevenção da sífilis congênita a detecção precoce do agravo em gestantes e a oferta do tratamento oportuno.

A doença na gestação é transmitida via transplacentária e durante o parto vaginal se a mulher apresentar lesões sifilíticas, podendo ocorrer aborto, prematuridade, natimortalidade, manifestações congênitas precoces ou tardias e/ou morte do recém-nascido, quando não tratada ou tratada de forma inadequada. (BRASIL, 2020).

A sífilis é classificada em estágios que orientam o tratamento e o monitoramento:

Sífilis recente (primária, secundária e latente recente): até um ano de evolução.

Sífilis tardia (latente tardia e terciária): mais de um ano de evolução.

A **sífilis primária** apresenta-se na forma de cancro duro (úlcera genital), geralmente única e indolor, com duração de três a oito semanas, ocorrendo o desaparecimento das lesões mesmo sem tratamento (BRASIL, 2020).

Na sífilis **secundária** inicialmente ocorre uma erupção macular eritematosa pouco visível (roséola), principalmente no tronco e raiz dos membros. São comuns que as lesões cutâneas progridem para lesões papulosas eritemato-acastanhadas, que podem atingir a região plantar e palmar, com um colarinho de escamação característico, não pruriginosa. A sintomatologia desaparece em algumas semanas, independentemente de tratamento, trazendo a falsa impressão de cura (BRASIL, 2020).

A maioria do diagnóstico ocorre no estágio de **sífilis** latente, que se caracteriza por uma fase assintomática da doença.

Na **sífilis terciária** é comum o acometimento do sistema nervoso e sistema cardiovascular, além da pele, mucosas e ossos pela formação de gomas sifilíticas (tumorações com tendência a liquefação), podendo nessa fase causar desfiguração, incapacidade e até morte (BRASIL, 2020).

Os testes realizados para diagnóstico da sífilis são divididos em duas categorias: exames

diretos (feitos com amostras coletadas diretamente da lesão) e os testes imunológicos: os testes treponêmicos e testes não treponêmicos (BRASIL, 2020).

Os treponêmicos detectam anticorpos específicos produzidos contra os antígenos *T.pallidum* e são os primeiros a ficarem reagentes. Em 85% dos casos permanecem reagentes por toda a vida, mesmo após tratamento. Podem ser utilizados como primeiro teste ou teste complementar para o diagnóstico da sífilis. Existem vários tipos de testes treponêmicos: Testes Rápidos; Testes de hemaglutinação (TPHA - T. *Pallidum Haemagglutination Test*) e de aglutinação de partículas (TPPA - T. *Pallidum Particle Agglutination Assay test*); ensaios de micro hemaglutinação (MHA-TP-*Micro-Haemagglutination Assay)*; Teste de imunofluorescência indireta (FTA-Abs –*Fluorescent Treponemal Antibody-Absorption*); Ensaios imunoenzimáticos (como os testes ELISA - *Enzyme- Linked Immunosorbent Assay*) e suas variações, como os Ensaios Imunológico Quimioluminescente Magnético (CMIA) (BRASIL, 2020 p. 60).

Os testes não treponêmicos detectam anticorpos anticardiolipina, não específicos para os antígenos do *T. pallidum* e permitem a análise qualitativa e quantitativa, podendo ser utilizado para diagnóstico e também para o monitoramento da resposta ao tratamento e controle de cura (BRASIL, 2020).

Os testes não treponêmicos mais comumente utilizados no Brasil são o *Venereal Disease Research Laboratory* (VDRL), o *Rapid Plasma Reagin* (RPR) e o *Unheated-Serum Reagin* (USR) (BRASIL, 2020).

O conjunto de informações referentes aos dados clínicos, dados laboratoriais, histórico da doença e investigação de exposição, permitirá a avaliação diagnóstica e tratamento corretos. (BRASIL, 2020).

As gestantes com testes rápidos reagentes para sífilis devem ser consideradas como portadoras de sífilis até que prove o contrário. Na ausência de tratamento adequado, recente e documentado, deverão ser tratadas no momento da consulta. O atraso na indicação do tratamento, faz com que o profissional perca a oportunidade de evitar a transmissão vertical da sífilis (BRASIL, 2020).

Recomenda-se o tratamento imediato para sífilis recente, dos pacientes sintomáticos (sífilis primária e secundária) e suas parcerias sexuais (BRASIL, 2020).

Os esquemas de tratamento para sífilis de acordo com o estadiamento da doença, são apresentados no quadro a seguir.

Quadro 1 – Tratamento e Monitoramento de Sífilis

Estadiamento	Esquema terapêutico para gestante	Esquema terapêutico não gestante	Seguimento
Sífilis recente: sífilis primária, secundária e latente recente (com até um ano de evolução).	2 séries - Benzilpenicilina benzatina 2.400.000 UI – intramuscular, 1 vez/semana. Dose total de 4.800.000 UI.	1 série - Benzilpenicilina benzatina 2.400.000 UI – intramuscular, 1 vez/semana. Dose total de 2.400.000 UI. *Doxiciclina 100mg, 12/12h, VO, por 15 dias ou Ceftriaxona 1g, IV ou IM, 1vez/dia, por 8 a 10 dias.	Teste não treponêmico trimestral (em gestantes, o controle deve ser mensal)
Sífilis tardia: sífilis latente tardia (com mais de um ano de evolução) ou latente com duração ignorada e sífilis terciária.	3 séries - Benzilpenicilina benzatina 2.400.000 UI, intramuscular, 1x/semana. Dose total: 7.200.000 UI.	3 séries - Benzilpenicilina benzatina 2.400.000 UI, intramuscular, 1x/semana. Dose total: 7.200.000 UI. *Doxiciclina 100mg, 12/12h, VO, por 15 dias ou Ceftriaxona 1g, IV ou IM, 1vez/dia, por 8 a 10 dias.	Teste não treponêmico trimestral (em gestantes, o controle deverá ser mensal).
Neurosífilis	-	Benzilpenicilina cristalina 18-24 milhões UI, 1x/dia, EV, durante 14 dias. *Ceftriaxona 2h IV, 1x/dia, por 10 a 14 dias.	Exame de LCR de 6/6 meses até normalização.

Fonte: São Paulo (2016).
*Opções terapêuticas na impossibilidade de uso da penicilina.

A benzilpenicilina é a única opção eficaz para o tratamento da sífilis nas gestantes. A administração deste medicamento pode ser feita com segurança na atenção básica. A probabilidade de reação adversa às penicilinas, em especial as reações graves, é muito rara. As mulheres grávidas alérgicas a esse antibiótico devem ser dessensibilizadas em ambiente hospitalar e tratadas com a dose adequada da penicilina G benzatina (BRASIL, 2020).

O receio de reações adversas à penicilina por profissionais de saúde, tem facilitado o retardo do tratamento de pessoas com sífilis, colaborando para a manutenção da cadeia de transmissão da doença, inclusive entre as gestantes, consequentemente levando a sífilis congênita (BRASIL, 2020).

A penicilina é utilizada há mais de 70 anos e nenhum caso de resistência de *T. Pallidum* a esse medicamento foi relatado (LAGO,2016).

O seguimento pós tratamento deve ser realizado mensalmente nas gestantes e no restante da população a cada três meses com testes não treponêmicos, podendo ser interrompido após um ano de monitoramento, desde que seja descartado aumento da titulação o que configuraria reinfecção/reativação e necessidade de retratamento da pessoa e das parcerias sexuais (BRASIL, 2020).

1.2 Referencial Teórico

O município de Ribeirão Preto conta com protocolos e fluxogramas para assistência ao pré-natal e para o manejo da sífilis durante a gestação, desta forma, a presente pesquisa tem por referencial teórico o protocolo de pré-natal de risco habitual e o fluxograma para o manejo da sífilis na gestação adotado pela atenção básica do município.

A realização do pré-natal de baixo risco e o manejo da sífilis na gestação é de responsabilidade da atenção primária em saúde que realiza a triagem sorológica para sífilis e avaliação do tratamento indicado de acordo com os fluxogramas disponíveis. Além disso, é sua responsabilidade testar e tratar as parcerias sexuais, de forma concomitante, sempre que possível (RIBEIRÃO PRETO, 2016).

Destaca-se que o preenchimento da ficha de notificação para casos de sífilis na gestação e o monitoramento da realização do tratamento das gestantes e de seus parceiros também é de responsabilidade das unidades básicas de saúde que realizam o pré-natal.

As unidades básicas de saúde contam com a retaguarda da Vigilância Epidemiológica (VE) distrital para discussão dos casos, quando necessário. Cabe à VE monitorar o tratamento e o controle de cura mensal das gestantes (RIBEIRÃO PRETO, 2016).

Na primeira consulta de pré-natal realizada pelo enfermeiro são solicitados os exames para a gestante e ofertado ao parceiro a realização de exames sorológicos para o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), sífilis e hepatites virais B e C. Esses exames são colhidos, preferencialmente, no primeiro dia útil após a consulta de enfermagem. Os exames para sífilis devem ser solicitados no 1º, 2º e 3º trimestre de gestação (RIBEIRÃO PRETO, 2017).

A gestante deverá ser acompanhada mensalmente até a 32ª semana de gestação e quinzenalmente até a 36ª na unidade básica de saúde. Após a 36ª semana de gestação o acompanhamento será semanal na maternidade a qual foi agendada (Projeto Nascer) até a data

parto. Caso, por algum motivo não se consiga agendar a consulta na maternidade, a gestante deverá ser avaliada semanalmente na unidade de saúde (RIBEIRÃO PRETO, 2017). A partir do momento em que a gestante inicia o seguimento do pré-natal na maternidade de referência, o acesso aos exames e prescrições médicas realizadas não são mais disponibilizados no Sistema de Gestão da Saúde Pública (sistema HYGIA), ficando restrito ao hospital de seguimento da gestante.

Para o diagnóstico de sífilis gestacional é disponibilizado no município, testes imunológicos, a saber: teste treponêmico de quimiluminescência – Sífilis TP e teste não treponêmico de metodologia de floculação – o VDRL. Destaca-se ainda, a disponibilidade do teste rápido treponêmico nas unidades de saúde para realização na primeira consulta de pré-natal para gestantes vulneráveis (usuárias de drogas, em situação de rua, privadas de liberdade, profissionais do sexo e gestantes com atendimentos, predominantemente, em unidades de pronto atendimento) (RIBEIRÃO PRETO, 2019).

De acordo com o fluxograma para o manejo da sífilis, o primeiro teste a ser solicitado para investigação de sífilis será sempre o Sífilis TP – teste treponêmico de quimiluminescência e caso esse seja reagente, automaticamente será processado o VDRL (RIBEIRÃO PRETO, 2019).

Vale ressaltar que o município utiliza o fluxograma reverso para diagnóstico laboratorial, que consiste na abordagem reversa à convencional, sendo utilizado teste treponêmico automatizados como primeiro teste, seguido por um teste não treponêmico para a confirmação do diagnóstico. Caso ocorra discordância entre os resultados dos dois testes empregados, preconiza-se a utilização de um terceiro teste treponêmico, com metodologia diferente do primeiro para confirmação ou descarte do resultado. Todos os testes devem ser realizados em uma mesma amostra (BRASIL, 2020).

Em casos nos quais a sífilis é descartada na gestante, porém, identificada no parceiro, recomenda-se tratamento da gestante com penicilina G benzatina 4,8 milhões de UI. Nos casos de sífilis em gestante, com parceiro sem sífilis, uma dose de 2,4 milhões de UI de penicilina G benzatina é recomendada para o parceiro (RIBEIRÃO PRETO, 2019).

Os dados apresentados pelo Centro de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos da América (2021) corroboram com o fluxograma do município, recomendando o tratamento com 2,4 milhões de UI de penicilina G benzatina para os contatos sexuais.

Para o tratamento da gestante com sífilis primária, secundária e latente recente utiliza-se o esquema de penicilina G benzatina 4,8 milhões UI (2 séries de 2,4 milhões com intervalo

de 7 dias) e para o tratamento da sífilis latente tardia, terciária e tempo indeterminado, o esquema será de penicilina G benzatina 7,2 milhões UI (3 séries de 2,4 milhões com intervalo de 7 dias), de acordo com as recomendações do Programa Estadual de DST/AIDS de São Paulo, que concorda com algumas evidências que a terapia adicional é benéfica para estas mulheres (SÃO PAULO, 2016).

Alguns especialistas também recomendam o tratamento da sífilis recente em mulheres grávidas com pelo menos uma dose semanal de 2.400.000 UI de penicilina G benzatina por duas semanas, totalizando 4.800.000 UI de penicilina G benzatina , pois foi relatada falha de dose única de 2.400.000 UI para prevenir a transmissão vertical da sífilis. As três doses de 2.400.000 UI de penicilina G benzatina, totalizando 7.200.000 UI, ainda é o tratamento recomendado para sífilis com duração superior a um ano, duração desconhecida e também durante a gravidez (CLEMENT; OKEKE; HICKS, 2014).

A sífilis congênita e todos os desfechos adversos da sífilis durante a gestação podem ser evitados com triagem oportuna no pré-natal, tratamento adequado para o estágio da sífilis e o monitoramento do controle de cura. Apesar do avanço no acesso as ações de diagnóstico e tratamento da doença na atenção básica, diferentes países têm registrado aumento nas incidências de sífilis gestacional e congênita, desta forma, considerando a complexidade deste agravo, e a necessidade de incrementar intervenções preventivas e terapêuticas, justifica-se a importância da realização deste estudo.

2 OBJETIVOS

2. OBJETIVOS

Analisar o tratamento e o seguimento pós tratamento para sífilis em gestantes diagnosticadas pela atenção básica, e os fatores associados ao tratamento adequado.

2.1 Objetivos específicos

- ✓ Descrever o perfil sociodemográfico e clínico das gestantes notificadas com sífilis.
- ✓ Identificar as variáveis sociodemograficas (idade, raça/cor, escolaridade, ocupação) e clínicas (classificação da sífilis e idade gestacional) associadas ao tratamento adequado para sífilis.
- ✓ Descrever a realização de testes não treponêmicos no seguimento pós tratamento para sífilis nas gestantes.
- ✓ Associar o tratamento adequado com os exames de controle de cura (exames de monitoramento pós tratamento) realizado pelas gestantes notificadas.

3 MATERIAL E MÉTODO

3 MATERIAL E MÉTODO

3.1 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo de coorte retrospectivo, realizado por meio de dados secundários, nos quais as gestantes foram acompanhadas desde o diagnóstico da sífilis realizado pelo serviço de atenção primária à saúde até a saída, na 36ª semana de gestação, para seguimento do pré-natal na maternidade.

3.2 Local do estudo

O presente estudo foi realizado no município de Ribeirão Preto, localizado a noroeste do estado de São Paulo, distante 313 Km da capital, e que possui uma população estimada em 720.116 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2021).

O município é dividido em cinco regiões sanitárias de saúde com áreas e populações definidas a partir de aspectos geográficos, econômicos e sociais, que agrupam unidades de saúde e outros equipamentos sociais. A distribuição destes serviços em distritos visa ofertar à população do município o acesso ao atendimento à saúde em serviços de maior proximidade com o bairro de residência (RIBEIRÃO PRETO, 2021).

Dos cinco distritos de saúde existentes no município, quatro deles contam com uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) voltadas para o atendimento médico de urgência durante vinte quatro horas, além de Unidades Básicas de Saúde (UBS), Unidades com Estratégia de Saúde da Família (ESF) e Centros de Saúde Escola (CSE), sob gestão de universidades, que realizam, dentre outros, o pré-natal de baixo risco. Destaca-se que na rede pública do município o pré-natal de alto risco é realizado no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (RIBEIRÃO PRETO, 2021).

O município tem ainda unidades secundárias de saúde, com diferentes especialidades médicas, além de maternidades e uma ampla rede médico hospitalar pública e privada. Os cinco distritos de saúde são denominados por: Distrito Norte, que possui uma UPA, oito UBS e três ESF; Distrito Sul: uma UPA, três UBS e uma ESF; Distrito Leste: uma UPA, uma UBDS, cinco UBS e uma ESF; Distrito Oeste: uma UPA, um Centro Médico Social Comunitário (CMSC), um CSE, sete UBS e dez ESF e Distrito Central: uma UBDS, um CSE e três UBS (RIBEIRÃO PRETO, 2021).

Cada um dos distritos de saúde possui uma base da Vigilância Epidemiológica que, entre outras atribuições, é referência às unidades de saúde no que tange aos agravos e doenças de interesse para saúde pública e de notificação compulsória, dentre elas, a sífilis gestacional (RIBEIRÃO PRETO, 2019a).

A Rede de Atenção à Saúde municipal possui retaguarda laboratorial, de exames de imagem (ultrassonografia), radiológico e eletrocardiográfico. O município conta com laboratórios conveniados e um laboratório municipal, o qual é responsável, dentre outros, pela realização dos exames sorológicos durante o pré-natal para o diagnóstico do HIV, sífilis, hepatites B e C e toxoplasmose (RIBEIRÃO PRETO, 2019b).

3.3. População do estudo

Gestantes notificadas para sífilis e residentes no município de Ribeirão Preto.

3.3.1 Critérios de inclusão

Gestantes notificadas para sífilis em 2019 e 2020 no SINAN, residentes em Ribeirão Preto e que realizaram o pré-natal na atenção básica de saúde do município.

3.3.2 Critérios de exclusão

Gestantes privadas de liberdade.

Gestantes notificadas no momento do parto e/ou puerpério.

Gestantes que realizaram o pré-natal na rede suplementar.

Gestantes onde não foi identificado a data do parto ou aborto.

3.4. Coleta de dados

Os dados referentes aos anos de 2019 e 2020 foram coletados por meio de dois sistemas de informação, a saber: o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e o sistema HYGIA.

Os dados do SINAN foram obtidos por meio da exportação das informações no próprio sistema, que fornece todos os dados digitados da ficha de notificação de sífilis em gestantes em uma planilha do Microsoft® Excel.

Os dados coletados do sistema HYGIA, por meio de um instrumento de coleta de dados elaborado pela pesquisadora (APÊNDICE A), foram organizados, digitados e armazenados na mesma planilha no Microsoft® Excel que já continha os dados do SINAN. Em seguida, fez-se a segunda digitação dos dados coletados do sistema HYGIA, para fins de validação interna, visando diminuir eventuais erros de digitação.

Após a validação da planilha, os dados foram importados e analisados por meio do software *STATA SE*, *version* 14.

Destaca-se que o HYGIA se divide em módulos que interligam todas as unidades da rede de atenção à saúde municipal. Os módulos do HYGIA abrangem agendamento de consultas, atendimento médico, de enfermagem, psicológico, social, assistência farmacêutica, vacinação, solicitação de exames, encaminhamentos para especialidades e regulação hospitalar, resultados de exames, dentre outros (RIBEIRÃO PRETO, 2019c).

O SINAN é alimentado, por meio da notificação e investigação de doenças e agravos que constam na lista nacional, por meio da Portaria Ministerial nº 4 de 28 de Setembro de 2017, das doenças e agravos de notificação compulsória em todo território nacional, destaca-se que ainda é facultado a estados e municípios incluir outros agravos de saúde considerados relevantes, no âmbito epidemiológico (BRASIL, 2019).

O SINAN tem como objetivo, entre outros, coletar, transmitir e disseminar dados gerados pelo sistema de vigilância epidemiológica em todas as esferas do governo, através de uma rede informatizada, que viabiliza o processo de investigação e subsidia a análise das informações, auxiliando no planejamento de políticas públicas de saúde e organização do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2019).

3.4.1 Variáveis envolvidas no estudo

No presente estudo, as variáveis foram divididas em seções, a saber: I – Dados sociodemográficos; II - Dados clínicos e laboratoriais e III – Dados sobre o tratamento, disposto no quadro 2, a seguir:

Quadro 2 - Variáveis utilizadas no estudo

Seção	Variável
I Dados Sociodemográficos	Raça/cor Idade Escolaridade Ocupação
II Dados Clínicos e Laboratoriais	Classificação clínica da sífilis Idade gestacional Resultado do teste não treponêmico no diagnóstico Realização do teste não treponêmico para controle de cura
III Dados sobre Tratamento	Data de início do tratamento Realização do tratamento pela gestante Tratamento concomitante do parceiro da gestante Motivo para a não realização do tratamento do parceiro

Fonte: Elaborado pela autora (2022).

3.5 Análise dos dados

Para análise estatística descritiva dos dados foi utilizado o software *STATA SE, version* 14.

Para as variáveis quantitativas foram calculados a mediana e os valores máximo e mínimo.

A variável dependente foi a de tratamento adequado. Esta variável foi dicotomizada em sim ou não, sendo que foi considerado tratamento adequado: o tratamento completo para o estágio clínico da sífilis com penicilina benzatina e iniciado até 30 dias antes do parto (BRASIL, 2017).

Na análise univariada, para comparação das variáveis qualitativas com a variável dependente foi utilizado o teste exato de Fisher. Para análise de associação entre as variáveis quantitativas foi utilizado o teste *Mann Whitney*, já que as variáveis não seguiram uma distribuição normal pelo teste de *Kolmogorov-Smirnoff*. Sequencialmente foi desenvolvido um modelo de regressão logística, sendo que foram inseridas no modelo final as variáveis que apresentaram na análise univariada p valor menor que 0,20. Para todas as análises foi adotado

nível de significância $\alpha \leq= 0,05$.

Para análise do seguimento pós tratamento utilizamos o monitoramento mensal com teste não treponêmico, o VDRL, que tem como objetivo descartar a reinfecção e a necessidade de retratamento da gestante.

3.6 Aspectos éticos

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, nº do Parecer CAAE: 35220820.6.0000.5393 (ANEXO A).

A pesquisa, bem como a inserção do pesquisador no local de estudo, foi devidamente autorizada pela Secretaria Municipal de Saúde, com concordância do chefe da Divisão de Vigilância Epidemiológica e a Coordenação do Programa de Atenção à Saúde da Mulher (ANEXO B).

Considerando que se trata de um estudo retrospectivo com dados secundários, a partir do levantamento de dados dos sistemas HYGIA e SINAN, foi solicitado dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Destaca-se que o presente estudo ofereceu risco mínimo aos participantes da pesquisa e refere-se à possibilidade de quebra de sigilo das informações coletadas. No entanto, com objetivo de minimizar tal risco, os dados foram coletados exclusivamente pela pesquisadora principal do estudo em locais reservados. Além disso, não houve identificação nominal das gestantes envolvidas na pesquisa, pois foi adotado um código alfanumérico para a tabulação dos dados.

4 RESULTADOS

4 RESULTADOS

Em Ribeirão Preto, nos anos de 2019 e 2020, foram notificados, no SINAN, 413 casos de sífilis em gestantes (176 casos em 2019 e 237 em 2020). Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão foram selecionados para a análise 316 notificações, sendo os motivos da exclusão: 27 notificações realizadas pelo hospital no momento do parto e/ou aborto; 24 notificações com residência em outro município; 15 notificações onde não foi possível localizar a data do parto; 13 notificações de gestantes que fizeram o pré-natal na rede suplementar; nove duplicidades entre os dois anos do estudo; cinco notificações de cicatriz sorológica; duas notificações de casos falso positivo; uma sífilis adquirida notificada como sífilis em gestante e uma notificação de gestante privada de liberdade.

A maioria das gestantes notificadas para sífilis (73,0%) estavam no primeiro trimestre de gestação e apenas uma ficha apresentou esse campo como ignorado/branco.

Houve predominância da raça/cor não branca (58,8%), sendo que em 59 (18,6%) fichas esse campo foi preenchido como ignorado ou estava em branco, prejudicando a qualidade dos dados.

Quando analisado à escolaridade com a variável dependente, não se observou diferenças importantes entre o ensino fundamental incompleto (35,5%) e ensino fundamental completo (34,4%). Temos que considerar que 40,2% das notificações, esse campo constava como ignorado/branco, sendo a segunda variável menos preenchida nas fichas de notificação.

Em relação à ocupação das gestantes notificadas, 90% foram classificadas sem trabalho formal, sendo que para essa classificação a categoria dona de casa foi predominante. Identificou-se que 207 (65,5%) fichas de notificação de sífilis em gestante estavam com o campo ocupação em branco, assumindo o primeiro lugar da variável menos preenchida pelos profissionais da saúde no município.

Ressalta-se que 273 (89%) gestantes foram classificadas com sífilis latente e, em apenas seis fichas esse campo estava em branco ou preenchido como ignorado.

Das 316 gestantes incluídas no estudo, 269 (85,1%) receberam tratamento para sífilis com o esquema de 7.200.000 UI de penicilina G benzatina, seis (1,9%) receberam tratamento com esquema de 4.800.000 UI de penicilina G benzatina, duas (0,6%) gestantes com 2.400.000 UI de penicilina G benzatina, uma (0,4%) gestante recebeu o esquema de tratamento com 9.600.000UI de penicilina G benzatina. Destaca-se que seis (1,9%) gestantes não efetivaram o tratamento e das 32 (10,1%) que fizeram inicialmente de forma incompleta, 14 (43,8%)

utilizaram um novo tratamento com 7.200.000 UI de penicilina G benzatina;13 (40,6%) gestantes não efetuaram novo tratamento para sífilis e cinco (15,6%) que iniciaram novo tratamento, o interromperam novamente.

O estudo revelou 238 (75,3%) gestantes com tratamento adequado para a sífilis, conforme definição contida na Nota Informativa do Ministério da Saúde Nº 2/2017.

Verificou-se que, das gestantes tratadas adequadamente, 232 (97,5%) procederam o tratamento com esquema de 7.200.000 UI de penicilina G benzatina, cinco (2,1%) com esquema de 4.800.000 UI de penicilina G benzatina, uma (0,4%) com 9.600.000 UI de penicilina G benzatina.

Em relação ao seguimento pós tratamento, 252 (79,7%) gestantes fizeram pelo menos um teste não treponêmico, 189 (59,8%) dois testes não treponêmicos, 100 (31,6%) gestantes com três testes não treponêmicos, 41 (12,9%) com quatro testes não treponêmicos, 13 (4,1%) gestantes com cinco testes não treponêmicos e 4 (1,2%) com seis testes não treponêmicos. Das 316 gestantes, apenas 17 (5,3%) utilizaram os testes não treponêmicos de forma recomendada, ou seja, mensalmente.

O tratamento concomitante do parceiro foi realizado em 140 (44,3%) casos notificados, 149 (47,2%) não foram tratados concomitantemente e 27 (8,5%) esse campo foi preenchido como ignorado/branco.

Teve ainda 111 (35%) parceiros identificamos com tratamento ‘não realizado’. Entre os motivos para ausência do tratamento, teve 36 (32,4%) parceiros que não tiveram mais contato com a gestante; 18 (16,2%) apresentaram sorologia não reagente para sífilis; 17 (15,3%) fichas preenchidas como outro motivo; 16 (14,5%) foram convocados, mas não compareceram para tratamento; três (2,7%) parceiros foram comunicados, porém se recusaram a tratar, um (0,9%) não foi comunicado/convocado pela unidade de saúde para tratamento e 20 (18%) fichas de notificação como ignorado/branco.

Na tabela 1, é possível observar as características sociodemográficas e clínicas das gestantes com sífilis.

Tabela 1 – Distribuição das características das gestantes notificadas para sífilis. Ribeirão Preto, 2019 e 2020

Características	N	%
Faixa Etária (em anos)		
10 a 19	71	22,5
20 a 29	178	56,3
30 a 39	55	17,4
40 ou mais	12	3,8
Raça/Cor		
Branca	106	33,5
Não branca	151	47,8
Ignorado	59	18,7
Escolaridade		
Analfabeto	1	0,3
Ensino fundamental incompleto	67	21,2
Ensino fundamental completo	65	20,6
Ensino médio completo	56	17,7
Ignorado	127	40,2
Ocupação		
Sem trabalho formal	98	31,0
Com trabalho formal	11	3,5
Ignorado	207	65,5
Idade Gestacional		
1º Trimestre	230	72,8
2º Trimestre	55	17,4
3º Trimestre	30	9,5
Ignorado	1	0,3
Classificação Clínica		
Sífilis Primária	27	8,5
Sífilis Secundária	4	1,3
Sífilis Terciária	3	1,0
Sífilis Latente	276	87,3
Ignorado	6	1,9

Fonte: elaborado pela autora (2022).

A análise de associação entre as variáveis qualitativas e a variável dependente, são apresentadas na tabela 2.

Tabela 2 – Associação entres as variáveis qualitativas e o tratamento para sífilis gestacional. Ribeirão Preto, 2019 e 2020

Variáveis	Tratamento Adequado				Total		*p*
	SIM		NÃO				
	n	%	n	%	n	%	
Idade Gestacional							
1º Trimestre	179	75,5	51	65,4	230	73,0	0,007
2º Trimestre	43	18,2	12	15,4	55	17,5	
3º Trimestre	15	6,3	15	19,2	30	9,5	
Total	**237**	**100,0**	**78**	**100,0**	**315**	**100,0**	
Raça/Cor							
Branca	84	42,4	22	37,3	106	41,2	0,548
Não Branca	114	57,6	37	62,7	151	58,8	
Total	**198**	**100,0**	**59**	**100,0**	**257**	**100,0**	
Escolaridade							
Analfabeto	0	0	1	2,3	1	0,5	0,244
Ensino fundamental incompleto	54	37,3	13	29,5	67	35,5	
Ensino fundamental completo	47	32,4	18	41,0	65	34,4	
Ensino médio completo	44	30,3	12	27,2	56	29,6	
Total	**145**	**100,0**	**44**	**100,0**	**189**	**100,0**	
Ocupação							
Sem trabalho formal	81	88,0	17	100,0	98	90,0	0,208
Com trabalho formal	11	12,0	0	0,0	11	10,0	
Total	**92**	**100,0**	**17**	**100,0**	**109**	**100,0**	
Classificação clínica							
Sífilis Primária	22	9,4	5	6,7	27	8,7	0,209
Sífilis Secundária	4	1,7	0	0	4	1,3	
Sífilis Terciária	1	0,4	2	2,7	3	1,0	
Sífilis Latente	208	88,5	68	90,6	276	89,0	
Total	**235**	**100,0**	**75**	**100,0**	**310**	**100,0**	

Fonte: elaborado pela autora (2022).

No presente estudo houve associação entre a variável idade (p= 0,0406) e idade gestacional (p= 0,007) com o tratamento adequado para sífilis. Não houve associação estatisticamente significativa entre as demais variáveis do estudo com o tratamento adequado para sífilis.

A análise de associação entre as variáveis quantitativas e a variável dependente são

apresentadas na tabela 3.

Tabela 3 – Associação entre as variáveis quantitativas e o tratamento para sífilis gestacional. Ribeirão Preto, 2019 e 2020

Variáveis	Tratamento Adequado				*p*
	SIM		NÃO		
	n	Mediana	n	Mediana	
Tempo entre diagnóstico e início de tratamento em dias	238	9	72	6	0,0741
Idade em anos	238	23	78	25	0,0406
VDRL diagnóstico (valor)	163	1/16	57	1/16	0,5516
1º VDRL no controle de cura pós tratamento (valor)	128	1/4	31	1/4	0,8544
2º VDRL no controle de cura pós tratamento (valor)	84	1/4	19	1/2	0,5314
3º VDRL no controle de cura pós tratamento (valor)	53	1/2	10	1/2	0,1824
4º VDRL no controle de cura pós tratamento (valor)	28	1/2	4	1/2	0,6970

Fonte: elaborado pela autora (2022).

Quando analisado o tempo entre o diagnóstico e início de tratamento, a mediana foi de 9 dias para as gestantes com tratamento adequado e de 6 dias para as gestantes com tratamento não adequado, para essa análise seis gestantes não foram consideradas pois não iniciaram o tratamento prescrito. Não foi evidenciado associação com a variável dependente.

A mediana da idade das mulheres grávidas no grupo do tratamento adequado foi de 23 anos e no grupo de tratamento não adequado de 25 anos. A variável idade apresentou associação com o tratamento adequado para sífilis.

Em relação ao resultado do VDRL no diagnóstico da doença, a mediana foi de 1/16 em ambos os grupos, sendo que para essa análise, foram consideradas 220 fichas de notificação que apresentaram no valor do exame o resultado quantitativo.

A mediana do resultado do primeiro VDRL do monitoramento de controle de cura pós tratamento, tanto das gestantes tratadas adequadamente como das tratadas inadequadamente foi de 1/4. Quando analisado os exames seguintes do monitoramento de controle de cura (2º, 3º e 4º VDRL) os valores apresentam queda de um título, passando de 1/4 para 1/2, com exceção do terceiro resultado de VDRL no grupo das gestantes com tratamento adequado, que se

manteve em 1/4.

Os dados referentes às variáveis preditoras do tratamento adequado em gestantes, estão descritos na tabela 4.

Tabela 4 – Variáveis preditoras do tratamento adequado em gestantes com diagnóstico de sífilis, segundo modelo de regressão logística. Ribeirão Preto, 2019 e 2020

Variáveis	**Odds Ratio**	**P>z**	**IC *(95%)**
Idade gestacional	1,65	0,011	1,12 - 2,45
Idade	1,04	0,032	1,00 - 1,09
Tempo entre diagnóstico e início de tratamento em dias	0,99	0,345	0,96 - 1,01

*Intervalo de confiança.
Fonte: elaborado pela autora (2022).

No modelo de regressão logística, as variáveis idade e idade gestacional se associaram ao tratamento adequado para sífilis. As mulheres mais jovens tiveram mais chance de realizarem o tratamento adequado em relação às mulheres mais velhas. E quando analisamos a idade gestacional, as mulheres com diagnóstico no primeiro e segundo trimestre tiveram mais chances de realizarem tratamento adequado para sífilis quando comparadas com as gestantes com diagnóstico no terceiro trimestre.

5 DISCUSSÃO

5 DISCUSSÃO

Observou-se neste estudo o aumento de 28% nos casos notificados de sífilis em gestantes entre o ano de 2019 e 2020. Destaca-se que tal resultado pode ser atribuído a diversos elementos, dentre estes, uma melhoria na qualidade das notificações; aumento da adesão das gestantes ao pré-natal; sensibilização dos profissionais para o preenchimento das fichas de notificação e/ou melhoria da oferta de exames.

Estudos nacionais e internacionais mostraram um perfil sociodemográfico comum às mulheres mais acometidas pela sífilis na gestação, sendo este, predominante de adolescentes e mulheres jovens, com pouca escolaridade, residentes na zona urbana e com baixa renda familiar, de forma geral, inferior à um salário-mínimo (CAMPOS *et al*., 2010; FRANÇA *et al*., 2015; CAVALCANTE, PEREIRA; CASTRO, 2017; ZHU *et al.*, 2010; SILVA-CHÁVARRO; BOIS-MELLI, 2017). Destaca-se que as características individuais e as condições sociais destas gestantes são agravadas para o risco de sífilis quando somadas à falta de acesso aos serviços de saúde.

O presente estudo identificou que a maioria das gestantes se declararam de cor não branca, com ensino fundamental incompleto, tendo como mediana de idade 23 e 25 anos, respectivamente para tratamento adequado e tratamento não adequado e sem trabalho formal, em sua maioria, donas de casa, estudantes ou desempregadas. Evidencia-se semelhanças no perfil sociodemográfico identificado no presente estudo com os dados nacionais.

De acordo com o boletim epidemiológico do país, a maior proporção das gestantes (52,7%) eram pardas; 56,4% encontravam-se na faixa etária de 20 a 29 anos e 22,7% tinham ensino fundamental incompleto (BRASIL, 2021b).

O estudo de Soares *et al*. (2017) e Padovani, Oliveira e Pelloso (2018) revelaram que a maioria das gestantes (75%) com sífilis exercia um trabalho informal, sem renda fixa e/ou ocupavam-se dos afazeres do lar.

Com relação ao perfil clínico, a maioria das gestantes foram classificadas como tendo sífilis latente. O perfil clínico e sociodemográfico encontrados neste estudo, ainda foram semelhantes ao identificado em outros estudos nacionais (SOARES *et al.*, 2017; PADOVANI; OLIVEIRA; PELOSO, 2018).

Torres *et al*. (2019) realizaram um estudo no hospital universitário em Minas Gerais com gestantes diagnosticadas com sífilis e identificaram que a mediana da idade destas gestantes foi de 23 anos e estas foram classificadas com sífilis latente.

Cabe ressaltar que, considerando o aumento do risco de transmissão vertical da sífilis a depender do estágio da infecção materna (GONG *et al*., 2019) e que este determina qual o tratamento a ser indicado, é imprescindível que o profissional evite erros de interpretação ao classificar, de forma equivocada, a sífilis na gestação, enquanto, primária, secundária, terciária e/ou latente, podendo, desta forma, induzir a um tratamento inadequado. Sendo assim, quando não for possível determinar o exato estágio de evolução da doença, a gestante deve ser considerada com sífilis de duração ignorada, sendo preconizado, o tratamento com três doses de penicilina benzatina (CAVALCANTE; PEREIRA; CASTRO, 2017).

Na fase primária da doença, a taxa de transmissão vertical pode atingir 100% se não tratada ou tratada de forma inadequada, devido a quantidade de treponemas circulantes, exigindo assim maior cuidado no acompanhamento e tratamento dessa mulher (REZENDE; BARBOSA, 2015).

Revelou-se ainda que a sífilis foi na maioria das gestantes diagnosticada no primeiro trimestre da gestação e, considerando que, eventos adversos na gestação estão relacionados a fase da infecção e à idade gestacional de exposição do feto ao agente etiológico podendo acarretar piores desfechos, o diagnóstico e tratamento oportuno da sífilis na gestação torna-se importante. Desta forma, o pré-natal realizado na atenção básica é um fator determinante no cuidado ofertado pelas equipes de saúde às gestantes e constitui um momento chave para o adequado manejo das infecções passíveis de transmissão vertical (NUNES *et al*., 2018), dentre as quais a sífilis.

No que se refere ao período gestacional no diagnóstico, houve semelhança com os dados nacionais, com a maior proporção das gestantes (41,8%) diagnosticadas no primeiro trimestre da gestação (BRASIL,2021b). Do mesmo modo, outros estudos nacionais, mostraram a maioria das gestantes com diagnóstico da doença no primeiro trimestre de gestação (SOARES *et al*., 2017; PADOVANI; OLIVEIRA; PELOSO,2018; MASCHIO-LIMA *et al.*, 2019).

Diferente do estudo de Anugulruengkitt *et al*. (2019), realizado na Tailândia, onde 36% das mulheres tiveram o diagnóstico no terceiro trimestre da gravidez, com a minoria realizado no primeiro trimestre (16%). O atraso ou ausência de pré-natal foram as causas identificadas em gestantes com tratamento não adequado (41%), sendo que o diagnóstico tardio pode ter contribuído para esse fato.

Do mesmo modo, Cavalcante, Pereira e Castro (2017) observaram uma elevada frequência do diagnóstico de sífilis no 2º e 3º trimestres da gestação, "possivelmente relacionada ao (i) momento tardio quando as gestantes geralmente procuram o pré-natal e à (ii)

baixa sensibilidade e qualidade da assistência à gestante" (CAVALCANTE; PEREIRA; CASTRO, 2017, p.258) Isso levanta a preocupação sobre o prognóstico da sífilis, pois quanto mais cedo for diagnosticada e tratada, melhor será o resultado para o feto (FRANÇA *et al*., 2015).

Wan *et al*. 2020 trazem que quanto maior o período gestacional, menor a proporção das mulheres tratadas adequadamente, sendo que 85% das gestantes com o tratamento adequado, iniciaram o mesmo no primeiro trimestre (≤12 semanas).

Apesar da maior mediana de dias (9 dias) entre o diagnóstico e início de tratamento das gestantes ter sido encontrada nas tratadas adequadamente, esse fator não mostrou associação com a variável dependente

Mullick, Beksinksa e Msomi (2005) evidenciaram que 81% das mulheres grávidas levaram 14 dias para iniciarem o tratamento, com média de 34 dias.

Embora, nesse estudo, o tratamento das gestantes com sífilis tenha sido classificado como adequado em 75% das notificações, é importante destacar que parte das gestantes não fizeram o tratamento ou este foi efetuado de forma inadequada, podendo trazer desfechos desfavoráveis ao feto, como identificado no estudo transversal, retrospectivo de Guimarães *et al*. (2020) que avaliou as notificações do SINAN de sífilis congênita entre 2010 a 2016, e verificou que a ausência do tratamento e/ou o tratamento inadequado de gestantes com sífilis acarretou em 20% e 14,9% de perdas fetais ou óbito por sífilis congênita, respectivamente.

Diferente do estudo de Lima *et al.* (2017), onde 115 (96,6%) gestantes com o pré-natal e 74 (62,1%) com diagnóstico da sífilis na gestação, apenas oito (6,7%) executaram o tratamento adequadamente.

De acordo com o Ministério da Saúde, 56,5% das gestantes com sífilis receberam tratamento inadequado, 27,3% não receberam nenhum tratamento, 12,1% dos casos foram ignorados e apenas 4,1% receberam tratamento adequado (BRASIL, 2016). Consta na Nota Informativa do Ministério da Saúde Nº 2 – SEI / 2017 que o tratamento adequado para sífilis é todo tratamento completo para o estágio clínico da sífilis com penicilina G benzatina, e iniciado até 30 dias antes do parto (BRASIL, 2017).

Na pesquisa desenvolvida no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), 92 (34,2%) mulheres que fizeram o tratamento de forma adequada, apresentaram menores taxas de sífilis congênita (23,9%) quando comparadas às que não foram tratadas (35,1%) (TORRES *et. al.*, 2019).

No recorte temporal entre 2007 e 2017 na microrregião de Guanambi-BA, por meio do levantamento de registros dos casos confirmados de sífilis congênita no SINAN, mais da metade das gestantes (56%) tiveram o tratamento inadequado ou não fizeram (ALMEIDA *et al.*, 2019). Semelhança com o estudo desenvolvido em Porto Velho/RO, com os 198 casos notificados de sífilis em gestantes, em que o tratamento materno foi considerado inadequado em 109 (55,05%) casos (MOREIRA *et al.*, 2017), diferente dos achados dessa pesquisa.

Destaca-se aqui os resultados do estudo de Maschio-Lima *et al.* (2019) que revelaram que o tratamento das gestantes com sífilis, residentes em São José do Rio Preto/SP, no período de 2007 a 2016, foi considerado inadequado ou não realizado em 94% das ocorrências.

A falta de tratamento ou tratamento inadequado da sífilis durante a gravidez é grave para criança, e esses resultados dependem do estágio da sífilis e da idade gestacional da mulher, que podem levar a prematuridade, aborto, natimorto e morte neonatal (BOTELHO *et al.*, 2016).

Em relação à prevenção da sífilis congênita torna-se importante que, durante o pré-natal, além da gestante, a parceria sexual também realize o tratamento, preferencialmente, de forma concomitante à gestante. Importa considerar que existe alto risco de reinfecção para as gestantes não tratadas concomitantemente aos seus parceiros. Mesmo as diretrizes que não incluem esse critério para definição de caso de sífilis congênita, recomendam que os parceiros sexuais com testes negativos sejam tratados (MUACEVIC; ADLER, 2016).

O estudo identificou que 140 (44,3%) dos parceiros foram tratados concomitantemente a gestante e em 111 (35%) casos, não houve tratamento da parceria sexual. Embora, um dos motivos tenha sido a ausência do contato entre parceiro e a gestante, houve casos em que a ausência do tratamento foi a de que o parceiro apresentava resultado sorológico para sífilis não reagente. De acordo com o fluxograma municipal de manejo clínico da sífilis em gestantes e o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis do Ministério da Saúde, há indicação de tratamento com prescrição de 2.400.000 UI de penicilina G benzatina para os parceiros com sorologia não reagente (BRASIL, 2020; RIBEIRÃO PRETO, 2019).

Os estudos nacionais mostram que, dentre os motivos para a não realização do tratamento dos parceiros, destacam-se: baixa adesão aos serviços de saúde, justificado por questões empregatícias e falta de conhecimento acerca da importância do tratamento para saúde da criança e da parceira; o fato de o parceiro não ter mais contato com a gestante; falta de local de referência para tratamento e, a não indicação do tratamento pelo serviço de saúde (FRANÇA *et al*., 2015; SOARES *et al*., 2017; MASCHIO-LIMA *et al*., 2019).

A incidência de tratamento das parcerias sexuais (65%) no presente estudo foi maior que de outros estudos nacionais que apontam uma baixa incidência de tratamento dos parceiros das gestantes com sífilis. Segundo Soares *et al*. (2017), pesquisas estimam que, no Brasil, apenas 12% dos parceiros recebam tratamento. O estudo de Cavalcante, Pereira e Castro (2017) mostrou que do total de gestantes com sífilis, residentes em Palmas (TO), que realizaram o pré-natal, no período de 2007 a 2014, 83,0% não tiveram seus parceiros tratados.

Embora a pesquisa de França *et al*. (2015) desenvolvida em Campina Grande (PB), tenha indicado um aumento expressivo da adesão ao pré-natal e, por sua vez, no diagnóstico precoce da sífilis na gestação, o estudo mostrou que o tratamento das gestantes e de seus parceiros ainda é realizado de forma inadequada, especialmente, visto que, os parceiros ainda não tratados, contribuem para desfechos desfavoráveis (FRANÇA *et al*., 2015).

Além disso, a difícil adesão dos parceiros, a resistência das gestantes ao tratamento doloroso, a indisponibilidade temporária da medicação, e ausência de protocolo que assegure o atendimento do enfermeiro, são alguns dos aspectos que dificultam a eficácia do tratamento da sífilis gestacional (NUNES *et al.*, 2018).

Desta forma, para o controle da transmissão da sífilis na comunidade, é importante que também seja realizado o tratamento do parceiro (SOARES *et al*., 2017).

A identificação dos fatores associados aos indivíduos e aos serviços de saúde que dificultam a realização do tratamento para sífilis, torna-se importante para repensar as políticas públicas voltadas para o manejo e a prevenção da doença.

O estudo apresentou associação das variáveis idade e idade gestacional com o tratamento adequado para sífilis. A associação entre a variável clínica - idade gestacional e tratamento da sífilis também foi identificada no estudo de Soares *et al*. (2017).

Embora, não tenha ocorrido associação com outras variáveis elencadas, cabe ressaltar que outros estudos que utilizaram análise de associação identificaram fatores relacionados ao não tratamento da sífilis na gestação.

Hong *et al*. (2017), trazem os aspectos sociodemográficos, como menor escolaridade; residentes locais; acesso ao serviço de saúde em áreas menos desenvolvidas; e os aspectos clínicos/assistenciais: primeira consulta de pré-natal com idade ≥ 28 semanas de gestação; infecção pelo HIV e tratamento adequado para sífilis antes da gravidez atual associados à ausência do tratamento para sífilis na gestação. Diferente dos achados do presente estudo, que mostra a associação das variáveis utilizadas com o tratamento adequado.

Já o estudo de Silva-Chavarro e Bois-Melli (2017), a idade de 18 anos ou menos e realização de um número igual ou inferior a cinco consultas de pré-natal foram fatores associados à sífilis em gestantes. Em contrapartida, a variável idade no presente estudo mostrou-se associada a realização do tratamento adequado, sendo que as mulheres mais jovens tiveram mais chances de realizarem o tratamento corretamente.

Apesar da recomendação do Programa Estadual de DST/Aids e constar no fluxograma de manejo clínico da sífilis em gestante do município de Ribeirão Preto, apenas 5 % das gestantes executaram mensalmente o teste não treponêmico para controle da cura, porém, aproximadamente 75% das mulheres grávidas realizaram pelo menos um exame de VDRL nos pós tratamento (SÃO PAULO, 2016; RIBEIRÃO PRETO, 2019).

Os estudiosos Brito, Jesus e Silva (2009) observaram que aproximadamente 61% dos enfermeiros entrevistados responderam que era realizado o controle de cura entre as usuárias, não quantificando os exames realizados.

Já a pesquisa de Campos *et al.* (2010), com gestantes de maternidades no município de Fortaleza, no período de maio a outubro de 2008, revela um importante dado: a falta de qualquer registro da realização de controle de cura.

Araújo *et al*. (2008) traz que em 38% dos prontuários analisados não existem registros sobre o VDRL de controle de cura.

Na cidade de Fortaleza, um estudo com profissionais da saúde (médicos e enfermeiros) encontrou que 44,9% desses profissionais não possuíam conhecimento acerca da frequência do VDRL para controle de cura (SILVA, *et al.*, 2014).

Observado um reduzido número de estudos referentes ao monitoramento pós tratamento da gestante, sendo que os encontrados, ainda mostram um dado preocupante sobre a falta de conhecimento dos profissionais acerca da periodicidade da realização do exame de VDRL e a falta do registro desse exame em prontuário.

O monitoramento do controle de cura é fundamental para classificar a resposta ao tratamento, identificar reinfecção e definir conduta para cada caso (BRASIL, 2020).

A pesquisa ainda encontrou um dado preocupante em relação ao preenchimento das fichas pelos profissionais da saúde, onde 18,6% do campo raça/cor foi preenchido como ignorado/branco; 40,2% na escolaridade, 65,6% no campo ocupação e 8,2% para tratamento do parceiro concomitante ao da gestante.

Alguns pesquisadores trazem dados semelhantes para o campo escolaridade com 38,7% das fichas preenchidas como ignorado/branco (REZENDE; BARBOSA, 2015) e 37% de ignorado/branco para o mesmo campo no estudo de Silva *et al.* (2020).

O campo da escolaridade ainda apresentou 51% como ignorado/branco, comprometendo a análise das informações (ALMEIDA *et al.*, 2019).

De acordo com o boletim epidemiológico, 26,3% da informação escolaridade foi registrada como ignorado/branco (BRASIL, 2021b).

Já os achados encontrados por Maschio-Lima *et al.* (2019) e Almeida *et al.* (2019) trazem que apenas 3,5% e 5,1%, respectivamente, tiveram o campo raça/cor preenchido como ignorado/branco. Silva *et al.* (2020) traz 4,0% e 19,2% de ignorado/branco para os campos raça/cor e tratamento concomitante do parceiro respectivamente.

Diferentemente dos dados encontrados nesse estudo, os estudiosos Maschio-Lima *et al.* (2019) e Padovani, Oliveira e Pelloso (2018) mostram, respectivamente, que 31,3% e 11,8% do campo ocupação foi ignorado/branco.

Destaca-se como limitação do presente estudo, a amostra populacional composta apenas por usuárias da atenção básica do SUS, bem como a utilização de dados secundários, que por sua vez nos faz observar a incompletude e a qualidade dos dados no preenchimento das fichas de notificação, prejudicando a qualidade da análise dos dados.

Contudo, estudos relacionados ao tratamento para sífilis em gestantes podem trazer contribuições efetivas importantes para subsidiar discussões e o planejamento de ações voltadas para o fortalecimento da atenção básica no cuidado a essa população, auxiliando o tratamento correto no pré-natal e, consequentemente, diminuindo a ocorrência da sífilis congênita.

6 CONCLUSÃO

6 CONCLUSÃO

Na análise do tratamento da sífilis gestacional durante o pré - natal no município de Ribeirão Preto verificou-se que a maioria das gestantes realizaram o tratamento de forma adequada, sendo associado a esse tratamento as variáveis idade e idade gestacional. Divergentes dos achados encontrados na literatura, onde esses trazem mais da metade das gestantes com tratamento inadequado ou não realizado, e deixa como lacuna um número reduzido de estudos relacionados de forma direta e específica sobre os fatores associados ao tratamento adequado da doença na gestação e o monitoramento do controle de cura para essa população.

O estudo ainda permitiu identificar o perfil sociodemográfico das gestantes como sendo de mulheres jovens, da raça/cor não branca, com ensino fundamental incompleto e sem trabalho formal, corroborando com a maioria dos dados nacionais encontrados na literatura e no boletim epidemiológico do país.

Como aspectos clínicos, obteve-se que a maioria das gestantes foram diagnosticadas no primeiro trimestre da gravidez e classificadas com sífilis latente.

Apesar da maioria das mulheres grávidas terem realizado pelo menos um teste não treponêmico no pós tratamento da sífilis, somente uma pequena parcela das gestantes, realizaram o seguimento conforme recomendações.

A incompletude e qualidade das informações nas fichas de notificação, podem impossibilitar a compreensão sobre quais aspectos e contexto essas gestantes estão inseridas, implicando na confiabilidade dos dados.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização da primeira consulta de pré-natal pelo enfermeiro, a disponibilidade de testes rápidos para sífilis nas unidades de saúde, a utilização do fluxograma reverso para diagnóstico laboratorial da doença, equipes de ESF implantadas no município, a subdivisão do município por distrito de saúde, equipes de vigilância epidemiológica como retaguarda para o monitoramento do tratamento e controle de cura, são algumas estratégias que podem justificar o elevado número de gestantes com tratamento adequado identificado nesse estudo.

Todavia, as ações de vigilância em saúde para evitar as subnotificações e melhorar o registro das informações; a conscientização da população sobre a problemática; a capacitação e sensibilização dos profissionais de saúde para diagnóstico precoce, tratamento adequado e seguimento pós tratamento da sífilis; facilitar o acesso ao pré-natal da gestante e do parceiro e a busca ativa das gestantes faltosas, podem minimizar os desfechos adversos da doença e reduzir o número de casos da sífilis congênita.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, K.T. *et al.* Perfil Epidemiológico da sífilis congênita em uma microrregião no interior do estado da Bahia. **Enfermeira Global**, vol. 18, n.56, out. 2019.

ANUGULRUNGKETT *et al.* 2019. Gaps in the elimination of congenital syphilis in a tertiary care center in Thailand. **Pediatrics International**, v.62, n.3, 2020.

ARAÚJO, M.A.L. *et al.* Análise da qualidade dos registros nos prontuários de gestantes com exame de VDRL reagente. **Revista Atenção Primária à Saúde**, v. 11, n.1, p. 4-9, jan-mar, 2008.

BENZAKEN, A. S. *et. al.* Adequacy of prenatal care, diagnosis and treatment of syphilis in pregnancy: a study with open data from Brazilian state capitals. **Caderno de Saúde Pública**, v. 36, n.1, 2020.

BOTELHO, C. A. O. *et. al*. Syphilis and Miscarriage: A study of 879,831 pregnant women in Brazil. **Translational Medicine**. v. 6, n. 4, P. 1-5, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. **Manual Técnico para o Diagnóstico da Sífilis**. [online].Brasília, 2016. Disponível em https://www.pncq.org.br/uploads/2016/Qualinews/Manual_T%C3%A9cnico_para_o_Diagn%C3%B3stico_da_S%C3%ADfilis%20MS.pdf. Acesso em 10 de ago. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Informativa nº 2-SEI/2017 – DIAHV/SVS/MS. Departamento Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis do HIV/AIDS e das SRTVN**. Ministério da Saúde. Brasília, 2017. Disponível em http://www.aids.gov.br/pt-br/legislacao/nota-informativa-no-02-sei2017-diahvsvsms. Acesso em 02 de fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico**, volume 49, n.º 45, Brasília, 2018. Disponível em https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/novembro/13/boletimepidemiologico. Acesso em 19 de ago. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. SINAN – **Sistema de Informação de Agravos de Notificação.** Portal SINAN, 2019. Disponível em http://portalsinan.saude.gov.br/funcionamentos/43-institucional. Acesso em 07 de set 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis**, Brasília, 2020. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_diretrizes_terapeutica_atencao_integral_pessoas_infeccoes_sexualmente_transmissiveis.pdf. Acesso em 07 de jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Indicadores e Dados Básicos da Sífilis nos municípios Brasileiros**, 2021a. Disponível em

http://indicadoressifilis.aids.gov.br/. Acesso em 30 de jan. de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico**, número especial, Brasília, 2021b. Disponível em: http:// file:///C:/Users/User/Downloads/boletim_sifilis-2021_internet.pdf. Acesso em 30 de jan. 2022.

BRITO, E.S.V; JESUS, S.B; SILVA, M.R.F. Sífilis congênita como indicador de avaliação da assistência ao pré-natal no município de Olinda (PE), Brasil. **Revista Atenção Primária a Saúde**, vol. 12, n. 1, p. 62-71, out. 2009.

CAMPOS, A. L. A. *et al.* Epidemiologia da sífilis gestacional em Fortaleza, Ceará, Brasil: um agravo sem controle. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 26, n. 9, p. 1747-1755, set. 2010.

CAVALCANTE, P. A. M; PEREIRA, R. B. L; CASTRO, J. G. D. Sífilis gestacional e congênita em Palmas, Tocantins, 2007-2014. **Revista de Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 26, n. 2, p. 255 -264, 2017.

CENTER FOR DISEASE AND PREVENT. **Sexually Transmitted Disease Surveillance 2019**, Department of Health and Human Service, 2021. Disponível em https://www.cdc.gov/std/statistics/2019/overview.htm#Syphilis. Acesso em 10 de fev de 2022.

CLEMENT, M. E; OKEKE, N. L.; HICKS, C. B. Treatment of syphilis: a systematic review. **JAMA**, v. 12, n. 18, nov. 2014.

FIGUEIREDO, D. C. M. *et. al*. Relationship between the supply of syphilis diagnosis and treatment in primary care and incidence of gestational and congenital syphilis. **Caderno de saúde pública**, v. 36, n. 3, Rio de Janeiro, 2020.

FRANÇA, I. S. X. *et al*. Factors associated to the notification of congenital syphilis: an indicator of quality of prenatal care. **Revista Rene**, v. 16, n. 3, p. 374-381, 2015.

GUIMARÃES *et. al*. Dados alarmantes sobre a notificação de sífilis congênita em uma capital do Norte brasileiro: um estudo transversal. **Medicina (Ribeirão Preto)**, vol. 5, n. 4, p. 398-404, 2020.

GONG, T. *et al.* Treatment evaluation to improve preventing mother to child transmission among women with syphilis. **Scientific Reports**, v. 9, n.1, 2019.

HONG *et al.* Risk of Congenital Syphilis (CS) Following Treatment of Maternal Syphilis: Results of a CS Control Program in China. **Clinical Infectious Diseases**. V.11, n12, p. 398-404, 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades e Estados**. Ribeirão Preto, IBGE, 2021. Disponível em https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/sp/ribeirao-preto.html. Acesso em 12 de fev. 2022.

LAGO, EG. Current Perspectives on preventing mother-to-child transmission of syphilis. **Cureus**, v.8, n.3, p 1-20, mar. 2016.

LIMA, V. C. *et al.* Perfil epidemiológico dos casos de sífilis congênita em um município de médio porte no nordeste brasileiro. **Journal of Health & Biological Sciences**, v.5, n. 1, p. 56-61, 2017.

MAGALHÃES, D.M.S *et al.* A sífilis na gestação e sua influência na morbimortalidade materno infantil. **Comunicação em Ciências da Saúde**, vol. 22, número especial 1, p. 43-54, 2011. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/artigos/sifilis_gestacao.pdf. Acesso em 30 de ago. 2019.

MASCHIO-LIMA, T. *et al*. Perfil epidemiológico de pacientes com sífilis congênita e gestacional em um município do Estado de São Paulo, Brasil. **Revista brasileira saúde materno infantil**, v. 19, n. 4, p. 873-880, 2019.

MOREIRA, K.F.A. *et al.* Perfil dos casos notificados de sífilis congênita. **Cogitare Enfermagem**, v.22, n.2, 2017.

MULLICK S; BEKSINKSA M.; MSOMI S. Treatment for syphilis in antenatal care: Compliance with the three doses standard treatment regimen. Sexually Transmitted Infections. **Sexually Transmitted Infections**. vol. 3, p. 220-222, 2005.

NUNES, P. S. *et al.* Sífilis gestacional e congênita e sua relação com a cobertura da Estratégia Saúde da Família, Goiás, 2007-2014: um estudo ecológico. **Revista de Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 27, n. 4, 2018.

PADOVANI, C.; OLIVEIRA, R.; PELLOSO, S. M. Sífilis en la gestación: asociación de las características maternas y perinatales en una región del sur de Brasil. **Revista latino-americana de Enfermagem**, v. 26, p. 1-10, 2018.

REZENDE, E. M. A.; BARBOSA, N. B. A Sífilis Congênita como indicador da assistência de pré-natal no Estado de Goiás. **Revista de Atenção Primária a Saúde** v. 18, n. 2, p. 220-232, abr./jun. 2015.

RIBEIRÃO PRETO, Prefeitura Municipal de. Divisão Vigilância Epidemiológica. **Assistência e Vigilância Epidemiológica Sífilis Adquirida, em Gestante e Congênita**. 2016. Disponível em https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaude/pdf/prof-sifilis-rede-3.pdf. Acesso em 07 de set. 2019.

RIBEIRÃO PRETO, Prefeitura Municipal de. Secretaria de Saúde. **Exame Rotina no Pré Natal Risco Habitual**, 2017. Disponível em https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaude/pdf/i16pppexames_rotina_pre-natal.pdf. Acesso em 07 de set. 2019.

RIBEIRÃO PRETO, Prefeitura Municipal de. Secretaria de Saúde. **Fluxograma para Manejo da Sífilis em Gestantes**, 2019. Disponível em https:// https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/portal/saude/programa-dstaids-tuberculose. Acesso em 07 de set. 2020.

RIBEIRÃO PRETO, Prefeitura Municipal de. Secretaria de Saúde. Divisão Vigilância Epidemiológica. **Atribuições da Vigilância Epidemiológica**. 2019a.Disponível em https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaude/apoio/i16ind-apoio.php. Acesso em 06 de set. 2019.

RIBEIRÃO PRETO, Prefeitura Municipal de. Secretaria de Saúde. **Apoio e Diagnóstico Exames Laboratoriais**. 2019b. Disponível em https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaude/apoio/i16indapoio.php. Acesso em 07 de set. 2019.

RIBEIRÃO PRETO, Prefeitura Municipal de. Secretaria de Saúde. Divisão de Informática. **Hygia – Sistema de Gestão da Saúde Pública**. 2019c. Disponível em https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/portal/daf/sistema-hygiaweb. Acesso em 06 de set 2019.

RIBEIRÃO PRETO. Prefeitura Municipal de. Secretaria de Saúde. **Plano Municipal de Saúde** 2022 - 2025, Ribeirão Preto: Divisão de Planejamento em Saúde, 2021. Disponível em file:///C:/Users/User/Downloads/saude171202108.pdf. Acesso em 12 de fev. 2022.

SÃO PAULO. Centro de Controle de Doenças. Programa Estadual de DST/Aids. Centro de Referência e Treinamento DST/Aids. **Guia de bolso para o manejo da sífilis em gestantes e sífilis congênita**. São Paulo, 2016. Disponível em http://www.saude.campinas.sp.gov.br/doencas/sifilis/guiadebolsodasifilis_2edicao2016.pdf. Acesso em 06 de set. 2019.

SILVA-CHAVARRO, A.M; BOIS-MELLI, F. Factors associated with failure in the diagnosis and treatment of maternal syphilis. Study of cases and controls. **Revista Mexicana Pediatria**, vol. 84, n 2, p. 54-60, out. 2017.

SILVA, D.M. *et al*. Conhecimento dos profissionais de saúde acerca da transmissão vertical da sífilis em Fortaleza. **Texto e Contexto Enfermagem, Florianópolis**, vol.23, n. 2, p.278-285, abr-jun, 2014.

SILVA G. M. *et. al.* Sífilis en la gestante y congénita: perfil epidemiológico y prevalencia. **Revista eletrónica trimestral de Enfermería**, vol. 19, n. 57, 2020.

SILVA, P. S. *et al*. Gestational and congenital syphilis in a municipality in brazil between 2014 and 2018. *Revista DST,* **Jornal brasileiro de doenças sexualmente transmissíveis**, v. 31, n. 2, p. 112-117, 2019.

SOARES, L. G. *et al.* Sífilis gestacional e congênita: características maternas, neonatais e desfecho dos casos. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 17, n. 4, p. 791-799, 2017.

TORRES, R. G *et al*. Syphilis in Pregnancy: The Reality in a Public Hospital. **Revista Brasileira Ginecologia Obstetricia**. v.41, n. 2, p 90-6, 2019.

WAN, J. *et al.* Maternal syphilis treatment and pregnancy outcomes: a retrospective study in Jiangxi Province, China. **BMC Pregnancy and Childbirth**, vol. 20, p. 1-8, 2020.

ZHU L *et al*. Maternal and congenital syphilis in Shanghai, China, 2002 to 2006. **Internacional Journal Infectectious Diseases**. vol. 14, n. 3, p. 45-48, 2010.

APÊNDICE

APÊNDICE A - Instrumento de Coleta de Dados

Número do questionário: _____		
I.	**Dados sobre o tratamento**	**Hygia:**
1.	Iniciais do Nome:	DUM:
2.	Data de início do Tratamento: ____/____/_____	Data de nascimento do bebê: _____/_____/_____
4.	Esquema de tratamento inicial realizado: 1ª Dose___/____/____ 2ª Dose ___/___/_____ 3ª Dose ____/____/____ 4ª Dose ____/____/____	1 ☐ Penicilina G BENZANTINA 2.400.000 UI - 2 ☐ Penicilina G BENZANTINA 4.800.000 UI 3 ☐ Penicilina G BENZANTINA 7.200.000 UI 4 ☐ Outro Esquema 5 ☐ Não realizado 6 ☐ Incompleto 9 ☐ Ignorado
6.	Esquema de tratamento novo realizado: 1ª Dose___/____/____ 2ª Dose ___/___/_____ 3ª Dose ____/____/____ 4ª Dose ____/____/____	1 ☐ Penicilina G BENZANTINA 2.400.000 UI 2 ☐ Penicilina G BENZANTINA 4.800.000 UI 3 ☐ Penicilina G BENZANTINA 7.200.000 UI 4 ☐ Outro Esquema 5 ☐ Não realizado 6 ☐ Incompleto 9 ☐ Ignorado
8.	Esquema de retratamento realizado: 1ª Dose___/____/____ 2ª Dose ___/___/_____ 3ª Dose ____/____/____ 4ª Dose ____/____/____	1 ☐ Penicilina G BENZANTINA 2.400.000 UI 2 ☐ Penicilina G BENZANTINA 4.800.000 UI 3 ☐ Penicilina G BENZANTINA 7.200.000 UI 4 ☐ Outro Esquema 5 ☐ Não realizado 6 ☐ Incompleto 9 ☐ Ignorado
II.	**Dados sobre exames controle de cura**	

9.	Resultados dos exames (VDRL) pós tratamento	Datas dos exames:
	1º - • Não reagente • Reagente – Título: 1: _____	1º _____/_____/_____
	2º - • Não reagente • Reagente – Título: 1: _____	2º _____/_____/_____
	3º - • Não reagente • Reagente – Título: 1: _____	3º _____/_____/_____
	4º - • Não reagente • Reagente – Título: 1: _____	4º _____/_____/_____
	5º - • Não reagente • Reagente – Título: 1: _____	5º _____/_____/_____
	6º - • Não reagente • Reagente – Título: 1: _____	6º _____/_____/_____
10.	Observação:	

ANEXOS

ANEXO A - Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa

USP - ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO DA USP

Plataforma Brasil

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Sífilis Gestacional: prevalência e análise do tratamento realizado durante o pré natal em Ribeirão Preto/SP

Pesquisador: PAULA MARILIA AFONSO TORRES

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 35220820.6.0000.5393

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.227.267

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo, realizado por meio de dados secundários e abordagem quantitativa. A população de estudo serão gestantes notificadas para sífilis no município de Ribeirão Preto. Os dados serão coletados por meio de dois sistemas de informação: o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e o sistema HYGIA.

O projeto apresenta fundamentação teórica adequada e atualizada.

Objetivo da Pesquisa:

Objetiva analisar a prevalência, o tratamento e o seguimento pós tratamento para sífilis em gestantes notificadas durante o pré-natal na atenção básica.

Objetivos específicos:

- Identificar a prevalência anual de sífilis em gestantes notificadas durante o pré-natal na atenção básica.
-Descrever o perfil sociodemográfico e clínico das gestantes notificadas com sífilis.
- Relacionar variáveis sociodemográficas (idade, raça/cor, escolaridade, ocupação) com a classificação clínica da sífilis.
- Analisar o tempo decorrido entre o diagnóstico e o início do tratamento para sífilis gestacional.

Endereço: BANDEIRANTES 3900
Bairro: VILA MONTE ALEGRE **CEP:** 14.040-902
UF: SP **Município:** RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3315-9197 **E-mail:** cep@eerp.usp.br

USP - ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO DA USP

Continuação do Parecer: 4.227.257

- Identificar as variáveis associadas à realização do tratamento para sífilis gestacional.
- Relacionar o esquema de tratamento prescrito e o realizado com o controle de cura (exames de monitoramento pós tratamento).

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Oferece risco mínimo aos participantes da pesquisa e refere-se à possibilidade de quebra de sigilo das informações coletadas.

Benefícios:

Arquivo ProjetoCEP.pdf não apresenta os benefícios da pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Vide tópico "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Considerando que se trata de um estudo retrospectivo com dados secundários, a partir do levantamento de dados dos sistemas HYGIA e SINAN, é solicitada dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Recomendações:

Em observação à Resolução CNS nº 510/2016, Artigo 10, o Processo de Consentimento Livre e Esclarecido deve apresentar, de forma clara e objetiva, os potenciais benefícios diretos e/ou indiretos da pesquisa ao participante, sem supervalorizá-los.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

No documento PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1525970.pdf, página 5 de 8, lê-se: "Destaca-se que o presente projeto de estudo oferece risco mínimo aos participantes da pesquisa e refere-se à possibilidade de quebra de sigilo das informações coletadas. No entanto, com objetivo de minimizar tal risco os dados serão coletados e analisados exclusivamente pela pesquisadora principal do estudo em locais reservados. Além disso, não haverá identificação nominal das usuárias envolvidas na pesquisa, pois será adotado um código alfanumérico para a tabulação dos dados." Tendo em vista o compromisso da pesquisadora no tratamento dos dados coletados, este CEP considera que o protocolo de pesquisa ora apresentado contempla os quesitos

Endereço: BANDEIRANTES 3900
Bairro: VILA MONTE ALEGRE **CEP:** 14.040-902
UF: SP **Município:** RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3315-9197 **E-mail:** cep@eerp.usp.br

USP - ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO DA USP

Continuação do Parecer: 4.227.267

éticos necessários, estando apto a ser iniciado a partir da presente data de emissão deste parecer.

Considerações Finais a critério do CEP:

Parecer apreciado na 275ª Reunião Ordinária do CEP-EERP/USP.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1525970.pdf	16/07/2020 19:03:13		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLECEP.pdf	09/07/2020 11:29:53	PAULA MARILIA AFONSO TORRES	Aceito
Folha de Rosto	FOLHADEROSTOCEP.pdf	09/07/2020 11:29:31	PAULA MARILIA AFONSO TORRES	Aceito
Solicitação Assinada pelo Pesquisador Responsável	OFICIOCEP.pdf	09/07/2020 11:29:00	PAULA MARILIA AFONSO TORRES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoCEP.pdf	07/07/2020 21:21:47	PAULA MARILIA AFONSO TORRES	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CAPPSMS.pdf	07/07/2020 21:20:01	PAULA MARILIA AFONSO TORRES	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	07/07/2020 21:13:28	PAULA MARILIA AFONSO TORRES	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	07/07/2020 21:13:14	PAULA MARILIA AFONSO TORRES	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

Endereço: BANDEIRANTES 3900
Bairro: VILA MONTE ALEGRE **CEP:** 14.040-902
UF: SP **Município:** RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3315-9197 **E-mail:** cep@eerp.usp.br

ANEXO B - Concordância com a realização da pesquisa pelo chefe da Divisão de Vigilância Epidemiológica e Coordenação do Programa de Atenção à Saúde da Mulher

Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto
Estado de São Paulo - Secretaria Municipal da Saúde

SUS

OFICIO 1977/2020 – CAPP
RACG/racg

Ribeirão Preto, 18 de junho de 2020.

Prezada senhora,

Informo que o Chefe da Divisão de Vigilância Epidemiológica e a Coordenação do Programa de Atenção à Saúde da Mulher da Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto manifestaram concordância com a realização do projeto de pesquisa.

Sendo assim, declaro estar ciente e concordo com a realização do projeto de pesquisa: **"SÍFILIS GESTACIONAL: PREVALÊNCIA E ANÁLISE DO TRATAMENTO REALIZADO DURANTE O PRÉ-NATAL EM RIBEIRÃO PRETO/SP"** sob a responsabilidade da orientadora **Prof.ª Drª. Elucir Gir** e da pesquisadora **Paula Marília Afonso Torres.**

Informo que a pesquisa somente poderá iniciar quando obtiver a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição proponente, devendo a pesquisadora apresentar-se com antecedência ao serviço para combinar melhor data para início do projeto de pesquisa.

Fica consignada a liberdade desta Secretaria em retirar o seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem que isso lhe traga prejuízo ou responsabilização de qualquer ordem. Solicito que a pesquisadora encaminhe à Secretaria Municipal da Saúde o Relatório Final ao encerrar a pesquisa.

Cordialmente,

Rute Aparecida Casas Garcia
Coordenadora da Comissão de Avaliação de Projeto de Pesquisa
da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto

Prezada Senhora
Prof.ª Drª. Elucir Gir
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO – USP
NESTA

Comissão de Avaliação Projeto de Pesquisa
Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto /SP
e-mail: capp@saude.pmrp.com.br