



UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO SEMI-ÁRIDO
PRÓ-REITORIA DE GRADUAÇÃO
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE MEDICINA

GISLAYNE DA SILVA OLIVEIRA

**ANÁLISE DAS POTENCIALIDADES E DIFICULDADES NO RASTREIO DA
SÍFILIS GESTACIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA DE MOSSORÓ-RN**

MOSSORÓ

2023

GISLAYNE DA SILVA OLIVEIRA

**ANÁLISE DAS POTENCIALIDADES E DIFICULDADES NO RASTREIO DA
SÍFILIS GESTACIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA DE MOSSORÓ-RN**

Trabalho apresentado à Universidade Federal Rural do Semi-Árido como requisito para obtenção do título de Bacharel em Medicina.

Orientadora: Andrea Taborda Ribas da Cunha,
Prof. Me.

MOSSORÓ

2023

© Todos os direitos estão reservados a Universidade Federal Rural do Semi-Árido. O conteúdo desta obra é de inteira responsabilidade do (a) autor (a), sendo o mesmo, passível de sanções administrativas ou penais, caso sejam infringidas as leis que regulamentam a Propriedade Intelectual, respectivamente, Patentes: Lei nº 9.279/1996 e Direitos Autorais: Lei nº 9.610/1998. O conteúdo desta obra tomar-se-á de domínio público após a data de defesa e homologação da sua respectiva ata. A mesma poderá servir de base literária para novas pesquisas, desde que a obra e seu (a) respectivo (a) autor (a) sejam devidamente citados e mencionados os seus créditos bibliográficos.

d048a da Silva Oliveira, Gislayne.
ANÁLISE DAS POTENCIALIDADES E DIFICULDADES NO
RASTREIO DA SÍFILIS GESTACIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA
DE MOSSORÓ-RN / Gislayne da Silva Oliveira. - 2023.
44 f. : il.

Orientador: Andrea Taborda Ribas da Cunha.
Monografia (graduação) - Universidade Federal
Rural do Semi-árido, Curso de Medicina, 2023.

1. Sífilis. 2. Cuidado pré-natal. 3. IST. 4.
Diagnóstico Precoce. 5. Sífilis Congênita. I.
Taborda Ribas da Cunha, Andrea, orient. II.
Título.

Ficha catalográfica elaborada por sistema gerador automático em conformidade
com AACR2 e os dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Biblioteca Campus Mossoró / Setor de Informação e Referência
Bibliotecária: Keina Cristina Santos Sousa e Silva
CRB: 15/120

O serviço de Geração Automática de Ficha Catalográfica para Trabalhos de Conclusão de Curso (TCC's) foi desenvolvido pelo Instituto de Ciências Matemáticas e de Computação da Universidade de São Paulo (USP) e gentilmente cedido para o Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal Rural do Semi-Árido (SISBI-UFERSA), sendo customizado pela Superintendência de Tecnologia da Informação e Comunicação (SUTIC) sob orientação dos bibliotecários da instituição para ser adaptado às necessidades dos alunos dos Cursos de Graduação e Programas de Pós-Graduação da Universidade.

GISLAYNE DA SILVA OLIVEIRA

**ANÁLISE DAS POTENCIALIDADES E DIFICULDADES NO RASTREIO DA
SÍFILIS GESTACIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA DE MOSSORÓ-RN**

Monografia apresentada à Universidade Federal Rural do Semi-Árido como requisito para obtenção do título de Bacharel em Medicina.

Defendida em: 09 / 05 / 2023.

BANCA EXAMINADORA

Andrea Taborda Ribas da Cunha, Prof. Me. (UFERSA)
Presidente

Thelma Tatiana Gomes Xavier, Prof. Esp. (UFERSA)
Membro Examinador

Ligiane Diógenes Medeiros, Prof. Esp. (UFERSA)
Membro Examinador

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha família, especialmente meus pais Lupério Antônio de Oliveira (*in memorian*) e Maria Cleide Rocha da Silva, que me ensinaram, em sua simplicidade, tudo que sei sobre amor, competência e persistência. Obrigada por jamais permitirem que eu deixasse de sonhar. Agradeço também à minha irmã, Geovana da Silva Oliveira, por ser suporte e companheirismo. Para sempre, nós.

Agradeço às pessoas que a vida me presenteia todos os dias e que, à sua maneira, foram fundamentais até aqui. Especialmente, Nathan Portela de Oliveira, que me auxiliou a realizar essa pesquisa e que me fortalece diariamente com sua serenidade, afeto e companheirismo. Com carinho, agradeço e celebro Camila Braga de Ávila, Fernando Lucas Monteiro Medeiros, José Ícaro Silva, Rafaella Dutra Souto e Vitória Fernandes Cabral Dantas por todo apoio que me deram nessa jornada, por confiarem em mim e me incentivarem em todas as dificuldades. A Isaias Lucas Rodrigues, minha imensa gratidão pelas lições na língua portuguesa e na vida, suas palavras me impulsionam sempre.

Agradeço à minha orientadora por todo apoio prestado na construção deste TCC e por ser exemplo de mulher, médica e ser humano. Sua paixão pela profissão contagia e inspira.

Agradeço à Banca Examinadora pelo suporte e contribuições à saúde pública. Seu trabalho é fonte de inspiração pela excelência e amor. A vocês, toda minha admiração.

Agradeço a todos os professores que fizeram parte da minha caminhada acadêmica, em particular, ao IFRN – Campus Mossoró e toda sua equipe de docentes por moldarem, desde 2015, a aluna que precisei ser para percorrer esse árduo caminho. Essa instituição transforma vidas.

Agradeço a Deus, ao tempo e a todas as forças soberanas por me conduzirem, dentre todos os caminhos possíveis, a essa estrada tão abençoada.

RESUMO

A Sífilis Gestacional (SG), para além do acometimento da mulher, pode ser transmitida ao feto, constituindo risco para abortamentos, nascimento seguido de morte e nascimentos prematuros. Nesse liame, entende-se a urgência de que a infecção gestacional seja limitada. Para tal, protocolos de rastreio para sífilis gestacional são instituídos como normas do pré-natal, além de rígidos fluxogramas de tratamento. Assim, entende-se que o êxito na identificação e tratamento precoces da SG se reflete a partir de quedas nas taxas de infecções congênicas. Contudo, o Rio Grande do Norte tem se mostrado incompetente nesse aspecto, dado que a taxa de sífilis congênita, em 2018, ocupou o 4º lugar nacional. Dessa maneira, objetivou-se analisar as potencialidades e dificuldades na triagem para sífilis gestacional em UBSs de Mossoró. Analisou-se prontuários das gestantes acompanhadas em UBS que são campos de atuação da UFERSA, avaliando a presença de SG, bem como seu rastreio e seguimento. Foram coletados dados de 140 prontuários, distribuídos entre as unidades Dr. Lucas Benjamim, Antônio Camilo e Lahyre Rosado. Os dados foram tabulados em planilhas Excel, nas quais foram separados por UBS e, posteriormente, avaliados quanto à idade, Idade Gestacional (IG), número e tipo de exames, IG de exames, triagem para outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e a conduta em casos positivos. Todas, ao final da gestação, tinham passado por testagem pelo menos uma vez. Em contrapartida, esta ocorreu, em muitas, na idade gestacional incorreta. Uma constante em todos os trimestres foi a qualidade de preenchimento do prontuário gestacional, em que dados diversos não foram identificados. Nos casos de SG (3 em total), encontraram-se os seguintes parâmetros: 2 de 3 realizaram testagem complementar; 1 foi identificada como sífilis primária e 2 não tinha estágio identificado. Todas estavam no 1º trimestre, sendo que 2 finalizaram o tratamento e somente 1 teve confirmação de cura. Sobre a testagem para outras ISTs, observou-se uma relação positiva entre sua realização e a realização de testagem para sífilis. Identificou-se, enquanto fragilidades, principalmente: início tardio do pré natal, não implementação de teste rápido nas primeiras consultas, déficits no acompanhamento das gestantes cujos resultados são positivos, não inclusão da parceria destas no plano de cuidado e carência de dados nos prontuários. Relativo às potencialidades, identificou-se, principalmente a integração entre profissionais da enfermagem e medicina na oferta de um pré-natal mais integrado e eficiente. Conclui-se que é necessário melhor gestão do seguimento pré-natal no Município e sugere-se a formação em Educação Permanente das equipes, no fito de que, compartilhando vivências e revisando técnicas, adotem comportamentos positivos umas das outras e corrijam as fragilidades.

Palavras-chave: Sífilis; cuidado pré-natal; IST; diagnóstico precoce; sífilis congênita.

ABSTRACT

Gestational Syphilis (GS), in addition to affecting women, can be transmitted to the fetus, constituting a risk for miscarriages, birth followed by death and premature births. In this line, it is understood the urgency that the gestational infection must be limited. To this end, screening protocols for gestational syphilis are instituted as prenatal standards, in addition to strict treatment flowcharts. Thus, it is expected that success in the early identification and treatment of GS will be reflected from drops in the rates of congenital infections. However, Rio Grande do Norte (RN) has shown difficulties in this regard, given that the rate of congenital syphilis in the state, in 2018, ranked 4th nationally. Thus, the objective was to analyze the potentialities and difficulties in screening for gestational syphilis in Basic Health Units (BHUs) in Mossoró. The medical records of pregnant women monitored at UBSs that are UFERSA's fields of action were analyzed, assessing the presence of GS, as well as its screening and follow-up. Data were collected from 140 medical records, distributed among the BHUs Dr. Lucas Benjamim, Antônio Camilo and Lahyre Rosado. Data were tabulated in Excel spreadsheets, wherein they were separated by UBS and, later, evaluated in terms of age, Gestational Age (GA), number and type of exams, GA of exams, screening for other Sexually Transmitted Infections (STIs) and the conduct in positive cases. All, at the end of pregnancy, had been tested at least once, although, in most cases, at the wrong gestational age. A constant in all trimesters was the poor quality of filling in the gestational record, in wherein different data were not identified. In cases of GS (3 in total), the following parameters were found: 2 out of 3 patients underwent complementary testing; 1 was identified as primary syphilis and 2 (two) had no identified stage. All were in the 1st trimester, 2 of which completed the treatment and only 1 had confirmation of cure. Regarding testing for other STIs, a positive relationship was observed between its performance and testing for syphilis. We identified, as weaknesses, mainly: late start of prenatal care, non-implementation of rapid test in the first consultations, deficits in the follow-up of pregnant women whose results are positive, non-inclusion of their partnership in the care plan and lack of data in the medical records. Regarding the potentialities, it was identified, mainly, the integration between nursing and medicine professionals in offering a more integrated and efficient prenatal care. It is concluded that better management of prenatal follow-up in the city is necessary and it is suggested that teams be trained in Permanent Education, in order that, by sharing experiences and reviewing techniques, they adopt positive behaviors already practiced and correct identified weaknesses.

Keywords: Syphilis; prenatal care; STIs; early diagnosis; congenital syphilis.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	14
3 OBJETIVOS.....	20
4 METODOLOGIA.....	21
4.1 CEP E DESCRIÇÃO DE PESQUISA	21
4.3 RISCOS E BENEFÍCIOS.....	21
4.4 ANÁLISE DE DADOS	22
5 RESULTADOS	23
6 DISCUSSÃO.....	27
7 CONCLUSÕES	31
REFERÊNCIAS	32
APÊNDICES	35

1 INTRODUÇÃO

A sífilis ocorre em seres humanos desde épocas remotas, sendo descrita por Hipócrates como doença venérea (MANDAL, 2019). No que se refere à América, registra-se que o marco da disseminação da doença a partir do contato com os europeus, ainda no século XV, dizimando inúmeros povos nativos. (GRIEBELER, 2009). Desde então, a doença tornou-se recorrente entre as populações, assumindo estereótipos diversos, tanto em cunho social quanto religioso, que resultaram em negligência frente à infecção. Atualmente, possui tratamento acessível, eficaz e rápido. Apesar disso, ainda é muito presente no nosso meio, sendo o Brasil um país de destaque nos casos de sífilis, cujo número de infecções precisa ser controlado, conforme apontado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (BRASIL, 2019).

A sífilis tem caráter infectocontagioso e possui três fases de apresentação: primária, secundária e terciária. A fase primária ocorre pós-período de incubação — 10 a 90 dias depois do contato —, sendo caracterizada pelo aparecimento de crancos duros indolores nas regiões genitais, acompanhadas de adenopatia bilateral indolor, as quais tendem à resolução espontânea (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010). Adiante, progride para a sífilis secundária, que se caracteriza pelo aparecimento de máculas, pápulas ou placas eritematosas, principalmente palmoplantares, placas branco-acinzentadas (*condiloma lata*) em regiões úmidas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010). Outras formas são de manifestação secundária são a roséola sífilítica, que consiste na disseminação do exantema por todo o corpo e a sífilides, marcada pela novo surgimento de máculas e pápulas ou, ainda, madarose e/ou alopecia em clareira (MENEZES, 2019).

Após essas manifestações — cujo curso também é a involução espontânea —, estabelece-se um período de latência recente (até 1 ano) ou tardia (após 1 ano), podendo durar décadas, ambos assintomáticos. Por fim, na ausência de tratamento adequado, ocorre a forma terciária da infecção, que acomete tecidos em geral, mais com foco em ossos e sistemas nervoso e cardíaco (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010). Destaca-se, ainda, sua divisão em: adquirida, gestacional e congênita, de acordo com as populações em que ocorre. No fito de reduzir a subnotificação, a Sífilis Gestacional (SG) é considerada como todos os casos diagnosticados no pré-natal, parto ou puerpério.

Essa infecção (nas modalidades adquirida e gestacional) é considerada uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST) de notificação compulsória e de acentuada importância epidemiológica, posto que, nas últimas décadas, passou por drástico aumento

de casos. Nos anos de 2010 a 2018, teve curva ascendente, com taxa de detecção a cada 100.000 habitantes progredindo de 2,1 (adquirida), 3,5 (gestante) e 2,4 (congenita) para 76,2 (adquirida), 21,5 (gestante) e 9,0 (congenita), mas com decréscimo no ano 2019, em que as taxas foram 72,8 (adquirida), 20,8 (gestantes) e 8,2 (congenita) (BRASIL, 2020). Essa queda pode evidenciar tanto uma baixa real no número de casos quanto um déficit no rastreio para a infecção.

A SG, para além do acometimento da mulher, pode ser transmitida ao feto, o que se constitui como risco para abortamentos, nascimento seguido de morte e nascimentos prematuros (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010). Estima-se que a taxa de transmissão materna seja de 70 a 100% na sífilis primária e 30% nas demais fases, sendo possibilitada, principalmente, pela via transplacentária já desde a 9ª semana, mas podendo ocorrer também pelo canal de parto e pela amamentação. Ainda intra-útero, há possibilidade de infecção do líquido amniótico, gerando discrasias hematófetais, dano hepático, hidropsia fetal e/ou ascite (FEBRASGO, 2021). A transmissão vertical leva à ocorrência da sífilis congênita precoce (até 2 anos), a qual se manifesta com lesões bolhosas, baixo peso ao nascer, osteocondrite, pseudoparalisia dos membros, hepatomegalia, anemia, sofrimento respiratório, dentre outras que se desenvolvem com o crescimento do recém-nascido (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006). Ademais, é possível a ocorrência de sífilis congênita tardia (após 2 anos), que cursa com alterações ósseas, dentárias, surdez neurológica e déficits de aprendizado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Nesse liame, entende-se a urgência de que a infecção gestacional seja prevenida, no desígnio de evitar maiores sequelas ao feto. Para tal, protocolos de rastreio para sífilis gestacional são instituídos como normas do pré-natal, que se baseiam na testagem no primeiro e terceiro trimestres, podendo ser acrescidos mais testes em situações especiais, além de rígidos fluxogramas de tratamento de acordo com testes realizados, resultados encontrados, contatos e história prévia da mãe, consoante preconizado pelo Ministério da Saúde e UNICEF (UNICEF Brasil et al, 2019). O seguimento adequado dessas indicações minimiza as chances de transmissão vertical, levando à redução nas taxas de indicadores negativos de saúde materna e infantil.

Nesse cenário, entende-se que o êxito na identificação precoce da SG e eliminação da patologia se reflete a partir de quedas nas taxas de infecções congênitas. Contudo, o Rio Grande do Norte tem se mostrado incompetente nesse aspecto, dado que, apesar das taxas de SG do estado (17,2/1000 nascidos vivos) não serem superiores à média nacional (21,2/1000 nascidos vivos), a taxa de sífilis congênita, em 2018, ocupou o 4º lugar nacional,

com taxa de detecção de 10,8/1000 nascidos vivos, enquanto a média nacional foi de 9/1000 nascidos vivos (BRASIL, 2019). Em 2019, a taxa de detecção de sífilis congênita do estado subiu para 12,3/1000 nascidos vivos, tornando-se a 3ª maior do país (BRASIL, 2020). Ademais, a capital do estado também apresenta dados preocupantes, cuja taxa de sífilis congênita, em 2019, foi de 22,9/1000 nascidos vivos, em contraste à média nacional de 8,2 (BRASIL, 2020). A cidade de Mossoró, por sua vez, segundo dados do SINAN, em 2019, teve taxa de detecção de SG de 12,8/1000 nascidos vivos, a despeito de uma taxa de detecção de sífilis congênita maior do que a média nacional (9,5/1000 nascidos vivos) (DATASUS, 2021).

Nesse ínterim, é possível inferir que os protocolos para rastreio e seguimento dessa infecção gestacional não estão sendo adotados ou, quando são, se estabelecem com dificuldades de operacionalização, culminando na transmissão vertical e, consequentemente, nos elevados números de sífilis congênita. Entende-se, ainda, que as orientações fornecidas pelos profissionais de saúde passam por filtros diversos até a adesão por essas gestantes, a qual é influenciada por aspectos de educação em saúde, de hábitos familiares, de real entendimento da problemática e tantos outros que — em maior ou menor grau — determinam os processos de saúde-doença e a autonomia diante destes.

Sob essa ótica, a constatação e explicação desses processos constituem, portanto, formas viáveis e pertinentes na identificação precoce e no tratamento adequado das pacientes com SG, no fito de dirimir desfechos desfavoráveis, tendo em vista que o Rio Grande do Norte, em 2018, ocupou o 4º lugar em mortalidade por sífilis congênita, com taxa de 10,8/1000 nascidos vivos, enquanto a média nacional foi de 8,2/1000 nascidos vivos (BRASIL, 2020).

Depreende-se, então, a fundamentalidade de que os protocolos de rastreio e tratamento sejam seguidos e, especialmente, que as equipes de saúde da família (ESF) — enquanto coordenadoras do cuidado — sejam alertas e ativas diante da identificação e seguimento das pacientes. Para tal, instrumentos, tais como fluxogramas, que auxiliem esse processo, permitindo interlinks com o território, possuem grande valia, à medida que orientam uma ação mais assertiva e harmônica com o perfil das usuárias do serviço.

Essa pesquisa foi desenvolvida em Unidades Básicas de Saúde (UBSs) na cidade de Mossoró, Rio Grande do Norte. Foram analisados prontuários das gestantes acompanhadas em UBSs selecionadas, as quais são campos de atuação de discentes da UFERSA, avaliando a presença de SG, bem como seu rastreio e seguimento. O intuito foi observar o uso adequado dos protocolos preconizados atualmente pelo Ministério da Saúde,

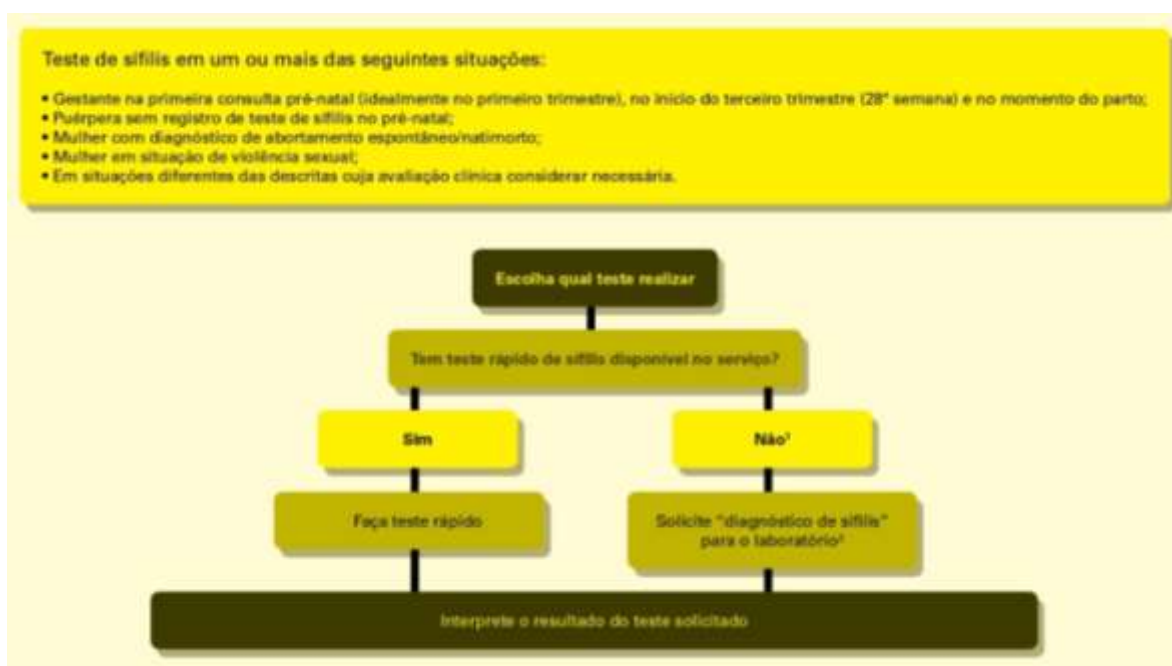
evidenciando se o cenário local condiz com as estatísticas inquietantes até então disponíveis.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Devido à grande importância que a sífilis adquire diante da gestação, organizações nacionais e mundiais têm esquematizado formas mais fáceis e estratégicas, no fito de que a identificação e tratamento precoce possam ser universais. Nesse sentido, o Ministério da Saúde junto à UNICEF, a partir de guias de mesa, estabelece linhas de seguimento a serem implementadas de acordo com os insumos disponíveis e estágio em que a gestante se encontra (UNICEF Brasil et al., 2019).

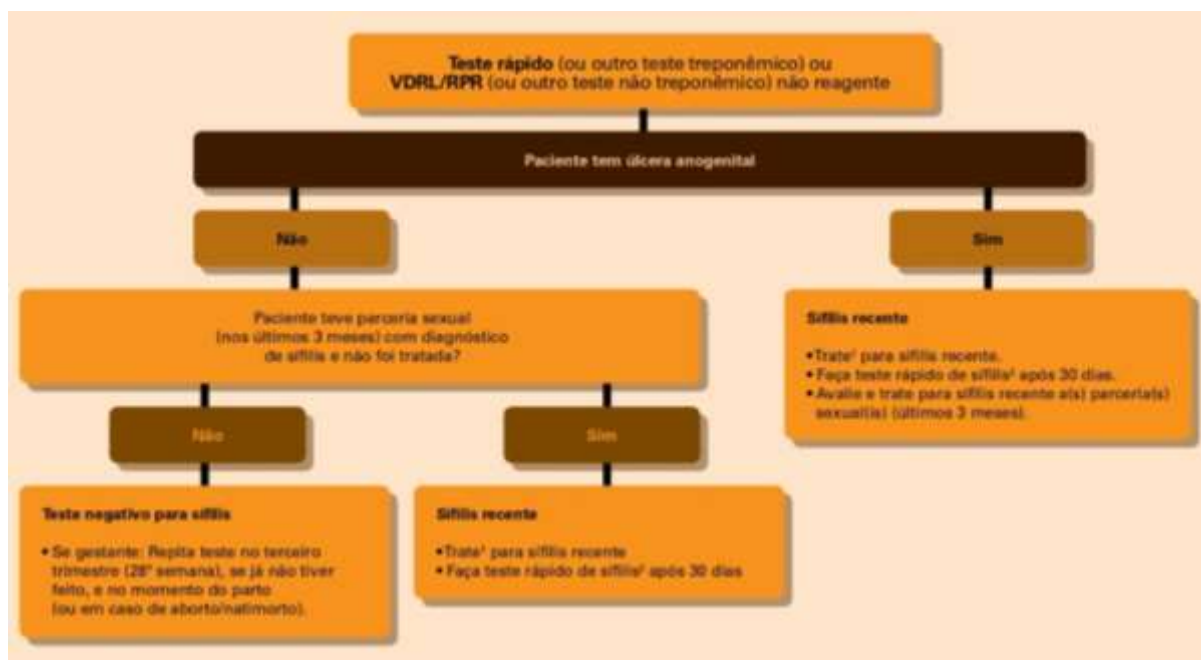
Estes guias, conforme expostos abaixo (Figuras 1 a 6), orientam a tomada de decisões de forma rápida e assertiva. Outras instituições, como a Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia possuem orientações que se alinham às expressas pelo Ministério da Saúde (FERNANDES; SÁ, 2016).

Figura 1 – Investigação para diagnóstico de sífilis gestacional.



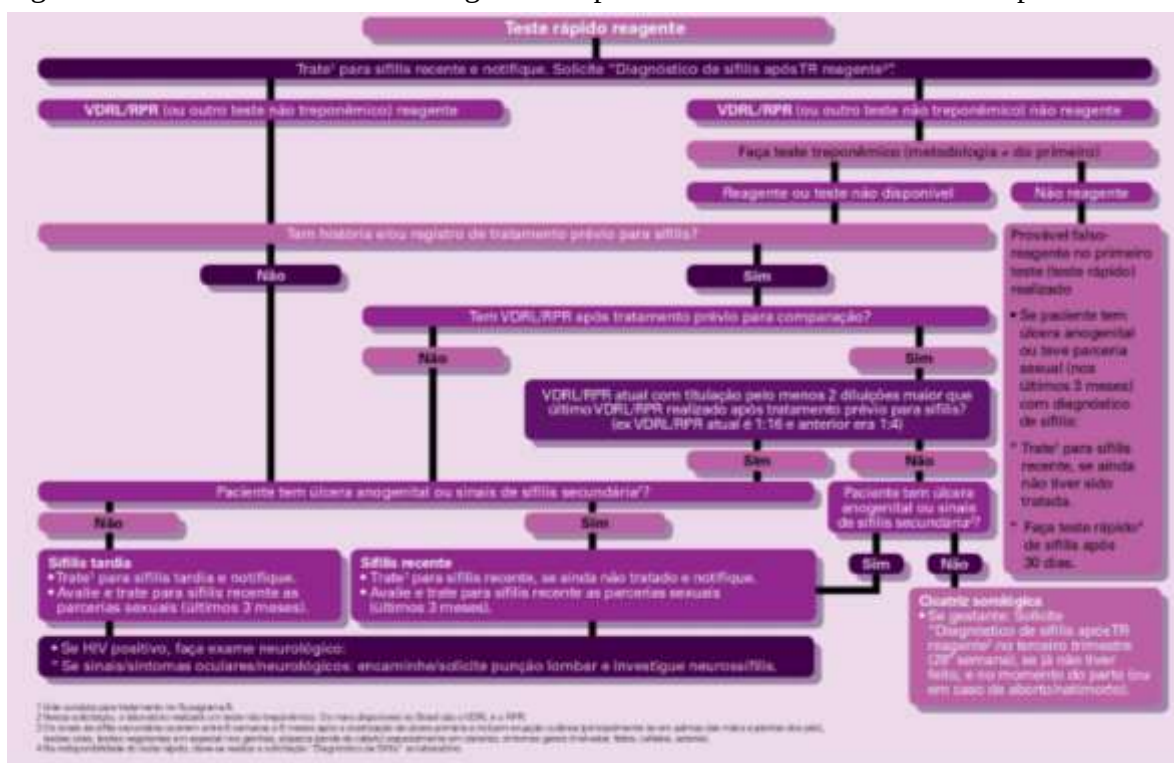
Fonte: UNICEF Brasil (2019).

Figura 2 – Análise de resultados diagnósticos para sífilis em exame não reagente



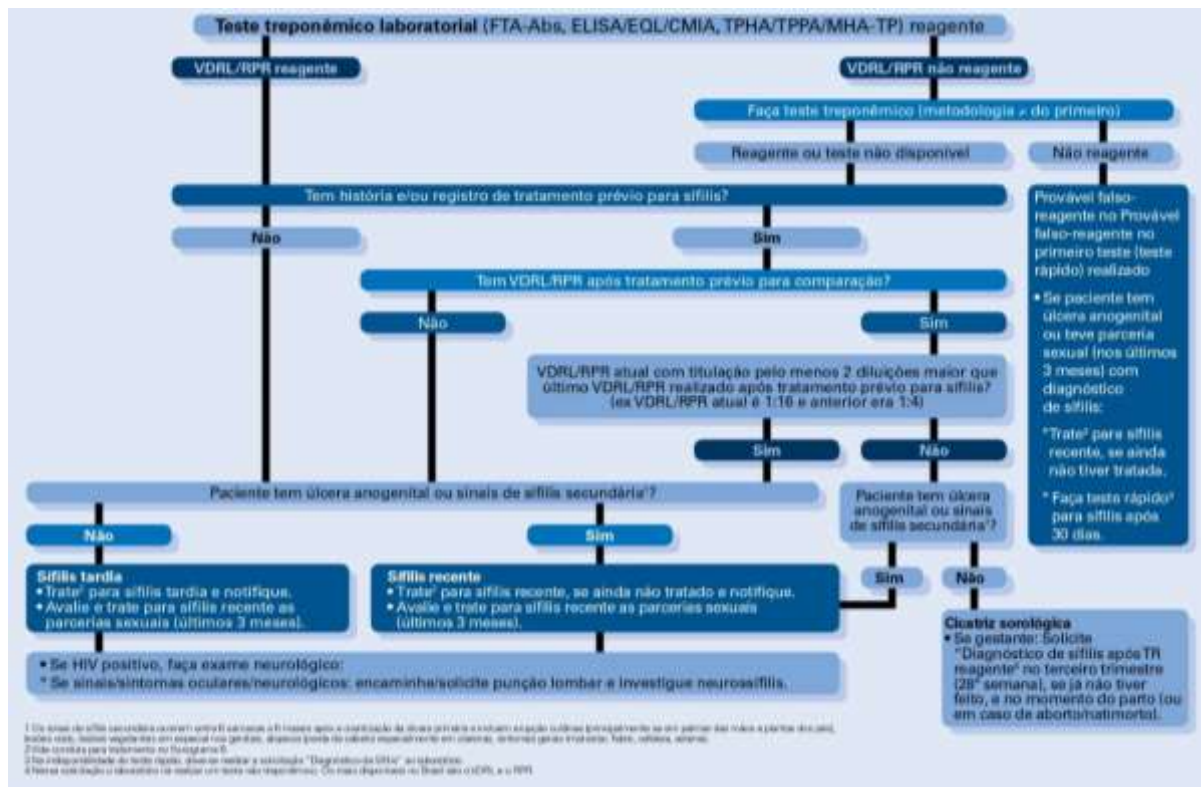
Fonte: UNICEF Brasil (2019).

Figura 3 – Análise de resultados diagnósticos para sífilis iniciando com teste rápido



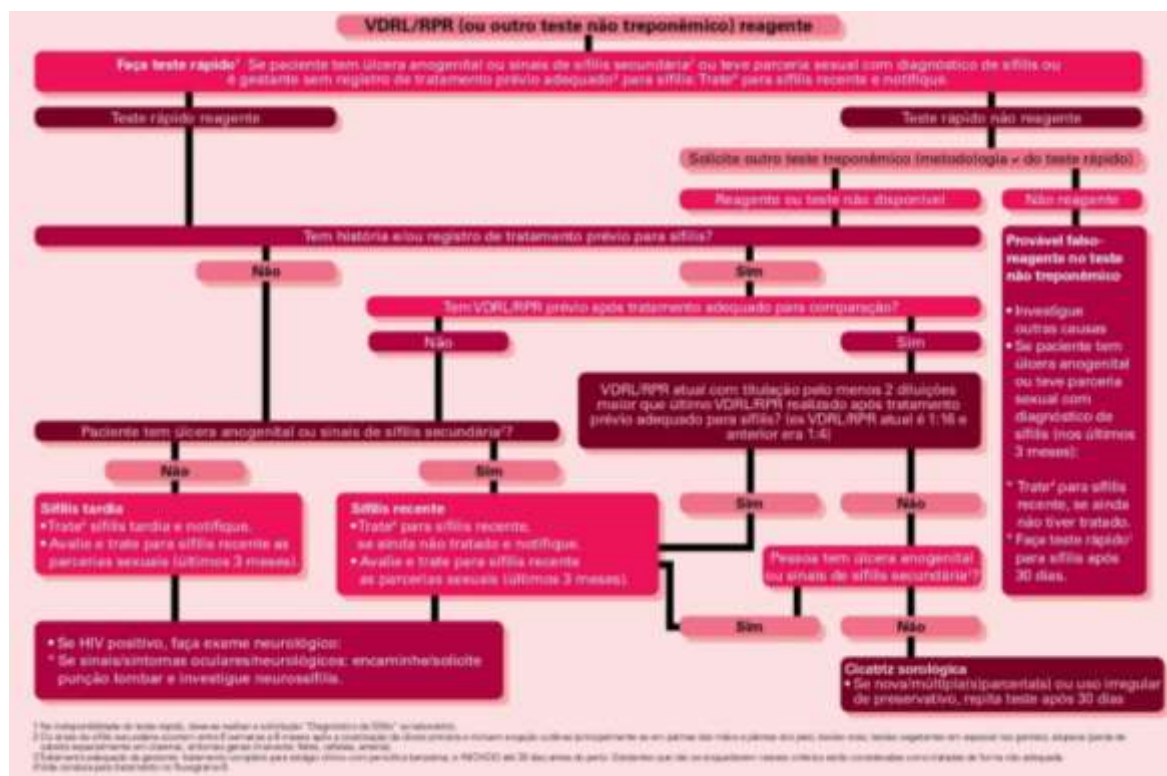
Fonte: UNICEF Brasil (2019).

Figura 4 – Análise de resultados diagnósticos para sífilis iniciando com teste lab. treponêmico



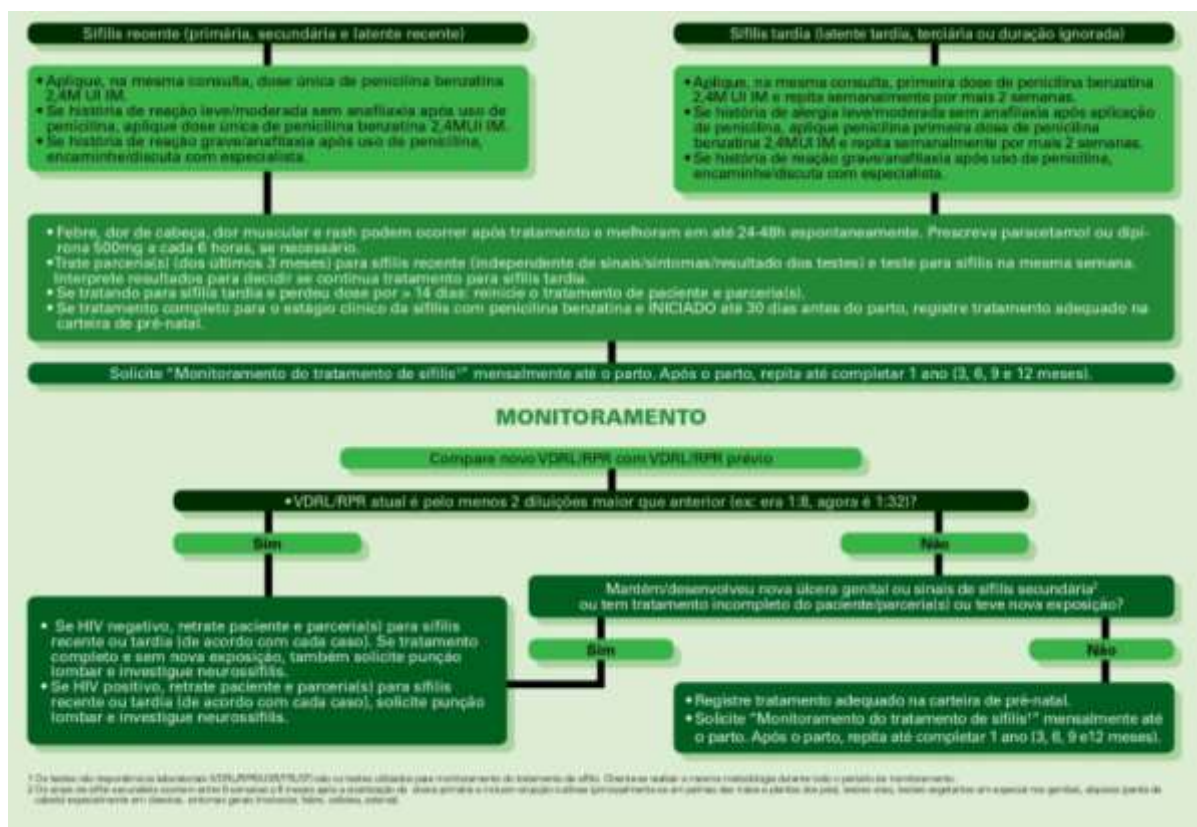
Fonte: UNICEF Brasil (2019).

Figura 5 – Análise de resultados diagnósticos para sífilis iniciando com não treponêmico



Fonte: UNICEF Brasil (2019).

Figura 6 – Tratamento preconizado para sífilis gestacional



Fonte: UNICEF Brasil (2019).

A partir desses fluxogramas, depreende-se que alguns pontos são fundamentais à adequada observação da SG. A disponibilização de testes rápidos nas UBS é um aparato crucial, tendo em vista que propicia a captura precoce da gestante, já que pode ser realizado ainda na primeira consulta, dirimindo, com isso, as chances de perda de seguimento ao esperar que a paciente apresente os resultados somente em consultas futuras.

Associado a isso, tem-se o conhecimento da história natural da sífilis como importante fator para o direcionamento correto das tomadas de atitude. Nesse cenário, encaixa-se, por exemplo: a averiguação clínica da ausência de úlceras genitais em uma paciente com teste rápido negativo para confirmação de doença inexistente; a identificação de cicatriz sorológica em uma paciente previamente tratada sem sinais de nova doença; a confirmação de doença, a partir de teste VDRL, em paciente com apenas teste laboratorial positivo; o seguimento, durante a terapia, com teste VDRL, buscando flagrar a queda ou estabilidade dos títulos para confirmação de tratamento efetivo. Esses detalhes, apesar de específicos, podem decidir pela realização de tratamento ou não em uma paciente, impactando a saúde materno-fetal.

Ademais, a captura do parceiro dessa gestante é um passo primordial para o êxito

na conduta terapêutica à medida que evita reinfecção materna (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020). Assim sendo, parceiros atuais e dos últimos três meses devem ser tratados empiricamente, mesmo que testes treponêmico sejam negativos, considerando-se que estes podem ser negativos em fases muito precoces (HICKS; CLEMENT, 2022). O esquema de tratamento — para sífilis recente ou tardia — é escolhido de acordo com a fase para a qual os exames apontam. Contudo, reconhecendo a dificuldade desse seguimento, aceita-se um sobretratamento com 3 doses, tendo em vista que os benefícios superam os riscos (HICKS; CLEMENT, 2022). Devem, ainda, fazer controle de cura com VDRL seriado.

Por fim, a medicação mais efetiva deve ser de fácil disponibilidade. Na sífilis, exceto em alergias graves, a Penicilina G Benzatina é padrão-ouro — exceto neurosífilis, em que a terapia é Penicilina G aquosa —, cujas doses dependem do estágio da doença: na sífilis recente, dose única; na sífilis tardia, dose tripla dividida em intervalos semanais. Em alergias leves, está indicada a dessensibilização e posterior tratamento com a Penicilina Benzatina, reafirmando a superioridade deste medicamento no combate ao *T. pallidum* (NORWITZ; HICKS, 2022)

A designação de “adequadamente tratada” é conferida a toda paciente que faz a dose correta para sua fase de doença, que termina o tratamento em até 30 dias antes do parto e possui VDRL sinalizando bom controle de cura e reversão de lesões cutâneas, caso presentes ao diagnóstico (HICKS; CLEMENT, 2022; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

2.1 IMPACTOS DA SÍFILIS GESTACIONAL

A SG revelou estabilidade de detecção, mesmo em período pandêmico, a despeito da sífilis adquirida — cuja taxa de detecção foi menor em 2020 e voltou ao status pré-pandemia em 2021 —, evidenciando que os padrões de pré-natal foram sustentados. A sífilis congênita, por sua vez, apesar do declínio entre 2018 e 2020, sofreu elevação de 14,6% na sua incidência entre 2020 e 2021, sendo que o Rio Grande do Norte continua a superar a taxa nacional (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022). Alinhado a esses dados, o último Boletim Epidemiológico aponta que o tratamento adequado na SG, ocorreu em 81,4% dos casos, sendo a cobertura ideal maior ou igual a 95% (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022).

Em consonância, destaca-se que, no ano de 2021, foram registrados 192 óbitos por sífilis congênita no Brasil, gerando uma taxa de mortalidade de 7/100000. As taxas de efeitos desfavoráveis também têm aumentado, representando 9,1% do total, tendo-se registrado elevação dos óbitos por sífilis congênita, natimortos, além de 2,7 vezes mais abortos por sífilis. Repara-se, então, que abortos e natimortos são as principais consequências desfavoráveis. Esses

dados poderiam ser facilmente revertidos com intensificação do cuidado pré-natal, tendo em vista que 81,1% das mães de crianças com sífilis congênita não haviam feito adequado tratamento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022).

Depreende-se, dessa maneira, que a abordagem ineficiente ou inexistência desta temática reverbera consequências que sobressaem o nível primário de atenção e se espelham por todos os níveis de saúde, comprometendo indicadores de qualidade de saúde materno-fetais e, principalmente, dizimando a vida de crianças que poderiam ser salvas. Os efeitos deletérios não se freiam, entretanto, na perda dessas crianças, haja vista que, quando sobrevivem, podem evoluir com neurosífilis (presente em 9,3% das crianças com sífilis congênita, sendo que apenas metade realizaram a coleta de LCR), alterações ósseas (presente em 6% das crianças que realizaram exame radiológico dos ossos longos, sendo este feito em metade das crianças com sífilis congênita), déficit de desenvolvimento e demais consequências da infecção.

Em termos de saúde pública, além da má qualidade de vida às quais esses pacientes se seguem, gastos governamentais e privados são implicados na recuperação e reabilitação dessas crianças, quando possível. Estes vão desde a internação do neonato até o seguimento na primeira infância, ou ainda, diante de sequelas mais graves, por toda a vida. Esse direcionamento de recursos físicos e humanos poderia ser desafogado se mais foco fosse alinhado às equipes de saúde das unidades, as quais são as primeiras a receberem essa gestante e, portanto, têm maior poder de transformação perante o quadro.

No cenário mundial, entre os fatores de risco para a sífilis gestacional, Arrieta (2022) relata que estão implicados: acesso precário ao pré-natal, falta de moradia, abuso de substâncias, encarceramento e infecção por HIV. Somado a isso, Arrieta (2022) destaca, ainda, as oportunidades perdidas, quais sejam: falta de tratamento materno adequado mesmo com diagnóstico oportuno (30 a 40% dos casos), falta de cuidados pré-natais (20 a 30% dos casos), falha em realizar testes (10 a 15% dos casos) e identificação tardia da soroconversão (10% dos casos). Tais dados se alinham com os impasses encontrados nacionalmente, sinalizando que a sífilis é um problema de saúde pública não pela sua complexidade de tratamento, mas sim pela negligência a ela conferida.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar as potencialidades e dificuldades na triagem para sífilis gestacional em UBSs de Mossoró.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Verificar o seguimento de protocolo do Ministério da Saúde para sífilis gestacional nas UBSs selecionadas;
- Identificar fatores relacionados às boas práticas médicas no seguimento da sífilis gestacional.

4 METODOLOGIA

4.1 CEP E DESCRIÇÃO DE PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa realizada via análise de documentos com caráter transversal e quantitativo, em que o objeto de estudo foi os prontuários das gestantes registradas nas unidades selecionadas durante o período de coleta. No que concerne ao comitê de ética e pesquisa, esta pesquisa é uma derivação do projeto “ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO À SÍFILIS GESTACIONAL NO SEMIÁRIDO BRASILEIRO”, que corresponde à pesquisa da orientadora deste trabalho e foi aprovada pelo CEP, estando sob número de protocolo 17158119.8.0000.5404.

4.2 COLETA DE DADOS E INSTRUMENTO

Foram alvo desta pesquisa as UBS de Mossoró formalmente vinculadas à UFERSA, especificamente as que estão nos bairros Abolição III, Ilha de Santa Luzia e Sumaré. Estas foram escolhidas devido à facilidade de acesso, bem como à possibilidade de comparação entre campos com e sem programa de residência. A pesquisa se realizou pela avaliação dos prontuários das gestantes com pré-natal (PN) em andamento durante o período de coleta dos dados, a saber: julho de 2022 a janeiro de 2023. Foram inclusas todas as que já estavam registradas no momento de início da coleta e as que ingressaram até a data da última coleta (13/01/2023).

A análise dos prontuários foi feita por meio de comparação do PN realizado com o PN padrão Ministério da saúde. Tais dados foram passados para formulário eletrônico (APÊNDICE 01) montado pela equipe pesquisadora, que avaliou o seguimento para a SG, bem como reflete uma abordagem geral sobre outras ISTs. Salienta-se que a identificação em cada formulário não foi feita pelo nome da usuária, mas pelo seguinte código: AA — MA00 — XX, em que as duas primeiras letras representam as iniciais dos bairros analisados (SU, AB e ISL), a segunda parte se refere ao código de microárea da qual o prontuário faz parte (ex: SU01, para microárea 01 do Sumaré) e os últimos dígitos se referem às iniciais da participante. Tal medida teve como fim garantir o anonimato, respeitando, assim, os princípios éticos diante do manuseio de documentos das pacientes.

4.3 RISCOS E BENEFÍCIOS

Quanto risco às participantes da pesquisa, pode-se destacar a possibilidade de perda de anonimato e exposição de informações. Para minimizar esse óbice, o número de coletores se

restringiu a dois (orientada mais ajudante). Ademais, os formulários tiveram acesso permitido somente para duas pessoas (orientanda mais orientadora). No que concerne aos benefícios, destaca-se a análise oferecida a cada UBS acerca do serviço de pré-natal, orientando microáreas que precisam de mais atenção, além dos ganhos coletivos associados à pesquisa, como perfis epidemiológico e de inadequações de pré-natal, refletindo o cuidado pré-natal na cidade.

4.4 ANÁLISE DE DADOS

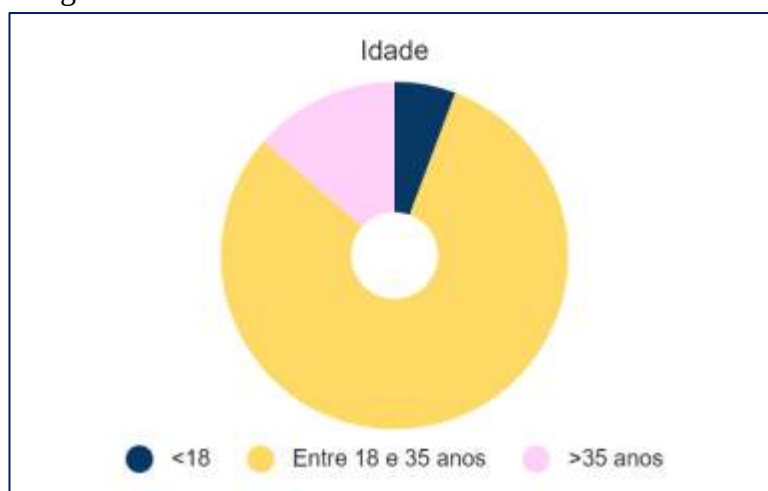
Os dados coletados foram dispostos em planilhas do excel, sendo separados pelos códigos designados a cada prontuário ou paciente. Foram aplicadas técnicas de estatística descritiva, no fito de observar a ocorrência de seguimentos inadequados de PN em face do número total de prontuários analisados. Para tal, foram avaliadas média e moda totais de seguimentos inadequados, sendo estratificado o ponto de falha, bem como o território de maior quantidade de erros. Em adição, também foi observada concordância do rastreio para sífilis em associação com a testagem para outras ISTs, fornecendo um quadro geral dessa etapa do pré-natal.

5 RESULTADOS

Foram coletados dados de 140 prontuários, distribuídos entre as unidades Dr. Lucas Benjamim, Antonio Camilo e Lahyre Rosado. Além desses, outros prontuários vistos — em torno de 10 — não foram inclusos, haja vista que não havia nenhuma consulta, sendo o tempo de idade gestacional (IG) > 42 semanas, significando que a gestante não realizou acompanhamento na unidade em questão.

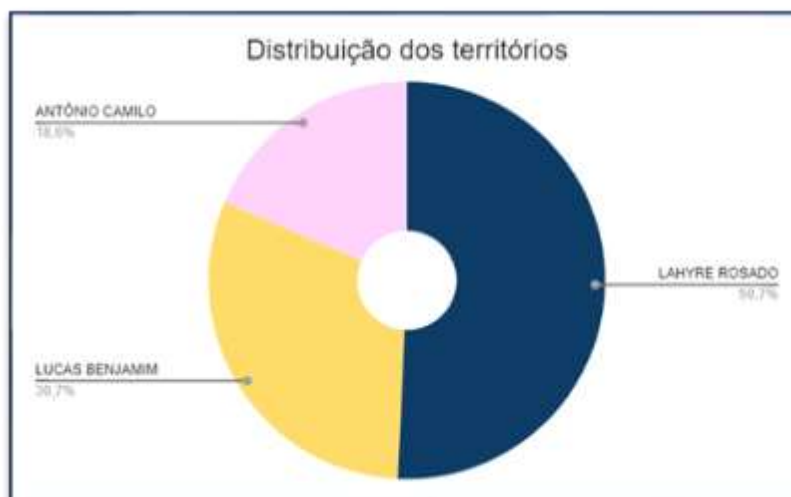
A distribuição de idade é colocada no gráfico 1, em que 113 estão entre 18 e 35 anos, 19 acima de 35 anos e 8 são menores de idade. A proporção encontrada em cada unidade e a idade gestacional são expostas nos gráficos 2 e 3, respectivamente.

Gráfico 1: Idade das gestantes



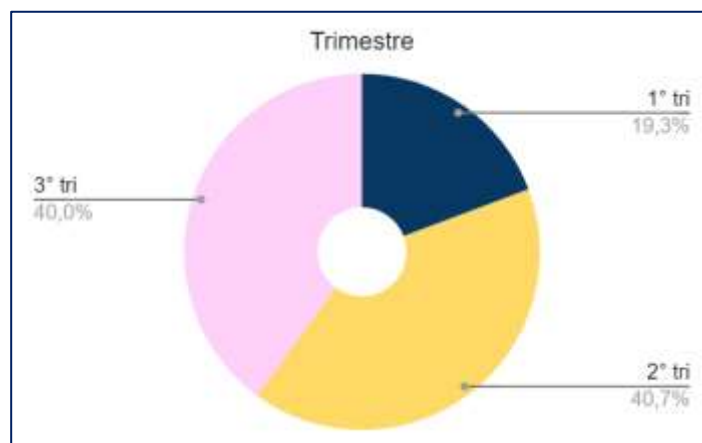
Fonte: Autoria própria

Gráfico 2: Distribuição dos territórios



Fonte: Autoria própria

Gráfico 3: Idade gestacional

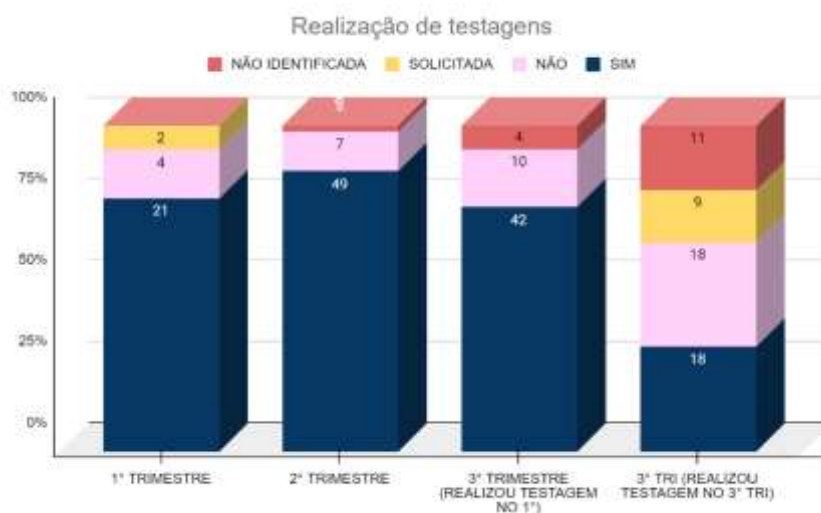


Fonte: Autoria própria

Acerca da testagem, todas, ao final da gestação, tinham passado por testagem pelo menos uma vez, conforme exposto no gráfico 4. Em contrapartida, esta ocorreu, em muitas, na idade gestacional incorreta. Das 56 mulheres que estavam no 3º trimestre, apenas 42 haviam, de fato, realizado a testagem no 1º trimestre, conforme indicação do Ministério da Saúde. Ademais, apenas 18 (equivalente a 32%) das 56 realizaram testagem no 3º trimestre, estando entre essas as que não haviam testado em nenhum momento e outras que já possuíam teste anterior. Destaca-se que 9 tinham testagem solicitada, mas ainda não apresentada.

Quando se observa o 2º trimestre, 12% das mulheres não haviam feito qualquer tipo de teste. No 1º trimestre, 14% delas não haviam testado nem tinham registro de solicitação, evidenciando, para além da ausência de recursos, um relapso na busca de que esses testes sejam realizados, ainda que por vias não públicas.

Gráfico 4: Realização de testagens

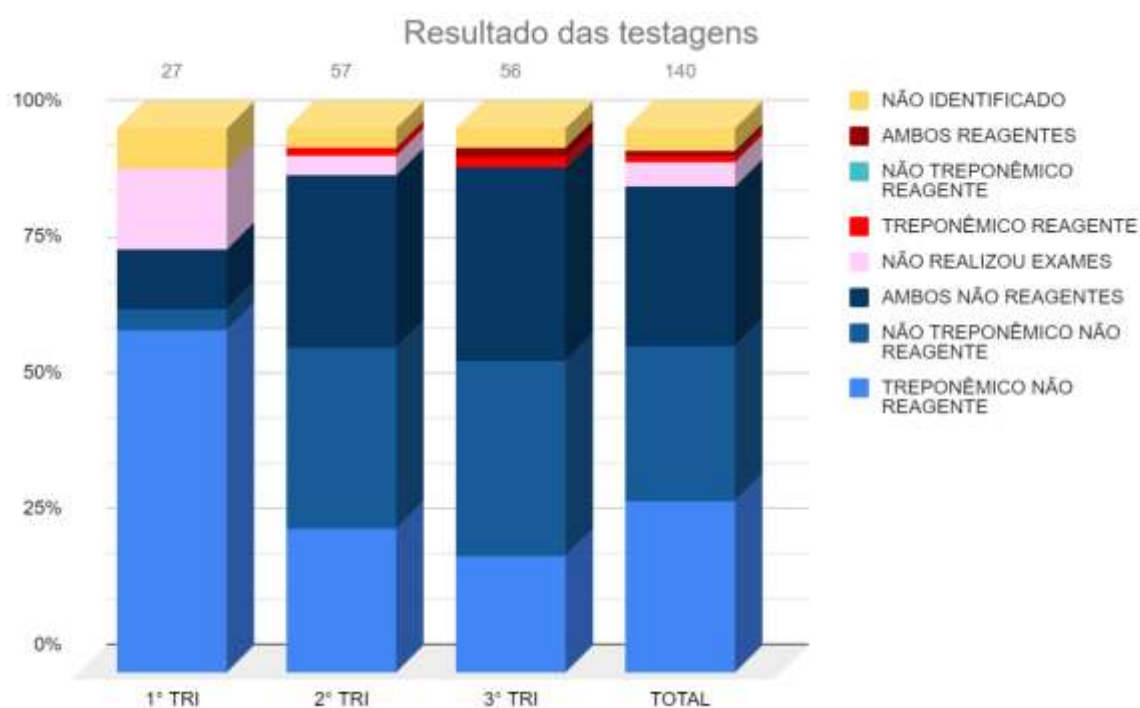


Fonte: Autoria própria

Uma constante em todos os trimestres foi a qualidade de preenchimento do prontuário gestacional, em que dados diversos não foram identificados — tanto no que concerne ao fim desta pesquisa, quanto em dados gerais, em que alguns não constavam sequer com a idade gestacional. Esse parâmetro foi mais presente em um território do que nos demais.

Na análise de resultados, conforme exposto no gráfico 5, encontraram-se 3 resultados positivos. Embora parte importante das gestantes não tenha realizado testagem no primeiro e segundo trimestres, observou-se que, em linhas gerais, no terceiro trimestre esta constante é removida, como mostrado na 3ª coluna. Neste parâmetro, alguns dos testes não possuíam resultado registrado em prontuário, somando, ao todo, 4,3% de não identificados. Nesses prontuários, concluiu-se que o resultado foi negativo, haja vista que nas análises não se encontrou indicação alguma para tratamento ou acompanhamento nem o termo sífilis gestacional mencionado.

Gráfico 5: Resultados encontrados



Fonte: Autoria própria

Nos casos de SG (3 em total), encontraram-se os seguintes parâmetros: 2 de 3 realizaram testagem complementar; sobre o estágio da doença, 1 foi identificado como sífilis primária e 2 não tinha estágio identificado. Todas estavam no 1º trimestre, sendo a IG de diagnóstico: 8sem6, 12sem1d e 12sem6d. Destas, 2 iniciaram tratamento mediante diagnóstico

e 1 iniciou o tratamento uma semana após o diagnóstico. O tratamento instituído para todos, consoante programação do prontuário, foi Penicilina Benzatina, IM, 1.200.000 UI em cada nádega, 1 vez por semana, durante 3 semanas. Apenas duas finalizaram o tratamento, sendo que a gestante que ainda não havia finalizado também não possuía programação de próxima dose ou conduta a ser tomada mediante perda de seguimento.

Dentre as que finalizaram o tratamento, somente 1 teve confirmação de cura acompanhada pelos títulos de VDRL (1:2) e não possuía lesões para registro de desaparecimento. A outra teve confirmação de cura via desaparecimento das lesões, mas não fez testes seriados de VDRL para registro. Sobre os testes mensais de controles, apenas 1 seguiu fazendo, em que se atestou não aumento da titulação. No prontuário da outra gestante, esse dado não foi identificado. Acerca da parceria, apenas uma foi testada. Sobre o tratamento, 2 foram instituídos e outro não foi identificado.

No que concerne às outras ISTs, observou-se uma relação positiva entre sua realização e a realização de testagem para sífilis, em que foram encontradas as seguintes métricas: no primeiro trimestre, 6 gestantes não haviam realizado testagem alguma. Dentre os testes realizados, o principal foi HIV, com um total de 23 testes — divididos entre testes rápidos e exames de sangue. A seguir, o mais realizado foi a pesquisa de hepatite B, com 21 testes para HBsAg e 2 testes para pesquisa de Anti-HBs (avaliação de status imunitário). Por fim, a pesquisa de hepatite C — atualmente não indicada pelo Ministério da Saúde como obrigatória da gestação — foi feita em 17 pacientes. Nas gestantes de 3º trimestre, em que todas as sorologias realizadas no 1º devem ser repetidas, observou-se os seguintes dados: 2 de 56 mulheres não haviam feito testagem alguma e 1 não tinha dados identificados. No que concerne ao HIV, 52 testes foram realizados. Para hepatite B, 49 testes HBsAg foram realizados e 25 testes Anti-HBs. Para Hepatite C, foram feitas 42 pesquisas. Em uma perspectiva geral, observa-se que há uma preocupação de que as grávidas não cheguem ao parto sem nenhuma triagem, havendo, todavia, baixa adesão aos momentos em que esses testes devem ser realizados.

6 DISCUSSÃO

A SG é um importante agravo, o qual coloca em risco as saúdes materna, fetal e infantil. Apesar disso, possui fácil diagnóstico e tratamento, tornando seu controle uma meta acessível. Contudo, é necessário um rastreio sistemático, assentado em protocolos, visando dirimir as perdas de oportunidades, sendo essa a maior dificuldade encontrada.

Observou-se que há esforços para que as gestantes realizem a testagem para sífilis, mas esta não ocorreu em tempo oportuno em 31% dos prontuários avaliados. Tal fato sobressalta a necessidade de que estas mulheres sejam acompanhadas de forma mais próxima, haja vista que o diagnóstico no terceiro trimestre dificulta que o tratamento já tenha sido instituído no momento do parto, já que, para ser considerado adequado, deve ser iniciado 30 dias antes do parto com medicamento e dose corretos para estágio da doença, além de que expõe o binômio materno-fetal a maior tempo de infecção. Ademais, Rosa et al. (2020), em uma análise do rastreamento da sífilis no pré-natal de baixo risco, mostrou que há um aumento do diagnóstico tardio para SG, além de heterogeneidade na forma de rastreio, sendo este baseado no VDRL em muitos dos casos estudados, aumentando a chance de que essas mulheres só sejam avaliadas e tratadas no parto ou curetagem. Em revisão integrativa, Braga et al (2020) também identificaram o diagnóstico tardio como uma constante, levando à ocorrência da SC.

Tais achados coincidem com os da presente pesquisa, em que se notaram muitas gestantes sem realização de testagem rápida, além de captura tardia para o pré-natal e baixo número de consultas. Entretanto, tais ocorrências foram assimétricas quando comparados os territórios, revelando fatores diferenciadores entre eles. Em um território específico, as gestantes recebiam testagem rápida já na primeira consulta, com preenchimento adequado do prontuário e nova testagem no 3º trimestre. Nesse território, havia equipes de residência multiprofissional, sendo o trabalho medicina-enfermagem bastante integrado. Em outro, todavia, das 7 gestantes em primeiro trimestre, somente 3 tinham testado e, em 9 das que estavam no segundo trimestre, somente 5 haviam testado. Também nesse território, foi onde se observou captura mais tardia. Dentre os fatores de discrepância, notou-se a ausência de equipes de residência nessa unidade, além de menor número de gestantes, podendo estes números não serem verdadeiramente representativos do território. Andrade (2022) relacionou a presença de equipes multiprofissionais com maior integração e atuação na prevenção, favorecendo a adesão ao pré-natal.

Nesse âmbito, faz-se importante pontuar outro aspecto que impacta diretamente o adequado seguimento: a testagem rápida, cuja realização é preconizada desde a 1ª consulta pré-

natal, sendo atribuição dos profissionais de enfermagem e(ou) medicina (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016). No entanto, este não foi um achado frequente nesta pesquisa. Tal fato pode ser atribuído à ausência de insumos ou dissensão profissional. Andrade (2022), em pesquisa no mesmo município, cita períodos de falta de teste na unidade, os quais foram coincidentes com aumento do número de casos. Em paralelo, Grecco dos Santos et al. (2018), em estudo sobre percepção dos profissionais para implantação de teste rápido para HIV e sífilis na rede cegonha, relatam que ainda há carência de apropriação, pelos profissionais, quanto à política de implementação de teste rápido.

Logo, entende-se que são múltiplos os fatores que influenciam a perda da captura oportuna, os quais devem ser mitigados a partir da capacitação profissional, investimento em insumos para as UBS e programas de Educação Permanente que integrem a gestante e a rede de atenção à saúde em atitudes alinhadas ao sucesso da gestação. Para tal, médicos, técnicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais devem estar tecnicamente alinhados, com ações articuladas e que propiciem prevenção, diagnóstico precoce e tratamento adequado. Em outro braço desta pesquisa, quando profissionais foram avaliados qualitativamente sobre dificuldades na realização do PN, evidenciou-se que, muitas vezes, estes não sabem o protocolo para sífilis, além de que muitas mulheres iniciam tardiamente o PN em virtude de suas ocupações laborais, repercutindo em aumento dos casos (ANDRADE, 2022). Os profissionais de enfermagem, no contexto do seguimento para sífilis, assumem papel crucial, haja vista que realizam com maior frequência a testagem rápida na primeira consulta, aliando esse ato a estratégias assistenciais de aproximação à realidade das gestantes e aconselhamento individualizado (ROSA, 2020).

Ao considerar a captura oportuna, também se entende a urgência de que o tratamento adequado seja instituído tão logo quanto possível. O Ministério da Saúde (2016) recomenda que, com teste rápido positivo, o tratamento seja iniciado na mesma consulta, não sendo necessário aguardar o resultado do teste VDRL. Entretanto, em uma das gestantes, observou-se adiamento do início da terapêutica, refletindo dificuldades na implementação do protocolo conforme indicações oficiais. Esse impasse, por sua vez, decorre não somente da inadequação dos profissionais, mas, ainda, pela incoerência da rede, que, à revelia da portaria 3.161 de 2011, não disponibiliza a Penicilina Benzatina na UBS. Apesar da pesquisa não dispor de grande amostra de números positivos, este é um fator que dificulta que as pacientes realizem corretamente o esquema, dado que, para muitos bairros, as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) são distantes das UBSs e, conseqüentemente, da residência do usuário.

Nesse dilema, também está a não realização de testes de seguimento na unidade, o qual não foi realizado em 2/3 da amostra deste trabalho. Pelo desenho da pesquisa, não foi possível

identificar as causas para não realização desse acompanhamento, mas entende-se que essa indisponibilidade influi no objetivo de VDRL mensal até o final da gestação, conforme previsto pelo Ministério da Saúde (2020). Acerca do controle de cura, Teixeira (2015) destaca ações a serem realizadas nas unidades que favorecem o combate, o controle e a cura para SG, dentre as quais: realização de VDRL no pré-natal; empenho em integrar a parceria ao tratamento; busca ativa para realização de pré-natal, evitando que este seja iniciado tardiamente; realização de VDRL mensal em gestantes tratadas; e educação em saúde.

No que concerne ao tratamento da parceria, este está indicado — inclusive se o teste da parceria for negativo, visando frear a propagação e manutenção da sífilis (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016). Contudo, também não foi unânime nesta série. Cardoso et al. (2018) encontrou dados semelhantes, em que 62,9% da amostra de 175 pacientes, tiveram parceria não tratada ou ignorada. Esses achados refletem, mais uma vez, as lacunas no seguimento adequado SG à medida que impõem a urgência em que rotas para a reversão desses óbices sejam estabelecidas.

Ademais, um fator importante foi a quantidade de itens cujas informações não puderam ser obtidas devido às lacunas no prontuário, em que resultados dos exames não são identificados nem demais informações sobre solicitação de exames, abordagem da temática na consulta ou, ainda, exame clínico. Essa falha limita não apenas a pesquisa, assim como a própria conduta dentro da equipe, em que não se sabe o estágio de seguimento da gestante, esbarrando, por vezes, em condutas e questionamentos repetidos ou, pior, na falta de cuidados essenciais. Rosa (2020) aborda acerca da dificuldade de registro das ações realizadas, a qual foi marcante em sua pesquisa. Com isso, reflete que esta inadequação assinala uma omissão de serviço à população, tendo em vista que os dados são fundamentais à vigilância epidemiológica e ao reconhecimento da dinâmica territorial da sífilis, influenciando, por conseguinte, as tomadas de decisão baseadas nestas características (ROSA, 2020).

No panorama geral, identificou-se, enquanto fragilidades, principalmente: início tardio do PN, não implementação de teste rápido nas primeiras consultas ou solicitação quando teste rápido não disponível, ausência de solicitação de teste complementar, déficits no acompanhamento das gestantes cujos resultados são positivos e não inclusão da parceria destas no plano de cuidado, não realização de testes — minimamente — no 1º e 3º trimestres e, especialmente, a carência de dados nos prontuários. Macedo et al. (2020) destacam barreiras de acesso ao pré-natal, início tardio do acompanhamento, acesso restrito ao número de consultas, morosidade nos resultados dos exames, não solicitação de exames, não preenchimento dos dados da gestante — gerando rupturas na comunicação entre profissionais — e dificuldades na educação em saúde. Esses achados assemelham-se aos de Cardoso et al. (2018), que apontam,

como óbices à prevenção da SC, os seguintes: falta de busca ativa das gestantes faltosas e recaptura para seguimento pré-natal, dificuldade no manejo da infecção pelos profissionais, obstáculos na captação e tratamento de parceria, incompletude nos dados do prontuário e das fichas epidemiológicas.

Relativo às potencialidades, identificou-se, principalmente, a integração entre profissionais da enfermagem e medicina na oferta de um pré-natal mais integrado e eficiente na captação precoce das gestantes e identificação prematura dos casos. Além disso, em todos os territórios estudados, nenhuma das gestantes cujos prontuários continham informações chegaram ao 3º trimestre sem a realização de pelo menos uma testagem para sífilis, achados concordantes com Macêdo et al (2020) e Domingues et al (2015). Outrossim, a investigação de outras ISTs foi característica presente em maioria das gestantes, sinalizando que, na atenção às ISTs, uma conduta adequada influencia a outra, favorecendo a identificação precoce dessas patologias e, por consequência, reduzindo os impactos negativos no binômio mãe-feto.

No tocante às limitações, salienta-se que este trabalho, devido a sua forma de delineamento, não fez a análise dos dados associada aos perfis demográfico e socioeconômico, pontos nos quais se encontram importantes justificativas às fugas do seguimento correto, fato também evidenciado em outros estudos (MACEDO, et al., 2020; CARDOSO, et al., 2018; ROSA, 2020).

7 CONCLUSÕES

Considerando a fundamentalidade do pré-natal acompanhar, rigidamente, as indicações de exames, datas e condutas apontadas pelo Ministério da Saúde, conclui-se que é necessário melhorar a gestão desse processo no Município. Apesar do cuidado em que todas as gestantes sejam testadas, é preciso maior integração da equipe para que esta se dê nos marcos cronológicos adequados. Somado aos demais impasses destacados, sugere-se a Educação Permanente das equipes, no fito de que, compartilhando vivências e revisando técnicas, adotem comportamentos positivos e corrijam as fragilidades. Não obstante, ressalta-se o papel da gestão municipal nesse conjunto, tanto pelo provimento de insumos nas UBSs quanto pela capacitação profissional regular dos funcionários.

Diante do exposto, entende-se, ainda, o impacto positivo das unidades campos de ensino no seguimento de condutas baseadas em evidência, pois o dinamismo ensino-aprendizado torna-se constante, fazendo com que todos os profissionais sejam envolvidos em uma atmosfera de atualização e revisão de suas ações. Outrossim, ponderando o desenvolvimento pessoal na graduação, esta pesquisa trouxe importantes reflexões à equipe quanto à importância do trabalho integrado e da inserção estudantil neste.

À luz das experiências encontradas, reflete-se sobre o papel do médico junto aos demais profissionais na realização de pré-natal consoante os protocolos, bem como cristalizam-se, no estudante, um olhar atento e conduta ativa na prevenção, cura e reabilitação desses importantes agravos em saúde materno-infantil. Assim, favorecem-se, sobremaneira, os processos saúde-doença dos pacientes —, por conseguinte, os indicadores de saúde — e as formações acadêmica e profissional dos estudantes e funcionários, gerando um círculo de resultados que tornam cotidiana a prática médica de excelência.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Thayná Yasmim de Souza. **SÍFILIS GESTACIONAL: percepções dos profissionais de saúde em uma cidade do semiárido brasileiro**. 2022. 28 f. Monografia (Bacharel) - Curso de Medicina, Ciências da Saúde, Universidade Federal Rural do Semi-Árido, Mossoró, 2022.

ARRIETA, Antonio C. **Sífilis congênita: Manifestações clínicas, avaliação e diagnóstico**. 2022. UP TO DATE. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/congenital-syphilis-clinical-manifestations-evaluation-and-diagnosis?search=sifilis%20gestacional&source=search_result&selectedTitle=4~150&usage_type=default&display_rank=4. Acesso em: 28 jan. 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres / Ministério da Saúde, Instituto SÍrio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. Diretrizes para controle da sífilis congênita: manual de bolso. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_sifilis_bolso.pdf. Acesso em: 26 maio 2021.

CARDOSO, A. R. P. et al. Análise dos casos de sífilis gestacional e congênita nos anos de 2008 a 2010 em Fortaleza, Ceará, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. Ciênc. saúde coletiva, 2018 23(2), p. 563–574, fev. 2018.

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira *et al.* Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, [s. l], v. 3, n. 37, p. 140-147, 2015. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2018/07/v37n3a03.pdf>. Acesso em: 23 mar. 2023.

FEBRASGO. Ginecologia e obstetrícia Febrasgo para o médico residente. 2. ed. São Paulo: Manole, 2021.

FERNANDES, César Eduardo; SÁ, Marcos Felipe Silva de (ed.). **Guia prático: infecções no ciclo grávido-puerperal**. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), 2016. 92 p. Disponível em: https://www.febrasgo.org.br/media/k2/attachments/02-INFECOyES_NO_CICLO_GRAVIDO_PUERPERAL.pdf. Acesso em: 21 jan. 2023.

GRECCO DOS SANTOS, R. R.; FREIRE, I.; PIZZINATO, A.; ROCHA, K. B. Percepção dos profissionais para implantação do teste rápido para HIV e sífilis na Rede Cegonha. **Revista Psicologia e Saúde**, [S. l.], v. 10, n. 3, p. 17–29, 2018. DOI: 10.20435/pssa.v10i3.555. Disponível em: <https://pssaucdb.emnuvens.com.br/pssa/article/view/555>. Acesso em: 23 mar. 2023.

Pereira, G. F. M; (org.). **Boletim Epidemiológico: Sífilis** – número especial | out 2022. Brasília, 2019. 44 p. (Ano 6 - nº 01). Elaborado por Secretária de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2022/boletim-epidemiologico-de-sifilis-numero-especial-out-2022/view>. Acesso em: 28 jan. 2023.

GRIEBELER, Ana Paula Dhein. **A CONCEPÇÃO SOCIAL DA SÍFILIS NO BRASIL:** uma releitura sobre o surgimento e a atualidade. 2009. 71 f. TCC (Graduação) -Curso de Medicina: Especialização em Saúde Pública, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/17934/000725339.pdf>. Acesso em: 21 jan. 2023.

HICKS, Charles B.; CLEMENT, Meredith. **Sífilis: tratamento e monitoramento**. 2022. UP TO DATE. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/syphilis-treatment-and-monitoring?search=sifilis%20gestacional&topicRef=4794&source=see_link. Acesso em: 28 jan. 2023.

MANDAL, Ananya. **História da Sífilis**. 2019. News Medical & Life Sciences. Disponível em: <https://www.news-medical.net/health/Syphilis-History.aspx>. Acesso em: 21 jan. 2023.

MACÊDO, V. C. DE. *et al.* Sífilis na gestação: barreiras na assistência pré-natal para o controle da transmissão vertical. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 28, n. Cad. saúde colet., 2020 28(4), out. 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 3161, de 27 de dezembro de 2011. Dispõe sobre a administração da penicilina nas unidades de Atenção Básica à Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 27 dez. 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3161_27_12_2011.html. Acesso em: 24 mar. 2023.

Miranda A. B. M *et al* (org.). **Boletim Epidemiológico: Sífilis** - número especial | out 2020. Brasília, 2020. 44 p. (Ano VI - nº 01). Elaborado por Secretária de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2020/boletim-sifilis-2020>. Acesso em: 26 maio 2021.

MENEZES, Maria Luiza Bezerra. Sífilis e Gravidez. In: CESAR EDUARDO FERNANDES; MARCOS FELIPE SILVA DE SÁ (ed.). **Tratado de Obstetrícia**: FEBRASGO. Rio de Janeiro: Elsevier, 2019. Cap. 64. p. 594-611.

NORWITZ, Errol R; HICKS, Charles B. **Sífilis na Gravidez**. 2022. UP TO DATE. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/syphilis-in-pregnancy?search=sifilis%20gestacional&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H909586315. Acesso em: 28 jan. 2023.

Pereira, G. F. M; Miranda A. B. M. (org.). **Boletim Epidemiológico: Sífilis** – número especial | out 2019. Brasília, 2019. 44 p. (Ano V - nº 01). Elaborado por Secretária de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2019/sifilis/boletim_sifilis_2019_internet-1.pdf/view. Acesso em: 21 jan. 2023.

Relatório de recomendação PCDT nº 568 - Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais | Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. (2020). Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2021/relatorio-de-recomendacao-pcdt-no-568-prevencao-da-transmissao-vertical-do-hiv-sifilis-e>. Acesso em: 10 maio 2022.

ROSA, Luiz Gustavo Fernandes da et al. Análise do rastreamento oportuno da sífilis no pré-natal de baixo risco. **Aletheia**, Canoas, v. 53, n. 1, p. 133-145, jun. 2020. Disponível em

<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942020000100012&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 26 fev. 2023.

Rosa RFN, Araújo AS de, Silva ADB, Silva AK, Martins JVM, Alves JM, Santos LTDO. O manejo da sífilis gestacional no pré-natal. *Rev enferm UFPE on line*. 2020;14:e243643. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2020.243643>

Sífilis: Estratégias para Diagnóstico no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, Coordenação de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids. 2010. 100 p. (Série TELELAB). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sifilis_estrategia_diagnostico_brasil.pdf. Acesso em: 26 maio 2021.

TEIXEIRA, Mariana Ataíde. **AÇÕES DE CONTROLE DA SÍFILIS EM GESTANTES NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA CIDADE DE NOVA IGUAÇU/RJ**. 2015. 18 f. Monografia (Especialização) - Curso de Especialização em Saúde da Família, Universidade Aberta do Sus, Nova Iguaçu, 2017.

TRESSE, Alexsana Sposito *et al* (comp.). **FLUXOGRAMA DE MESA PARA DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE SÍFILIS EM MULHERES NO PRÉ- NATAL, PARTO E PUERPÉRIO: TESTE, TRATE E CURE**. UNICEF, Ministério da Saúde, SUS, Governo Federal. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2019/fluxograma-de-mesa-para-diagnostico-de-sifilis-em-mulheres-no-pre-natal-parto-e-puerperio>. Acesso em: 26 maio 2021.

Vigilância em Saúde. **Indicadores Sífilis**. Ministério da Saúde. Disponível em: <http://indicadoressifilis.aids.gov.br/>. Acesso em: 26 maio 2021.

APÊNDICES

APÊNDICE 01: FORMULÁRIO DE PESQUISA EM PRONTUÁRIO

26/05/2022 16:07

ANÁLISE DE PRONTUÁRIOS

ANÁLISE DE PRONTUÁRIOS

TCC: GISLAYNE DA SILVA OLIVEIRA + ANDREA TABORDA RIBAS DA CUNHA

***Obrigatório**

1. CÓDIGO DE PRONTUÁRIO *

2. IDADE *

Marcar apenas uma oval.☐ < 18 ANOS☐ ENTRE 18 E 35 ANOS☐ > 35 ANOS

3. IDADE GESTACIONAL *

Marcar apenas uma oval.☐ 1º TRIMESTRE *Pular para a pergunta 4*☐ 2º TRIMESTRE *Pular para a pergunta 9*☐ 3º TRIMESTRE *Pular para a pergunta 12*

PRONTUÁRIOS DE 1º TRIMESTRE

4. IDENTIFIQUE IDADE GESTACIONAL *

5. REALIZOU TESTAGEM PARA OUTRAS ISTs? (Se sim, escrever as siglas dos testes realizados. Se não, escreva NÃO) *

26/05/2022 16:07

ANÁLISE DE PRONTUÁRIOS

6. REALIZOU TESTAGEM PARA SÍFILIS? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ SIM
- ☐ NÃO
- ☐ NÃO IDENTIFICADO

7. MÉTODO UTILIZADO

Marque todas que se aplicam.

- ☐ TREPONÊMICO + NÃO TREPONÊMICO
- ☐ NÃO TREPONÊMICO
- ☐ TREPONÊMICO
- ☐ NÃO IDENTIFICADO

8. RESULTADO DA AVALIAÇÃO PARA SÍFILIS? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ TREPONÊMICO REAGENTE *Pular para a pergunta 18*
- ☐ NÃO TREPONÊMICO REAGENTE *Pular para a pergunta 18*
- ☐ AMBOS REAGENTES *Pular para a pergunta 18*
- ☐ DIAGNÓSTICO CLÍNICO *Pular para a pergunta 18*
- ☐ AMBOS NÃO REAGENTES
- ☐ NÃO REALIZOU EXAMES
- ☐ NÃO IDENTIFICADO

PRONTUÁRIOS DE 2º TRIMESTRE

26/05/2022 16:07

ANÁLISE DE PRONTUÁRIOS

9. JÁ REALIZOU TESTAGEM DE 1º TRIMESTRE? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ SIM
- ☐ NÃO
- ☐ NÃO IDENTIFICADO

10. MÉTODO UTILIZADO

Marque todas que se aplicam.

- ☐ TREPONÊMICO + NÃO TREPONÊMICO
- ☐ NÃO TREPONÊMICO
- ☐ TREPONÊMICO
- ☐ NÃO IDENTIFICADO

11. RESULTADO DA TESTAGEM PARA SÍFILIS? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ TREPONÊMICO REAGENTE *Pular para a pergunta 18*
- ☐ NÃO TREPONÊMICO REAGENTE *Pular para a pergunta 18*
- ☐ AMBOS REAGENTES *Pular para a pergunta 18*
- ☐ DIAGNÓSTICO CLÍNICO *Pular para a pergunta 18*
- ☐ AMBOS NÃO REAGENTES
- ☐ NÃO REALIZOU EXAMES
- ☐ NÃO IDENTIFICADO

Pular para a pergunta 4

PRONTUÁRIOS DE 3º TRIMESTRE

12. IDENTIFIQUE IDADE GESTACIONAL *

26/05/2022 16:07

ANÁLISE DE PRONTUÁRIOS

13. REALIZOU TESTAGEM PARA OUTRAS ISTs? (Se sim, escrever as siglas dos testes realizados. Se não, escreva NÃO) *

14. REALIZOU ADEQUADO SEGUIMENTO NOS TRIMESTRES ANTERIORES? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ SIM
☐ NÃO
☐ NÃO IDENTIFICADO

15. REALIZOU TESTAGEM DE 3º TRIMESTRE?

Marcar apenas uma oval.

- ☐ SIM
☐ NÃO
☐ NÃO IDENTIFICADO

16. MÉTODO UTILIZADO

Marque todas que se aplicam.

- ☐ TREPONÊMICO + NÃO TREPONÊMICO
☐ NÃO TREPONÊMICO
☐ TREPONÊMICO
☐ NÃO IDENTIFICADO

26/05/2022 16:07

ANÁLISE DE PRONTUÁRIOS

17. RESULTADO DA AVALIAÇÃO PARA SÍFILIS? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ TREPONÊMICO REAGENTE *Pular para a pergunta 18*
- ☐ NÃO TREPONÊMICO REAGENTE *Pular para a pergunta 18*
- ☐ AMBOS REAGENTES *Pular para a pergunta 18*
- ☐ DIAGNÓSTICO CLÍNICO *Pular para a pergunta 18*
- ☐ AMBOS NÃO REAGENTES
- ☐ NÃO REALIZOU EXAMES
- ☐ NÃO IDENTIFICADO

Pular para a pergunta 18

GUIA PARA TESTES POSITIVOS

Avaliação do seguimento das gestantes com sífilis

18. REALIZOU-SE TESTE COMPLEMENTAR? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ SIM
- ☐ NÃO
- ☐ AMBOS FORAM REALIZADOS JUNTOS

19. RESULTADO DE TESTE COMPLEMENTAR

DESCREVER: TESTE TIPO XXX - RESULTADO - IDENTIFICAR SIGNIFICADO

26/05/2022 16:07

ANÁLISE DE PRONTUÁRIOS

20. ESTÁGIO DA DOENÇA *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ PRIMÁRIA *Pular para a pergunta 18*
- ☐ SECUNDÁRIA *Pular para a pergunta 18*
- ☐ TERCIÁRIA *Pular para a pergunta 18*
- ☐ CICATRIZ SOROLÓGICA
- ☐ FALSO POSITIVO *Pular para a pergunta 18*
- ☐ NÃO IDENTIFICADO *Pular para a pergunta 18*

21. IDADE GESTACIONAL DO DIAGNÓSTICO *

22. SE FALSO POSITIVO, NOVA TESTAGEM FOI SOLICITADA EM 30 DIAS?

Marcar apenas uma oval.

- ☐ SIM
- ☐ NÃO

23. TRATAMENTO FOI INSTITUÍDO? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ SIM
- ☐ NÃO

24. IDADE GESTACIONAL DO INÍCIO DO TRATAMENTO

26/05/2022 16:07

ANÁLISE DE PRONTUÁRIOS

25. MÉTODO DE TRATAMENTO *

DESCREVER FÁRMACO, DOSE, VIA E INTERVALOS

26. PARCEIRIA SEXUAL FOI TRATADA? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ SIM
- ☐ NÃO
- ☐ NÃO IDENTIFICADO

27. PARCEIRIA SEXUAL FOI TESTADA? *

Descreva: SIM - TESTE XXX - RESULTADO AAA ou NÃO

28. GESTANTE JÁ FINALIZOU TRATAMENTO? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ SIM *Pular para a pergunta 30*
- ☐ NÃO *Pular para a pergunta 18*
- ☐ TTT NÃO REALIZADO *Pular para a pergunta 18*

26/05/2022 16:07

ANÁLISE DE PRONTUÁRIOS

29. SE NÃO FINALIZOU, JÁ ESTÁ ENCAMINHADA A APLICAÇÃO DE DEMAIS DOSES?

Marcar apenas uma oval.

- ☐ SIM
☐ NÃO
☐ NÃO IDENTIFICADO

SEGUIMENTO PÓS TTT

30. HOUVE CONFIRMAÇÃO DE CURA VIA REDUÇÃO EM DOIS TÍTULOS NO TESTE *
NÃO TREPONÊMICO?

Marcar apenas uma oval.

- ☐ SIM
☐ NÃO
☐ TESTE NÃO REALIZADO

31. HOUVE CONFIRMAÇÃO DE CURA VIA DESAPARECIMENTO DE LESÕES? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ SIM
☐ NÃO
☐ NÃO HAVIA LESÕES
☐ NÃO IDENTIFICADO

32. SE NÃO HOUVE CONFIRMAÇÃO, NOVO CICLO DE TRATAMENTO FOI INDICADO?

Marcar apenas uma oval.

- ☐ SIM
☐ NÃO

26/05/2022 16:07

ANÁLISE DE PRONTUÁRIOS

33. TESTAGENS MENSAIS COM TESTE NÃO TREPONÊMICO ESTÃO SENDO REALIZADAS? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ SIM
☐ NÃO
☐ NÃO IDENTIFICADO

34. SE FAZ TESTES MENSAIS, ATESTOU-SE NÃO AUMENTO DA TITULAÇÃO?

Marcar apenas uma oval.

- ☐ SIM
☐ NÃO
☐ NÃO IDENTIFICADO

35. OBSERVAÇÕES

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google.

Google Formulários