

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

FACULDADE DE MEDICINA

**FATORES EDUCACIONAIS E ASSISTENCIAIS ASSOCIADOS À PREVALÊNCIA
DA SÍFILIS CONGÊNITA EM UMA MATERNIDADE DE REFERÊNCIA EM BELO
HORIZONTE**

FELIPE LEONARDO RIGO

BELO HORIZONTE-MG

2019

FELIPE LEONARDO RIGO

**FATORES EDUCACIONAIS E ASSISTENCIAIS ASSOCIADOS À PREVALÊNCIA
DA SÍFILIS CONGÊNITA EM UMA MATERNIDADE DE REFERÊNCIA EM BELO
HORIZONTE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) como requisito parcial para a obtenção do grau do Mestre.

Área de concentração: Saúde da Criança e do Adolescente.

Orientadora: Prof.^a Dra. Leni Márcia Anchieta
Co-orientadora: Prof.^a Dra. Roberta Maia de Castro Romanelli

BELO HORIZONTE-MG

2019

Rigo, Felipe Leonardo.
R572f Fatores educacionais e assistenciais associados à prevalência da sífilis congênita em uma maternidade de referência em Belo Horizonte [manuscrito]. / Felipe Leonardo Rigo. - - Belo Horizonte: 2019. 82f.
Orientador (a): Leni Márcia Anchieta.
Coorientador (a): Roberta Maia de Castro Romanelli.
Área de concentração: Saúde da Criança e do Adolescente.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.

1. Sífilis Congênita. 2. Saúde da Mulher. 3. Educação em Saúde. 4. Dissertação Acadêmica. I. Anchieta, Leni Márcia. II. Romanelli, Roberta Maia de Castro. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. IV. Título.

NLM: WC 161



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

UFMG

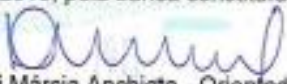
FOLHA DE APROVAÇÃO

FATORES ASSISTENCIAIS E EDUCACIONAIS ASSOCIADOS À PREVALÊNCIA DE SÍFILIS CONGÊNITA EM UMA MATERNIDADE REFERÊNCIA DE BELO HORIZONTE

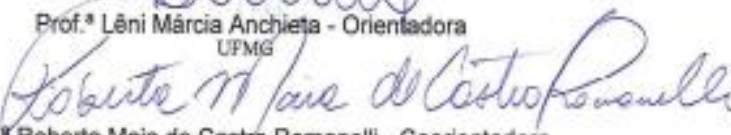
FELIPE LEONARDO RIGO

Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Saúde da Criança e do Adolescente, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Ciências da Saúde, Saúde da Criança e do Adolescente, área de concentração em ciências da Saúde.

Aprovada em 28 de fevereiro de 2019, pela banca constituída pelos membros:


Prof.ª Lêni Márcia Anchieta - Orientadora

UFMG


Prof.ª Roberta Maia de Castro Romanelli - Coorientadora

UFMG


Prof.ª Eunice Francisca Martins

UFMG


Prof.ª Ericka Viana Machado Carellos

UFMG

Belo Horizonte, 28 de fevereiro de 2019.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Reitor: Prof.^a Sandra Regina Goulart Almeida

Vice-Reitora: Prof. Alessandro Fernandes Moreira

Pró-Reitora de Pós-Graduação: Prof. Fábio Alves da Silva Júnior

Pró-Reitor de Pesquisa: Prof. Mario Fernando Montenegro Campos

FACULDADE DE MEDICINA

Diretor da Faculdade de Medicina: Prof. Humberto José Alves

Vice-Diretor da Faculdade de Medicina: Prof.^a Alamanda Kfoury Pereira

Coordenador Geral do Centro de Pós-Graduação: Prof. Tarcizo Afonso Nunes

Subcoordenador do Centro de Pós-Graduação: Prof.^a Eli Iola Gurgel Andrade

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE – SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

Coordenadora: Profa. Roberta Maia de Castro Romanelli

Subcoordenadora: Profa. Débora Marques de Miranda

COLEGIADO

Ana Cristina Simões e Silva –Titular

Eduardo Araújo de Oliveira – Suplente

Débora Marques de Miranda -Titular

Leandro F. Malloy Diniz – Suplente

Helena Maria Gonçalves Becker -Titular

Ana Cristina Côrtes Gama – Suplente

Jorge Andrade Pinto –Titular

Alexandre Rodrigues Ferreira – Suplente

Juliana Gurgel Giannetti -Titular

Ivani Novato Silva – Suplente

Maria Cândida F. Bouzada Viana -Titular

Lêni Márcia Anchieta - Suplente

Roberta M.de Castro Romanelli –Titular

Luana Caroline dos Santos – Suplente

Sérgio Veloso Brant Pinheiro –Titular

Cássio da Cunha Ibiapina – Suplente

Ariene Silva do Carmo (Disc. Titular)

Elisângela Pessoa de Aguiar (Disc. Suplente)

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus pelas bênçãos e oportunidades e por se fazer presente em todos os momentos da minha vida.

À minha orientadora Leni Márcia Anchieta e co-orientadora Roberta Maia de Castro Romanelli, pelo acolhimento, paciência, dedicação, partilha do conhecimento e por contribuir imensamente para o meu crescimento acadêmico.

A toda equipe da Neonatologia e Maternidade do Hospital Sofia Feldman, secretárias, porteiros, higienização, lactário, nutrição, residentes e em especial aos enfermeiros neonatologistas e obstetras pelo apoio e ajuda em realizar a coleta de dados.

Aos meus pais Aparecida e Antônio pelo amor incondicional e por me apoiar em todas as escolhas e desafios que encaro para a vida.

Aos meus irmãos Patrícia, Flávia e Edvaldo que mesmo de longe sempre torcem pela minha carreira

Aos amigos da minha saudosa Ponte Nova, dos tempos de graduação em Viçosa, da residência em Neonatologia, do Sofia Feldman, de minha BH e aos amigos R1, R2, R3 e R4 (Sofia e CGP). Todos vocês são tão especiais em minha vida, que talvez eu não consiga demonstrar todo meu carinho e admiração pelos excelentes profissionais que me rodeiam.

Às minhas avós, Olívia e Sebastiana (*in memoriam*) sinto muito sua falta, mas fiquei com as doces lembranças, doce literalmente mesmo, do doce de leite feito em casa... À minha madrinha Cristina, sempre me incentivando.

Aos meus tios e primos queridos, obrigado pelo apoio e incentivo.

Enfim, agradeço imensamente a todos que direta ou indiretamente contribuíram para que hoje eu possa estar dando esse salto tão importante na minha vida acadêmica.

*Educação não transforma o mundo. Educação muda as
pessoas. Pessoas transformam o mundo.*

Paulo Freire

RESUMO

Objetivo: Estimar a prevalência presuntiva da sífilis congênita e investigar os fatores educacionais e assistenciais associados. **Material e métodos:** Estudo do tipo caso-controle com 180 puérperas (Grupo caso: 60 mães; Grupo controle: 120 mães) realizado em uma maternidade de Belo Horizonte no período de setembro de 2017 a setembro de 2018. Variáveis maternas independentes foram agrupadas em: sociodemográficas; antecedentes clínicos e obstétricos; educacionais; e assistenciais à saúde no pré-natal. Os dados foram obtidos por meio de entrevistas e avaliação dos prontuários médicos. A força de associação foi avaliada pelo teste Qui-Quadrado de Pearson ou Exato de Fisher. Foi calculada a *odds ratio* (OR) e realizada análise de regressão logística multivariada para identificar os fatores preditores da variável. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética do Hospital Sofia Feldman e da Universidade Federal de Minas Gerais (2.197.498 e 2.144.587, respectivamente). **Resultados:** A prevalência de sífilis congênita presuntiva foi de 4%. Verificou maior ocorrência de sífilis em mulheres na faixa etária entre 20 a 29 anos, de cor parda, solteira e com educação básica incompleta. Das mulheres do grupo caso 96,7% fizeram o pré-natal, 36,7% foram diagnosticadas na maternidade, 37,3% não tiveram apoio do parceiro no tratamento e 55% dos parceiros não foram tratados. Na análise da regressão logística multivariada, o histórico de tratamento de sífilis aumentou em mais de 5 vezes a chance de mulheres apresentarem crianças com a doença na gestação atual e 24 vezes mais chances de receberem informações e esclarecimentos sobre os riscos da sífilis para o RN durante o pré-natal. O médico foi o responsável em obter informações sobre a sífilis em mais da metade das respostas e a abordagem ocorreu exclusivamente por exposição verbal. **Conclusão:** Os fatores sociodemográficos, educacionais e de assistência à saúde estão associados a maiores riscos para ocorrência de sífilis em mulheres. Os resultados demonstram a necessidade de melhoria no controle da sífilis na gestação mediante qualidade da assistência pré-natal e melhoria das práticas de educação em saúde.

Palavras-chave: Sífilis congênita. Saúde da mulher. Educação em saúde.

ABSTRACT

Aim: To estimate the presumptive prevalence of congenital syphilis and to investigate the educational and counseling associated factors. **Methods:** Case-control study with 180 postpartum women (Case group: 60 mothers; Control group: 120 mothers) performed in a maternity hospital in Belo Horizonte from September 2017 to September 2018. Independent maternal variables were grouped as follows: sociodemographic; clinical and obstetric history; educational and health care services in prenatal care. Data were obtained using interviews and medical records evaluation. Pearson's Chi-square test or Fisher's Exact test were used to evaluate the association strengths. The odds ratio (OR) and the multivariate logistic regression analysis were performed to identify variable predictor factors. The study was approved by the Ethics Committee from Sofia Feldman Hospital and Federal University of Minas Gerais (2.197.498 and 2.144.587, respectively). **Results:** The prevalence of presumptive congenital syphilis was 4%. There was higher syphilis occurrence in women aging between 20-29 years old, who were brown-skinned, single and with incomplete basic education. Regarding the case group, 96.7% of women had prenatal care, 36.7% were diagnosed at maternity, 37.3% did not have partner support for the treatment and 55% of the partners were not treated. In the analysis of multivariate logistic regression, the syphilis treatment history was increased more than 5 times the children's disease possible occurrence in the current gestation and 24 times more likely to receive information and clarification about the risks of syphilis for the newborn during the prenatal period. The physician was responsible to obtain informations about the syphilis in more than half of responses and the approach was exclusively based on verbal exposure. **Conclusion:** Sociodemographic, educational and health assistance factors are associated with higher risks for syphilis in women. The results demonstrate the need to improve the control of syphilis during pregnancy through the quality of prenatal care and improvement in health education practices.

Keywords: Congenital syphilis. Women's Health. Health Education.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ES	Educação em Saúde
HSF	Hospital Sofia Feldman
IM	Intramuscular
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
RN	Recém-nascido
SC	Sífilis congênita
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UCIN	Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UTIN	Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal

LISTAS DE TABELAS

- Tabela 1 - Características sociodemográficas para sífilis em puérperas. Hospital Sofia Feldman, Belo Horizonte- MG, 2018 45
- Tabela 2 - Variáveis relacionadas a antecedentes obstétricos, assistência no pré-natal e desfecho neonatal para a sífilis em puérperas. Hospital Sofia Feldman, Belo Horizonte- MG 46
- Tabela 3 - Variáveis educacionais relacionadas a informações e orientações sobre a sífilis durante a assistência pré-natal. Hospital Sofia Feldman, Belo Horizonte- MG, 2018 47

SUMÁRIO

1	NOTA INICIAL	12
2	INTRODUÇÃO	13
	REFERÊNCIAS	16
3	REVISÃO DE LITERATURA	18
3.1	CONTEXTO HISTÓRICO	18
3.2	EPIDEMIOLOGIA DA SÍFILIS MATERNA E CONGÊNITA	18
3.3	ASPECTOS CLÍNICOS, TRANSMISSÃO, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO ..	19
3.4	POLÍTICAS PÚBLICAS	22
3.5	EDUCAÇÃO EM SAÚDE	23
3.6	ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL	24
3.7	ESTIGMA SOCIAL	25
3.8	REPRESENTAÇÃO DA DOENÇA NA PERSPECTIVA MASCULINA	26
3.9	REEMERGÊNCIA DA SÍFILIS	27
	REFERÊNCIAS	28
4	OBJETIVOS	31
4.1	OBJETIVO GERAL	31
4.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	31
5	CASUÍSTICA E MÉTODOS	322
5.1	TIPO DO ESTUDO	322
5.2	LOCAL DO ESTUDO	322
5.3	POPULAÇÃO	32
5.3.1	Critérios de inclusão	32
5.3.2	Critérios de exclusão	333
5.4	CÁLCULO AMOSTRAL	33
5.5	OBTENÇÃO DE DADOS	33
5.5.1	Variáveis investigadas	344
5.5.5.1	Variáveis independentes	34
5.6	ANÁLISE ESTATÍSTICA	35
5.7	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	35
6	RESULTADOS	36
6.1	ARTIGO	37
7	CONCLUSÃO	57

APÊNDICE A - Termo de consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	58
APÊNDICE B- Termo de assentimento livre e esclarecido (TALE)	60
APÊNDICE C - Formulário de identificação das mães de RN com diagnóstico presuntivo de sífilis congênita	62
APÊNDICE D- Formulário de identificação das mães de RN sem o diagnóstico de sífilis congênita	68
ANEXO A - PARECER COEP/UFMG	71
ANEXO B - PARECER CEP/HSF	76

1 NOTA INICIAL

Esta dissertação foi elaborada conforme a Resolução 003/2010 do Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde - Área de Concentração em Saúde da Criança e do Adolescente, que permite a sua confecção no formato de artigo científico a ser submetido ou já submetido à revista da área de saúde. O objetivo principal deste formato é aumentar a divulgação e o alcance dos estudos científicos realizados no âmbito da Pós-Graduação na Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

Sendo assim, a estruturação do trabalho foi realizada com os seguintes tópicos:

- Introdução;
- Revisão dos temas centrais envolvidos na pesquisa;
- Seção de objetivos;
- Seção de casuística e método;
- Seção de resultados e de discussão, apresentada sob a forma de um artigo original cujo título é *“Fatores educacionais e assistenciais associados à prevalência da sífilis congênita em uma maternidade de referência de Belo Horizonte”*;
- Seção de conclusões;
- Anexos e apêndices:
 - Aprovação no Comitê de Ética;
 - Termo de consentimento livre e esclarecido;
 - Termo de assentimento livre e esclarecido;
 - Instrumentos de coleta de dados;
 - Análise complementares.

As referências estão listadas após cada seção e após o artigo de acordo com as normas Vancouver.

2 INTRODUÇÃO

A sífilis é uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST) de cunho sistêmico, exclusiva do ser humano e curável. É causada pelo *Treponema pallidum*, uma bactéria Gram-negativa do grupo das espiroquetas e tem predomínio da transmissão pelas vias sexual e vertical.^{1,2} A sífilis data de registros do século XV e teve seu agente etiológico descoberto em 1906 pelos pesquisadores alemães Fritz Richard Schaudinn e Paul Erich Hoffmann.^{2,3}

É uma doença de evolução crônica, cujo desenvolvimento é variável, dependendo do tempo de contaminação e estágio da doença.^{1,4} A presença de lesões mucocutâneas aumentam o risco de contágio dessa IST no primeiro ano de infecção (fases primária e secundária).¹ Logo, no estágio inicial é maior a chance de transmissão pelo contato sexual, estando a taxa em torno de 60% devido à maior transmissibilidade, intensa multiplicação do patógeno e número exacerbado de treponemas nas lesões.^{3,4}

A ocorrência de sífilis congênita (SC) é influenciada pelo estágio da sífilis na mãe. A transmissão vertical da sífilis intraútero varia entre 70 a 100% em gestantes com sífilis primária ou secundária ou nas submetidas ao tratamento inadequado. A transmissão da doença durante a passagem do feto pelo canal de parto pode ocorrer quando há presença de lesão ativa.^{1,2} A transmissão através do aleitamento materno é pouco comum e está relacionada a fissuras mamárias. Entre as principais repercussões clínicas da SC destacam-se o aborto, neonato com baixo peso, os óbitos neonatais e as manifestações congênicas precoces ou tardias.^{5,6}

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), anualmente ocorre cerca de um milhão de casos de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) por dia no mundo e, nas gestantes, a sífilis afeta cerca de um milhão de mulheres por ano, sendo a responsável por cerca de 300 mil mortes fetais e neonatais.³ Nem mesmo o advento da penicilina, na década de 40 como tratamento principal, foi suficiente o bastante para erradicação da doença, ou mesmo responsável por um declínio considerável nos casos, fato este que, ainda hoje, reflete no cenário epidemiológico mundial como um problema de saúde pública.³

Nos últimos cinco anos houve no Brasil um aumento constante no número de casos de sífilis em gestantes, congênita e adquirida que, de acordo com o Ministério da Saúde, está relacionado ao aumento da cobertura de testes rápidos, das notificações dos casos e melhora técnica do sistema de vigilância epidemiológica, o que representa avanços na qualidade da assistência. Outras causas que justificam a elevada taxa de infecção pela sífilis registrada no país associam-se à redução do uso de preservativo, a resistência de profissionais à

administração da penicilina na Atenção Básica e ao desabastecimento mundial da penicilina entre os anos de 2014 a 2017.³

No ano de 2017, foram notificados 119.800 casos de sífilis adquirida, 49.013 casos de sífilis em gestantes e 24.666 casos de sífilis congênita - entre eles, 206 óbitos - no país. De acordo com o Ministério da Saúde (MS), a taxa de incidência de sífilis congênita aumentou 3,6 vezes entre os anos de 2010 a 2017, passando de 2,4 para 8,6 casos por mil nascidos vivos, e a taxa de detecção de sífilis em gestantes aumentou 4,9 vezes, passando de 3,5 para 17,2 casos por mil nascidos vivos.³

Estratégias governamentais são fundamentais para a prevenção, controle e cura de IST. O MS lançou em 2017 a Agenda de Ações Estratégicas para Redução da Sífilis Congênita no Brasil e em 2018 implantou o Projeto de Resposta Rápida à Sífilis nas Redes de Atenção para conter o avanço da epidemia no país e reduzir a incidência de sífilis adquirida e em gestantes, bem como eliminar a sífilis congênita, mediante o fortalecimento da vigilância epidemiológica, gestão e governança, assistência e educação com integração dos serviços da rede em saúde.^{1,3}

Algumas questões são pertinentes para se repensar acerca das altas taxas de sífilis congênita no país como um importante problema de saúde pública.^{3,6} Entre elas, destacam-se a acessibilidade e qualidade da assistência pré-natal, capacitação técnica dos profissionais frente ao manejo, ações e medidas governamentais no tratamento e controle da doença, na qual inclui sensibilização e conscientização da parceria sexual e do público masculino para adesão e tratamento conjunto, bem como atendimento humanizado em todos os níveis de atenção à saúde.^{7,8}

Ações e estratégias de cunho educativo que promovam na população hábitos de saúde duradores são fundamentais na prevenção de IST. O processo educativo é complexo e exige constante atualização e reflexão acerca das práticas adotadas. Logo, é imperativo a conscientização frente a necessidade de capacitação profissional para a abordagem da sífilis e demais IST. A educação em saúde torna-se uma ferramenta valiosa na prevenção desse agravo. A construção de espaços que permitam a troca de saberes, o respeito à cultura da comunidade, a corresponsabilização e a tomada conjunta de decisão sobre as práticas e problemas coletivos de saúde constitui medidas favoráveis para hábitos saudáveis de vida e para a prevenção de sífilis e outras IST.^{8,9}

Uma das metodologias atuais utilizadas na educação em saúde é o modelo dialógico que considera o usuário dos serviços como um sujeito portador de um saber que agrega enriquecedoramente a prática de trabalho e associa-se a mudanças duradouras de hábitos.^{9,10}

Assim, cabe ao profissional de saúde o desafio diário de ser um educador que se insira no contexto que norteia a promoção da saúde para que suas ações promovam a melhoria da saúde do indivíduo, da família e da comunidade.^{11,12}

Logo, é evidente que a falta de conhecimento acerca da infecção pela sífilis por parcela significativa da população, atrelada às práticas ultrapassadas de educação em saúde pelos profissionais, barreiras à acessibilidade aos serviços de saúde e à ausência ou sintomatologia branda da sífilis, constitui fatores de risco que contribuem para a transmissão da doença aos parceiros sexuais. Falhas no processo assistencial prejudicam a intervenção e, por consequência, o aumento do número de casos de SC.¹³

A associação de fatores maternos e SC tem sido demonstrada na literatura.^{14,15} No entanto, a maior parte deles tem como foco principal a assistência pré-natal e a vulnerabilidade dos fatores sociodemográficos. Contudo, poucos estudos abordam as práticas de educação em saúde como um fator associado à sífilis congênita.^{16,17}

Portanto, este estudo teve como objetivo avaliar fatores educativos, sob o ponto de vista do usuário, e assistenciais associados ao diagnóstico presuntivo de sífilis congênita.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde, Secretária de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para a prevenção da transmissão vertical de HIV, sífilis e hepatites virais. Brasília: Ministério da Saúde; 2018.
2. Rowe et al. A Discussion of Epidemiology, Diagnosis, Management, and Nurses' Role in Early Identification and Treatment. *Adv Neonatal Care*. 2018; 6 (12): 438-445.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Boletim epidemiológico sífilis. 2018; 48.
4. Lago EG. Current perspectives on prevention of mother to child transmission of syphilis. 2016. *Marc*. 8(3):E525. DOI: 10.7759/cureus.525
5. Ministério da Saúde (Brasil), Secretária de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para a prevenção a transmissão vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
6. Rac MW, Revell PA, Eppes CS. Syphilis during pregnancy: a preventable treat to maternal-fetal health. *Am J Obstet Gynecol*. 2017;216(4):352-363. doi: 10.1016/j.ajog.2016.11.1052.
7. Junqueira MAB, Santos FCS. A educação em saúde na Estratégia Saúde da Família sob a perspectiva do enfermeiro uma revisão de literatura. *Rev Ed Popular*. 2013;12(1):66-80.
8. Víctor JF, Barroso LMM, Teixeira APV, Aires AS, Araújo IM. Sífilis congênita: conhecimento de puérperas e sentimentos em relação ao tratamento dos seus filhos. *Rev Eletrônica Enferm*. 2010;12(1):113-119.
9. Alves VS. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface Comun Saúde Educ*. 2005;9(16):39-52.
10. Acioli S, Kebian LVA, Faria MGA, Ferraccioli P, Correa VAF. Práticas de cuidado: o papel do enfermeiro na atenção básica. *Rev Enferm UERJ*. 2014;22(5):637-42.
11. David GF, Torres HC. Percepção dos profissionais de saúde sobre o trabalho interdisciplinar nas estratégias educativas em diabetes. *Rev Rene*. 2013;14(6):1185-1192.
12. Oliveira HM, Gonçalves MJF. Educação em Saúde: uma experiência transformadora. *Rev Bras Enferm*. 2004;57(06):761-763.

13. Pires MCG, Oliveira CNT, Souza CL, Oliveira MV. Prevalência de sífilis e fatores associados em Pacientes atendidos no laboratório da fundação de saúde de Vitória da Conquista (BA). *DST - J Bras Doenças Sex Transm.* 2013;25(4):171-176.
14. Magalhães DMS, Kawaguchi IAL, Dias A, Calderon IMP. Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. *Cad Saúde Pública.* 2013;29(6):1109-1120.
15. Cunha ARC, Merchan-Hamann E. Sífilis em parturientes no Brasil: prevalência e fatores associados, 2010 a 2011. *Rev Panam Salud Publica.* 2015;38(6):479-486.
16. Domingues RMSM, Leal MC. Incidência de sífilis congênita: dados do estudo nascer no Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2016;32(6):e00082415.
17. Lima MG, Santos RFR, Barbosa GJA, Ribeiro GS. Incidência e fatores de risco para sífilis congênita em Belo Horizonte, Minas Gerais, 2001-2008. *Ciênc Saúde Colet.* 2013;18(2):499-506.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 CONTEXTO HISTÓRICO

A sífilis foi descrita pela primeira vez em 1530 pelo médico e poeta Girolamo Fracastoro e o termo foi originado de um poema de 1.300 versos que fazia parte do seu livro intitulado *Syphilis Sive Morbus Gallicus*. Um dos primeiros registros de alastro da doença pelo continente europeu ocorreu no ano de 1495 na cidade de Nápoles. (“A sífilis ou mal gálico”).^{1,2}

No século XV tem-se o primeiro registro da doença e a descoberta de seu agente etiológico ocorreu no ano de 1906 pelos pesquisadores alemães Fritz Richard Schaudinn e Paul Erich Hoffmann.^{2,3}

3.2 EPIDEMIOLOGIA DA SÍFILIS MATERNA E CONGÊNITA

No período de 2005 a junho de 2018, foi notificado no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) um total de 259.087 casos de sífilis em gestantes, dos quais 45,1% foram casos residentes na Região Sudeste, 20,5 % no Nordeste, 14,7% no Sul, 10,5 % no Norte e 9,1 % no Centro-Oeste. Em 2017, o número total de casos notificados no Brasil foi de 49.013 (28,4% mais casos que no ano anterior), dos quais 23.470 (47,9%) casos eram residentes na Região Sudeste, 9.084 (18,5%) na Região Nordeste, 7.864 (16%) na Região Sul, 4.675 (10,5%) na Região Norte e 3.920 (8%) na Região Centro-Oeste. Em 2017, no Brasil, observou-se uma taxa de detecção de 17,2 casos de sífilis em gestantes/1.000 nascidos vivos (28,4% superior à taxa observada no ano anterior). A taxa de detecção nacional foi superada pelas regiões Sudeste (20,8/1.000 nascidos vivos) e Sul (20,1/1.000 nascidos vivos). Constatou-se que, no último ano, as regiões Nordeste e Centro-Oeste apresentaram os maiores aumentos em suas taxas de detecção, e a Região Sul foi a que apresentou o menor incremento.⁴

Em relação à situação epidemiológica da sífilis nas gestantes em Minas Gerais, foi registrado um total de 4.080 casos no ano de 2017 e houve o aumento progressivo em gestantes nos últimos cinco anos com expressivo aumento do número de notificações no ano de 2016 para o ano de 2017 (71%). De acordo com último Boletim Epidemiológico Mineiro (BEM) de 2018, a frequência de casos de sífilis em gestantes por Unidade Regional de Saúde (URS) apresentou maior número de casos nos grandes centros urbanos.⁵

De 1998 a junho de 2018, foram notificados no Sinan 188.445 casos de sífilis congênita em menores de um ano de idade, dos quais 83.800 (44,5%) eram residentes na Região Sudeste, 57.422 (30,5%) no Nordeste, 20.922 (11,1%) no Sul, 15.898 (8,4%) no Norte e 10.403 (5,5%) no Centro Oeste. Em 2017, foram notificados 24.666 casos, a maioria dos quais (43,2%) residia na Região Sudeste, seguidos pelo Nordeste (27,9%), Sul (14,5%), Norte (8,8%) e Centro-Oeste (5,7%). De 2016 para 2017, houve aumento de 16,4% no número de notificações no Brasil. Com relação às regiões, o maior incremento ocorreu na Região Norte (24,6%), seguida das regiões Sudeste (16,5%), Nordeste (16,0%), Centro-Oeste (13,8%) e Sul (13,6%).⁴

No Brasil, nos últimos dez anos, em especial a partir de 2010, houve um progressivo aumento na taxa de incidência de sífilis congênita: em 2007, a taxa era de 1,9 caso/1.000 nascidos vivos e, em 2017, a taxa foi mais de quatro vezes maior do que a taxa de 2007, passando para 8,6 casos/1.000 nascidos vivos.⁴

O Estado de Minas Gerais apresenta aumento na taxa de incidência de sífilis congênita ao longo dos últimos 5 anos, passando de 2,4 casos/1000 nascidos vivos em 2013, para 7,0 casos/1000 nascidos vivos em 2017.⁵

3.3 ASPECTOS CLÍNICOS, TRANSMISSÃO, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

As manifestações clínicas da sífilis em gestantes se assemelham às da sífilis adquirida que acomete a população geral. A infecção pela sífilis é dividida em estágios que são baseados em achados clínicos, para orientação tanto ao tratamento quanto ao acompanhamento dos infectados. Nesta doença, compreende-se as fases de sífilis primária, secundária, terciária e sífilis latente. Nas gestantes, grande parte dos diagnósticos ocorre na fase latente. Diante de uma gestante com diagnóstico confirmado, em que não é possível inferir a duração da infecção (sífilis de duração ignorada), classifica-se e trata-se o caso como sífilis latente tardia.^{3,4}

A predominância na transmissão da sífilis é por via sexual e vertical e o risco para o desenvolvimento dessa IST é diretamente relacionado à presença de lesões sifilíticas mucocutâneas, mais comuns no primeiro ano de infecção (fases primária e secundária). Em relação à transmissão vertical, esta é mais frequente intraútero e, quando há presença de lesão ativa, é possível que haja infecção durante a passagem do feto pelo canal do parto.^{2,3}

A ocorrência de sífilis congênita sofre influência pelo estágio da sífilis materna e pela duração da exposição fetal. Assim, a transmissão é maior (entre 70 e 100%) quando a gestante apresenta sífilis primária ou secundária.³

O diagnóstico da sífilis é preconizado pela Portaria nº 2.012, de 19 de outubro de 2016, e conta com um “Manual Técnico para Diagnóstico da Sífilis” destinado aos profissionais de saúde. É importante que, ao realizar o diagnóstico, haja correlação entre históricos de infecções pregressas, dados clínicos, resultados de testes laboratoriais, além da investigação de exposição recente. Os testes utilizados para o diagnóstico da sífilis são divididos em duas categorias: exames diretos e testes imunológicos. A escolha do teste mais adequado leva em consideração tanto os testes disponíveis quanto o possível estágio da sífilis a ser diagnosticado.³

Os testes imunológicos são os mais utilizados na prática clínica e dividem-se em treponêmicos e não treponêmicos. Os testes não treponêmicos (VDRL, RPR, TRUST) são quantificáveis e com resultado expresso em fração (ex.: 1:2, 1:4, 1:8). Já os testes treponêmicos (FTA-Abs, ELISA/EQL, TPHA/TPPA/MHA-TP, Teste Rápido - TR) detectam anticorpos específicos produzidos contra os antígenos do *Treponema pallidum*. Sugere-se que a investigação se inicie por um teste treponêmico em virtude da fragilidade observada no fluxo das diretrizes diagnósticas.⁶

Para o diagnóstico em gestantes é utilizada a triagem rápida já na primeira consulta de pré-natal, sendo que o MS recomenda a realização no 1º trimestre, no início do 3º trimestre (a partir da 28ª semana), no momento do parto ou em caso de aborto, exposição a situações de risco e violência sexual. Para todos os casos de gestantes, o tratamento deve ser iniciado com apenas um teste reagente, treponêmico ou não treponêmico, sem aguardar o resultado do segundo teste. Quando o TR treponêmico for utilizado como primeiro teste, nos casos reagentes, uma amostra de sangue venoso deverá ser coletada e encaminhada para realização de um teste não treponêmico laboratorial e definição do diagnóstico.⁶

Uma vez diagnosticada a sífilis, a penicilina benzatina é a primeira escolha, sendo mais segura e eficaz para tratamento adequado das gestantes. Outros antibióticos (como as tetraciclina orais e os macrolídeos) utilizados para tratamento de sífilis em adultos, não são recomendados no período da gestação em virtude do risco de toxicidade fetal, ou por não atravessarem a membrana placentária. Também existem relatos de resistência do *Treponema pallidum* aos macrolídeos.³ Em relação a eficácia do uso da ceftriaxona em gestantes, não há estudos controlados neste grupo que possam comprovar a sua eficácia no tratamento do feto, logo não é uma medicação recomendada para o tratamento de sífilis na gravidez.^{3,4}

A prevalência de sífilis é maior em pacientes com HIV. O efeito do vírus no tratamento da sífilis durante a gestação não é conhecido. Entretanto, está bem estabelecido que a sífilis pode aumentar a transmissão vertical do HIV. No que se refere ao tratamento da gestante coinfetada com HIV e sífilis, é recomendado esquemas com três doses de penicilina e, em casos de resposta inadequada, a reinvestigação com pesquisa de focos latentes como o sistema nervoso central.³

As parcerias sexuais de gestantes com sífilis podem estar infectadas, mesmo apresentando testes imunológicos não reagentes; portanto, também devem ser tratadas presumivelmente com apenas uma dose de penicilina benzatina intramuscular (IM) (2.400.000 UI). No entanto, na indefinição da fase da doença, o tratamento deve ser realizado com três doses em caso de doença em fase latente, secundária ou terciária. Ressalta-se que o tratamento da doença não confere imunidade e, por isso, a reinfecção deve ser considerada, especialmente quando o parceiro não é tratado adequadamente. É fundamental realizar busca ativa para diagnóstico e tratamento das parcerias sexuais de gestantes com sífilis, bem como fortalecer o pré-natal do parceiro nos serviços de saúde.^{3,4}

O tratamento da criança com SC considera dois momentos: o período neonatal (até os 28 dias de vida) e o período pós-neonatal (após 28 dias de vida). No tratamento da SC neonatal, e com a exclusão da neurosífilis, a penicilina procaína pode ser considerada a droga de escolha, o seu uso favorece a complementação do tratamento fora de unidade hospitalar, por via IM. Não há relatos de resistência do *Treponema pallidum* à penicilina.^{3,6}

Há carência de estudos com evidência científica da eficácia quanto ao uso da ceftriaxona no tratamento da SC e, portanto, reforça-se que essa medicação não deve ser utilizada para tratamento. Se utilizada como alternativa, na indisponibilidade da penicilina G cristalina e procaína, o recém-nascido deve ter acompanhamento rigoroso devido a tratamento inadequado.^{3,4}

Após receber a primeira dose de penicilina, algumas pessoas podem apresentar reações adversas, tais como exacerbação das lesões cutâneas com eritema, dor ou prurido (Reação de Jarisch-Herxheimer), as quais regridem espontaneamente após 12 a 24 horas, sem a necessidade da descontinuidade do tratamento. Também pode surgir febre, artralgia e mal-estar.⁶

Ao iniciar o tratamento, as gestantes e suas parcerias sexuais devem ser orientadas quanto à possibilidade de ocorrência da reação de Jarisch-Herxheimer e à benignidade do quadro, que é autolimitado e nos casos são prescritos sintomáticos, como antipiréticos.⁶

Embora haja possibilidade de reação anafilática à administração de penicilina benzatina, o MS orienta que a medicação pode ser feita com segurança na Atenção Básica para facilitar adesão, especialmente de parceiros sexuais. A probabilidade de reação adversa às penicilinas, em especial as reações graves, é muito rara.³

3.4 POLÍTICAS PÚBLICAS

Em virtude dos altos coeficientes de mortalidade materna e infantil, a assistência pré-natal vem ao longo das décadas sendo reestruturada e a criação de políticas públicas de saúde voltadas para a atenção à mulher no ciclo gravídico-puerperal estão sendo ampliadas e consolidadas no Brasil.^{6,7} O elevado número de casos de sífilis adquirida, sífilis em gestantes e sífilis congênita no país representa um desafio para a saúde pública sendo uma prioridade nas ações de prevenção e controle pelo MS.^{7,8}

Entre as principais estratégias governamentais em prol da saúde materno-infantil podemos citar a implantação do "Projeto Nascer - Maternidades" através da Portaria nº 2104/2002⁹ como estratégia de fortalecimento das ações de controle da doença materna e prevenção da transmissão vertical do HIV e da morbimortalidade por sífilis congênita. Outra estratégia implantada posteriormente, foi a Rede Cegonha, instituída pela portaria nº 1.459, de 2011 que constitui um programa do MS que tem como objetivos fomentar a implementação de um novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança. No que tange ações para prevenção da transmissão vertical do HIV e da sífilis, a Rede Cegonha inclui a testagem rápida de HIV e sífilis no componente pré-natal com o objetivo de realizar o diagnóstico oportuno e o tratamento para as gestantes e suas parcerias sexuais.^{9,10}

Outra iniciativa para conter o avanço da epidemia de sífilis no país pelo Ministério da Saúde foi a promulgação da Portaria nº 3.161/2011, que regulariza e assegura a administração da penicilina nas unidades básicas de saúde pelos profissionais não médicos (auxiliar e técnico de enfermagem, enfermeiro e farmacêutico). O MS afirma que a aplicação da medicação é segura mediante a utilização de protocolos de identificação precoce nos casos suspeitos de anafilaxia (reação alérgica aguda e grave), de tratamento imediato e encaminhamento para unidades de referência.³

O Guia do Pré-Natal do Parceiro^{10,11}, lançado pelo MS em 2016 constitui outra estratégia para ampliar o acesso do homem ao pré-natal e visa conscientizar e sensibilizar a importância do envolvimento consciente e ativo de homens em todas as ações voltadas ao planejamento reprodutivo e contribuir para a ampliação e a melhoria do acesso e acolhimento

desta população aos serviços de saúde. Esta estratégia contribui para que o homem participe ativamente do processo de promoção da saúde, da prevenção e do tratamento principalmente das IST, HIV/Aids e Hepatite Virais.

Em 2017 o MS finalizou a Agenda de Ações Estratégicas para Redução da Sífilis Congênita no Brasil que, em alinhamento com a OMS e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), estabelece um rol de prioridades com vistas à qualificação da atenção à saúde para prevenção, assistência, tratamento e vigilância da sífilis.^{7,8}

3.5 EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A Educação em Saúde (ES) constitui uma prática social, cujo processo contribui para a formação da consciência crítica das pessoas a respeito de seus problemas de saúde, considerando a sua realidade, e estimula a busca de soluções e organização para a ação individual e coletiva.^{7,12,13} É portanto, uma ferramenta de empoderamento social capaz de mudar o paradigma de saúde através do envolvimento do sujeitos em ações educativas em saúde. Assim, garantir o respeito a cultura local, as crenças e a subjetividade do homem são essenciais para a criação do vínculo e adesão as práticas de saúde.^{13,14}

A falta de acesso as informações de saúde, o uso de linguagens específicas por parte dos profissionais, associadas a práticas educativas que refletem o processo educacional em moldes tradicionais onde o paciente é visto apenas como passivo de conhecimento, podem estar relacionadas a baixa adesão do sujeito no processo de saúde. Não há espaço para práticas educativas tradicionais nos moldes de uma educação bancária *que se caracteriza somente* pela transmissão do conhecimento e experiência do professor/profissional de saúde.¹⁵

Em analogia e de acordo com Freire¹⁶ a educação baseada em resolução de problemas seria o caminho para que o paciente se aproprie e domine o conhecimento recebido através do diálogo e da transformação dos processos sócio-culturais. Esse modelo de educação é conhecido como Modelo Dialógico que tem como base o *diálogo* e a construção do conhecimento entre educador e educando de forma ativa em todo o processo de aprendizagem, por meio de uma abordagem crítico-reflexiva do contexto inserido. Comportamentos saudáveis e mudanças duradouras de hábitos estão relacionadas ao modelo dialógico de Educação em Saúde, através de novos e significados individuais e coletivos sobre o processo saúde-doença-cuidado.¹⁵

As práticas e as metodologias da Educação Popular em Saúde (EPS) possibilitam o encontro entre equipes de saúde e usuários em espaços das práticas populares de cuidado,

ressignificando as formas de assistência em saúde na atenção primária.⁷ A EPS é pautada no diálogo e na troca de saberes entre o educador e educando e valoriza-se o saber popular nas discussões sobre temas vivenciados pela comunidade.¹²

O profissional de saúde precisa refletir acerca do seu papel como educador através de capacitações, da busca de novas metodologias ativas que sejam capazes de alcançar e sensibilizar a população levando ao maior envolvimento e co-participação nos planos de cuidados.

3.6 ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

O atendimento pré-natal caracteriza-se como um programa de assistência e tem como objetivo assegurar o desenvolvimento da gestação, visando o parto de um recém-nascido (RN) saudável, sem impacto desfavorável para a saúde materna.¹⁷ Inclui também uma abordagem que contempla questões psicossociais, educativas e preventivas. O pré-natal de qualidade é um dos principais indicadores de melhor prognóstico ao nascimento e é um importante componente da atenção à saúde das mulheres no período gravídico-puerperal.^{18,19}

O MS recomenda o número mínimo de seis consultas para uma gestação a termo, com o início do pré-natal no primeiro trimestre e a realização de alguns procedimentos básicos que incluem exames clínico-obstétricos e laboratoriais.¹⁷ A inadequada assistência à gestante durante o pré-natal é associada a maiores índices de morbimortalidade materna e infantil e, por sua vez, as práticas educativas e de sensibilização das mulheres quando realizadas rotineiramente durante essa assistência estão associadas a melhores desfechos perinatais.^{18,19,20}

O Brasil possui ampla cobertura da atenção pré-natal, com índices próximos aos universais e sem muitas disparidades entre as regiões do país. Porém, a qualidade do acesso em relação ao início do pré-natal, ao número de consultas realizadas e à realização de procedimentos básicos preconizados pelo MS tem interferência geográfica devido a particularidades econômicas e sociais de determinados grupos populacionais.^{17,20}

Embora a expansão e as melhorias de políticas públicas voltadas à saúde materno-infantil ampliem o acesso ao acompanhamento pré-natal, o constante aumento da incidência de sífilis congênita leva à reflexão acerca da qualidade do pré-natal além de acessibilidade.^{15,20}

A literatura aponta que os fatores que contribuem para a baixa qualidade da atenção pré-natal relacionam-se a pouca adesão às consultas, não realização dos exames laboratoriais

de rotina, dos procedimentos básicos recomendados, das prescrições e das orientações educativas durante as consultas.^{18,20}

Logo, a atenção pré-natal de qualidade é fundamental na proteção frente aos eventos adversos à saúde materna e neonatal. Possibilita a identificação dos potenciais fatores de risco para complicações e permite o manuseio clínico e intervenções oportunas. É necessária uma reorganização da assistência pré-natal, de modo a assegurar uma assistência integral, capacitação das equipes com educação em saúde e práticas baseadas em evidência, humanização das ações assistenciais, empatia e respeito aos direitos das mulheres.

3.7 ESTIGMA SOCIAL

O aumento dos casos de SC no país nos últimos cinco anos pode estar relacionado ao estigma que é associado aos portadores das IST.^{21,22} A falta de informação e questões culturais da sociedade sobre a temática causa um senso quase comum que associa a infecção pelas IST à promiscuidade, homossexualidade, prostituição e ao uso de drogas.^{22,23,24}

O estigma frente às IST pode ser explicado pelos primeiros programas governamentais de prevenção entre o HIV e a associação com os chamados "maus" comportamentos, como o sexo fora do casamento e o uso de drogas injetáveis. O fato de a doença estar fortemente associada ao HIV no imaginário popular leva o usuário a não procurar os serviços de saúde com o receio de ser julgado.^{22,23}

As mulheres portadoras de sífilis, principalmente no período gestacional, refletem as dificuldades associadas a contextos sociais e psicológicos no qual estão inseridas. A descoberta da sífilis pode gerar nelas situações conflitantes que perpassa da realização de seu próprio tratamento à revelação do diagnóstico aos seus familiares e parceiro sexual.²⁵

Um dos desafios para avançar na detecção e controle da sífilis na população em geral e, especificamente nas gestantes, se relaciona com ações que visam desconstruir os estigmas associados à doença. É imperativo que os profissionais de saúde sejam capacitados tecnicamente para esclarecerem sobre a doença nas formas de prevenção e tratamento, tenham empatia, não faça juízos de valores e que reconheçam a diversidade dos comportamentos sexuais.

3.8 REPRESENTAÇÃO DA DOENÇA NA PERSPECTIVA MASCULINA

Discutir a saúde do homem no contexto da realidade brasileira é algo recente. A cultura do cuidar e da preocupação do autocuidado é atribuída à figura feminina em decorrência de fatores históricos e socioculturais.²³ A figura patriarcal ao longo dos séculos está associada a força, reprodução, dominância e resistência. O papel de provedor sempre esteve relacionado à figura masculina. Assim, os problemas referentes a saúde e ao cuidar são pouco valorizadas no universo do homem^{23,26}

No Brasil o MS lançou em 2009, o programa Política Nacional de Atenção Integral da Saúde do Homem (PNAISH) com a finalidade de promover ações de saúde que contribuam significativamente para a compreensão da realidade singular masculina nos seus diversos contextos socioculturais e político-econômicos, respeitando os diferentes níveis de desenvolvimento e organização dos sistemas locais de saúde e tipos de gestão de Estados e Municípios.²⁷

A população masculina possui uma maior vulnerabilidade aos agravos de saúde, a situações de violência e ao comportamento de risco. Estudos apontam que os homens, em geral, estão mais expostos a condições graves e crônicas de saúde do que as mulheres e também morrem mais do que elas pelas principais causas de morte. Entretanto, apesar das elevadas taxas masculinas de morbimortalidade, a população masculina tem uma baixa adesão aos serviços de saúde principalmente aos serviços da Atenção Primária.^{23,25,28}

A baixa adesão masculina aos serviços de saúde pode ser inferida em virtude da dinâmica de funcionamento que em grande parte coincide com as atividades laborais desse grupo.^{22,23} Estratégias para aumentar a adesão dos homens aos serviços de saúde incluem ações entre o governo e as empresas com a finalidade de melhorar a acessibilidade aos serviços de saúde através de liberação do empregador sem prejuízo ao empregado, estabelecimento de parceria entre Unidades Básicas de Saúde (UBS) e empresas de saúde privadas além da extensão do horário de funcionamento habitual das unidades de saúde podem contribuir para maior adesão e controle da saúde masculina.^{26,28}

É fundamental que haja mudanças nas estratégias dos serviços de saúde na sensibilização para ações de prevenção e tratamento de IST. A qualidade do atendimento através da empatia, humanização, resolutividade, capacitação profissional, respeito às crenças masculinas e a utilização de práticas educativas constitui ações e estratégias capazes de sensibilizar esse segmento populacional na redução de sífilis e outras IST.^{23,27,28}

3.9 REEMERGÊNCIA DA SÍFILIS

A reemergência dos casos de sífilis nos últimos anos necessita de maiores investigações para além de dados estatísticos e epidemiológicos.^{4,8} Mesmo com o advento da penicilina para o tratamento, ampliação das políticas públicas de saúde voltadas para a mulher e o recém-nascido, o acesso ao pré-natal¹⁸ e a exames diagnósticos, ainda há falhas assistenciais que podem predizer o crescente número de infecção pela sífilis.^{4,20}

A literatura apresenta estudos que mostram associação de fatores sociodemográficos e antecedentes obstétricos maternos adversos da assistência pré-natal e a correlação com a sífilis congênita.^{29,30,31} Contudo, a discussão sobre o impacto das ações de educação em saúde, a apropriação e percepção das informações sobre a sífilis pelos pacientes, a adesão do parceiro ao tratamento,²⁶ e o estigma²⁰ relacionado à doença ainda é pouco descrita.

É fundamental que haja um olhar amplo sobre outras perspectivas assistenciais e educacionais que possam esclarecer os motivos da elevada prevalência de sífilis no país. Investigar e descrever questões do ponto de vista da educação em saúde como forma de prevenção e de adesão ao tratamento é imperativo para compreensão do impacto das informações repassadas e dos modelos educacionais utilizados na abordagem da doença.

REFERÊNCIAS

1. Silva MRG, Sanna MC. Perfil dos pacientes diagnosticados com doenças sexualmente transmissíveis assistidos na Santa Casa de Guaxupé - MG no período de 1923 a 1932. *REME Rev Min Enferm.* 2016;20:e990.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo clínico diretrizes terapêuticas (PCDT): Atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis (IST). Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
3. Brasil. Ministério da Saúde, Secretária de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para a prevenção da transmissão vertical de HIV, sífilis e hepatites virais. Brasília: Ministério da Saúde; 2018.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Boletim epidemiológico sífilis. 2018; 48.
5. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Boletim Epidemiológico Mineiro (BEM)- Sífilis. Ano III, Volume III, 2018.
6. Brasil. Manual técnico para diagnóstico da sífilis. Brasília: Ministério da Saúde; 2016.
7. Araújo JP, Silva RMM, Collet N, Neves ET, Tos BRGO, Viera CS. História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. *Rev Bras Enferm.* 2014;67(6):1000-1007.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Agenda de ações estratégicas para redução da sífilis no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2104/GM, de 19 de novembro 2002. Institui o Projeto Nascer-Maternidades. *Diário Oficial da União*, 20 nov 2002.
10. Brasil. Portaria nº 1.459 de 24 de julho de 2011 do Ministério da Saúde. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. *Diário Oficial da União*, 27 jun 2011.
11. Herrmann A, Silva ML, Chakora ES, Lima DC. Guia do pré-natal do parceiro para profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2016.
12. Maciel MED. Educação em saúde: conceitos e propósitos. *Cogitare Enferm.* 2009; 14(4):773-6.
13. Oliveira HM, Gonçalves MJF. Educação em saúde: uma experiência transformadora. *Rev Bras Enferm.* 2004;57(6):761-3.

14. Gazzinelli MF, Gazzinelli A, Reis DC, Penna CMM. Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. *Cad Saúde Pública*. 2005;21(1):200-206.
15. Figueiredo MFS, Rodrigues-Neto JF, Leite MTS. Modelos aplicados às atividades de educação em saúde. *Rev Bras Enferm*. 2010;63(1):117-121.
16. Freire P. *Pedagogia do oprimido*. 66. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2013.
17. Brasil. Ministério da Saúde. *Atenção ao pré-natal de baixo risco*. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
18. Viellas EF, Domingues RMSM, Dias MAB, Gama SGN, Theme Filha MM, Costa JV, et al. Assistência pré-natal no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2014;30(Sup):S85-S100.
19. Coutinho T, Monteiro MFG, Sayd JD, Teixeira MTB, Coutinho CM, Coutinho LM. Monitoring the prenatal care process among users of the Unified Health Care System in a city of the Brazilian Southeast. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2010;32:563-569.
20. Nunes JT, Gomes KRO, Rodrigues MTP, Mascarenhas MDM. Qualidade da assistência pré-natal no Brasil: revisão de artigos publicados de 2005 a 2015. *Cad Saúde Colet (Rio J)*. 2016;24(2):252-261.
21. Kohler G, Massuqueto S. Estigma da prostituição no uso de substâncias psicoativas versus doenças sexualmente transmissíveis: revisão Integrativa. *Unoesc & Ciência - ACBS Joaçaba*. 2017;8(1):51-58.
22. Maksud I. Estigma e discriminação: desafios da pesquisa e das políticas públicas na área da saúde. *Physis (Rio J)*. 2014;24(1):311-321.
23. Mauch SDN, Almeida AMO, Santos MFS. O significado da sífilis no universo masculino: um estudo em representações sociais. *Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva*. 2012;6(3):143-27. DOI: tempus.v6i3.1160
24. Gesink D, Wang S, Norwood T, Sullivan A, Al-Bargash D, Shahin R. Spatial epidemiology of the syphilis epidemic in Toronto, Canada. *Sex Transm Dis*. 2014;41(11):637-648.
25. Cavalcante AES, Silva MAM, Rodrigues ARM, Mourão Netto JJ, Moreira ACA, Goyanna NF. Diagnóstico e tratamento da sífilis: uma investigação com mulheres assistidas na atenção básica em Sobral, Ceará. *DST J Bras Doenças Sex Transm*. 2012;24(4):239-245.
26. Oliveira MM, Daher DV, Silva JLL, Andrade SSCA. A saúde do homem em questão: busca por atendimento na atenção básica de saúde. *Ciênc Saúde Colet*. 2015;20(1):273-278.

27. Moreira MA, Carvalho CN. Atenção integral à saúde do homem: estratégias utilizadas por enfermeiras(os) nas unidades de saúde da família do interior da Bahia. *Sau & Transf Soc.* 2016;7(3):121-132.
28. Vieira KLD, Gomes VLO, Borba MR, Costa CFS. Atendimento da população masculina em unidade básica saúde da família: motivos para a (não) procura. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2013;17(1):120-27.
29. Macêdo VC, Lira PIC, Frias PG, Romaguera LMD, Caires SFF, Ximenes RAA. Fatores de risco para sífilis em mulheres: estudo caso-controle. *Rev Saude Publica.* 2017;51:78.
30. Cunha ARC, Merchan-Hamann E. Sífilis em parturientes no Brasil: prevalência e fatores associados, 2010 a 2011. *Rev Panam Salud Publica.* 2015;38(6):479-486.
31. Domingues RMSM, Leal MC. Incidência de sífilis congênita: dados do estudo nascer no Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2016;32(6):e00082415.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Analisar os fatores educacionais e assistenciais associados ao diagnóstico presuntivo de sífilis congênita em recém-nascidos internados no Hospital Sofia Feldman.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analisar as variáveis sociodemográficas, antecedentes obstétricos e de gestação atual e descrever os desfechos neonatais associadas à sífilis congênita;
- Investigar as variáveis de orientação profissional (Educação em Saúde) para sífilis e outras IST durante a assistência pré-natal.

5 CASUÍSTICA E MÉTODOS

5.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo do tipo caso-controle realizado no período de setembro de 2017 a setembro de 2018.

5.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido no Hospital Sofia Feldman (HSF) maternidade especializada em saúde materno-infantil, no município de Belo Horizonte, Minas Gerais. O HSF assiste uma população superior a 400 mil pessoas dos Distritos Sanitários Norte e Nordeste como também gestantes e recém-nascidos das cidades do interior do estado. A maternidade realiza cerca de 900 partos ao mês. Possui capacidade de 159 leitos: 60 obstétricos, 41 em Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN), 45 em Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais (UCIN) e 13 leitos na Casa do Bebê.

5.3 POPULAÇÃO

5.3.1 Critérios de inclusão

A população do estudo no grupo caso foi composta por mães de RN com diagnóstico presuntivo de sífilis congênita. Para o diagnóstico presuntivo do RN utilizou-se os seguintes critérios: dados registrados no prontuário do RN de SC com ou sem VDRL sanguíneo reagente e tratamento intra-hospitalar com penicilina benzatina ou procaína e ou cristalina.

Para o diagnóstico de sífilis na gestação foram utilizados os seguintes critérios: VDRL reagente registrado no cartão de pré-natal e ou registrado no prontuário na internação hospitalar, independente da titulação; registro de infecção por sífilis no prontuário hospitalar da puérpera.

Com o objetivo a minimizar perdas, a busca das mães de RN com sífilis congênita presuntiva foi realizada por meio do relatório da dispensa de medicamentos para os recém-nascidos disponibilizados pela farmácia do HSF diariamente.

Para a amostra do grupo controle foram identificadas mães de RN com boa evolução clínica no período neonatal imediato, que não apresentaram nenhuma comorbidade, e que

tenham nascido na mesma semana de nascimento do grupo caso. A partir da identificação do caso, foi realizada busca ativa nos registros de nascimento dos RN do grupo controle.

A caracterização da amostra para os grupos caso-controle foi constituída concomitantemente na proporção de 1:2, um recém-nascido com diagnóstico presuntivo de sífilis congênita para dois RN sem o diagnóstico de SC. A presença do diagnóstico de sífilis congênita foi critério para o grupo caso deste estudo e a ausência de sífilis congênita caracterizou o grupo controle.

5.3.2 Critérios de exclusão

Foram excluídas do estudo as mulheres que não demonstravam condições cognitivas de responder a entrevista e que não consentiram em participar da pesquisa. Para o grupo controle também foram excluídos aqueles RN que não apresentaram boa evolução clínica.

5.4 CÁLCULO AMOSTRAL

A estimativa para o cálculo amostral considerou o porte do estabelecimento de saúde e a prevalência de sífilis congênita baseada em dados prévios do serviço de 4% e aproximadamente 11.000 parturientes por ano na instituição com o nível de confiança 95% e precisão de 5%.

A razão para pareamento entre os grupos foi na proporção 2:1, sendo um caso para dois controles, e a amostra total composta por 180 mães de recém-nascidos nas quais 60 pertenciam ao grupo caso e 120 ao grupo controle.

5.5 OBTENÇÃO DE DADOS

Uma vez identificados os recém-nascidos com diagnóstico presuntivo de sífilis congênita e os recém-nascidos sem nenhuma comorbidade, suas mães foram convidadas a participar da pesquisa e, após o esclarecimento acerca dos objetivos do estudo, dos riscos mínimos em participar e mediante aceitação do convite foram aplicados os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE), quando pertinente (Apêndices A e B, respectivamente). Os dados foram coletados por meio de entrevistas das mulheres durante o período de internação e aplicados pelo próprio pesquisador e também houve consulta aos prontuários da mãe e do RN. Os registros dos dados foram

transcritos em formulário semi-estruturado com as seguintes variáveis de interesse: sociodemográficas, antecedentes obstétricos, gestação atual (assistência à saúde no pré-natal e desfecho neonatal), assistenciais de cunho educativo e relacionadas a orientações e informações sobre a sífilis e outras IST durante o pré-natal em ambos os grupos (Apêndices C e D).

5.5.1 Variáveis investigadas

5.5.1.1 Variáveis independentes

As variáveis investigadas neste estudo foram caracterizadas como fatores educacionais e assistenciais, sendo a seguir caracterizadas.

a) Fatores educacionais

- Orientações e clareza acerca das informações sobre a sífilis e outras IST durante o pré-natal: (triagem, diagnóstico, transmissão, formas de tratamento, abordagem, -tratamento do parceiro, risco para a mulher, risco para o feto/RN) e profissional responsável pelas orientações;
- Abordagem do diagnóstico de sífilis na gestação atual: momento do diagnóstico (se durante o pré-natal ou na admissão na maternidade), exame realizado, registro do exame no cartão da gestante; informações, esclarecimentos e orientações sobre o resultado de exame, diagnóstico, tratamento da mulher, apoio do parceiro no tratamento e tratamento do parceiro; profissional responsável pelas orientações; abordagem educativa e metodologia utilizada.

b) Fatores assistenciais

- Sociodemográficos: idade, etnia, estado civil, vínculo empregatício, escolaridade e renda familiar;
- Antecedentes obstétricos: ocorrência de gestações anteriores, abortamento, nascimento pré-termo, tratamento de sífilis, tratamento de sífilis do parceiro e uso de método contraceptivo;

- Gestação atual (assistência à saúde no pré-natal e desfecho neonatal): realização de acompanhamento pré-natal, números de consultas, trimestre de início do pré-natal, local de realização do pré-natal; presença de comorbidades, sexo do RN, idade gestacional ao nascer, peso ao nascimento, classificação do peso versus idade gestacional e condição sintomática para sífilis.

5.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados quantitativos obtidos foram armazenados e tabulados em programa de Excel® (2016). As análises foram realizadas pelo software *Statistical Package for the Social Sciences*® (SPSS, Chicago, IL, USA), versão 18.0 para Windows.

Na análise descritiva da amostra, as variáveis contínuas foram apresentadas com cálculo de média, desvio padrão ou mediana. Para as variáveis categóricas, foram calculadas a frequência e proporção. Algumas variáveis contínuas foram transformadas em dicotômicas para a realização de testes. Para comparação entre grupos foi utilizado o teste Qui-Quadrado de Pearson ou exato de Fisher.

A medida de associação estimada foi a Odds ratio e seu respectivo intervalo de confiança de 95%. Para análise multivariada foram inseridas variáveis com $P < 0,20$ e realizada a regressão logística binária. Os modelos foram ajustados e mantidos no modelo final variáveis com $P \leq 0,05$.

5.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Os aspectos éticos da pesquisa foram conduzidos de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466 de 12 de dezembro de 2012 que regulamenta pesquisas realizadas com seres humanos.

O armazenamento dos dados obtidos foi cuidadosamente mantido em sigilo visando garantir a confidencialidade das informações fornecidas. O estudo foi aprovado pelos Comitês de Ética das instituições envolvidas HSF e UFMG (nº 2.197.498 e 2.144.587, respectivamente) (ANEXOS A e B).

6 RESULTADOS

6.1 ARTIGO

Elaborado de acordo com as normas para submissão de artigo original da revista *Jornal de Pediatria*.

Fatores educacionais e assistenciais associados à prevalência da sífilis congênita em uma maternidade de referência em Belo Horizonte

Felipe L.Rigo ^a, Roberta M.C. Romanelli ^{a,b}, Leni M. Anchieta ^{a,b}

a- Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente, Belo Horizonte, MG, Brasil

b-Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Faculdade de Medicina, Departamento de Pediatria, Belo Horizonte, MG, Brasil

Endereço eletrônico

felipeleonardorigo@hotmail.com

Título curto: Educação e assistência na sífilis congênita.

Declaração de conflito de interesse: os autores declaram não haver conflito de interesses.

Instituição ou serviço oficial ao qual o trabalho está vinculado: Universidade Federal de Minas Gerais – Faculdade de Medicina

Autor para correspondência e contato pré-publicação:

Felipe Leonardo Rigo

Av. Alfredo Balena, 190, sala 267

CEP 30130-100. Santa Efigênia – Belo Horizonte – MG.

Telefone: 55 31 3409-9772

E-mail: felipeleonardorigo@hotmail.com

Resumo

Objetivos: Estimar a prevalência presuntiva da sífilis congênita e investigar os fatores educacionais e assistenciais que podem estar associados aos casos. **Métodos:** Trata-se de um estudo, caso-controle com 180 puérperas (60 casos e 120 controles) realizado em uma maternidade em Belo Horizonte no período de setembro de 2017 a setembro de 2018. As variáveis maternas independentes foram agrupadas em: sociodemográficas; antecedentes clínicos e obstétricos; educacionais e assistenciais à saúde no pré-natal. As informações foram obtidas por meio de entrevistas e consultas aos prontuários. Para avaliar a força de associação foi considerado o teste de Qui Quadrado de Pearson ou exato de Fisher. Foi calculado *odds ratio* (OR), intervalo de confiança de 95% e realizada análise de regressão logística multivariada para identificar os fatores preditores da variável a ser explicada. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética das instituições envolvidas: Hospital Sofia Feldman e Universidade Federal de Minas Gerais (nº 2.197.498 e 2.144.587). **Resultados:** A prevalência de sífilis congênita presuntiva na maternidade investigada foi de 4%. Verificou maior ocorrência de sífilis em mulheres na faixa etária entre 20 a 29 anos, de cor parda, solteira e com ensino fundamental incompleto. Das mulheres do grupo caso 96,7% fizeram o pré-natal, 36,7% foram diagnosticadas na maternidade, 37,3% não tiveram apoio do parceiro no tratamento e 55% dos parceiros não foram tratados. Na análise da regressão logística multivariada o histórico de tratamento de sífilis aumentou em mais de 5 vezes a chance de mulheres apresentarem crianças com a doença na gestação atual e 24 vezes mais chances de receberem informações e esclarecimentos sobre os riscos da sífilis para o RN durante o pré-natal. O profissional médico foi o responsável em dispor das informações sobre a sífilis em mais da metade das respostas e a abordagem ocorreu exclusivamente por exposição verbal. **Conclusão:** Os fatores sociodemográficos, educacionais e de assistência à saúde estão associados à maiores riscos para ocorrência de sífilis em mulheres. Os resultados demonstram a necessidade de melhoria no controle da sífilis na gestação mediante qualidade da assistência pré-natal e mudanças nas práticas de educação em saúde.

Palavras-chave: Sífilis congênita; Saúde da mulher; Educação em saúde.

ABSTRACT

Aim: To estimate the presumptive prevalence of congenital syphilis and to investigate the educational and counseling associated factors. **Methods:** Case-control study with 180 postpartum women (Case group: 60 mothers; Control group: 120 mothers) performed in a maternity hospital in Belo Horizonte from September 2017 to September 2018. Independent maternal variables were grouped as follows: sociodemographic; clinical and obstetric history; educational and health care services in prenatal care. Data were obtained using interviews and medical records evaluation. Pearson's Chi-square test or Fisher's Exact test were used to evaluate the association strengths. The odds ratio (OR) and the multivariate logistic regression analysis were performed to identify variable predictor factors. The study was approved by the Ethics Committee from Sofia Feldman Hospital and Federal University of Minas Gerais (2.197.498 and 2.144.587, respectively). **Results:** The prevalence of presumptive congenital syphilis was 4%. There was higher syphilis occurrence in women aging between 20-29 years old, who were brown-skinned, single and with incomplete basic education. Regarding the case group, 96.7% of women had prenatal care, 36.7% were diagnosed at maternity, 37.3% did not have partner support for the treatment and 55% of the partners were not treated. In the analysis of multivariate logistic regression, the syphilis treatment history was increased more than 5 times the children's disease possible occurrence in the current gestation and 24 times more likely to receive information and clarification about the risks of syphilis for the newborn during the prenatal period. The physician was responsible to obtain informations about the syphilis in more than half of responses and the approach was exclusively based on verbal exposure. **Conclusion:** Sociodemographic, educational and health assistance factors are associated with higher risks for syphilis in women. The results demonstrate the need to improve the control of syphilis during pregnancy through the quality of prenatal care and improvement in health education practices.

Keywords: Congenital syphilis. Women's Health. Health Education.

Introdução

A sífilis é uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST) milenar, de cunho sistêmico e evolução crônica, cujas manifestações patológicas são dependentes do tempo de contaminação e estágio da doença.^{1,2} Causada pelo *Treponema pallidum*, bactéria Gram-negativa do grupo das espiroquetas, tem predomínio da transmissão pelas vias sexual e vertical.^{1,3}

A transmissão da sífilis intraútero para o feto varia entre 70 a 100% em gestantes com sífilis primária/secundária de acordo com a presença de lesões sifilíticas mucocutâneas e o tratamento recebido. A forma de transmissão também pode ocorrer pelo canal de parto se a parturiente apresentar lesão ativa.^{1,2} Por sua vez, a transmissão através do aleitamento materno pode ocorrer, porém menos frequentemente. Entre as principais repercussões para a gestante e o concepto destacam-se a ocorrência de abortamento, natimortalidade, prematuridade, baixo peso ao nascer e morte neonatal.^{1,4}

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), anualmente estima-se, mundialmente, a ocorrência aproximada de um milhão de casos de IST por dia. Em se tratar de gestantes, a sífilis afeta cerca de um milhão de mulheres por ano, sendo a responsável por cerca de 300 mil mortes fetais e neonatais.³ O Brasil, assim como muitos países, apresenta reemergência da doença, e nos últimos cinco anos tem se observado o aumento no número de casos de sífilis adquirida na população em geral, em gestantes e congênita. Esse aumento tem sido associado ao aumento da cobertura de testes rápidos, às notificações dos casos e melhora técnica do sistema de vigilância porém, também devido a redução do uso de preservativo, resistência dos profissionais de saúde à administração da penicilina na rede de Atenção Primária e ao desabastecimento mundial de penicilina.²

Para conter o avanço da epidemia no país, o Ministério da Saúde (MS) lançou em 2017 a Agenda de Ações Estratégicas para Redução da Sífilis Congênita no Brasil e, em 2018, iniciou a implantação do Projeto de Resposta Rápida à Sífilis nas Redes de Atenção.¹

Estratégias governamentais com fortalecimento da vigilância epidemiológica, qualidade da assistência pré-natal, educação com integração dos serviços da rede em saúde para a capacitação técnica dos profissionais são fundamentais para a prevenção, controle e cura das IST.^{5,6}

Estudos da associação entre fatores maternos e a ocorrência da sífilis congênita tem sido demonstrados na literatura.^{7,8} A maior parte deles com foco principal na assistência pré-natal e na vulnerabilidade socioeconômica. A escassez de estudos⁹ que abordam as práticas de educação em saúde como um fator associado à prevenção da sífilis congênita motivou a realização desta pesquisa, que tem como objetivo investigar as ações educativas sobre as orientações e esclarecimentos acerca da sífilis sob o ponto de vista do usuário.

Materiais e Métodos

Tipo de estudo

Estudo do tipo caso-controle realizado entre setembro de 2017 e setembro de 2018 em maternidade referência de Belo Horizonte sob aprovação do Comitê de Ética em pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais e Hospital Sofia Feldman (nº 2.197.498 e 2.144.587, respectivamente).

Grupos de estudo

Para determinação do cálculo amostral, foram considerados: o porte do estabelecimento de saúde; a prevalência de sífilis congênita de 4%; a quantidade aproximada de 11.000 parturientes/ano; intervalo de confiança de 95% e precisão de 5%. Mulheres incapacitadas de responder a entrevista ou que não tenham expresso consentimento para participação da pesquisa foram excluídas do estudo. A caracterização da amostra para os grupos caso-controle foi constituída na proporção 1:2, de modo que para cada mãe cujo

recém-nascido apresentou diagnóstico presuntivo de sífilis congênita, duas mães de RN com ausência da doença e outras comorbidades foram recrutadas para a pesquisa.

Desta forma, 180 mães de recém-nascidos (Grupo caso: 60 mães; Grupo controle: 120 mães) foram recrutadas. O grupo controle foi composto por mães de RN com ausência de sífilis congênita. Além disso, mães de RN que não apresentaram boa evolução clínica não foram selecionadas. A população do estudo no grupo caso foi composta por mães de RN com diagnóstico presuntivo de sífilis congênita.

Na composição dos grupos, para o diagnóstico presuntivo do RN, os seguintes critérios foram utilizados: registro de SC no prontuário do RN; resultado reagente ou não-reagente em teste VDRL sanguíneo; tratamento intra-hospitalar com penicilina benzatina ou procaína e/ou cristalina. Com o objetivo de minimizar perdas amostrais, a busca das mães de RN com sífilis congênita foi realizada por meio do relatório da dispensa de medicamentos para os recém-nascidos, disponibilizados pela farmácia do HSF diariamente. Para o diagnóstico de sífilis na gestação, foram utilizados os seguintes critérios: VDRL reagente registrado em cartão pré-natal e/ou no prontuário de internação hospitalar, independente da titulação; registro de infecção por sífilis no prontuário hospitalar da puérpera.

Obtenção dos dados

Uma vez identificados os RN com e sem sífilis congênita, suas mães foram convidadas a participar da pesquisa. Após esclarecimento acerca dos objetivos do estudo, dos riscos mínimos da participação e mediante aceitação do convite, foram aplicados os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE), quando pertinente. Os dados foram obtidos de ambos os grupos por meio de entrevistas às mulheres durante o período de internação e através de consulta aos prontuários da mãe e do RN. Os registros dos dados foram transcritos em formulário semi-estruturado com as seguintes variáveis de interesse: sociodemográficas; antecedentes obstétricos; gestação atual (assistência à saúde no pré-natal e desfecho neonatal); fatores educacionais e relacionadas a orientações e informações sobre a sífilis e outras IST durante o pré-natal.

Variáveis independentes foram agrupadas em:

a) Fatores educacionais:

- Orientações e clareza acerca das informações sobre a sífilis e outras IST durante o pré-natal: (triagem, diagnóstico, transmissão, formas de tratamento, abordagem, tratamento do parceiro, risco para a mulher, risco para o feto/RN) e formação do profissional responsável pelas orientações;

- Abordagem do diagnóstico de sífilis na gestação atual: momento do diagnóstico (se durante o pré-natal ou na admissão na maternidade), exame realizado, registro do exame no cartão da gestante; informações, esclarecimentos e orientações sobre o resultado de exame; diagnóstico, tratamento da mulher, apoio do parceiro no tratamento e tratamento do parceiro profissional responsável pelas orientações; abordagem educativa e metodologia utilizada.

b) Fatores assistenciais:

- Sociodemográficos: idade, etnia, estado civil, vínculo empregatício, escolaridade e renda familiar;
- Antecedentes obstétricos: ocorrência de gestações anteriores, abortamento, prematuridade, tratamento de sífilis da mulher, tratamento de sífilis do parceiro e uso de método contraceptivo;
- Gestação atual (assistência à saúde pré-natal e desfecho neonatal): realização de acompanhamento pré-natal, números de consultas, trimestre de início do pré-natal, local de realização do pré-natal, presença de comorbidades, sexo do RN, idade gestacional ao nascer, peso ao nascimento, classificação do peso versus idade gestacional e se sintomático para a sífilis.

Análise estatística

As análises foram realizadas pelo software *Statistical Package for the Social Sciences*® (SPSS, Chicago, IL, USA, versão 18.0 para Windows). Na análise descritiva da amostra, as variáveis contínuas são apresentadas como média ou mediana e seu respectivo desvio padrão. Para as variáveis categóricas foram calculadas sua frequência e proporção. Algumas variáveis contínuas foram transformadas em dicotômicas para a realização dos testes. Para comparação entre grupos foi considerado o teste de Qui-Quadrado de Pearson ou Exato de Fisher. A medida de associação estimada foi a Odds ratio e seu respectivo intervalo de confiança de 95%. Para análise multivariada foram inseridas variáveis com $P < 0,20$ e realizada a regressão logística binária. Os modelos foram ajustados e mantido no modelo final variáveis com $P \leq 0,05$.

Resultados

A **Tabela 1** apresenta os dados sociodemográficos com predomínio de mulheres na faixa etária entre 20 a 29 anos e renda familiar variando de 1 a 2 salários mínimos nos grupos caso e controle. Já as características como etnia amarela, estado civil solteira e ensino fundamental incompleto, foram significativamente mais frequentes no grupo com sífilis congênita, embora para etnia amarela houve duas mulheres autodeclaradas.

Os principais dados dos antecedentes obstétricos, da gestação atual e do recém-nascido estão apresentados na **Tabela 2**, onde se destaca que ser multípara, ter realizado tratamento anterior (prévio) da sífilis, iniciar o pré-natal no 1º trimestre da gestação, presença de comorbidades durante o período gestacional e nascimento pré-termo foram significativamente mais frequentes no grupo caso. Em relação ao método contraceptivo, destaca-se que o uso de preservativo foi pouco frequente nos dois grupos (2 casos no grupo sífilis congênita e 3 no grupo controle) o que interfere na avaliação do P-valor, pois predominou o método hormonal, não demonstrado na tabela. Mulheres do grupo SC e com comorbidades associadas à gestação (Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial) apresentaram maiores riscos de infecção pela sífilis.

Tabela 1: Características sociodemográficas para sífilis em puérperas. Hospital Sofia Feldman, Belo Horizonte- MG, 2018.

Variáveis	Caso n = 60	Controle n = 120	P-valor^{a,b}
	n (%)	n (%)	
<i>Faixa etária (anos)</i>			0,556 ^b
< 20	14 (23,3)	22 (18,3)	
20 a 29	32 (53,3)	67 (55,8)	
30 A 39	14(23,3)	27 (22,5)	
>40	0 (0)	4 (3,3)	
<i>Etnia (autodeclarada)</i>			0,028 ^b
Branca	4 (6,7)	23 (19,2)	
Negra	14 (23,3)	28 (23,2)	
Parda	40 (66,7)	69 (57,5)	
Amarela	2 (3,3)	0 (0)	
<i>Estado civil</i>			<0,001 ^b
Solteira	31 (51,7)	37 (30,8)	
Casada	5 (8,3)	36 (30)	
Divorciada	0 (0)	3 (2,5)	
União estável	24 (40)	44 (36,7)	
<i>Escolaridade</i>			<0,001 ^b
Analfabeta	1 (1,7)	1 (1,7)	
Ensino fundamental incompleto	22 (36,7)	9 (7,5)	
Ensino fundamental completo	4 (6,7)	6 (5)	
Ensino médio incompleto	15 (25)	27 (22,5)	
Ensino médio completo	18 (30)	62 (51,7)	
Ensino superior incompleto	0 (0)	5 (4,20)	
Ensino superior completo	0 (0)	8 (6,7)	
Pós-graduação	0 (0)	2 (1,7)	
<i>Renda familiar</i>			0,255 ^b
< 1 salário	12 (20)	15 (12,5)	
De 1 a 2 salários	39 (65)	75 (62,6)	
De 3 a 6 salários	9 (15)	26 (21,7)	
> 7 salários	0 (0)	4 (3,3)	

^aTeste Qui-quadrado de Pearson; ^bTeste Exato de Fisher. P<0,05 foi considerado significativo.

Tabela 2: Variáveis relacionadas a antecedentes obstétricos, assistência no pré-natal e desfecho neonatal para a sífilis em puérperas. Hospital Sofia Feldman, Belo Horizonte- MG, 2018.

Variáveis	Caso	Controle	P-valor ^{a,b}
	n = 60	n = 120	
	n (%)	n (%)	
Antecedentes obstétricos			
Múltipara	43 (71,7)	56 (46,7)	<0,001 ^a
Aborto	8 (18,6)	6 (10)	0,209 ^a
Prematuridade	4 (9,3)	4 (6,9)	0,720 ^b
Tratamento de sífilis	26(43,3)	4 (3,3)	<0,001 ^b
Tratamento do parceiro	5 (33,3)	1 (100)	0,375 ^b
Uso método contraceptivo	29 (48,3)	65 (54,2)	0,854 ^b
Gestação atual			
Realizou pré-natal	58 (96,7)	120 (100)	0,110 ^b
Início pré-natal no 1º trimestre	41 (70,7)	106 (88,3)	0,011 ^b
Comorbidades	8 (13,6)	0 (0)	0,005 ^b
Recém-nascido			
Feminino	37 (61,7)	57 (47,5)	0,073 ^a
Pré-termo	9 (15)	4 (3,3)	0,011 ^b
Baixo peso	4 (6,7)	9 (7,5)	0,097 ^b
PIG	9 (15)	12 (10)	0,192 ^b

^a Teste do qui-quadrado de Pearson; ^b Teste exato de Fisher. P-valor <0,05 foi considerado significativo.

A **Tabela 3** apresenta os dados relacionados à abordagem educativa. As variáveis sobre orientações, informações e esclarecimentos acerca da sífilis a considerar a percepção das informações recebidas pelas gestantes nas consultas de pré-natal e puerpério. As variáveis sobre orientações acerca da forma de transmissão da doença, risco da sífilis para a mulher, feto/RN e para outras IST foram significativamente mais frequentes no grupo sífilis congênita.

Quanto a clareza e objetividade nas informações de sífilis sobre o teste rápido, forma de transmissão, risco para o RN e abordagens de outras IST tem-se o percentual acima de 50% nos grupos casos e controle. Para todas as variáveis educativas exceto para a abordagem nas formas de transmissão da sífilis no grupo controle, o profissional médico foi o responsável em dispor das informações sobre a doença em mais da metade das respostas. As

orientações sobre outras IST foram frequentes nos dois grupos, contudo não receber orientações (não demonstrado na tabela) foi significativamente mais frequente no grupo caso ($P < 0,001$).

Tabela 3: Variáveis educacionais relacionadas a informações e orientações sobre a sífilis durante a assistência pré-natal. Hospital Sofia Feldman, Belo Horizonte- MG, 2018.

Variáveis	Caso n = 60 n (%)	Controle n = 120 n (%)	P-valor^{a,b}
Teste rápido para a sífilis			
Receberam orientações	51 (87,9)	99 (82,5)	0,351 ^a
Orientações claras e objetivas	26 (51)	55 (55,6)	0,847 ^a
Orientações pelo médico	27 (52,9)	55 (55,6)	0,489 ^a
Forma de transmissão da sífilis			
Receberam orientações	28 (48,3)	17 (14,2)	<0,001 ^a
Orientações claras e objetivas	20 (71,4)	16 (94,1)	0,259 ^b
Orientações pelo médico	17 (60,7)	8 (47,1)	0,450 ^b
Risco da sífilis para a mulher			
Receberam orientações	28 (48,3)	7 (5,8)	<0,001 ^a
Orientações claras e objetivas	20 (71,4)	6 (85,7)	0,648 ^b
Orientações pelo médico	16 (57,1)	4 (57,1)	0,207 ^b
Risco da sífilis para o feto/RN			
Receberam orientações	29 (50)	5 (4,2)	<0,001 ^a
Orientações claras e objetivas	20 (69)	4 (80)	1,000 ^b
Orientações pelo médico	18 (62,1)	3 (60)	0,570 ^b
Informações sobre outras IST			
Receberam orientações	46 (79,3)	115 (95,8)	<0,001 ^a
Orientações claras e objetivas	26 (56,5)	77 (67)	0,449 ^b
Orientações pelo médico	25 (54,3)	61 (53)	0,161 ^a

^aTeste do qui-quadrado de Pearson; ^bTeste exato de Fisher. P-valor <0,05 foi considerado significativo.

Na regressão logística multivariada mantiveram significância as variáveis histórico de tratamento de sífilis (OR 5,75 IC95% 1,44-22,90) e orientação e explicação sobre o risco de sífilis para o RN (OR 24,54, IC95% 8,23-72,21) para o grupo caso e orientação e explicação sobre outras IST durante a assistência pré-natal (OR 10,44x I IC95% 3,13 – 34,86) para o

grupo controle, com predição de 83,7% no modelo. O teste Hosmer and Lemeshow mostrou ajuste do modelo com $P=0,51$.

A análise multivariada mostrou que mulheres com histórico de sífilis tiveram cinco vezes mais chances de apresentar RN com sífilis congênita e 24 vezes mais chances de receber orientações e esclarecimentos sobre os riscos da transmissão da doença para o RN. Mulheres do grupo controle tiveram 10 vezes mais chances em receber informações sobre outras IST durante o pré-natal.

Especificamente para o grupo caso observou-se que o diagnóstico de sífilis foi realizado no primeiro trimestre de gestação em 22 (36,7%) das amostras e na admissão na maternidade em 22 (36,7%). O VDRL foi solicitado junto ao FTABS a apenas 2 gestantes (3,3%) e o registro completo destes exames no cartão de pré-natal foi encontrado em 37 (61,7%) das cadernetas de saúde da mulher.

Frente ao diagnóstico e o resultado do exame da sífilis, 44 (77,3%) mulheres declararam que receberam informações claras, sendo que 55% (33) foram orientadas pelo profissional médico. Em relação ao tratamento da doença 47 (78,3%) relataram clareza nas informações que foram realizadas pelo profissional médico em 34 (55%) dos casos, sendo que 49 (81,7%) das mulheres informaram que a maneira como recebeu as orientações favoreceu a adesão ao tratamento. Não foram usados instrumentos (como cartilha, folders educativos, recurso audiovisual, entre outros) para as orientações, que ocorreram exclusivamente por exposição verbal.

Dentre as 60 gestantes que receberam diagnóstico de sífilis, 55 (93,2%) foram tratadas com penicilina G benzatina, 25 (41,7%) fizeram controle com VDRL. Dessas, 23 ainda estavam em tratamento quando da entrevista, 22 (37,3%) não receberam apoio de seu parceiro no tratamento. 17 (28,3%) parceiros foram tratados e 7 estavam em tratamento.

Discussão

O presente estudo verificou que na maternidade investigada foi elevada a prevalência presuntiva de sífilis congênita em 4% no ano de 2018, o que pode estar associado ao aumento de casos no Brasil nos últimos cinco anos.^{3,5,6} O contexto de epidemia da sífilis requer reflexões acerca dos programas e estratégias assistenciais para a redução dos casos.^{7,9}

Na avaliação sociodemográfica, observou-se que grande parte das mulheres com diagnóstico de sífilis estavam na faixa etária entre 20 e 39 anos,^{4,8} considerada a faixa etária reprodutiva descrita em outros estudos^{5,10} e associada a maior atividade sexual, múltiplos parceiros e o não uso do preservativo.^{5,13}

Com relação à etnia, a maior parte (57,5 %) das mulheres do grupo caso declararam ser pardas o que vai de encontro com outros autores.^{7,11,12} Porém, associar a etnia à sífilis ou à outras IST em um país miscigenado e com desigualdades sociais que perpetuam em determinados grupos raciais é algo a ser questionado. A associação positiva para etnia amarela encontrada pode estar associada a apenas 2 mulheres autodeclaradas no grupo caso. Por sua vez, ser solteira foi associado ao maior risco de sífilis congênita em análise univariada, resultado esse também demonstrado por Lafetá (2016)¹¹ e que pode estar relacionado a comportamentos de maior vulnerabilidade, ausência do uso de preservativos e exposição a múltiplas parcerias sexuais.^{5,13}

Com relação à baixa escolaridade e renda descritas na literatura como fatores relacionados ao desenvolvimento da sífilis,^{2,4,7} no presente estudo, apenas a baixa escolaridade foi associada ao risco para a doença. A relação entre baixa escolaridade e positividade para sífilis em parturientes é expressiva no país.^{4,8,13}

Outro dado significativo para sífilis congênita foi o histórico de tratamento nas gestantes e reinfecção, cujo resultado corrobora estudo prévio que também encontrou associação entre IST e reinfecção pela sífilis.¹³ É alarmante a constatação da reinfecção em

mulheres com tratamento prévio, o que nos leva a refletir sobre possíveis falhas assistenciais, na captação da mulher e do parceiro e na sensibilização para o tratamento concomitante durante o pré-natal.¹⁴

Cabe ressaltar que o uso de método contraceptivo preservativo na população estudada foi pouco expressivo¹³, o que pode estar relacionado ao fato de grande parte das entrevistadas ter declarado união estável, achado esse que se assemelha com estudo realizado com gestantes em maternidades públicas do Distrito Federal.¹⁴ Contudo, esse dado é preocupante uma vez que a forma mais efetiva de evitar a transmissão da sífilis e outras IST é o uso do preservativo.^{1,3}

No presente estudo houve grande adesão ao pré-natal em ambos os grupos, apresentando média de 7,6 consultas, resultado similar em outras pesquisas^{12,14} e em acordo com a recomendação do MS que preconiza uma média de 6 consultas pré-natal à gestante.^{1,5} Houve divergência em estudo caso-controle realizado em uma maternidade de Recife¹³ que observou maior ocorrência de sífilis em mulheres que realizaram entre uma a três consultas. À semelhança de um estudo descritivo em gestantes nas maternidades públicas de Brasília¹⁴ foi observado o início do pré-natal no primeiro trimestre. O início do pré-natal e a captação das gestantes em tempo oportuno aumenta as chances de tratamento e diminui o risco em desenvolver a sífilis congênita.

Estudos apontam que a transmissão vertical da sífilis predisponha o feto à prematuridade, baixo peso e outros agravos à saúde como o óbito^{12,17,16}, além da necessidade de internação hospitalar para o tratamento quando este não é possível na APS,^{15,16,17}. Nesta pesquisa houve baixo percentual de RN com sífilis sintomático e apenas um apresentou neurosífilis, embora todos tenham permanecidos internados para tratamento o que constitui um gasto oneroso ao sistema público de saúde.

No que diz respeito aos fatores educacionais relacionados às orientações sobre a sífilis durante o pré-natal, observou-se que as informações acerca das formas de transmissão da sífilis, sobre o risco da doença para a mulher e o risco para o feto/RN foram significativamente maiores no grupo caso. Este resultado pode ser explicado pelo fato de haver uma cultura entre os profissionais de saúde em dispor de maiores informações sobre a doença quando há um risco em potencial ou mesmo se o paciente já apresenta o agravo.¹⁸

Cabe ressaltar que, de forma geral, as orientações acerca da sífilis foram consideradas claras e objetivas pelas mulheres em ambos os grupos e o profissional médico foi o principal responsável por esclarecer e dispor de tais informações durante o pré-natal e no período da hospitalização. A baixa porcentagem de orientações dispensadas pelo enfermeiro deve ser refletida. Os profissionais de enfermagem na atenção primária realizam consultas de pré-natal de baixo risco e são responsáveis por desenvolver atividades educativas que englobam medidas de prevenção e tratamentos de sífilis e outras IST. O MS, através do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis, destaca o papel do enfermeiro no manejo das IST.^{19,20}

Apesar da alta cobertura pré-natal descrita neste estudo, a realização do diagnóstico de sífilis na maternidade foi 36,7%, o que evidencia uma falha assistencial uma vez que a identificação da sífilis em tempo oportuno é fundamental para o tratamento e redução da ocorrência de sífilis congênita.^{1, 7, 12}

Em relação às orientações educacionais frente ao diagnóstico de sífilis, foi observado que cerca de 23% das gestantes não receberam informações acerca do resultado do exame e tratamento. Em uma pesquisa realizada em um centro de saúde especializado em IST no município de Bauru, os participantes relataram como escassos os conhecimentos prévios sobre a sífilis ou mesmo desconheciam a doença, fator esse relacionado a maiores chances de

contágio e ao não tratamento.¹⁸ Embora as orientações tenham sido claras em sua maioria, a mesma foi realizada exclusivamente por exposição verbal.

Para além da capacitação dos profissionais sobre o manejo da sífilis, é fundamental que as informações sobre as doenças sejam claras e objetivas através de uma linguagem compreensível para a população atendida^{17,18} e que a utilização de métodos como educação popular em saúde e a educação dialógica agregados a recursos tecnológicos (notebook, *tablet*, televisão), e informativos como álbum seriado, cartilhas e folders são estratégias que visam contribuir para apropriação da informação sobre a sífilis e outras IST.^{8,15}

Em estudo de educação e saúde sobre sífilis realizado com um grupo de gestantes no município de Sobral (Ceará)²¹, as distintas atividades educativas desenvolvidas como oficinas, dinâmicas de grupo, rodas de conversa, entre outras, foram relatadas pelas participantes como responsável pelo aumento do conhecimento sobre sífilis congênita e por maior conscientização sobre a prevenção e o tratamento.

Quanto às taxas de registros dos testes diagnósticos para sífilis e tratamento na caderneta de saúde da gestante, estes foram pouco superiores a 50% e 18,3% dos cartões não apresentavam nenhum dado. Estudo realizado em um hospital universitário do Rio Grande do Norte²², mostrou que 80,2% dos cartões da gestante apresentaram grau de completude classificado como ruim. A incompletude de dados sobre exame e tratamento da sífilis compromete a assistência uma vez que o cartão da gestante em algumas situações é o único documento que apresenta informações sobre o acompanhamento pré-natal.^{22,23}

No que se refere ao tratamento da sífilis durante a gestação, apesar da maioria ter feito o tratamento, 41,7% fizeram o controle com o VDRL, dado este que pode estar subestimado pelo percentual de diagnóstico realizado na maternidade e, por isso, ainda sem controle de cura. Os testes não treponêmicos devem ser realizados mensalmente nas gestantes, utilizando preferencialmente sempre o mesmo teste, para que seja possível comparação entre eles.¹ O

monitoramento é fundamental para classificar a resposta ao tratamento e definir a conduta mais correta para cada caso.

Por fim, cabe ressaltar que neste estudo 37,3% das mulheres não tiveram o apoio do parceiro no tratamento e 55% dos parceiros não foram tratados. Sabe-se que o apoio do parceiro à mulher durante o tratamento da sífilis é fundamental e estudos apontam que mulheres que recebem apoio do parceiro tem maiores chances de adesão ao tratamento.^{12,15} Além disso, sensibilizar o homem acerca da importância em aderir ao tratamento concomitante requer políticas de saúde capazes de integrá-lo ao processo do cuidado frente questões histórico-sociais a baixa adesão.^{23,24} O não tratamento do homem²⁵ implica nos riscos para o desenvolvimento da sífilis congênita.^{15,26}

Neste estudo algumas limitações foram observadas. Entre elas, a utilização da entrevista direta para análise e interpretação dos dados acerca da sífilis materna, uma vez que há possibilidade de omissão das informações por parte da entrevistada, principalmente em relação às variáveis comportamentais. Além disso, a descrição da sífilis presuntiva em recém-nascidos foi estabelecida sem confirmação diagnóstica por testes treponêmicos e não treponêmicos. Houve falta de informações no cartão da gestante, no prontuário da mulher e do RN. Em relação ao parceiro, o não esclarecimento sobre os motivos para a ausência de seu tratamento e apoio ao tratamento da mulher, impossibilitou o aprofundamento nestas discussões.

Os resultados encontrados neste estudo demonstram a necessidade de melhoria no controle da sífilis na gestação uma vez que, a grande maioria das mulheres receberam assistência pré-natal, realizaram exames diagnósticos para a doença, tinham histórico de tratamento prévio e foram diagnosticadas para a sífilis na maternidade.

É necessária a reorganização das ações e estratégias no combate a sífilis de forma a tornar a assistência ao pré-natal mais qualificada e que as ações de cunho educativos sejam

eficazes em sensibilizar acerca das medidas de prevenção e tratamento da gestante e do parceiro em tempo oportuno.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde, Secretária de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para a prevenção da transmissão vertical de HIV, sífilis e hepatites virais. Brasília: Ministério da Saúde; 2018.
2. Rac MW, Revell PA, Eppes CS. Syphilis during pregnancy: a preventable threat to maternal-fetal health. *Am J Obstet Gynecol*. 2017;216(4):352-363.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Boletim epidemiológico sífilis. 2018; 48.
4. Lago EG. Current perspectives on prevention of mother to child transmission of syphilis, 2016;8(3):E525. DOI: 10.7759/cureus.525
5. Silva DAR, Alves IGFG, Barros MT, Dorneles FV. Prevalência de sífilis em mulheres. *Enferm Foco (Brasília)*. 2017;8(3):61-64.
6. Pires MCG, Oliveira CNT, Souza CL, Oliveira MV. Prevalência de sífilis e fatores associados em Pacientes atendidos no laboratório da fundação de saúde de vitória da conquista (BA). *DST - J Bras Doenças Sex Transm*. 2013;25(4):171-176.
7. Cunha ARC, Merchan-Hamann E. Sífilis em parturientes no Brasil: prevalência e fatores associados, 2010 a 2011. *Rev Panam Salud Publica*. 2015;38(6):479-486.
8. Rowe et al. A Discussion of Epidemiology, Diagnosis, Management, and Nurses' Role in Early Identification and Treatment. *Adv Neonatal Care*. 2018;6(12):438-445.
9. Domingues RMSM, Leal MC. Incidência de sífilis congênita: dados do estudo nascer no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2016;32(6):e00082415.
10. Padovani C, Oliveira RR, Pelloso SM. Syphilis during pregnancy: association of maternal and perinatal characteristics in a region of southern Brazil. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2018;26:e3019.
11. Lafetá KRG, Martelli Júnior H, Silveira MF, Paranaíba LMR. Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle. *Rev Bras Epidemiol*. 2016;19(1):63-74.
12. Nonato SM, Melo APS, Guimarães MDC. Sífilis na gestação e fatores associados à sífilis congênita em Belo Horizonte-MG, 2010-2013. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2015;24(4):681-694.

13. Macêdo VC, Lira PIC, Frias PG, Romaguera LMD, Caires SFF, Ximenes RAA. Fatores de risco para sífilis em mulheres: estudo caso-controle. *Rev Saude Publica*. 2017;51:78.
14. Magalhães DMS, Kawaguchi IAL, Dias A, Calderon IMP. Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. *Cad Saúde Pública*. 2013;29(6):1109-1120.
15. Lazarini FM, Barbosa DA. Educational intervention in Primary Care for the prevention of congenital syphilis. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2017;25:e2845.
16. Arnesen L, Martínez G, Mainero L, Serruya S, Durán P. Gestational syphilis and stillbirth in Latin America and the Caribbean. *Int J Gynaecol Obstet*. 2015;128(3):241-245.
17. Newman L, Kamb M, Hawkes S, Gomez G, Say L, Seuc A. et al. Global estimates of syphilis in pregnancy and associated adverse outcomes: analysis of multinational antenatal surveillance data. *PLoS Med*. 2013;10(2):e1001396.
18. Navega DA, Maia ACB. Conhecer e saber. Relatos de pessoas curadas da sífilis *Rev Bras Promoc Saúde*. 2018;31(2):1-9.
19. Vasconcelos MIO, Oliveira KMC, Magalhães AHR, Guimarães RX, Linhares MSC, Queiroz MVO et al. Sífilis na gestação: estratégias e desafios dos enfermeiros da atenção básica para o tratamento simultâneo do casal. *Rev Bras Promoc Saúde*. 2016;29(Supl):85-92.
20. Duarte SJH, Almeida EP. O papel do enfermeiro do Programa Saúde da Família no atendimento Pré-Natal. *Rev Enferm Cent-Oeste Min*. 2014;4(1):1029-1035.
21. Lima GK, Dias ICX, Araújo FM, Souza SB, Sales DS, Ferreira AGN. Educação em saúde sobre sífilis com um grupo de gestantes: um relato de experiências de acadêmicas de enfermagem. *Sanare (Sobral, Online)*. 2013;12(2):59-62.
22. Coêlho TTG, Medeiros ACQ, Ribeiro WCS, Menezes TB. Avaliação do grau de completude do cartão da gestante de puérperas atendidas em um hospital universitário. *Rev Bras Ciênc Saúde*. 2015;12(2):117-122.
23. Santos Neto ET, Oliveira AE, Zandonade E, Gama SGN, Leal MC. O que os cartões de pré-natal das gestantes revelam sobre a assistência nos serviços do SUS da Região Metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo, Brasil? *Cad Saúde Pública*. 2012;28(9):1650-1662.
24. Mauch SDN, Almeida AMO, Santos MFS. O significado da sífilis no universo masculino: um estudo em representações sociais. *Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva*. 2012;6(3):127-143.

25. Oliveira MM, Daher DV, Silva JLL, Andrade SSCA. A saúde do homem em questão: busca por atendimento na atenção básica de saúde. *Ciênc Saúde Colet*. 2015;20(1):273-278.
26. Maksud I. Estigma e discriminação: desafios da pesquisa e das políticas públicas na área da saúde. *Physis (Rio J)*. 2014;24(1):311-321.

7 CONCLUSÃO

Na maternidade estudada é elevada a prevalência presuntiva da sífilis congênita e fatores sociodemográficos maternos como a etnia negra, ser solteira, baixa escolaridade estão associados à sua ocorrência.

Os resultados demonstram a necessidade de melhoria no controle da sífilis na gestação, uma vez que um número expressivo de mulheres tiveram o diagnóstico na maternidade, receberam assistência pré-natal, fizeram exame diagnóstico no início do pré-natal e possuíam histórico de tratamento da sífilis.

Apesar da existência de protocolos ministeriais para o controle e tratamento da sífilis, ainda há falhas assistenciais que necessitam ser repensadas do ponto de vista dos profissionais de saúde e órgãos públicos de vigilância.

Pensar na erradicação da sífilis ou em um controle mais amplo da doença ainda é um desafio e requer avanços em políticas públicas, fortalecimento das redes de saúde às gestantes, mudanças nas práticas assistenciais, garantia do diagnóstico em tempo oportuno através do teste rápido, inclusão e sensibilização do parceiro sexual nas consultas bem como tratamento e mudanças nas práticas educativas frente à abordagem da sífilis.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Nós, Felipe Rigo e Leni Anchieta, responsáveis pela pesquisa “**Fatores educacionais e assistenciais associados a prevalência de sífilis congênita em uma maternidade referência em Belo Horizonte**”, estamos convidando você a participar como voluntária desse nosso estudo.

Esta pesquisa tem como objetivos avaliar a prevalência da sífilis congênita e fatores associados como o impacto da assistência do pré-natal, da orientação profissional (Educação em Saúde), do acesso aos serviços de saúde e do tratamento na prevalência de sífilis congênita e assim agregar estratégias que possam contribuir para sua redução. Para realizar essa pesquisa gostaríamos de fazer algumas perguntas, por meio de um questionário, para verificarmos o seu conhecimento do assunto. Esse procedimento não dura mais que 30 minutos. Não haverá nenhuma identificação pessoal no questionário. Ressaltamos que a sua participação será muito relevante e contribuirá para o alcance dos propósitos do estudo.

Os riscos decorrentes da sua participação serão mínimos e relacionados ao preenchimento do questionário, como, por exemplo, constrangimento ao responder as perguntas. Os pesquisadores assumem a responsabilidade de estar atentos a estes riscos.

Esclarecemos que sua participação é voluntária, sem nenhum tipo de remuneração e, também, sem nenhuma despesa; seu nome será mantido em anonimato assim como as informações fornecidas. Você poderá se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer etapa da pesquisa, sem qualquer tipo de penalidade ou constrangimento para você. Poderá também, ter acesso às informações fornecidas em qualquer momento que julgar necessário, podendo entrar em contato com os pesquisadores.

As informações dessa pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação.

Se você escolher participar desta pesquisa, será solicitado que você assine este termo de consentimento. Você receberá uma via assinada deste documento.

Se você tiver alguma dúvida sobre a pesquisa entre em contato com os pesquisadores. Você é incentivado a fazer qualquer e quantas perguntas quiser para que decida se quer ou não participar ou continuar nesta pesquisa.

Nome: Leni Márcia Anchieta **Endereço:** Avenida Professor Alfredo Balena, Nº 110, 2º andar - sala 216 - Belo Horizonte/MG – CEP 30.130-100. **Número de telefone:** (31) 3409-9772. **E-mail:** lenima@terra.com.br

Nome: Felipe Leonardo Rigo **Endereço:** Rua Antônio Bandeira, 1060 - Tupi. Belo Horizonte/MG CEP: 31844-130 **Número de telefone:**(31) 99287-5833 **E-mail:** felipeleonardorigo@hotmail.com

Rubrica do Participante: _____

Rubrica do Pesquisador: _____

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa ou sobre os seus direitos como voluntária da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa, que é um comitê estabelecido com o propósito de proteger os direitos dos participantes de pesquisas clínicas.

Nome: Comitê de Ética em Pesquisa - CEP da Universidade Federal de Minas Gerais **Endereço:** Avenida Antônio Carlos 6627, Unidade Administrativa II, 2º andar, sala 2005, Campus Pampulha - Belo Horizonte - Minas Gerais - CEP: 31.270 – 901 **Telefone:** (31) 3409-4592- e-mail: coep@prpq.ufmg.br **Horário de funcionamento:** De segunda a sexta-feira das 9:00 às 11:00 hs e de 14:00 às 16:00 hs

Eu, _____,
portadora do documento de Identidade nº _____, afirmo que fui devidamente esclarecida quanto aos objetivos da pesquisa. Li e compreendi as informações fornecidas e declaro, para os devidos fins, que estou de acordo em participar voluntariamente da referida pesquisa.

Assinarei e datarei duas vias deste termo de consentimento. Mantereí uma delas e o pesquisador manterá a outra via em seus arquivos

Belo Horizonte, _____ de _____ de 2018.

Assinatura da Participante

Assinatura do Pesquisador

APÊNDICE B- TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TALE)

(Crianças/adolescentes entre as idades de 12 a 16 anos)

Nós, Felipe Rigo e Leni Anchieta, enfermeiro e médica, respectivamente, estamos fazendo uma pesquisa com o título de “**Fatores educacionais e assistenciais associados a prevalência de sífilis congênita em uma maternidade referência em Belo Horizonte**”. O nosso objetivo é avaliar a prevalência da sífilis congênita (ou seja, o número de casos de sífilis congênita) e se fatores como assistência do pré-natal, a orientação profissional (Educação em Saúde), o acesso aos serviços de saúde e o tratamento podem interferir nessa prevalência. Com esse conhecimento esperamos elaborar estratégias que possam contribuir para redução da sífilis congênita.

Nós vamos informar você e convidá-lo a participar dessa pesquisa. Você pode escolher se quer participar ou não. Discutimos esta pesquisa com seus pais ou responsáveis e eles sabem que também estamos pedindo a você o seu de acordo. Se você vai participar na pesquisa, seus pais e responsáveis também terão que concordar. Mas, se você não desejar fazer parte na pesquisa, não é obrigado, até mesmo se seus pais ou responsáveis concordarem.

Você pode discutir qualquer coisa deste formulário com seus pais, amigos ou qualquer um com quem você se sentir a vontade de conversar. Você pode decidir se quer participar ou não depois de ter conversado sobre a pesquisa e não é preciso decidir imediatamente. Pode haver algumas palavras que não entenda ou coisas que você quer que nós expliquemos mais detalhadamente porque você ficou mais interessado ou preocupado. Por favor, peça que pare a qualquer momento e nós explicaremos.

Uma vez que você concorde em participar dessa pesquisa, você deverá responder algumas perguntas, por meio de um questionário, para verificarmos o seu conhecimento do assunto. A aplicação desse questionário não dura mais que 30 minutos. Não se preocupe, pois não haverá nenhuma identificação sua no questionário. Ressaltamos que a sua participação será muito relevante e contribuirá para o alcance dos objetivos do estudo.

Os riscos decorrentes da sua participação na pesquisa serão mínimos e possivelmente relacionados ao preenchimento do questionário, como, por exemplo, constrangimento ao responder as perguntas. Nós, pesquisadores, assumimos a responsabilidade de estar atentos a estes riscos.

Esclarecemos que sua participação é voluntária, e você não receberá financeiramente por isso, e também não terá nenhuma despesa. Ninguém saberá que você está participando da pesquisa; não falaremos a outras pessoas, nem daremos a estranhos as informações que você nos der e seu nome será mantido em anonimato.

Lembre-se que você poderá se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer etapa da pesquisa, sem qualquer tipo de penalidade ou constrangimento para você. Além disso, você poderá, também, ter acesso às informações fornecidas em qualquer momento que julgar necessário, basta entrar em contato conosco, pesquisadores.

Rubrica do Participante: _____

Rubrica do Pesquisador: _____

Quando terminarmos a pesquisa, os resultados da mesma serão divulgados apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo qualquer identificação, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação.

Se você escolher participar desta pesquisa, será solicitado que você assine este termo de assentimento. Você receberá uma via assinada deste documento.

Se você tiver alguma dúvida sobre a pesquisa, você pode nos perguntar. Nós colocamos abaixo telefone e e-mail para falar conosco. Você pode e deve fazer qualquer e quantas perguntas quiser para que decida se quer ou não participar ou continuar nesta pesquisa.

Nome: Leni Márcia Anchieta **Endereço:** Avenida Professor Alfredo Balena, Nº 110, 2º andar - sala 216 - Belo Horizonte/MG – CEP 30.130-100. **Número de telefone:** (31) 3409-9772. **E-mail:** lenima@terra.com.br

Nome: Felipe Leonardo Rigo **Endereço:** Rua Antônio Bandeira, 1060 - Tupi. Belo Horizonte/MG CEP: 31844-130 **Número de telefone:**(31) 99287-5833 **E-mail:** felipeleonardorigo@hotmail.com

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa ou sobre os seus direitos como voluntária da pesquisa, você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa, que é um comitê estabelecido com o propósito de proteger os direitos dos participantes de pesquisas clínicas.

Nome: Comitê de Ética em Pesquisa - CEP da Universidade Federal de Minas Gerais **Endereço:** Avenida Antônio Carlos 6627, Unidade Administrativa II, 2º andar, sala 2005, Campus Pampulha - Belo Horizonte - Minas Gerais - CEP: 31.270 – 901 **Telefone:** (31) 3409-4592- **e-mail:** coep@prpq.ufmg.br **Horário de funcionamento:** De segunda a sexta-feira das 9:00 às 11:00 hs e de 14:00 às 16:00 hs

Eu, _____, portadora do documento de Identidade nº _____, aceito participar da pesquisa **“Prevalência de sífilis congênita e fatores maternos associados em uma maternidade de Belo Horizonte”**. Entendi que posso dizer “sim” e participar, mas que, a qualquer momento, posso dizer “não” e desistir e que ninguém vai achar ruim. Li e compreendi as informações fornecidas, os pesquisadores tiraram minhas dúvidas e conversaram com os meus responsáveis. Declaro, para os devidos fins, que estou de acordo em participar voluntariamente da referida pesquisa. Assinarei e datarei duas vias deste termo de assentimento. Mantereí uma delas comigo e o pesquisador manterá a outra via em seus arquivos
Belo Horizonte, _____ de _____ de 2018.

Assinatura da Participante

Assinatura do Pesquisador

APÊNDICE C - FORMULÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO MÃES DE RN COM DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO DE SÍFILIS CONGÊNITA

Grupo : (0) Caso (1) Controle

Formulário número:

1. DIAGNÓSTICO SÍFILIS

Gestante: (1) VDRL positivo (2) Registro no prontuário da mãe (4) Registro no prontuário do recém-nascido

Recém-nascido: (1) VDRL positivo (2) Registro no prontuário do recém-nascido (4) tratamento com penicilina benzatina/ procaína / cristalina

2. DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Registro/Prontuário: _____

Nome: _____

Idade: Etnia: (1) Branca (2) Negra (3) Parda (4) Amarela (5) Indígena (6) Outras

Estado civil: (1) Solteira (2) Casada (3) Viúva (4) Divorciada (5) União estável

Trabalho: (1) Sim (2) Não .

Escolaridade: (1) Analfabeta (2) Ensino Fundamental Incompleto (3) Ensino Fundamental Completo (4) Ensino Médio Incompleto (5) Ensino Médio Completo (6) Nível Superior Incompleto (7) Ensino Superior Completo e (8) Pós-Graduação

Renda familiar: (1) <1Salário (2) 1-2 Salários (3) 3-6 Salários (4) >7 Salários

3. DADOS OBSTÉTRICOS

Usou algum método contraceptivo antes da gestação? (0) Nenhum (1) Contraceptivo oral (2) Preservativo (4) Outros _____

Número de Gestações (não incluir a atual): .

História de abortamento: (1) Sim (2) Não (99) Não soube informar/sem informação (88) Não se aplica.

Histórico de filhos prematuros: (1) Sim (2) Não (99) Não soube informar/sem informação (88) Não se aplica.

Histórico de natimorto: (1) Sim (2) Não (99) Não soube informar/sem informação (88) Não se aplica.

Histórico de neomorto: (1) Sim (2) Não (99) Não soube informar/sem informação (88) Não se aplica.

Histórico de tratamento de Sífilis: (1) Sim (2) Não (99) Não soube informar/sem informação

Parceiro foi tratado: (1) Sim (2) Não (99) Não soube informar/sem informação (88) Não se aplica.

4. GRAVIDEZ ATUAL

Realizou acompanhamento pré-natal? (1) Sim (2) Não.

Quantas consultas?

Início do pré-natal: (1) 1º Trimestre (2) 2º Trimestre (3) 3º Trimestre (88) Não se aplica.

Local de realização do pré-natal: (1) ESF (2) Hospital (3) Serviço privado (88) Não se aplica.

Risco do pré-natal: (1) Baixo risco (2) Alto risco (88) Não se aplica.

Comorbidades: (1) DM (2) HAS (4) HIV (8) Outras _____ (88) Não se aplica.

5. EDUCAÇÃO EM SAÚDE (DURANTE O PRÉ-NATAL)

Na consulta de pré-natal foi abordado acerca

5.1. Da triagem/diagnóstico da sífilis: (1) Sim (2) Não.

Se sim, de maneira clara e objetiva? (1) Sim (2) Não (3) Em partes (88) Não se aplica

Por qual profissional de saúde? (1) Enfermeiro (2) Médico (4) Odontólogo (8) Outros _____ (88) Não se aplica.

5.2 Do seu modo de transmissão: (1) Sim (2) Não

Se sim, de maneira clara e objetiva? (1) Sim (2) Não (3) Em partes (88) Não se aplica

Se sim, foi realizado por qual profissional de saúde? (1) Enfermeiro (2) Médico (4) Odontólogo (8) Outros _____ (88) Não se aplica.

5.3 Dos riscos para mulher: (1) Sim (2) Não

Se sim, de maneira clara e objetiva? (1) Sim (2) Não (3) Em partes (88) Não se aplica

Se sim, foi realizado por qual profissional de saúde? (1) Enfermeiro (2) Médico (4) Odontólogo (8) Outros _____ (88) Não se aplica.

5.4 Dos riscos para o recém-nascido: (1) Sim (2) Não

Se sim, de maneira clara e objetiva? (1) Sim (2) Não (3) Em partes (88) Não se aplica

Se sim, foi realizado por qual profissional de saúde? (1) Enfermeiro (2) Médico (4) Odontólogo (8) Outros _____ (88) Não se aplica.

5.5 Abordagem, triagem, formas de transmissão, prevenção (mulher e parceiro) de outras doenças sexualmente transmissíveis : (1) Sim (2) Não

Se sim, de maneira clara e objetiva? (1) Sim (2) Não (3) Em partes (88) Não se aplica

Se sim, foi realizado por qual profissional de saúde? (1) Enfermeiro (2) Médico (4) Odontólogo (8) Outros _____ (88) Não se aplica

6. DO DIAGNÓSTICO DE SÍFILIS NA GESTAÇÃO ATUAL

No momento que recebeu o diagnóstico de sífilis: (1) 1º Trimestre (2) 2º Trimestre (3) 3º Trimestre (4) Maternidade

Exame realizado: (1) VDRL (2) FTABS.

VDRL: Data e resultado: ____/____; ____/____; ____/____; ____/____; ____/____; ____/____; ____/____; ____/____; ____/____;

FTABS: Data e resultado: ____/____; ____/____; ____/____; ____/____; ____/____; ____/____; ____/____; ____/____; ____/____;

6.1 Registro do exame na cartão da gestante: (1) Completo (2) Incompleto (3) Ausente

6.2 O profissional que entregou o resultado de sífilis foi claro na explicação da doença: (1) Sim (2) Não (3) Em partes

Qual profissional de saúde? (1) Enfermeiro (2) Médico (4) Técnico de enfermagem (8) Outros _____

6.3 O profissional que entregou o resultado de sífilis foi claro na explicação do tratamento: (1) Sim (2) Não (3) Em partes

Qual profissional de saúde? (1) Enfermeiro (2) Médico (4) Técnico de enfermagem (8) Outros _____

6.4 O profissional que entregou o resultado de sífilis foi claro na abordagem/triagem do parceiro : (1) Sim (2) Não (3) Em partes

Qual profissional de saúde? (1) Enfermeiro (2) Médico (4) Técnico de enfermagem (8) Outros _____

6.5 O profissional que entregou o resultado de sífilis foi claro no tratamento do parceiro: (1) Sim (2) Não (3) Em partes

Qual profissional de saúde? (1) Enfermeiro (2) Médico (4) Técnico de enfermagem (8) Outros

6.6 Como foi explicado sobre a doença? (1) Fala oral (2) Apresentação de Cartilha (4) Uso de imagens em notebooks ou Album seriado (8) Roda de conversa (16) Conversa aberta e troca de saberes

Qual profissional de saúde? (1) Enfermeiro (2) Médico (4) Técnico de enfermagem (8) Outros

6.7 Como foi explicado sobre a forma de tratamento? (1) Fala oral (2) Apresentação de Cartilha (4) Uso de imagens em notebooks ou Album seriado (8) Roda de conversa (16) Conversa aberta e troca de saberes

Qual profissional de saúde? (1) Enfermeiro (2) Médico (4) Técnico de enfermagem (8) Outros

6.8 O modo como lhe foi explicado sobre a doença ajudou na aderência ao tratamento? (1) Sim (2) Não (3) Em partes

6.9 Dificuldade em iniciar o tratamento: (1) Sim (2) Não

Se sim, por falta de medicação? (1) Sim (2) Não (88) Não se aplica

Se sim, por acesso limitado aos serviços de saúde? (1) Sim (2) Não.

Se sim, por outro motivo: _____ (88) Não se aplica

6.10 Gestante tratada: (1) Sim (2) Não (3) Em tratamento

6.11 Qual medicação: (1) Penicilina (2) Cefalosporina (3) Doxiciclina (4) Outros: _____ (99) Não soube informar/sem informação (88) Não se aplica

Tratamento com penicilina G benzatina: (1) 2,4 milhões UI, IM, dose única - 1,2 milhões em cada glúteo (2) 2,4 milhões UI, IM, semanal, por três semanas - 1,2 milhões em cada glúteo. Dose total de 7,2 milhões de UI (3) Outras: _____ (88) Não se aplica

6.12 Fez VDRL de controle: (1) Sim (2) Não (3) Em tratamento

Tratamento adequado: (1) Sim (2) Não

Considera-se tratamento inadequado da sífilis congênita: • Tratamento realizado com qualquer medicamento que não seja a penicilina benzatina; OU • Tratamento incompleto, mesmo tendo sido feito com penicilina benzatina; OU • Tratamento inadequado para a fase clínica da doença; OU • Finalização de tratamento no período de 30 dias que antecedem o parto; OU Apenas parceiro(s) sexual(is) com sífilis não tratado (s) ou tratado (s) inadequadamente.

6.13 Apoio do parceiro no tratamento: (1) Sim (2) Não

6.14 Parceiro tratado: (1) Sim (2) Não (99) Não soube informar/sem informação

6.15 Qual medicação: (1) Penicilina (2) Cefalosporina (3) Doxiciclina (4) Outros: _____ (99) Não soube informar/sem informação (88) Não se aplica

Tratamento com penicilina G benzatina: (1) 2,4 milhões UI, IM, dose única - 1,2 milhões em cada glúteo (2) 2,4 milhões UI, IM, semanal, por três semanas - 1,2 milhões em cada glúteo. Dose total de 7,2 milhões de UI (3) Outras: _____ (88) Não se aplica

7. EDUCAÇÃO EM SAÚDE (DURANTE A HOSPITALIZAÇÃO)

7.1 Diagnóstico da sífilis do recém-nascido : (1) Sim (2) Não.

Se sim, de maneira clara e objetiva? (1) Sim (2) Não (3) Em partes

Se sim, foi realizado por qual profissional de saúde? (1) Enfermeiro (2) Médico (4) Técnico de enfermagem (8) Outros _____ (88) Não se aplica

7.2 Das formas de tratamento ao recém-nascido : (1) Sim (2) Não

Se sim, de maneira clara e objetiva? (1) Sim (2) Não (3) Em partes

Se sim, foi realizado por qual profissional de saúde? (1) Enfermeiro (2) Médico (4) Técnico de enfermagem (8) Outros _____ (88) Não se aplica

7.3 Da importância do seguimento ambulatorial após alta hospitalar: (1) Sim (2) Não

Se sim, de maneira clara e objetiva? (1) Sim (2) Não (3) Em partes

Se sim, foi realizado por qual profissional de saúde? (1) Enfermeiro (2) Médico (4) Técnico de enfermagem (8) Outros _____ (88) Não se aplica

7.4 Das formas de transmissão, prevenção e/ou tratamento (mulher e parceiro) de sífilis e/ou outras doenças sexualmente transmissíveis: (1) Sim (2) Não

De maneira clara e objetiva? (1) Sim (2) Não (3) Em partes

Se sim, foi realizado por qual profissional de saúde? (1) Enfermeiro (2) Médico (4) Técnico de enfermagem (8) Outros _____ (88) Não se aplica

8. DESFECHO NEONATAL

8.1 Data da internação: ___/___/___ Sexo RN : (1) Feminino (2) Masculino

8.2 Data da alta: ___/___/___

8.3 Idade Gestacional Nascimento: semanas e dias /

8.4 Dias de vida a alta:

8.5 Peso de nascimento: g / Peso na alta: g

8.6 Classificação: (1) AIG (2) PIG (3) GIG

8.7 Local de internação: (1) Alojamento conjunto (2) Casa de apoio (Casa do Bebê) (3) Unidade Cuidado Intermediário Neonatal (4) Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

8.8 (1) Sintomático (2) Assintomático.

Comorbidades: (1) Alteração óssea (2) Neuro sífilis (4) PIG (8) Baixo Peso (16) Alteração medular (leucopenia/linfopenia/ plaquetopenia) (16) Hepatoesplenomegalia (88) Não se aplica

APÊNDICE D- FORMULÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO DAS MÃES DE RN SEM O DIAGNÓSTICO DE SÍFILIS CONGÊNITA

Grupo: (0) Caso (1) Controle

Formulário número:

2. DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Registro/Prontuário: _____

Nome: _____

Idade: Etnia: (1) Branca (2) Negra (3) Parda (4) Amarela (5) Indígena (6) Outras

Estado civil: (1) Solteira (2) Casada (3) Viúva (4) Divorciada (5) União estável

Trabalho: (1) Sim (2) Não .

Escolaridade: (1) Analfabeta (2) Ensino Fundamental Incompleto (3) Ensino Fundamental Completo (4) Ensino Médio Incompleto (5) Ensino Médio Completo (6) Nível Superior Incompleto (7) Ensino Superior Completo e (8) Pós-Graduação

Renda familiar: (1) <1Salário (2) 1-2 Salários (3) 3-6 Salários (4) >7 Salários

3. DADOS OBSTÉTRICOS

Usou algum método contraceptivo antes da gestação? (0) Nenhum (1) Contraceptivo oral (2) Preservativo (4) Outros _____

Número de Gestações (não incluir a atual): .

História de abortamento: (1) Sim (2) Não (99) Não soube informar/sem informação (88) Não se aplica.

Histórico de filhos prematuros: (1) Sim (2) Não (99) Não soube informar/sem informação (88) Não se aplica.

Histórico de natimorto: (1) Sim (2) Não (99) Não soube informar/sem informação (88) Não se aplica.

Histórico de neomorto: (1) Sim (2) Não (99) Não soube informar/sem informação (88) Não se aplica.

Histórico de tratamento de Sífilis: (1) Sim (2) Não (99) Não soube informar/sem informação

Parceiro foi tratado: (1) Sim (2) Não (99) Não soube informar/sem informação (88) Não se aplica.

4. GRAVIDEZ ATUAL

Realizou acompanhamento pré-natal? (1) Sim (2) Não. Quantas consultas?

Início do pré-natal: (1) 1º Trimestre (2) 2º Trimestre (3) 3º Trimestre (88) Não se aplica.

Local de realização do pré-natal: (1) ESF (2) Hospital (3) Serviço privado (88) Não se aplica.

Risco do pré-natal: (1) Baixo risco (2) Alto risco (88) Não se aplica.

Comorbidades: (1) DM (2) HAS (4) HIV (8) Outras _____ (88) Não se aplica.

5. EDUCAÇÃO EM SAÚDE (DURANTE O PRÉ-NATAL)

Na consulta de pré-natal foi abordado acerca

5.1. Da triagem/diagnóstico da sífilis: (1) Sim (2) Não.

Se sim, de maneira clara e objetiva? (1) Sim (2) Não (3) Em partes (88) Não se aplica

Por qual profissional de saúde? (1) Enfermeiro (2) Médico (4) Odontólogo (8) Outros _____ (88) Não se aplica.

5.2 Do seu modo de transmissão: (1) Sim (2) Não

Se sim, de maneira clara e objetiva? (1) Sim (2) Não (3) Em partes (88) Não se aplica

Se sim, foi realizado por qual profissional de saúde? (1) Enfermeiro (2) Médico (4) Odontólogo (8) Outros _____ (88) Não se aplica.

5.3 Dos riscos para mulher: (1) Sim (2) Não

Se sim, de maneira clara e objetiva? (1) Sim (2) Não (3) Em partes (88) Não se aplica

Se sim, foi realizado por qual profissional de saúde? (1) Enfermeiro (2) Médico (4) Odontólogo (8) Outros _____ (88) Não se aplica.

5.4 Dos riscos para o recém-nascido: (1) Sim (2) Não

Se sim, de maneira clara e objetiva? (1) Sim (2) Não (3) Em partes (88) Não se aplica

Se sim, foi realizado por qual profissional de saúde? (1) Enfermeiro (2) Médico (4) Odontólogo (8) Outros _____ (88) Não se aplica.

5.5 Abordagem, triagem, formas de transmissão, prevenção (mulher e parceiro) de outras doenças sexualmente transmissíveis : (1) Sim (2) Não

Se sim, de maneira clara e objetiva? (1) Sim (2) Não (3) Em partes (88) Não se aplica

Se sim, foi realizado por qual profissional de saúde? (1) Enfermeiro (2) Médico (4) Odontólogo (8) Outros _____ (88) Não se aplica

7. EDUCAÇÃO EM SAÚDE (DURANTE A HOSPITALIZAÇÃO)

7.4 Das formas de transmissão, prevenção e/ou tratamento (mulher e parceiro) de sífilis e/ou outras doenças sexualmente transmissíveis: (1) Sim (2) Não

De maneira clara e objetiva? (1) Sim (2) Não (3) Em partes

Se sim, foi realizado por qual profissional de saúde? (1) Enfermeiro (2) Médico (4) Técnico de enfermagem (8) Outros _____ (88) Não se aplica

8. DESFECHO NEONATAL

8.1 Data da internação: __/__/__ Sexo RN : (1) Feminino (2) Masculino

8.2 Data da alta: __/__/__

8.3 Idade Gestacional Nascimento: semanas e dias /

8.4 Dias de vida a alta:

8.5 Peso de nascimento: g / Peso na alta: g

8.6 Classificação: (1) AIG (2) PIG (3) GIG

8.7 Local de internação: (1) Alojamento conjunto Neonatal (2) Outros

ANEXO A - PARECER COEP/UFMG

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Prevalência de sífilis congênita e fatores maternos associados em uma maternidade em Belo Horizonte

Pesquisador: Leni Márcia Anchieta

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 67845517.7.0000.5149

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina da UFMG

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.144.587

Apresentação do Projeto:

O presente projeto tem também como objetivo avaliar os fatores sociodemográficos e de assistência pré-natal, mas principalmente investigar as ações de educação em saúde sob o ponto de vista do usuário, associado à sífilis congênita. Espera-se, a partir da identificação e análise de dados conclusivos sobre essa associação, agregar estratégias que possam contribuir para a redução da sífilis congênita. O estudo será desenvolvido no Hospital Sofia Feldman (HSF) que é uma maternidade especializada em saúde materno-infantil no município de Belo Horizonte, Minas Gerais e que assiste a uma população superior a 400 mil pessoas dos Distritos Sanitários Norte e Nordeste como também gestantes e recém-nascidos das cidades do interior do estado. A maternidade realiza cerca de 900 partos ao mês, sendo que somente no ano de 2015 foram realizados 11.473 partos. Possui capacidade de 159 leitos: 60 obstétricos, 41 em Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal – UTI, 45 em Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais – UCI, 13 leitos na Casa do Bebê. A população do estudo será composta por mães de recém-nascidos com diagnóstico de sífilis congênita. Para o diagnóstico de sífilis na gestação serão utilizados os seguintes critérios: VDRL reagente registrado no cartão de pré-natal, independentemente da titulação; VDRL reagente registrado na internação, independente da titulação; registro de infecção por sífilis no prontuário hospitalar da puérpera e ou prontuário hospitalar do recém-nascido. O

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

Continuação do Parecer: 2.144.587

diagnóstico de sífilis congênita será confirmado a partir dos dados registrados no prontuário do recém-nascido: registro de sífilis congênita no prontuário com ou sem VDRL sanguíneo reagente e tratamento intrahospitalar com penicilina benzatina ou procaína e ou cristalina, nos recém-nascidos internados na instituição para tratamento entre março de 2017 e dezembro de 2017. A identificação das mães será por meio do relatório da dispensa de medicamentos para os recém-nascidos, disponibilizados pela farmácia do HSF. Considerando a prevalência de sífilis congênita de 2% e número 11.000 parturientes por ano no HSF, foi feito o cálculo amostral, baseado em nível de confiança de 95% e precisão de 5%, com número mínimo de casos a ser obtido de 31 para o grupo caso. Para pareamento serão identificados recém-nascidos sem intercorrências no período neonatal cujas mães não tenham comorbidades, em proporção 2:1, na mesma semana do nascimento do caso. Para o grupo controle será identificados recém-nascidos com boa evolução clínica no período neonatal imediato, cujas mães não apresentam comorbidades, e que tenham nascido na mesma semana de nascimento do caso. A partir da identificação do caso, será feita busca ativa nos registros de nascimento dos recém-nascidos do grupo controle. Os dados quantitativos obtidos através do formulário serão armazenados e tabulados no programa Microsoft Excel 2007. Na análise descritiva serão calculados para as variáveis contínuas a média, desvio padrão, mediana e quartis. Para as variáveis categóricas serão calculadas a frequência e proporção e algumas serão transformadas em dicotômicas para a realização de testes. Para avaliar a força de associação será considerado o teste de Qui Quadrado de Pearson ou exato de Fisher. Na análise univariada será considerado 5% de significância. Para análise multivariada serão inseridas variáveis com $p < 0,20$ e realizada a regressão logística binária. As análises serão realizadas pelo software Statistical Package for the Social Sciences® (SPSS, Chicago, IL, USA), versão 17.0 para Windows. Ressalta-se que os dados coletados serão utilizados para os propósitos da pesquisa, afim de concluir a tese do mestrado, como também servirá de informações valiosas para pesquisas futuras com intuito de aprofundar discussões pertinentes a temática afim de fomentar novos estudos.

Objetivo da Pesquisa:

- Objetivo Primário:

+ Analisar a prevalência de sífilis congênita e fatores maternos associados em recém-nascidos internados no Hospital Sofia Feldman.

- Objetivo Secundário:

+ Verificar a prevalência de sífilis congênita de acordo com as variáveis sociodemográficas, antecedentes obstétricos e de gestação atual.

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

Bairro: Unidade Administrativa II

CEP: 31.270-901

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

Continuação do Parecer: 2.144.587

+ Verificar o impacto de fatores como a realização do pré-natal, orientação profissional (Educação em Saúde) e acesso aos serviços de saúde na prevalência de sífilis congênita na população a ser estudada.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

- Riscos:

+ A mãe ou o responsável legal será devidamente informado e esclarecido sobre os objetivos da pesquisa e de sua posterior publicação em meio científico, comunidade acadêmica, distintas mídias e sociedade independente se os resultados foram favoráveis ou não. Também será informado acerca dos riscos mínimos advindos de sua participação como qualquer forma de constrangimento ao aceitar a inclusão no estudo, possível divulgação do nome por algum motivo inesperado e risco psíquico, porém será reforçado que medidas que assegurem o anonimato das informações seja cumpridas.

- Benefícios:

+ Espera-se, a partir da identificação e análise de dados conclusivos sobre associação de fatores sociodemográficos, assistência pré-natal, e principalmente ações de educação em saúde sob o ponto de vista do usuário possa agregar estratégias que possam contribuir para a redução da sífilis congênita.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um projeto de pesquisa relevante para a área de Pediatria e também de saúde pública, cujo mérito científico já foi referendado pelo Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da UFMG. No projeto, consta o Hospital Sofia Feldman como coparticipantes. Quanto aos aspectos éticos, o projeto estava em diligência na sua primeira versão porque: os autores tiveram o zelo de elaborar um TALE para potenciais puérperas menores de idade (12 a 16 anos), entretanto, não criaram o TCLE para os seus pais ou responsáveis. Assim, solicita-se a elaboração deste instrumento.

Atendido.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Informações básicas do projeto de pesquisa;
- Projeto de pesquisa na íntegra;
- Folha de rosto devidamente assinada pelo pesquisador responsável e pelo Diretor da Faculdade de Medicina da UFMG;

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad Sl 2005

Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901

UF: MG Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 2.144.587

- Parecer consubstanciado do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da UFMG, aprovando o projeto de pesquisa;
- TCLE e TALE.

Recomendações:

Nenhuma.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, salvo melhor juízo dos demais membros do CEP/UFMG, sou pela aprovação do projeto de pesquisa.

Considerações Finais a critério do CEP:

Tendo em vista a legislação vigente (Resolução CNS 466/12), o COEP-UFMG recomenda aos Pesquisadores: comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento via emenda na Plataforma Brasil, informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa (via documental encaminhada em papel), apresentar na forma de notificação relatórios parciais do andamento do mesmo a cada 06 (seis) meses e ao término da pesquisa encaminhar a este Comitê um sumário dos resultados do projeto (relatório final).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_881221.pdf	21/06/2017 20:13:04		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLERESPONSAVELLEGAL.pdf	21/06/2017 20:09:59	Leni Márcia Anchieta	Aceito
Outros	CartaRepostaParecerConsubstanciado.pdf	21/06/2017 20:06:56	Leni Márcia Anchieta	Aceito
Folha de Rosto	Folha_rosto.pdf	02/05/2017 15:46:37	Felipe Leonardo Rigo	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado.doc	24/04/2017 18:48:04	Felipe Leonardo Rigo	Aceito
Outros	678455177aprovacaoassinada.pdf	28/06/2017 15:24:57	Vivian Resende	Aceito
Outros	678455177parecerassinado.pdf	28/06/2017 15:25:03	Vivian Resende	Aceito

Situação do Parecer:

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad Sl 2005
 Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE
 Telefone: (31)3409-4592 E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 2.144.587

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELO HORIZONTE, 28 de Junho de 2017

Assinado por:
Vivian Resende
(Coordenador)

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad Sl 2005

Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

ANEXO B - PARECER CEP/HSF

HOSPITAL SOFIA FELDMAN/
FUNDAÇÃO DE ASSISTENCIAL
INTEGRAL À SAÚDE

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Prevalência de sífilis congênita e fatores maternos associados em uma maternidade em Belo Horizonte

Pesquisador: Leni Márcia Anchieta

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 67845517.7.3001.5132

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina da UFMG

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.197.498

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto dos pesquisadores Leni Márcia Anchieta e Felipe Leonardo Rigo. Os autores descrevem que a sífilis trata-se de uma doença infecto-contagiosa, de curso sistêmico, exclusiva do ser humano e curável. É causada pelo *Treponema pallidum*, uma bactéria Gram-negativa do grupo das espiroquetas sendo transmitida pelas vias sexual, parenteral e vertical (HILDEBRAND,2010; BRASIL, 2015a). Algumas questões são pertinentes para se refletir acerca das altas taxas de sífilis congênita no país no que tange a acessibilidade e qualidade nos serviços públicos de saúde, ações e medidas governamentais mais efetivas no tratamento e controle da doença, garantia de tratamento medicamentoso e atendimento humanizado e de qualidade pelos profissionais em todos os níveis de atenção à saúde, o que inclui ações de educação em saúde pela equipe multidisciplinar. O presente projeto tem também como objetivo avaliar os fatores sociodemográficos e de assistência pré-natal, mas principalmente investigar as ações de educação em saúde sob o ponto de vista do usuário, associado à sífilis congênita. Espera-se, a partir da identificação e análise de dados conclusivos sobre essa associação, agregar estratégias que possam contribuir para a redução da sífilis congênita.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Endereço: Rua Antônio Bandeira, 1060

Bairro: Tupi

CEP: 31.844-130

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3408-2249

Fax: (31)3408-2218

E-mail: lep@sofafeldman.org.br

HOSPITAL SOFIA FELDMAN/
FUNDAÇÃO DE ASSISTENCIAL
INTEGRAL À SAÚDE



Continuação do Parecer: 2.197.498

Analisar a prevalência de sífilis congênita e fatores maternos associados em recém-nascidos internados no Hospital Sofia Feldman.

Objetivo Secundário:

Verificar a prevalência de sífilis congênita de acordo com as variáveis sociodemográficas, antecedentes obstétricos e de gestação atual.- Verificar o impacto de fatores como a realização do pré-natal, orientação profissional (Educação em Saúde) e acesso aos serviços de saúde na prevalência de sífilis congênita na população a ser estudada.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os autores contemplam os seguintes riscos e benefícios:

Riscos:

A mãe ou o responsável legal será devidamente informado e esclarecido sobre os objetivos da pesquisa e de sua posterior publicação em meio científico, comunidade acadêmica, distintas mídias e sociedade independente se os resultados foram favoráveis ou não. Também será informado acerca dos riscos mínimos advindos de sua participação como qualquer forma de constrangimento ao aceitar a inclusão no estudo, possível divulgação do nome por algum motivo inesperado e risco psíquico, porém será reforçado que medidas que assegurem o anonimato das informações seja cumpridas.

Benefícios:

Espera-se, a partir da identificação e análise de dados conclusivos sobre associação de fatores sociodemográficos, assistência pré-natal, e principalmente ações de educação em saúde sob o ponto de vista do usuário possa agregar estratégias que possam contribuir para a redução da sífilis congênita.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é passível de ser executada.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos foram devidamente apresentados. TCLE, TALE, projeto na íntegra, parecer departamento pediatria UFMG.

Recomendações:

Não há recomendações.

Endereço: Rua Antônio Bandeira, 1060

Bairro: Tupi

CEP: 31.844-130

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3408-2249

Fax: (31)3408-2218

E-mail: lep@sofiafeldman.org.br

HOSPITAL SOFIA FELDMAN/
FUNDAÇÃO DE ASSISTENCIAL
INTEGRAL À SAÚDE



Continuação do Parecer: 2.197.498

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Conclui-se pela aprovação da pesquisa.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_881221.pdf	21/06/2017 20:13:04		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLERESPONSAVELLEGAL.pdf	21/06/2017 20:09:59	Leni Márcia Anchieta	Aceito
Outros	CartaRepostaParecerConsubstanciado.pdf	21/06/2017 20:06:56	Leni Márcia Anchieta	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_881221.pdf	02/05/2017 15:48:31		Aceito
Folha de Rosto	Folha_rosto.pdf	02/05/2017 15:46:37	Felipe Leonardo Rigo	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_881221.pdf	24/04/2017 18:49:44		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado.doc	24/04/2017 18:48:04	Felipe Leonardo Rigo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Tale_pesquisa.doc	24/04/2017 18:44:41	Felipe Leonardo Rigo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_pesquisa.doc	24/04/2017 18:44:16	Felipe Leonardo Rigo	Aceito
Outros	Parecer_depped.pdf	24/04/2017 18:19:21	Felipe Leonardo Rigo	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Antônio Bandeira, 1080

Bairro: Tupi

CEP: 31.844-130

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3408-2249

Fax: (31)3408-2218

E-mail: lep@sofiafeldman.org.br

HOSPITAL SOFIA FELDMAN/
FUNDAÇÃO DE ASSISTENCIAL
INTEGRAL À SAÚDE



Continuação do Parecer: 2.197.498

BELO HORIZONTE, 02 de Agosto de 2017

Assinado por:
Erika da Silva Dittz
(Coordenador)

Endereço: Rua Antônio Bandeira, 1060
Bairro: Tupi CEP: 31.844-130
UF: MG Município: BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3408-2249 Fax: (31)3408-2218 E-mail: lep@sofiinfeldman.org.br