



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

NORMA MEJIAS QUINTEIRO

**CONHECIMENTO, ATITUDE E PRÁTICA DE TOCGINECOLOGISTAS DE
CAMPINAS FRENTE A TRIAGEM SOROLÓGICA DE SÍFILIS NA
GESTAÇÃO E PREVENÇÃO DA SÍFILIS CONGÊNITA**

CAMPINAS

2017

NORMA MEJIAS QUINTEIRO

CONHECIMENTO, ATITUDE E PRÁTICA DE TOCOGINECOLOGISTAS DE
CAMPINAS FRENTE A TRIAGEM SOROLÓGICA DE SÍFILIS NA GESTAÇÃO
E PREVENÇÃO DA SÍFILIS CONGÊNITA

*KNOWLEDGE ATTITUDE AND PRACTICE REGARDS CONGENITAL
SYPHILIS PREVENTION IN CAMPINAS*

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos exigidos para a obtenção do título de Mestra em Ciências da Saúde, área de Saúde Materna e Perinatal

Master's dissertation presented to the Obstetrics and Gynecology Graduate Program of the School of Medical Sciences, University of Campinas, to obtain the MSc grade in Health Science, specialization in the Concentration Area of Maternal and Perinatal Health

ORIENTADOR: PROF. DRA. HELAINE MARIA BESTETI PIRES MAYER
MILANEZ

Este exemplar corresponde à versão final defendida pela aluna Norma Mejias Quinteiro, e orientada pela Prof^a Dra. Helaine Maria Besteti Pires Mayer Milanez.

CAMPINAS

2017

Agência(s) de fomento e nº(s) de processo(s): Não se aplica.

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas
Ana Paula de Moraes e Oliveira - CRB 8/8985

Q45c Quinteiro, Norma Mejias, 1985-
Conhecimento, atitude e prática de tocoginecologistas de Campinas frente
a triagem sorológica de sífilis na gestação e prevenção de sífilis congênita /
Norma Mejias Quinteiro. – Campinas, SP : [s.n.], 2017.

Orientador: Helaine Maria Besteti Pires Mayer Milanez.
Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade
de Ciências Médicas.

1. Sífilis. 2. Sífilis congênita. 3. Cuidado pré-natal. 4. Gravidez. I. Milanez,
Helaine Maria Besteti Pires Mayer, 1965-. II. Universidade Estadual de
Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: Knowledge, attitude and practice regards congenital syphilis
prevention in Campinas

Palavras-chave em inglês:

Syphilis

Syphilis, Congenital

Prenatal care

Pregnancy

Área de concentração: Saúde Materna e Perinatal

Titulação: Mestra em Ciências da Saúde

Banca examinadora:

Helaine Maria Besteti Pires Mayer Milanez [Orientador]

Giuliane Jesus Lajos

Rodrigo Pauperio Soares de Camargo

Data de defesa: 29-08-2017

Programa de Pós-Graduação: Tocoginecologia

BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE MESTRADO

NORMA MEJIAS QUINTEIRO

ORIENTADOR: PROF. DRA. HELAINE MARIA BESTETI PIRES MAYER MILANEZ

MEMBROS:

1. PROF. DRA. HELAINE MARIA BESTETI PIRES MAYER MILANEZ

2. PROF. DRA. GIULIANE JESUS LAJOS

3. PROF. DR. RODRIGO PAUPERIO SOARES DE CAMARGO

Programa de Pós-Graduação em Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas

A ata de defesa com as respectivas assinaturas dos membros da banca
examinadora encontra-se no processo de vida acadêmica do aluno.

Data: 29/08/2017

DEDICATÓRIA

Á todos os profissionais que dedicam a vida ao cuidado de gestantes e recém-nascidos.

AGRADECIMENTOS

Ao meu marido **Gustavo**, companheiro de vida, por absolutamente tudo. Uma página de agradecimentos a ele, ainda seria insuficiente.

Agradeço a meus pais, **Rita e Robert**, por me darem a oportunidade de escolher e estudar, sem dúvida minha maior conquista.

À minha orientadora, **Profª Dra. Helaine Milanez**, pela extrema competência, exemplo para mim como docente, profissional e por sua delicadeza.

Ao meu tio **Hebert** pelo apoio incondicional de sempre.

Aos meus irmãos **Rodrigo e Guilherme** e minha cunhada **Maria Carolina**.

À minha supervisora **Enfª Lidia** pela paciência e apoio.

Às eternas professoras **Sarah Hegeto e Edilaine Rossetto** da Faculdade Estadual de Londrina por me fazerem abrir os olhos para a pesquisa e por serem exemplos de docentes.

Às amigas **Mariana e Fabiana** por saber que posso contar com elas, sempre.

Às amigas **Ana Karina, Fernanda, Ana Paula e Daniela**, por torcerem por mim e terem a paciência de me escutar falar sobre sífilis interminavelmente.

Aos meus sogros **Valdir e Cleide** pelo apoio na vida e aos meus cunhados, **Guilherme, Juliana, Giselle e Márcio** pelo apoio e também por me proporcionarem o amor de ser tia de **Pedro, Gabriel e Maria Júlia**.

RESUMO

A Organização Mundial de Saúde estima 1 milhão de casos de sífilis por ano em entre as gestantes em todo o mundo. O diagnóstico precoce e tratamento adequado são fundamentais para o controle de agravos decorrentes da sífilis na gestação. No Brasil, em 2015 observou-se uma taxa de 11,2 casos de sífilis na gestação e 6,5 casos de sífilis congênita para cada 1.000 nascidos vivos. Significativa parcela dos casos de sífilis congênita ocorreu em mulheres que receberam assistência pré-natal o que nos alerta para o fato de que oportunidades de triagem, diagnóstico e tratamento de sífilis materna estão sendo desperdiçadas. Para tanto se faz necessária uma contínua formação de competentes profissionais, a fim de obter resultados na promoção e proteção da saúde, desafio a ser enfrentado hoje pelos serviços e profissionais da saúde.

OBJETIVO: avaliar conhecimento, atitude e prática dos médicos tocoginecologistas da região de Campinas frente à triagem sorológica para sífilis durante a gravidez e a prevenção da sífilis congênita. **MÉTODO:** Trata-se de um estudo de corte transversal, tipo inquérito CAP. A amostra foi composta por todos os tocoginecologistas de Campinas filiados à Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia do Estado de São Paulo e vinculados à Prefeitura de Campinas. A coleta de dados foi realizada através de questionário específico, encaminhado via e-mail, contendo perguntas de múltiplas escolhas sobre conduta para rastreamento e tratamento de sífilis na gestação. As variáveis quantitativas (sexo e tempo de formado) foram tratadas de forma articuladas às qualitativas (conhecimento epidemiológico da sífilis em gestantes e sífilis congênita; prática de rastreamento para sífilis; conduta correta à uma gestante com VDRL de baixa e alta titulação e adequação do tratamento). Os resultados desta pesquisa foram

comparados com dados do mesmo inquérito enviado no ano de 2010 à mesma categoria profissional. **RESULTADOS:** Foram enviados 940 questionários, com uma taxa de resposta de 12%; em 2010 a taxa foi de 18%. Quanto a situação epidemiológica, quase 30% dos profissionais acreditam que a situação da sífilis congênita está controlada. Quanto à adequação do conhecimento em relação a gestante com VDRL de alta titulação, apenas 55,3% dos médicos responderam corretamente e quando questionados sobre o tratamento, 91% respondeu de forma inadequada. Em gestante com baixa titulação, 60% dos médicos souberam informar o diagnóstico correto, porém apenas 68% soube informar o tratamento correto. **CONCLUSÃO:** a situação do manejo da sífilis em gestantes não está clara a todos os profissionais, o que impacta diretamente na grande ocorrência de sífilis congênita. Atitudes devem ser tomadas frente a este problema a fim de combater o possível descaso em que se encontra a situação da sífilis em nosso país.

Palavras-chave: Sífilis. Sífilis Congênita. Assistência pré-natal. Qualidade da Assistência à Saúde. Gestação

ABSTRACT

The World Health Organization estimates 1 million cases of syphilis per year among pregnant women around the world. Early diagnosis and proper treatment are essential to control aggravations of syphilis during pregnancy. In Brazil, in 2015 was noted a rate of 11.2 cases of syphilis during pregnancy and 6.5 cases of congenital syphilis per 1,000 live births. A significant amount of the congenital syphilis cases occurred in women who received actual prenatal care, which warns us to the fact that opportunities for screening, diagnosis and treatment of maternal syphilis are being wasted. Therefore, a continuous development of qualified professionals is necessary to obtain results in health promotion and protection, a challenge to be currently faced by health services and professionals.

OBJECTIVE: to evaluate knowledge, attitude and practice of maternal-fetal medicine specialists located in the metropolitan area of Campinas' city, about serological screening for syphilis during pregnancy and prevention of congenital syphilis. **METHOD:** This is a cross-sectional study, using the KAP survey model. The sample consisted of all the maternal-fetal specialists of Campinas that were associate members of the Association of Obstetrics and Gynecology of the State of São Paulo and professionally connected to Campinas' municipal government. Data collection was performed through a specific questionnaire, sent by e-mail, containing multiple choice questions regarding the conduct to trace and treat syphilis during pregnancy. The quantitative variables (gender and time elapsed from graduation) were handled in articulation with the qualitative ones (epidemiological knowledge about syphilis on pregnant women and congenital syphilis, practices on tracing syphilis, correct conduct to a pregnant woman with high and low VDRL seropositivity rates and adequacy of the treatment). The results of this research were compared with data from the same inquiry made in 2010 to the same professional category. **RESULTS:** 940 questionnaires were sent, with a response rate of 12%; in 2010 this rate was 18%. Regarding the epidemiological situation, almost 30% of professionals believe the situation of congenital syphilis is controlled. About knowledge adequacy regarding a pregnant with high titer VDRL, just 55.3% of the medical doctors answered correctly, and when questioned about the treatment, 91% answered

inadequately. On low titer pregnant, 60% of the medical doctors were able to correctly diagnose, but just 68% of them were able to inform the correct treatment. **CONCLUSION:** the situation of handling syphilis in pregnant women isn't clear to all professionals, directly influencing in the great occurrence of congenital syphilis. Attitudes must be taken due to this problem, in order to fight a possible neglect of the current syphilis situation in our country.

Key words: Syphilis. Congenital Syphilis. Prenatal Care. Quality of Health Care. Pregnancy.

LISTA DE TABELAS E GRÁFICOS

<u>Tabela 1</u>	Caracterização da amostra conforme sexo, idade e tempo de formado	52
<u>Tabela 2</u>	Conhecimento da epidemiologia da sífilis no Brasil de acordo com sexo e tempo de formado, dados 2010 e atuais	53
<u>Gráfico 1</u>	Respostas para a situação epidemiológica da sífilis no Brasil	54
<u>Tabela 3</u>	Conhecimento em relação ao rastreamento sorológico para sífilis no pré-natal, dados 2010 e atuais.....	55
<u>Gráfico 2</u>	Adequação do conhecimento com relação a uma gestante portadora de VDRL com alta titulação no pré-nata.....	56
<u>Tabela 4</u>	Adequação do conhecimento com relação a uma gestante portadora de VDRL com alta titulação de acordo com sexo e tempo de formado, dados de 2010 e atuais.....	57
<u>Tabela 5</u>	Adequação da atitude e prática com relação a uma gestante portadora de VDRL com alta titulação de acordo com sexo e tempo de formado, dados de 2010 e atuais.....	58

<u>Gráfico 3</u> Adequação do conhecimento com relação a uma gestante portadora de VDRL com baixa titulação no pré-natal	59
---	----

<u>Tabela 6</u> Adequação do conhecimento com relação a uma gestante portadora de VDRL com baixa titulação de acordo com sexo e tempo de formado, dados de 2010 e atuais.....	60
---	----

<u>Tabela 7</u> Adequação da atitude e prática com relação a uma gestante portadora de VDRL com baixa titulação de acordo com sexo e tempo de formado, dados de 2010 e atuais.....	61
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	<i>Acquired immunodeficiency syndrome</i>
DST	Doença sexualmente transmissível
FTA-Abs	Teste de absorção de anticorpos treponêmico fluorescente
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan Americana de Saúde
SINAN	Sistema Nacional de Agravos de Notificação
SOGESP	Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia do Estado de São Paulo
SUS	Sistema Único de Saúde
TPHA	<i>Treponema pallidum hemagglutination assay</i>
VDRL	Veneral Disease Research Laboratory

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	15
1.1 Aspectos Clínicos da Sífilis.....	23
1.2 Transmissibilidade e manifestações clínicas.....	23
1.3 Diagnóstico e tratamento	25
1.4 Sífilis Congênita.....	26
1.5 Histórico da sífilis no mundo e seu contexto no Brasil.....	28
1.6 Aspectos epidemiológicas da sífilis e da Sífilis congênita no Brasil.....	32
2. OBJETIVOS.....	37
2.1 Objetivo Geral.....	38
2.2 Objetivos Específicos.....	38
3. SUJEITOS E MÉTODOS.....	40
3.1 Desenho do estudo.....	41
3.2 Tamanho amostral.....	41
3.3 Seleção dos sujeitos.....	42
3.4 Variáveis descritivas.....	42
3.5 Coleta de dados.....	44
3.6 Processamento e análise de dados.....	44
3.7 Aspectos éticos.....	45
4. RESULTADOS.....	46
5. CONCLUSÕES.....	71
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	74
7. ANEXOS.....	79
7.1 Anexo I.....	80

7.2 Anexo II.....	81
-------------------	----

1. INTRODUÇÃO

A sífilis é uma doença infecto-contagiosa sistêmica, de evolução crônica, com manifestações cutâneas temporárias, sujeita a períodos de latência. O *Treponema pallidum*, agente etiológico da sífilis, tem no homem seu único hospedeiro e a principal via de transmissão é a sexual, seguida pela transmissão vertical, quando a gestante infectada não tratada ou inadequadamente tratada transmite a doença ao seu conceito por via transplacentária (1).

As doenças sexualmente transmissíveis estão entre os problemas de saúde pública mais comuns em todo o mundo. Nos países em desenvolvimento, a transmissão vertical da sífilis e do HIV acabam por determinar maiores incidências de perdas gestacionais e de ocorrências de doenças congênitas, quando não há abordagem correta (2).

Desde a descoberta da penicilina, a sífilis pode ser, não só evitada como também tratada. Apesar disso, continua a ser um problema mundial com aproximadamente 12 milhões de pessoas infectadas ao ano (3).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima 1 milhão de casos de sífilis por ano em todo o mundo entre as gestantes e preconiza a detecção e tratamento oportunos destas mulheres e de seus parceiros. O acesso ao pré-natal qualificado com diagnóstico precoce e tratamento adequado é fundamental para o controle de agravos decorrentes da sífilis na gestação. Cerca de 80% das mulheres grávidas infectadas pelo *T. pallidum* apresentam consequências graves ao conceito como a natimortalidade (3).

A sífilis congênita é uma doença grave, evitável e com alto potencial para ser eliminada. Existem mais recém-nascidos infectados por sífilis congênita do que por qualquer outra infecção neonatal, incluindo o vírus da imunodeficiência humana (2). Apesar de ser uma doença de fácil detecção e prevenção, com agente etiológico e modo de transmissão conhecidos, sua eliminação só é possível se a mulher infectada e seu parceiro forem identificados e tratados corretamente em tempo oportuno, antes ou durante a gestação (4).

Temos a atenção primária como o principal cenário para investigação e diagnóstico da sífilis nas gestantes e é considerado o momento oportuno para ação, evitando casos de sífilis congênita (5).

Em 2015 observou-se uma taxa de detecção 11,2 casos de sífilis na gestação para cada 1.000 nascidos vivos e 6,5 casos de sífilis congênita para cada 1.000 nascidos vivos (6). Domingues et al. encontrou em estudo de coorte nacional uma prevalência de 1,02% de sífilis na gestação. Da amostra de parturientes estudada neste mesmo trabalho 98,7% referiram assistência pré-natal (7).

A OMS considera a existência de casos de sífilis congênita em gestantes que realizaram pré-natal um forte indicador de avaliação da qualidade da assistência pré e perinatal (3). A garantia de um atendimento adequado não está relacionado apenas ao número absoluto de consultas, mas também a qualidade do atendimento oferecido (8).

No Brasil, há muitos anos e em todas as regiões percebe-se a pouca qualificação do pré-natal para a prevenção da sífilis congênita, observando-se a falta de realização da sorologia de triagem, tratamento realizado

inadequadamente ou não realizado tanto da gestante quanto de seu parceiro, evidenciando muitas oportunidades perdidas de prevenção (9).

Estudo realizado no período de uma década (2000-2009) no nordeste brasileiro apontou que em 70,9% dos casos de sífilis congênita as mulheres haviam realizado pré-natal (10).

A redução da transmissão vertical é um componente importante da política de prevenção da mortalidade materno-infantil do Pacto pela Saúde do Ministério da Saúde de 2006. O acesso ao pré-natal, diagnóstico precoce e tratamento adequado são fundamentais para o controle desses agravos (11).

A sífilis congênita é considerada um agravo que quase sempre reflete questões relacionadas ao acesso e a utilização de serviços de saúde, atingindo prioritariamente a população mais desfavorecida (12).

A doença encontra-se inserida no quadro de causa perinatal evitável, visto que é possível fazer o diagnóstico e proceder ao tratamento efetivo na gestação, ressaltando-se que a mortalidade infantil evitável está entre os indicadores mais sensíveis para evento sentinela de qualidade dos serviços (13). O próprio Ministério da Saúde inclui a taxa de sífilis congênita como indicador de avaliação da Atenção Básica à Saúde de cada município, uma vez que esta reflete diretamente a qualidade da assistência perinatal, em particular a atenção pré-natal disponível a cada população (14).

Dados indicando que significativa parcela dos casos de sífilis congênita ocorreu em mulheres que receberam alguma assistência pré-natal alertam para o fato de que oportunidades de triagem, diagnóstico e tratamento de sífilis

materna com a consequente redução da incidência de sífilis congênita estão sendo desperdiçadas (15).

Estudo realizado em seis capitais nacionais com a tentativa de representatividade da heterogeneidade no acesso aos serviços de saúde em nosso país mostrou incremento significativo dos casos de sífilis em gestantes. O estudo refletiu as dimensões continentais e o desenvolvimento contrastante do Brasil. Das mulheres que tiveram desfecho notificado de sífilis congênita, em todas as capitais estudadas pelo menos 60% ou mais haviam realizado pré-natal (16).

O rastreio para sífilis durante o pré-natal é reconhecido como um dos testes de melhor custo benefício existentes, porém muitas mulheres que são diagnosticadas não retornam à unidade de saúde para dar continuidade ao tratamento (17). Portanto a introdução do teste rápido para sífilis é ação importante no combate a sífilis congênita. Melhora no rastreio da sífilis durante o cuidado pré-natal após o uso do teste rápido foi demonstrado tanto em pacientes de zonas urbanas como rurais e em acesso a serviços de saúde de alta e baixa complexidade (18).

Revisão sistemática sobre desfecho em casos de sífilis em gestante nas Américas mostra que existe uma relação positiva entre sífilis na gravidez e nascimento prematuro. Diagnosticar e tratar a gestante no mesmo ato, através do teste rápido, foi mostrado como medida de baixo custo, mais rápida e de maior sucesso na prevenção de desfechos desfavoráveis da gestação da mulher com sífilis, diminuindo os casos de sífilis congênita (19).

A sífilis congênita e todos os desfechos desfavoráveis da transmissão vertical da sífilis durante a gestação podem ser prevenidos com o rastreio durante o pré-natal juntamente com o tratamento da gestante e parceiro diagnosticados com sífilis, com penicilina. Porém em populações sócio-economicamente não privilegiadas, em locais de difícil acesso a cuidados de saúde e com baixos recursos a sífilis na gravidez ainda traz inaceitáveis e devastadoras consequências (20).

Membros do departamento de saúde reprodutiva e pesquisa da OMS conduziram um estudo para prever a estimativa da incidência de sífilis materna e congênita no mundo para o ano de 2012 e atualização dos números previstos para 2008 e encontraram uma diminuição mundial nos anos de 2008 para 2012 nos casos de sífilis na gestação e sífilis congênita. Porém, a infecção materna por sífilis e desfechos adversos variam entre as regiões do planeta. O número de sífilis em grávidas é maior na África, representando 63,1% das infecções maternas globais. O continente europeu é o que representa o menor número de infecções maternas, 2%, assim como o menor número de eventos adversos relacionados a sífilis na gestação (21).

Em 2012, em todo o mundo, uma estimativa de 84% das grávidas com sífilis recebeu pelo menos uma consulta de pré-natal; dentro destas, mais de 50% não foram testadas para sífilis. Dados de todos os países membros da OMS sugerem que a infecção materna por sífilis diminuiu de 39,2% em 2008 para 37,7% em 2012, com destaque para diminuição importante no sul asiático (21).

Em 2015 Cuba foi o primeiro país a ser validado pela OMS por ter alcançado a eliminação da transmissão vertical do HIV e sífilis (22). Isso nos permite acreditar que com políticas efetivas de rastreamento e tratamento assim

como comprometimento de implantação dessas políticas em todos os níveis de atendimento e sistemas de saúde, países com recursos limitados como o nosso, podem vir a ter uma geração livre de sífilis e HIV (17).

Nos Estados Unidos, no período de 1999 a 2013, foram reportados ao CDC 6383 casos de sífilis congênita, sendo em sua maioria em mulheres hispânicas e negras. Em relação as mortes por sífilis congênita, observou-se uma redução entre esse mesmo grupo de mulheres, enquanto manteve-se o mesmo número em relação a população de mulheres brancas. Em 2010, dentre todas as mulheres que pariram, em todo os Estados Unidos, 57% tiveram pelo menos 10 consultas de pré-natal (23). Estudo norte americano que realizou análise de custo-efetividade do rastreamento para sífilis no terceiro trimestre de gestação concluiu de modo geral que intervenções para melhorar o acesso a cuidados de saúde poderiam ter um melhor efeito na redução da taxa de sífilis congênita (24).

De certa forma essa mesma intervenção é necessária em países não tão privilegiados, como os países africanos. Gestantes com sífilis não tratadas remetem a causas substanciais preveníveis de mortalidade perinatal. Progressos são especialmente limitados na África. Melhorar o acesso e a qualidade do atendimento pré-natal, testando as gestantes logo na primeira visita e tratando a mulher e seu parceiro, são ações que contribuem para o controle da transmissão vertical da sífilis (21). Apenas 30% das mulheres grávidas na África subsaariana são rastreadas e tratadas para sífilis (25).

O teste rápido para sífilis deve ser usado para aumentar o número de gestante testadas logo na primeira consulta de pré-natal a fim de se evitar a

perda da oportunidade de testagem e diagnóstico precoces da sífilis nas gestantes (26).

A penicilina é o único tratamento efetivo para a prevenção de sífilis congênita. Apesar de ser um medicamento acessível e relativamente de baixo custo as taxas mundiais de sífilis congênita vêm melhorando a passos lentos. Em revisão sistemática publicada em 2013 os autores concluíram que os efeitos adversos de alto risco da penicilina em mulheres grávidas são raros assim como na população em geral. Os riscos do tratamento com penicilina para prevenção da sífilis congênita são muito baixos em comparação com o seu alto grau de benefício (27).

A diferença existente na priorização de condições como HIV em gestantes e sífilis em gestantes é paradoxal no Brasil. A tentativa de mobilização da sociedade para a sífilis congênita não gera a mesma resposta quanto à mobilização para o HIV. Campanhas para a população ressaltando, por exemplo o uso de preservativo, são sempre voltadas para a prevenção do HIV, deixando a condição da sífilis minimizada, não evidenciando o real perigo da doença (28).

Mesmo com subnotificações e ausência de tratamento em alguns casos, os números de transmissão vertical do HIV vêm decaindo cada vez mais em nosso país; o mesmo comportamento não é observado em relação a transmissão da sífilis onde a prevalência vem aumento nos últimos anos (28).

1.1 Aspectos clínicos da Sífilis

Todos os profissionais de saúde devem estar aptos a reconhecer as manifestações clínicas da sífilis, assim como interpretar os resultados dos exames laboratoriais que desempenham papel fundamental no controle da infecção e permitem confirmação do diagnóstico e o monitoramento da resposta ao tratamento (29). O agente etiológico da sífilis é o *Treponema Pallidum*, uma bactéria gram-negativa. O *Treponema* penetra na pele, através das mucosas ou da pele, principalmente quando há lesão de continuidade. Atinge a corrente sanguínea e os vasos linfáticos, disseminando-se rapidamente (1).

1.2 Transmissibilidade e manifestações clínicas

A sífilis adquirida é uma doença de transmissão predominantemente sexual; aproximadamente um terço dos indivíduos expostos a um parceiro sexual com sífilis irá adquirir a doença. O *T. pallidum* quando presente na corrente sanguínea da gestante atravessa a barreira placentária podendo ocorrer a transmissão em qualquer fase da gestação, com maior transmissão durante a fase primária da doença. O período de incubação da sífilis corresponde a cerca de 21 dias a partir do contato sexual infectante, tendo este período 100% de transmissibilidade (1).

A sífilis primária tem como lesão inicial o cancro duro que surge de 10 a 90 dias após a infecção, ocorrendo adenite satélite, com seu desaparecimento

após 4 semanas espontaneamente, independente de tratamento. O cancro duro caracteriza-se por ulceração indolor, com base rasa e limpa, bordas elevadas e induradas. Nos homens, a lesão é encontrada mais frequentemente no sulco bálano-prepucial, prepúcio e glândula. Nas mulheres, os grandes e pequenos lábios, uretra e períneo são as localizações mais comuns. Esta lesão é rica em treponemas. Em 15 a 20% dos casos, o cancro não é percebido pelo paciente ou pode ser atípico, simulando cancro mole, herpes simples, piodermite e úlceras traumáticas. As reações sorológicas treponêmicas para sífilis tornam-se positivas a partir da terceira semana de infecção e as reações sorológicas não-treponêmicas a partir da quarta ou quinta semana após o contágio (1-30).

A sífilis secundária é marcada pela disseminação do treponema pelo organismo; suas manifestações, principalmente caracterizadas por lesões papulosas palmo-plantares e adenopatia generalizadas, ocorrem de seis a oito semanas após o aparecimento do cancro e podem desaparecer espontaneamente. A sífilis secundária pode ainda afetar superfícies mucosas; essas lesões são extremamente contagiosas e em geral divididas em três tipos clínicos: condiloma lata ou condiloma plano, placas mucosas e faringite. Condiloma lata é encontrada principalmente em região anogenital, caracterizada por pápulas íntegras ou erosadas, isoladas ou confluentes, sendo frequentemente confundidas com verrugas genitais. Neste estágio há presença significativa de resposta imune, com intensa produção de anticorpos contra o treponema, esses anticorpos circulantes resultam em maiores títulos nos testes não treponêmicos e permitem a identificação sorológica da doença (1).

Após o desaparecimento das lesões secundárias, a sífilis entra em período de latência, não existindo manifestações clínicas visíveis, porém com

reatividade nos testes sorológicos. É na fase de latência que ocorre a maioria dos diagnósticos da doença. A sífilis terciária ocorre em 30% das infecções não tratadas, compreende as formas cutâneas, ósseas, cardiovascular e neurológica de forma grave, sempre com sorologias positivas (1).

1.3 Diagnóstico e tratamento

Os testes sorológicos não treponêmicos (VDRL) detectam anticorpos IgM e IgG contra o material lipídico liberado pelas células danificadas do hospedeiro em decorrência da infecção, mostrando sua característica qualitativa com presença ou não desses anticorpos na amostra. Sua característica quantitativa é expressada através de titulação, o que torna esse teste importante para o seguimento, pois a queda do título é indicativa de sucesso do tratamento. A infecção em sua fase tardia pode persistir com títulos baixos por meses ou até anos. Pessoas com títulos baixos sem registro de tratamento e sem data de infecção conhecida devem ser consideradas como portadoras de sífilis latente indeterminada, devendo assim serem tratadas (1-29).

As sorologias treponêmicas (TPHA, FTA-Abs) detectam anticorpos específicos contra componentes celulares do *T. pallidum*. Estes testes têm sensibilidade de 84% na fase primária, 100% nas fases secundárias e latentes e 96% na sífilis terciária (29).

A penicilina é a droga de escolha para o tratamento de todas as apresentações da sífilis na gestação e é a única droga reconhecida com eficácia para tratamento fetal. O uso de tratamentos que não penicilina não são

considerados adequados e devem ser reservados para casos em que realmente não se possa fazer seu uso (31).

As doses recomendadas são definidas de acordo com o estágio da doença. Recomenda-se uma aplicação única de 2,4 milhões UI de penicilina benzatina para doença recente e uso de 7,2 milhões UI, divididas em 3 tomadas semanais de 2,4 milhões UI, para doença de tempo indeterminado (31).

A redução de quatro títulos da sorologia ou sua negatificação após seis a nove meses do tratamento indica cura da infecção. Nos casos de sífilis primária e secundária os títulos devem regredir duas diluições em três meses e três diluições em seis meses. Como estratégia de redução da prevalência da sífilis congênita, o Ministério da Saúde preconiza a realização de, no mínimo, dois testes sorológicos durante a gravidez, sendo o primeiro no início do acompanhamento pré-natal e o segundo no terceiro trimestre da gestação (em torno da 28ª semana gestacional). É realizada ainda triagem para sífilis na admissão para o parto ou aborto (31).

1.4 Sífilis Congênita

A sífilis congênita corresponde à disseminação e infecção pelo *T. pallidum* adquirida pelo feto via transplacentária da mulher não tratada ou inadequadamente tratada. Pode ser classificada como recente (casos diagnosticados até dois anos de vida) ou tardia conforme aparecimento das manifestações clínicas; seu diagnóstico é realizado por meio de uma avaliação

epidemiológica criteriosa da situação materna e da avaliação clínica, laboratorial e de imagem da criança (1-31).

A sífilis congênita pode se desenvolver em 40% dos casos. Podem ocorrer aborto espontâneo, prematuridade, óbito fetal ou morte perinatal. Mais da metade dos recém-nascidos infectados que desenvolvem a sífilis congênita são assintomáticos, com surgimento dos primeiros sintomas durante os primeiros três meses de vida (31).

O significado de testes positivos, treponêmicos ou não, no soro dos recém-nascidos, é limitado em razão da transferência passiva de anticorpos IgG maternos que, no entanto, tendem progressivamente a declinar até a sua negatificação, ao fim de alguns meses. Na ocorrência de sífilis congênita, ao contrário, os títulos se mantêm ou ascendem, caracterizando uma infecção ativa (4).

Considerando-se que a maioria das crianças apresenta-se assintomática ao nascimento, a aplicação de testes sorológicos para o diagnóstico deve ser avaliada cuidadosamente, tendo em vista que o diagnóstico da infecção pelo *T. pallidum* por meio da presença de anticorpos na criança pode ser confundida com a passagem passiva por via transplacentária de anticorpos IgG maternos. Nesse sentido, indica-se a comparação dos títulos da sorologia não-treponêmica na criança com a da mãe. Títulos da criança maiores do que os da mãe em quatro vezes indicariam sífilis congênita; os títulos da criança começam a declinar com três meses de idade negativando-se aos seis meses quando tratamento adequado (4).

Para os testes treponêmicos, uma sorologia reagente após os dezoito meses de idade define o diagnóstico de sífilis congênita pois anticorpos IgG maternos que já tiverem ultrapassado a barreira placentária já terão desaparecido da circulação sanguínea da criança nesse período (4-31).

Para todos os recém-nascidos de mães com sífilis não tratada ou inadequadamente tratada, independente do resultado do VDRL da criança, assim como em recém-nascidos de mães adequadamente tratadas com VDRL da criança com titulação maior que a materna, deve ser realizada investigação através de hemograma, radiografia de ossos longos e punção lombar (4-31).

Se estiverem presentes alterações clínicas, hematológicas, radiológicas ou líquóricas a criança deve ser tratada com penicilina G cristalina na dose de 50.000UI/kg/dose, endovenoso, por 10 dias, sendo de 12/12 horas nos primeiros 7 dias de vida e 8/8 horas após os 7 dias de vida; ou pode-se optar por penicilina G procaína na dose de 50.000UI/kg única diariamente, intramuscular por 10 dias (4).

Na ausência de alterações clínicas, sorológicas, hematológicas, radiológicas ou líquóricas a criança deve receber penicilina G benzatina 50.000UI/kg em dose única e realizar seguimento com VDRL (4-31).

1.5 História da sífilis no mundo e seu contexto histórico no Brasil

A história da sífilis é remota e universal. A sua presença foi descrita no Oriente Médio antes de Cristo e sua origem tem sido um assunto controverso e

várias teorias tentam explicar o local do seu surgimento. Os primeiros achados denotam do século XV ainda sendo incerto o local, América ou Europa. Nos primeiros anos de aparecimento, a referência a doença refletia os conflitos vivenciados na Europa, o que levava um povo a identificar uma doença lhe atribuindo a culpa da contaminação a outro povo ou nação (32).

Com relação ao diagnóstico, data de 1906 o primeiro teste efetivo para a sífilis: o teste de Wassermann. Apesar de alguns resultados falso-positivos, este foi um grande avanço na prevenção da sífilis, visto que a realização de testes antes de os sintomas agudos da doença se desenvolverem permitiu a prevenção da transmissão de sífilis a outros (32).

Com o advento da penicilina, na década de 40 e a melhoria dos cuidados de saúde à população, a sífilis – tanto adquirida quanto congênita – diminuiu sua incidência de maneira tão abrupta que se chegou a prever a erradicação total da doença ao final do século XX. Entretanto, os números voltaram a crescer a partir da década de 60 e, mais acentuadamente na década de 80, concomitantemente a popularização do uso de crack e cocaína e a difusão da promiscuidade sexual como moeda, principalmente nos grandes centros urbanos (32).

Passou-se a investir na busca ativa de casos de sífilis em áreas de risco, no tratamento com base presuntiva de possíveis parceiros sexuais, além da mudança da conceituação de sífilis congênita e da aplicação de programas em larga escala para a prevenção do HIV e, secundariamente, de outras doenças sexualmente transmissíveis (30)

Nos países de baixa renda, nos quais a pobreza coexiste com a baixa qualidade de assistência à saúde e com a promiscuidade sexual, a sífilis e

sua forma congênita nunca deixaram de ser importante problema de saúde pública. Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) revelam que 10 a 15% das gestantes seriam portadores de sífilis nessas nações (3).

No Brasil, a sífilis durante a gestação ainda é observada em uma proporção significativa de mulheres, o que tem favorecido uma ocorrência relevante de sífilis congênita. Estimativas da OMS apontam para 3,5%, havendo um risco de transmissão vertical de 50 a 85%. Nas gestantes, com sífilis recente não tratadas, a taxa de transmissão vertical é de 70 a 100%, e na tardia de 30% a 40%, podendo ocorrer abortamento, óbito fetal ou morte perinatal em aproximadamente 40% das crianças infectadas. Sabe-se que a transmissão vertical do *T. pallidum* por via transplacentária pode acontecer em qualquer período da gestação e está diretamente relacionada à treponemia materna (3).

Segundo as diretrizes do SUS, em 2006, o Conselho Nacional de Saúde lançou o Pacto pela Saúde, com o intuito de fortalecer a gestão compartilhada entre os diversos níveis de governo. Segundo este pacto, cabe aos estados e municípios o desenvolvimento de ações necessárias para o cumprimento das metas de acordo com a realidade local. Este pacto está dividido em três eixos, dentre os quais é relevante, em termo de saúde reprodutiva, o Pacto pela Vida, que prevê como ações prioritárias aquelas que culminem na redução da mortalidade materna e infantil. Para o alcance desta prioridade um dos componentes mais expressivos é a redução das taxas de transmissão vertical da sífilis (11).

A sífilis congênita é doença de notificação compulsória desde o ano de 1986; já a sífilis em gestantes passou a integrar o sistema nacional de vigilância em 2005. Na busca de mensurar a qualidade de assistência perinatal, em

particular a atenção pré-natal dispensada a cada gestante, o Ministério da Saúde passou a incluir a taxa de sífilis congênita como indicador de avaliação da atenção básica à saúde de cada município (14).

Em 2002, com o objetivo de reduzir a taxa de morbimortalidade por sífilis congênita e AIDS, o Ministério da Saúde lançou o Projeto Nascer nas maternidades do SUS localizadas em municípios considerados prioritários, que atendem mais de 500 partos por ano. Foram desenvolvidas ações de capacitação de equipes multiprofissionais, no acolhimento, testagem e indicação terapêutica para sífilis e HIV, além de vigilância epidemiológica (33).

Em 2007 o Brasil lançou o “Plano operacional para a redução da transmissão vertical do HIV e da Sífilis”, ressaltando que o país é signatário junto à Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e a OMS para eliminação da sífilis congênita nas Américas. Estabeleceu-se como meta relativa de impacto a redução da sífilis congênita para 0,5 casos para cada 1.000 nascidos vivos. Como meta relativa de processo estabeleceu-se a cobertura do pré-natal (pelo menos uma consulta) maior ou igual a 95% assim como a testagem para sífilis e tratamento com penicilina, quando necessário, nas mulheres grávidas (2).

A detecção da sífilis congênita atende a dois objetivos importantes: o primeiro relacionado ao tratamento precoce e redução de sequelas neonatais e o segundo a notificação compulsória como forma de alimentar os sistemas de vigilância epidemiológica do Brasil. Diante da relevância das duas finalidades, o MS tornou obrigatória a realização do exame VDRL, sorologia não treponêmica para sífilis. Esta obrigatoriedade foi determinada pela Portaria GM/MS nº 569, de 1º de junho de 2000, que traduz como uma adequada conduta no acompanhamento pré-natal e assistência à gestante, a realização de um VDRL,

na primeira consulta, e outro na 28ª semana da gestação. E ainda a realização do exame na mãe durante o percurso do parto, como prática segura (4).

Em 2011 foi instituída a Rede Cegonha pelo SUS que visa assegurar à mulher uma rede de cuidados como planejamento reprodutivo, atenção humanizada a gravidez, parto e puerpério assim como à criança o direito de um nascimento seguro. Entre as ações componentes do pré-natal da Rede Cegonha se encontram a prevenção e tratamento da sífilis com disponibilização de testes rápidos para as maternidades envolvidas (34).

Entre 2012 e 2015 o Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das DST, Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde aumentou em 5,5 vezes a distribuição dos testes rápidos para sífilis (35).

1.6 Aspectos epidemiológicos da sífilis e da sífilis congênita no Brasil

Entre o ano de 2005 e junho de 2016 foram notificados pelo Sistema Nacional de Agravos de Notificação (Sinan) um total de 169.546 casos de sífilis em gestantes. Observa-se um aumento gradual na notificação dos casos nestes últimos anos, o que pode ser atribuído a ampliação de testagem diagnóstica que vem sendo preconizada pelas portarias do Ministério da Saúde. Porém, a maioria dos casos ainda é detectada tardiamente. Em 2015, um total de 32,8% dos casos do Sinan foram notificados no terceiro trimestre da gestação. Porém, nas regiões Sudeste (36,8%) e Sul (38,7%), a maior parte das gestantes foi diagnosticada no primeiro trimestre de gestação. Em contrapartida essas regiões superaram a taxa nacional de detecção de casos de sífilis a cada

1.000 nascidos vivos, sendo 15,1/1.000 para a região Sul e 12,6/1.000 para a região Sudeste (6).

Em 2015, 86,2% das gestantes com sífilis receberam tratamento com penicilina, 2,8% outro esquema, 5,9% não utilizaram nenhum esquema e em 5,1% não consta informações no Sinan. A penicilina benzatina foi reconhecida pela 69ª Assembleia Mundial de Saúde em 2016, como medicamento essencial para controle da transmissão vertical da sífilis e globalmente vem apresentando escassez há alguns anos devido à falta mundial de matéria prima para a sua produção. Em nosso país, desde 2014, enfrenta-se um desabastecimento dessa medicação (6).

Estudo realizado em 2008 com dados secundários de todos os municípios brasileiros com cobertura pelo Programa de Estratégia da Saúde da Família apontou uma taxa de incidência de sífilis na gestação de 2,1 casos a cada 1.000 nascidos vivos, predominando mulheres com baixa escolaridade, negras ou pardas, entre 20 e 29 anos residentes em zona urbana (36).

O mesmo perfil é encontrado nos boletins epidemiológicos da Sífilis 2015 e 2016 publicados pelo Ministério da Saúde (6-35). Estudos realizados em diferentes regiões do Brasil também encontram dados semelhantes (36-37).

Em 2015 foram notificados 19.228 casos de sífilis congênita em menores de um ano de idade, dos quais a maioria, 42,6% na região sudeste, seguidos pelo Nordeste com 30% das notificações. A região Nordeste, Sudeste e Sul apresentam a maior incidência de casos com 6,9 a cada 1.000 nascidos vivos. Na série histórica apresentada pelo boletim epidemiológico 2016 observa-se, nos últimos 10 anos, um aumento progressivo na incidência da sífilis congênita.

Em 2006 a taxa era de 2,0 casos a cada 1.000 nascidos vivos e em 2015 essa taxa foi de 6,5 casos a cada 1.000 nascidos vivos (6).

A taxa de mortalidade infantil por sífilis também apresentou aumento nos últimos 10 anos passando de 2,4 por 100.000 nascidos vivos em 2005 para 7,4 em 2015. Em 2015 78,4% das mães de crianças com sífilis congênita fizeram pré-natal. Embora os dados apontem que a maioria das mulheres grávidas com sífilis tenham recebido assistência pré-natal e recebido o diagnóstico de sífilis durante a gravidez, a cadeia de transmissão vertical da sífilis não foi interrompida (4-35).

Em relação ao HIV, no Brasil, no ano de 2015 a taxa de detecção em gestantes foi de 2,7 casos a cada 1.000 nascidos vivos e no estado de São Paulo foram 2,1 casos a cada 1.000 nascidos vivos. Quanto a taxa de detecção de aids em crianças menores de 5 anos de idade, São Paulo apresentou taxa de 1,3 casos a cada 100.000 habitantes. Em 2016, em todo o Brasil, foram notificados no Sinan 45 casos de aids em indivíduos com menos de 13 anos de idade, caracterizados como categoria de exposição a transmissão vertical. A comparação dos dados do HIV em gestantes e sua transmissão vertical com os dados da sífilis em nosso país é necessária para observarmos a atenção e assistência que tem sido dada as gestantes com sífilis. Em 2015 a taxa de detecção de sífilis em gestantes foi de 11,2 casos a cada 1.000 nascidos vivos e foram notificados 19.285 casos de sífilis congênita em todo o Brasil (38).

Observamos um número significativamente maior de sífilis congênita comparado aos casos de aids em crianças até 5 anos de idade, levando em consideração a maior complexidade do tratamento para o HIV, a sífilis que tem seu tratamento baseado em antibióticoterapia simples deveria apresentar números inferiores de

transmissão vertical. O tratamento e seguimento do HIV em gestantes é considerado prioridade na assistência pré-natal de alto risco, tratada com o máximo de especialidade possível, enquanto a sífilis tem ficado em segundo plano, à mercê da atenção primária e suas dificuldades de acesso e precariedade de serviços.

Voltando a realidade para o nosso panorama municipal, em 2015, a cidade de Campinas apresentou uma taxa de detecção de sífilis em gestantes de 18,4 casos a cada 1.000 nascidos vivos, taxa superior à média nacional. A taxa de detecção de sífilis congênita ficou em 5,3 casos a cada 1.000 nascidos vivos, esta taxa apresentando-se inferior à taxa nacional de 6,5/1.000 nascidos vivos. Foram registrados no mesmo ano 10 abortos e 3 natimortos por sífilis congênita em Campinas. Quanto a realização do pré-natal, em 2016 em nosso município, 79,7% dos casos de sífilis congênita apresentavam registro de realização de pré-natal e tiveram a condição de diagnóstico da sífilis materna em 62,5% dos casos durante o pré-natal, porém com 50% das gestantes com tratamento inadequado (39).

Uma busca urgente por soluções que auxiliem na melhoria dos serviços de saúde, de modo a garantir sua efetividade e resolutividade é necessária. Para tanto, a contínua formação de competentes profissionais, a fim de obter resultados na promoção e proteção da saúde é essência. O profissional médico tem papel fundamental em todos os processos de rastreamento, diagnóstico e tratamento de gestantes com sífilis. Com os casos de sífilis congênita em aumento progressivo nos últimos 10 anos entende-se que a dificuldade em diagnóstico e tratamento corretos das gestantes vem sendo uma situação vivenciada por muitos profissionais médicos. Portanto, avaliar o conhecimento,

atitude e prática desses profissionais diante de gestantes com sífilis se faz necessário para encontrar possíveis falhas no processo e trabalhar em direção à prevenção da sífilis congênita.

Assim, porque tantas oportunidades de tratamento e prevenção estão sendo perdidas diante de casos de sífilis nas gestantes? Como podemos reverter esse quadro de porcentagens altas de cobertura pré-natal com índices altos de sífilis congênita? Essa relação não deveria ser inversamente proporcional? A sífilis congênita é um evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal, assistência essa que deve ser qualificada, englobando prevenção, diagnóstico e tratamento da gestante com sífilis e seu parceiro além do controle de cura; é o pilar mais importante na jornada contra a sífilis congênita.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Avaliar conhecimento, atitude e prática dos médicos tocoginecologistas atuantes da região de Campinas frente prevenção da sífilis congênita.

2.2 Objetivos Específicos

2.2.1 Caracterizar o perfil dos tocoginecologistas atuantes na região de Campinas com relação a idade, gênero e tempo de formação;

2.2.2 Avaliar a adequação do conhecimento sobre a situação epidemiológica da sífilis na gravidez e da sífilis congênita no Brasil;

2.2.3 Estudar a adequação do conhecimento, atitude e prática desses profissionais com relação ao rastreamento sorológico para sífilis no pré-natal;

2.2.4 Analisar a adequação do conhecimento, atitude e prática desses profissionais com relação a uma gestante portadora de VDRL com baixa titulação no pré-natal;

2.2.5 Analisar a adequação do conhecimento, atitude e prática desses profissionais com relação a uma gestante portadora de VDRL com alta titulação no pré-natal;

- 2.2.6 Correlacionar as atitudes consideradas inadequadas na condução dessas gestantes de acordo com sexo e tempo de formado do profissional.
- 2.2.7 Comparar os dados do inquérito atual com dados de pesquisa pregressa realizada em 2010.

3. SUJEITOS E MÉTODOS

3.1 Desenho do estudo

Estudo de corte transversal, tipo inquérito CAP (conhecimento, atitude e prática) aos tocoginecologistas da cidade de Campinas.

Trata-se de um estudo de prevalência sobre o conhecimento, atitude e prática dos profissionais médicos tocoginecologistas diante de casos de gestantes com sífilis para prevenção de sífilis congênita e também da avaliação do contexto atual da sífilis em gestantes e sífilis congênita no Brasil.

3.2 Tamanho amostral

A amostra foi composta por todos os tocoginecologistas de Campinas filiados à Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia do Estado de São Paulo (SOGESP) e vinculados à Prefeitura de Campinas, através da atuação na rede básica de saúde. Utilizou-se a amostragem não probabilística: amostra por conveniência para selecionar os indivíduos do estudo.

Foram enviados questionários para todos os médicos credenciados a SOGESP no total de 940, onde 112 questionários retornaram, representando 12% do total.

A amostra da pesquisa realizada em 2010 foi composta por todos os tocoginecologistas da cidade de Campinas através da mesma lista fornecida pela SOGESP, totalizando um número de 757 médicos. Com base na mesma população (médicos credenciados na SOGESP), para uma taxa de resposta de 30% o tamanho da amostra necessário foi de 228. Considerando-se um erro amostral de 5,5% e nível de significância de 5% a amostra representativa dessa população foi de 224. Obtivemos um total de 188 questionários retornados, representando 18% do total.

3.3 Seleção dos sujeitos

A população foi identificada através da lista dos tocoginecologistas fornecida pela SOGESP e Prefeitura de Campinas. As listas foram revisadas manualmente pelo pesquisador a fim de evidenciar os profissionais que estavam presentes em ambas, para evitar duplicidade no envio do questionário.

Todos os médicos servidores da prefeitura de Campinas estavam na lista da SOGESP.

3.4 Variáveis descritivas

Idade: Tempo em anos informado pelo participante.

Sexo: Feminino ou masculino informado pelo participante.

Tempo de formação: Tempo transcorrido em anos da graduação em medicina, informado pelo participante, classificado em: até 10 anos de formado ou mais de 10 anos de formado.

As variáveis quantitativas foram tratadas de forma articuladas às qualitativas:

- Conhecimento sobre a situação epidemiológica da sífilis durante a gravidez e da sífilis congênita: será considerado adequado se o profissional informar que a sífilis apresenta alta prevalência em gestantes e tem situação epidêmica com relação à sífilis congênita.
- Conduta para rastreamento rotineiro de sífilis em uma gestante de pré-natal de baixo risco: será considerada atitude adequada se informar sobre a necessidade de VDRL no primeiro e terceiro trimestres e na admissão para parto/aborto.
- Conduta frente a uma gestante com VDRL de baixa titulação e de alta titulação, sem antecedentes de tratamento, sem doença clínica e adequação da conduta frente aos casos clínicos propostos: será considerado adequado se o profissional informar que se trata de fase latente com a necessidade de penicilina benzatina na dose total de 7.200.000 UI, associado a tratamento do parceiro.

3.5 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada através de questionário específico (anexo 1), estruturado, auto-aplicável e confidencial, encaminhado em forma de link via correio eletrônico, através de uma plataforma digital de questionários, contendo perguntas de múltiplas escolhas sobre conduta para rastreamento e tratamento de sífilis na gestação.

O software Survey Monkey (40) foi utilizado para encaminhamento e recebimento dos questionários. Esta plataforma armazena e categoriza os dados das respostas e apresenta os resultados em forma de tabelas com frequências absolutas e relativas que foram exportadas para o Microsoft Excel 2013. Para garantir que a mesma pessoa não responda duas vezes o mesmo questionário, o servidor não habilita resposta para o questionário na segunda vez.

Na coleta de dados realizada em 2010 o mesmo questionário foi enviado via postal com envelope selado para resposta. As respostas na ocasião foram incluídas e duplamente checadas em planilha no programa Microsoft Excel 2013 para estruturação do banco de dados.

3.6 Processamento e análise de dados

Os dados foram avaliados através de frequências absolutas (n) e relativas (%). A relação entre as atitudes consideradas corretas e o tempo de formado e sexo serão avaliadas através de teste T de Student e Qui-quadrado.

O nível de significância será de 5%. O Software utilizado para análise será o SAS versão 8.2. Os resultados serão apresentados sob a forma de tabelas. Os dados atuais foram comparados com pesquisa realizada em 2010 que realizou o mesmo processamento e análise de dados.

3.7 Aspectos éticos

Para a realização da pesquisa foram seguidas as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos contidas nas resoluções nº 466 de 12 de dezembro de 2012 e nº 251 de 05 de agosto de 1997 do Conselho Nacional de Saúde, e na Declaração de Helsinque de 2013 (41-42-43).

A confidencialidade das fontes de informações dos dados foi assegurada, uma vez que foi feita a opção para o software Survey Monkey não relacionar a resposta enviada ao e-mail do participante.

Esta pesquisa foi previamente aprovada pela Comissão de Pesquisa do DTG/CAISM e CEP-FCM-UNICAMP.

4. RESULTADOS

Os resultados deste trabalho serão apresentados em formato de artigo:

“Conhecimento, atitude e prática dos tocoginecologistas de Campinas frente a triagem sorológica de sífilis na gestação prevenção da sífilis congênita. ”

Autores: Norma Mejias Quinteiro, Helaine Maria Besteti Pires Mayer Milanez

Revista de Saúde Pública - Manuscript ID RSP-2017-0409

1 mensagem

Revista de Saúde Pública <onbehalf+rspline+fsp.usp.br@manuscriptcentral.com>

8 de agosto
de 2017
18:56

Responder a: rspline@fsp.usp.br
Para: nor.quinteiro@gmail.com
Cc: nor.quinteiro@gmail.com, helainemilanez@uol.com.br

08-Aug-2017

Dear Ms. Quinteiro:

Your manuscript entitled "CONHECIMENTO ATITUDE E PRÁTICA DE TOCGINECOLOGISTAS FRENTE PREVENÇÃO DA SÍFILIS CONGÊNITA" has been successfully submitted online and is presently being given full consideration for publication in the Revista de Saúde Pública.

Your manuscript ID is RSP-2017-0409.

Please mention the above manuscript ID in all future correspondence or when calling the office for questions. If there are any changes in your street address or e-mail address, please log in to ScholarOne Manuscripts at <https://mc04.manuscriptcentral.com/rsp-scielo> and edit your user information as appropriate.

You can also view the status of your manuscript at any time by checking your Author Center after logging in to <https://mc04.manuscriptcentral.com/rsp-scielo>.

Thank you for submitting your manuscript to the Revista de Saúde Pública.

Sincerely,
Revista de Saúde Pública Editorial Office

RESUMO

O diagnóstico precoce e tratamento adequado são fundamentais para o controle de agravos decorrentes da sífilis na gestação. No Brasil, em 2015, significativa parcela dos casos de sífilis congênita ocorreu em mulheres que receberam assistência pré-natal o que nos alerta para o fato de que oportunidades de prevenção estão sendo perdidas. **OBJETIVO:** avaliar conhecimento, atitude e prática dos médicos tocoginecologistas da região de Campinas frente à prevenção da sífilis congênita. **MÉTODO:** estudo de corte transversal, tipo inquérito CAP. A amostra foi composta por todos os tocoginecologistas de Campinas, em dois momentos: 2010 e 2017. A coleta de dados foi realizada através de questionário específico, encaminhado via e-mail, contendo perguntas sobre rastreamento e tratamento de sífilis na gestação. **RESULTADOS:** Foram enviados 940 questionários, com uma taxa de resposta de 18% em 2010 e 12% em 2017. Quase 30% dos profissionais acreditam que a situação da sífilis congênita está controlada. Quanto à adequação do conhecimento e conduta com relação a gestante com VDRL de alta titulação, apenas 55,3% dos médicos responderam corretamente e quando questionados sobre o tratamento, 91% respondeu de forma inadequada. Em gestante com baixa titulação, 60% dos médicos souberam informar o diagnóstico correto, porém apenas 68% soube informar o tratamento correto. **CONCLUSÃO:** a situação do manejo da sífilis em gestantes não está clara a todos os profissionais, o que impacta diretamente na grande ocorrência de sífilis congênita.

Palavras-Chave: Sífilis. Sífilis Congênita. Cuidado pré-natal. Qualidade da Assistência à Saúde. Gestação

INTRODUÇÃO

As doenças sexualmente transmissíveis estão entre os problemas de saúde pública mais comuns em todo o mundo. Nos países em desenvolvimento, a transmissão vertical da sífilis e do HIV acabam por determinar maiores incidências de perdas gestacionais e de ocorrência de doenças congênitas, quando não há abordagem correta (1).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima 1 milhão de casos de sífilis por ano em todo o mundo entre as gestantes e preconiza a detecção e tratamento oportunos destas mulheres e de seus parceiros (2). O acesso ao pré-natal qualificado com diagnóstico precoce e tratamento adequado são fundamentais para o controle de agravos decorrentes da sífilis na gestação. Cerca de 80% das mulheres grávidas infectadas pelo *T. pallidum* apresentam consequências graves ao concepto, incluindo a natimortalidade (3).

A sífilis congênita é uma doença grave, evitável e com alto potencial para ser eliminada. Existem mais recém-nascidos infectados por sífilis congênita do que por qualquer outra infecção neonatal, incluindo pelo vírus da imunodeficiência humana (3). Apesar de ser uma doença de fácil detecção e prevenção, com agente etiológico e modo de transmissão conhecidos, sua eliminação só é possível se a mulher infectada e seu parceiro forem identificados e tratados corretamente em tempo oportuno, antes ou durante a gestação (4).

Temos a atenção primária como o principal cenário para investigação e diagnóstico da sífilis nas gestantes e é considerado o momento oportuno para ação, evitando casos de sífilis congênita (5).

Em 2015 observou-se uma taxa de detecção 11,2 casos de sífilis na gestação para cada 1.000 nascidos vivos e 6,5 casos de sífilis congênita para cada 1.000 nascidos vivos (6). Domingues et al encontrou em estudo de coorte nacional uma prevalência de 1,02% de sífilis na gestação. Da amostra de parturientes estudada neste mesmo trabalho 98,7% referiram assistência pré-natal (7).

A OMS considera a existência de casos de sífilis congênita em gestantes que realizaram pré-natal um forte indicador de avaliação de assistência pré e perinatal (2). A garantia de um atendimento adequado não está relacionada apenas ao número absoluto de consultas, mas também a qualidade do atendimento oferecido (8).

No Brasil, há muitos anos e em todas as regiões percebe-se a baixa qualificação do pré-natal para a prevenção da sífilis congênita, observando-se a não realização da sorologia de triagem, tratamento realizado inadequadamente ou não realizado tanto da gestante quanto de seu parceiro, evidenciando muitas oportunidades perdidas de prevenção (9).

Conhecer o perfil de conhecimento e atendimento oferecido pelos profissionais de saúde podem nos auxiliar a elaborar estratégias, visando a melhora da qualificação dos que atendem gestantes o que poderá ajudar a reduzir esse grave problema da assistência obstétrica.

MÉTODOS

Estudo de corte transversal, tipo inquérito CAP (conhecimento, atitude e prática) com os tocoginecologistas da cidade de Campinas.

Trata-se de um estudo de prevalência sobre o conhecimento, atitude e prática dos profissionais médicos tocoginecologistas diante de casos de gestantes com sífilis para prevenção de sífilis congênita.

A coleta de dados foi realizada através de questionário específico, estruturado, auto-aplicável e confidencial, encaminhado em forma de link via correio eletrônico, através de uma plataforma digital de questionários, contendo perguntas de múltiplas escolhas sobre conduta para rastreamento e tratamento de sífilis na gestação. O software utilizado para encaminhamento e recebimento dos questionários foi o Survey Monkey Inc. (10). Esta plataforma armazena e categoriza os dados das respostas e apresenta os resultados em forma de tabelas com frequências absolutas e relativas que foram exportadas para o Excel. Para garantir que a mesma pessoa não responda duas vezes o mesmo questionário, o servidor não habilita resposta para o questionário na segunda vez.

As variáveis quantitativas (idade, sexo e tempo de formação) foram tratadas de forma articuladas às qualitativas (conhecimento sobre a situação epidemiológica da sífilis durante a gravidez e da sífilis congênita; conduta para rastreamento rotineiro de sífilis em uma gestante de pré-natal de baixo risco; conduta mais provável frente à uma gestante com VDRL de baixa titulação e de alta titulação e adequação da conduta frente aos casos clínicos propostos), buscando-se evidenciar elementos que expressem possíveis correlações entre o fator profissional e a incidência de sífilis congênita.

Os dados foram avaliados através de frequências absolutas (n) e relativas (%). A relação entre as atitudes consideradas corretas e o tempo de formação e sexo serão avaliadas através de teste T de Student e Qui-quadrado.

RESULTADOS

Foram enviados 940 questionários para os tocoginecologistas da região de Campinas, com 112 questionários retornados, levando a uma taxa de resposta de 12%. Na mesma pesquisa realizada em 2010 foram enviados 1030 questionários com uma taxa de resposta de 18,2% levando a um total de 188 questionários respondidos.

A amostra estudada em 2017 foi composta predominantemente de mulheres, 68,8%, com idade entre 31 e 40 anos e mais de 60% com tempo de formado superior a 10 anos (tabela 1). Em 2010 a maioria estudada era do sexo masculino (52,4%) com mais de 10 anos de formado (84%). A média de idade, em ambos os anos estudados, foi de 46,9 anos em 2010 e em 2017, de 41,9 anos.

Tabela 1 – Caracterização da amostra conforme sexo e tempo de formação

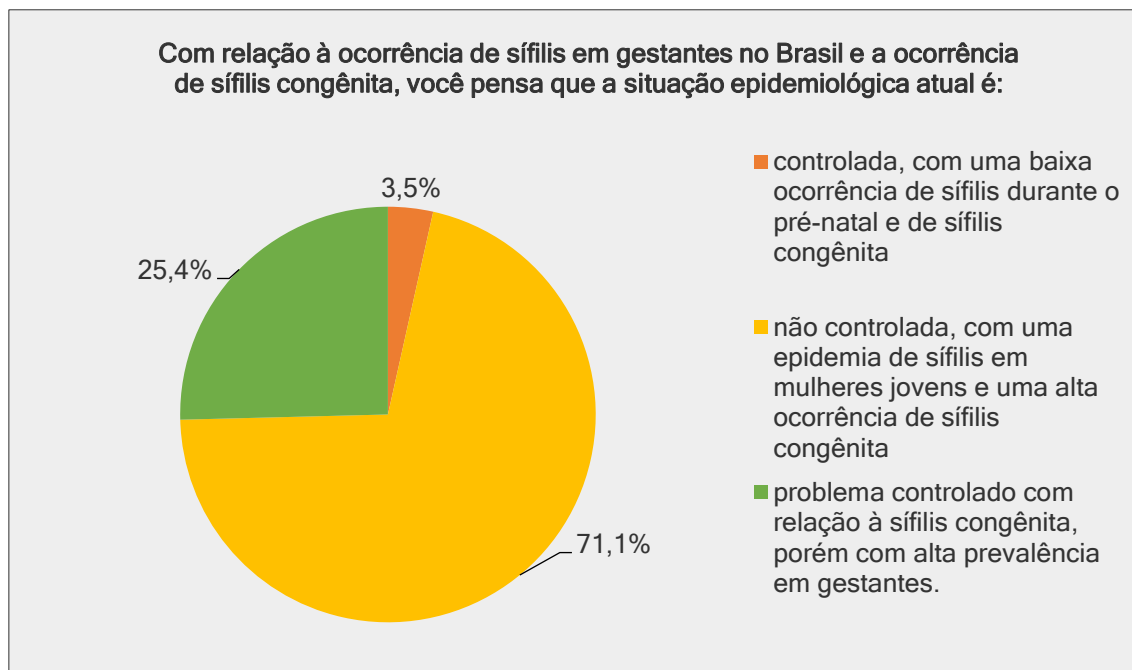
	2010		2017		
	n	%	n	%	<i>p</i>
Sexo					
Feminino	88	47,6	77	68,8	0,0004
Masculino	97	52,4	35	31,3	
Sem informação	3				
Total	188	100	112	100	
Tempo de formação					
Até 10 anos	30	16	35	31,3	0,0019
Mais de 10 anos	158	84	77	68,8	
Total	188	100	112	100	

Quanto a situação epidemiológica da sífilis no Brasil, 70,5% responderam adequadamente em 2017, afirmando que a situação não está controlada existindo uma epidemia de sífilis em mulheres jovens com alta ocorrência de sífilis congênita, porém, 25,4% dos médicos ainda acredita que a situação da sífilis congênita está controlada (gráfico 1). Em 2017, dentre os profissionais formados até 10 anos, 80% respondeu adequadamente. No grupo dos formados a mais de 10 anos 50% respondeu de forma correta. Em 2010 a porcentagem em ambos os grupos de tempo de formação foi maior em relação as respostas inadequadas (Tabela 2).

Tabela 2 – Conhecimento da epidemiologia da sífilis no Brasil de acordo com sexo e tempo de formação, dados 2010 e atuais.

		Adequado		Inadequado		Total	p
		n	%	n	%		
Sexo							
Feminino	2010	25	30,9	62	74,7	87	<0,0001
	2017	56	69,1	21	25,3	77	
Masculino	2010	32	58,2	65	84,4	97	0,0008
	2017	23	41,8	12	15,5	35	
Tempo de formação							
Até 10 anos	2010	7	19,4	23	79,3	30	<0,0001
	2017	29	80,6	6	20,7	32	
Mais de 10 anos	2010	50	50	107	79,9	157	<0,0001
	2017	50	50	27	20,1	77	

Gráfico 1 – Respostas para a situação epidemiológica da sífilis no Brasil, dados de 2017



Em 2017, encontramos 100% de acerto para a questão que trata das medidas adequadas para o rastreamento sorológico para a sífilis em gestante no pré-natal de baixo risco. Os dados da pesquisa realizada em 2010 evidenciaram taxa de acerto de 90% na amostra em geral, sendo a resposta adequada mais prevalente em homens com mais de 10 anos de formação (tabela 3).

Tabela 3 – Conhecimento em relação ao rastreamento sorológico para sífilis no pré-natal, dados 2010 e atuais.

		Adequado		Inadequado		Total	p
		n	%	n	%		
Sexo							
Feminino	2010	78	50,3	10	100,0	88	0,0018
	2017	77	49,7	0	0,0	77	
Masculino	2010	89	71,8	8	100,0	97	0,1089
	2017	35	28,2	0	0,0	35	
Tempo de formação							
Até 10 anos	2010	26	42,6	4	100,0	30	0,0405
	2017	35	57,4	0	0,0	35	
Mais de 10 anos	2010	143	65,0	15	100,0	158	0,0031
	2017	77	35,0	0	0,0	77	

O conhecimento sobre diagnóstico correto de sífilis latente de período indeterminado em uma gestante de segundo trimestre com VDRL positivo na titulação de 1/32 e TPHA (FTAS ABS) positivo sem antecedente de tratamento prévio para sífilis, com desconhecimento total sobre o agente e sem qualquer sinal clínico foi correto em 55,3% das respostas em 2017. Em 2010 obtivemos uma taxa semelhante de 54,8%. O Gráfico 2 mostra detalhadamente as porcentagens das respostas para essa situação.

Gráfico 2 – Adequação do conhecimento com relação a uma gestante portadora de VDRL com alta titulação no pré-natal

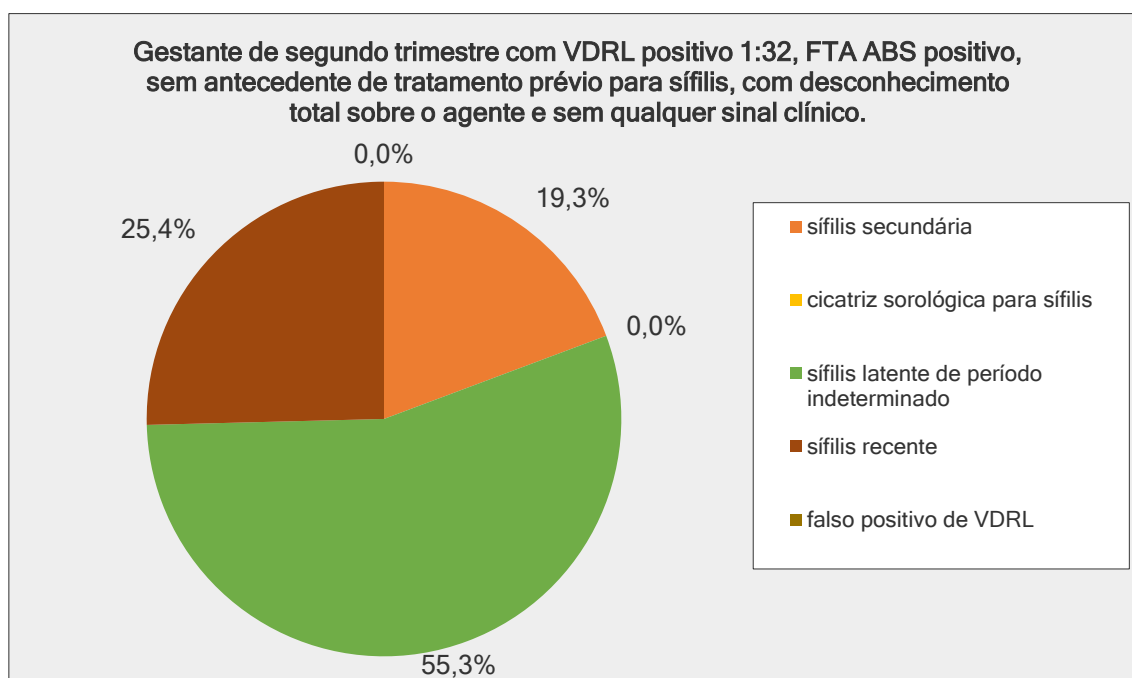


Tabela 4 – Adequação do conhecimento com relação a uma gestante portadora de VDRL com alta titulação de acordo com sexo e tempo de formado, dados de 2010 e atuais.

		Adequado		Inadequado		<i>Total</i>	<i>p</i>
		n	%	n	%		
Sexo							
Feminino	2010	44	48,9	44	58,7	88	0,2100
	2017	46	51,1	31	41,3	77	
Masculino	2010	58	78,4	39	67,2	97	0,1502
	2017	16	21,6	19	32,8	35	
Tempo de formação							
Até 10 anos	2010	24	47,1	6	42,9	30	0,7800
	2017	27	52,9	8	57,1	35	
Mais de 10 anos	2010	79	69,3	79	65,3	158	0,5129
	2017	35	30,7	42	34,7	77	

Para esta questão observamos uma porcentagem maior de respostas (47,1%) adequadas no grupo dos profissionais formados até 10 anos no ano de 2010 e mais respostas inadequadas neste mesmo grupo no ano de 2017 (57,1%), porém dado sem correlação estatística. Os formados há mais de 10 anos em 2010 responderam mais adequadamente sobre essa questão (69,3%) enquanto em 2017 o mesmo grupo respondeu mais inadequadamente (34,7%).

Tabela 5 – Adequação da atitude e prática com relação a uma gestante portadora de VDRL com alta titulação de acordo com sexo e tempo de formado, dados de 2010 e atuais.

		Adequado		Inadequado		Total	p
		n	%	n	%		
Sexo							
Feminino	2010	62	92,5	26	26,5	88	<0,0001
	2017	5	7,5	72	73,5	77	
Masculino	2010	76	93,8	21	41,2	97	<0,0001
	2017	5	6,2	30	58,8	35	
Tempo de formação							
Até 10 anos	2010	24	47,1	6	42,9	30	<0,0001
	2017	1	3,4	34	94,4	35	
Mais de 10 anos	2010	110	92,4	48	41,4	158	<0,0001
	2017	9	7,6	68	58,6	77	

Com relação à conduta prática diante de gestante com VDRL de alta titulação 87,7% escolheram o tratamento correto em 2017. Em 2010, 96,6% dos profissionais com até 10 anos de formado respondeu adequadamente; na pesquisa atual, 94,4% deste mesmo grupo escolheu a resposta inadequada. Quanto aos médicos com mais de 10 anos de formado, na pesquisa atual, 41,4% respondeu adequadamente, enquanto no ano de 2010, 92,4% optou pela resposta correta, sendo essa diferença bem significativa.

Analisando o conhecimento dos profissionais em relação ao diagnóstico de gestantes de primeiro trimestre, com VDRL positivo, assintomática, sem

história conhecida sobre tratamento ou diagnóstico para sífilis, 58,8% dos profissionais respondeu adequadamente. O Gráfico 3 apresenta as outras respostas assinaladas para esta situação.

Gráfico 3 – Adequação do conhecimento com relação a uma gestante portadora de VDRL com baixa titulação no pré-natal

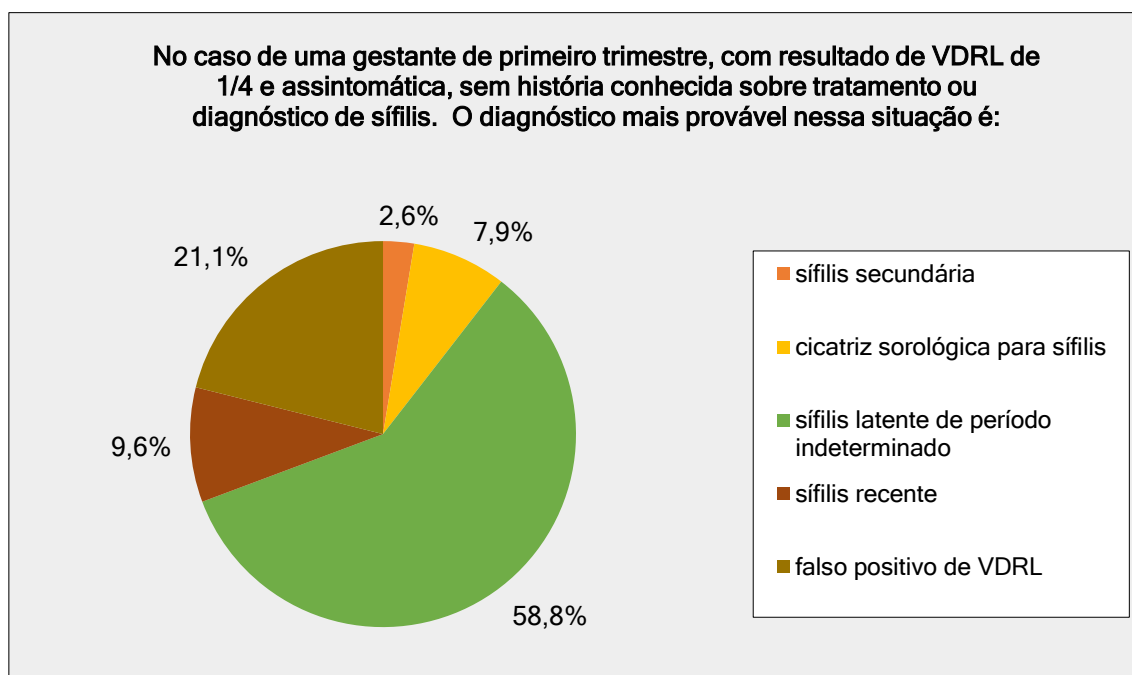


Tabela 6 – Adequação do conhecimento com relação a uma gestante portadora de VDRL com baixa titulação de acordo com sexo e tempo de formado dados de 2010 e atuais

		Adequado		Inadequado		Total	p
		n	%	n	%		
Sexo							
Feminino	2010	24	33,3	62	68,1	88	<0,0001
	2017	48	66,7	29	31,9	77	
Masculino	2010	33	66,0	61	77,2	94	0,1628
	2017	17	34,0	18	22,8	35	
Tempo de formação							
Até 10 anos	2010	7	23,3	22	64,7	30	0,0009
	2017	23	76,7	12	35,3	35	
Mais de 10 anos	2010	50	54,3	104	74,8	154	0,0012
	2017	42	45,7	35	25,2	77	

Os médicos com até 10 anos de formados souberam informar o diagnóstico correto nesta situação em mais de 75% das respostas em 2017, enquanto em 2010 apenas 24% respondeu adequadamente, sendo essa diferença significativa; mais de 45% dos profissionais com mais de 10 anos de formados respondeu adequadamente em 2017, taxa menor do que a encontrada em 2010, entretanto sem diferença estatística (Tabela 6).

Podemos observar que comparando a pesquisa atual com a de 2010, a taxa de respostas inadequadas dos médicos com até 10 anos de formado está menor, em 2010 era de 64,7% e agora de 35%; na dos médicos com mais de 10 anos de formados também mantém a mesma característica, em 2010 74,8% e

agora de 25,2%, porém sem diferença estatística entre as duas épocas pesquisadas.

Tabela 7 – Adequação da atitude e prática com relação a uma gestante portadora de VDRL com baixa titulação de acordo com sexo e tempo de formado, dados de 2010 e atuais.

		Adequado		Inadequado		Total	p
		n	%	n	%		
Sexo							
Feminino	2010	30	34,1	57	75,0	87	<0,0001
	2017	58	65,9	19	25,0	77	
Masculino	2010	39	67,2	57	78,1	96	0,1628
	2017	19	32,8	16	21,9	35	
Tempo de formação							
Até 10 anos	2010	9	24,3	21	75,0	30	<0,0001
	2017	28	75,7	7	25,0	35	
Mais de 10 anos	2010	60	55,0	96	77,4	156	0,0003
	2017	49	45,0	28	22,6	77	

Quanto à conduta para gestante com VDRL de baixa titulação, 70,2% dos profissionais escolheu a resposta correta em 2017; dos médicos com até 10 anos de formados, 75% optou pelo tratamento correto, enquanto apenas 45% dos formados a mais de 10 anos. Em 2010, 75% dos profissionais formados até 10 anos respondeu inadequadamente, sendo que em 2017 apenas 25%; ; quando comparados os dados dos dois períodos estudados houve diferença significativa. O mesmo acontece com os formados a mais de 10 anos: em 2010

77,4% respondeu inadequadamente, enquanto em 2017, 22% também respondeu inadequadamente, diferença esta significativa.

DISCUSSÃO

Nossos achados principais, tanto na pesquisa de 2010 quanto na pesquisa atual, mostraram que apesar de, mesmo com 7 anos de diferença, os problemas encontrados no conhecimento atitude e prática com relação a prevenção da sífilis congênita são semelhantes. Há um desconhecimento em relação à situação epidemiológica e diagnóstico da sífilis em gestantes, assim como conduta inadequada em uma parcela bem significativa dos profissionais estudados em ambas as pesquisas.

Foram enviados mais de 900 questionários e obtivemos uma taxa de resposta de 12% na pesquisa atual. Em 2010 foram enviados mais de 1000 questionários por correio e a taxa de resposta obtida foi maior (18%), mas ainda assim muito baixa. Estudo norte americano refere que apesar de se prever que pesquisas enviadas pela internet via e-mail apresentariam uma maior taxa de respostas, este método ainda apresenta problemas, entre eles a cobertura falha de conexão à internet e número imenso de e-mails indesejados recebidos diariamente. Neste mesmo estudo os autores referem que o envio de questionários por correio ainda pode ser uma opção viável apesar de seu custo ser maior (11).

Particularmente em nosso trabalho, a baixa taxa de respostas poderia levar à conclusão de que a maioria dos profissionais médicos de nossa região poderia não estar preocupado com a grave problemática da sífilis nas gestantes

e isso poderia impactar diretamente na ocorrência de sífilis congênita que, em nossa região vem apresentando aumento significativo. Em Campinas, em 2010, a taxa de sífilis congênita a cada 1.000 nascidos vivos era de 2,9 casos; em 2015 essa taxa apresentou aumento para 5,3 casos. Esse dado poderia ser decorrente da atuação inadequada dos profissionais que atendem a essas gestantes! (12).

Aproximadamente 70% dos médicos que responderam à pesquisa foram mulheres, predominando também profissionais com mais de 10 anos de formado: 70% na pesquisa atual e 84% na de 2010. O crescimento da participação feminina na profissão médica fica evidente no número de mulheres formadas a cada ano e que estão entrando no mercado de trabalho, conforme dados nacionais agrupados a partir de novos registros nos conselhos regionais de medicina. Verifica-se a tendência de feminização da medicina no Brasil, o que se observou ao longo da última década e vem se acentuando recentemente; no grupo de médicos com 29 anos ou menos as mulheres já são maioria (13).

Identificamos que mais da metade dos médicos que responderam inadequadamente à pergunta sobre diagnóstico de sífilis em gestante são formados há menos de 10 anos; assim como na pergunta sobre diagnóstico de gestante com VDRL de baixa titulação, onde quase 40% deste grupo respondeu de maneira inadequada. Esse dado nos remete à necessidade de sensibilização e incorporação das ações corretas nas práticas de todos os profissionais que atendem gestantes para alcançarmos sucesso na prevenção da sífilis congênita (14). Estudo tipo inquérito CAP com profissionais que realizam pré-natal na rede pública, realizado na cidade do Rio de Janeiro também observou melhor desempenho nas respostas nos grupos de profissionais formados há mais de 10 anos (15).

O rastreamento sorológico correto para a sífilis na gestação é o início para um diagnóstico e tratamento adequados; observamos que atualmente os profissionais tem conhecimento adequado sobre esta questão pois obtivemos 100% de acerto na pergunta que abordava esse assunto. Em 2010, 90% dos médicos tinham conhecimento do protocolo correto de rastreamento de sífilis na gravidez. Essa incoerência entre saber o que deve ser feito e realmente executar nos deixa preocupados com relação a atenção inadequada que as gestantes de nossa região vêm recebendo com relação a seu rastreamento e diagnóstico de sífilis. Atualmente a estratégia de realizar o diagnóstico, já na primeira consulta de pré-natal com a utilização de testes rápidos poderá auxiliar a uma rapidez maior em se definir a paciente como infectada; entretanto, esse diagnóstico rápido tem que ser seguido de medidas adequadas e correto tratamento, o que infelizmente não vem sendo observado.

Para o controle da sífilis, a OMS e a OPAS preconizam a meta de realização de sorologia em mais de 90% das gestantes. A assistência pré-natal no Brasil alcançou cobertura praticamente universal, mas persistem desigualdades no acesso a um cuidado adequado, o que teria potencial de reverter indicadores perinatais desfavoráveis ainda observados em nosso país (16). No ano de 2015, no Brasil, em 78,4% dos casos notificados como sífilis congênita, a gestante havia realizado pré-natal. Os estados de Alagoas, Ceará, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte, Sergipe e Tocantins apresentam taxa de sífilis congênita mais elevada que a taxa de detecção de sífilis em gestantes, o que remete a possíveis lacunas na assistência pré-natal (6). A última Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da mulher e da criança (PNDS), realizada em 2006, revelou 80,9% de cobertura pré-natal com seis consultas ou mais, em todo

o Brasil. Quando considerada a idade gestacional da primeira consulta, a região Norte apresenta a menor porcentagem de mulheres que iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre, 74% (17).

Sobre o conhecimento da situação epidemiológica da sífilis no Brasil, se compararmos a pesquisa de 2010, onde 30% dos profissionais respondeu adequadamente, com a pesquisa atual, podemos perceber evolução neste aspecto pois encontramos mais de 70% dos médicos respondendo adequadamente. Entretanto, ainda contamos com uma parcela significativa de médicos (25%) que acreditam que a situação da sífilis congênita está controlada. Há mais de três décadas o Brasil vem instituindo metas para alcançar os objetivos da OMS em reduzir a incidência da sífilis congênita para taxa menor ou igual a 0,5 casos a cada 1.000 nascidos vivos. O cumprimento dessas metas vem apresentando lento progresso e a epidemia continua, resultando em mortalidade fetal e neonatal significativa (18).

Em 2007 a Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou uma iniciativa mundial para a eliminação da sífilis congênita, que tinha como objetivo até o ano de 2015 testar 90% das mulheres grávidas para sífilis e no mínimo 90% das gestantes positivas receberem tratamento adequado. A estratégia de eliminação foi pensada para um incentivo de quatro pilares da saúde pública: engajamento das comunidades, cobertura pré-natal adequada e de qualidade, acesso a testagem para sífilis e monitoramento de rotina e evolução dos casos. Nas regiões das Américas também foram lançadas iniciativas similares de eliminação da transmissão vertical da sífilis; infelizmente observamos que essas metas ainda estão longe de serem alcançadas (19).

Em estudo global, realizado em 2013, sobre os desfechos adversos da sífilis em gestantes observou-se que em dois terços dos desfechos desfavoráveis as gestantes tinham realizado pelo menos uma consulta de pré-natal, onde não foram testadas ou, se foram testadas, não receberam tratamento adequado com penicilina (19).

Tanto em nossa pesquisa atual quanto em 2010, mesmo quando observado que mais de 90% dos profissionais tem conhecimento do rastreamento correto para a sífilis durante o pré-natal, apenas pouco mais da metade dos profissionais soube responder corretamente sobre o diagnóstico de sífilis em fase latente, que é exatamente a fase em que se encontra cerca de 90% das gestantes. Isso denota a situação de que os profissionais sabem realizar o rastreamento, porém ainda tem dificuldades em interpretar de maneira correta o exame e instalar as medidas efetivas na prevenção da infecção fetal.

Em 2016, no município de Campinas, 78% dos casos de sífilis em gestantes foram classificados como sífilis latente. Dados de trabalho realizado em 2006, em 6 grandes capitais brasileiras, analisando a população de gestantes, trabalhadores da indústria e frequentadores de clínicas de DST encontrou que mais de 85% eram diagnosticados na fase latente indeterminada (20). No presente estudo podemos observar que nas questões que tratavam de diagnóstico de sífilis latente, mais da metade dos profissionais não souberam responder de maneira adequada. Essa situação impacta diretamente em um tratamento inadequado, já que a maioria das gestantes se encontra nessa situação; assim, é possível que mais da metade das gestantes de nossa região esteja sendo tratada de maneira equivocada. Observamos uma realidade onde a falha do diagnóstico correto da classificação clínica da sífilis nas gestantes

pode resultar em enormes oportunidades perdidas para a prevenção da sífilis congênita.

Estudo nacional de base hospitalar, realizado entre 2011 e 2012, evidenciou que o controle da sífilis na gestação em nosso país está deficiente, com incidência de sífilis congênita, taxa de transmissão vertical e ocorrência de desfechos negativos elevadas. Mais de 90% das mulheres incluídas nesse estudo receberam assistência pré-natal, o que evidenciou a baixa qualidade deste cuidado para a identificação e tratamento da sífilis (21).

Podemos observar também que, quando comparamos as taxas de respostas adequadas com o tempo de formado do profissional, percebemos um número de acertos maior em profissionais com até 10 anos de formado na coleta de dados atual. Já em 2010, os profissionais com mais de 10 anos de formados responderam adequadamente em maior número em comparação com o outro grupo. Nas últimas décadas, em relação ao ensino médico no Brasil, esforços têm sido realizados a fim de formar médicos capazes de atuarem em diversos cenários, próximos aos reais problemas de saúde das comunidades. Maior inserção dos alunos em centros de atenção primária proporciona contato com uma clínica ampliada dos saberes, aplicação efetiva de ações preventivas e promotoras de saúde, com avaliação da vulnerabilidade das pessoas e comunidades (22). Esse fato poderia evidenciar o porquê, na pesquisa atual, dos médicos com menos de 10 anos de formados terem um conhecimento e prática mais adequados em relação às situações que envolvem gestantes com sífilis.

Uma limitação encontrada neste estudo, foi o baixo número de questionários respondidos, o que pode não representar de maneira adequada a realidade, tanto em 2010 quanto em 2017. Estamos fazendo deduções em cima

de uma população inferior a 20% daquela que se pretendia estudar. Isso pode levar a um viés, já que pode ter selecionado pessoas com a mesma observação de diferentes situações. De qualquer maneira, analisar a atitude de médicos que realizam pré-natal tinha o objetivo de conhecer o quão adequada está a prática desses profissionais.

Para se ter uma melhor avaliação da real situação do papel do profissional de saúde, deveríamos analisar todos os grupos que atendem gestantes. Em várias localidades, enfermeiras obstétricas ou médios da família é que realizam o pré-natal a grávidas de baixo risco. Uma avaliação futura deveria incluir a avaliação de todos esses profissionais.

Assim, conhecer a realidade que já está instalada e elaborar estratégias focadas no treinamento adequado de todos os profissionais de saúde que atendem grávidas, incluindo o médico, com relação à problemática da sífilis congênita, situação infelizmente não controlada em nosso país (23).

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância Epidemiológica. Brasília (DF); 2009.
2. Organização Mundial de Saúde. Eliminação mundial da sífilis congênita: fundamento lógico e estratégia para ação. Genebra; 2008.
3. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Plano operacional para redução da transmissão vertical do HIV e da sífilis no Brasil. Brasil; 2007.
4. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/Aids. Diretrizes para o controle da sífilis congênita: manual de bolso. Brasília (DF); 2006.

5. Saraceni V, Miranda AE. Relação entre a cobertura da Estratégia da Saúde da Família e o diagnóstico de sífilis na gestação e sífilis congênita. *Cad Saúde Pública*. 2012; 28(3): 490-496.
6. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim epidemiológico da Sífilis. Brasil; 2016.
7. Domingues RMSM, Szwarcwald CL, Junior Souza PRB, Leal MC. Prevalence of syphilis in pregnancy and prenatal syphilis testing in Brazil: Birth in Brazil study. *Rev. Saúde Pública*. 2014; 48(5): 766-74.
8. Brito ESV, Jesus SB, Silva MRF. Sífilis congênita como indicador de avaliação da assistência pré-natal no município de Olinda (PE), Brasil. *Rev. APS*. 2009; 12(1): 62-71.
9. Campos ALA, Araújo MLA, Melo SP, Gonçalves MLC. Epidemiology of gestational syphilis in Fortaleza, Ceará State, Brazil: an uncontrolled disease. *Rev. Saúde Pública*. 2010; 26(9):1747-55.
10. Survey Monkey. {Internet}. San Mateo (California, EUA): Survey Monkey Inc. {Acesso em: março de 2016}. Disponível em www.surveymonkey.com
11. Stern MJ, Bilgen I, Dillman DA. The State of Survey Methodology: Challenges, Dilemmas, and New Frontiers in the Era of the Tailored Design. *Field Methods*. 2014; 26(3): 284-301.
12. Indicadores e dados básicos da sífilis nos municípios brasileiros {Internet}. Brasília: Secretaria de vigilância em saúde. {Acesso em: 22 de abril de 2017} Disponível em: <http://indicadoressifilis.aids.gov.br/>
13. Scheffer MC, Cassenote AJF. A feminização da medicina. *Rev. Bioét*. 2013; 21(2): 268-77.
14. Milanez H. Syphilis in Pregnancy and Congenital Syphilis: Why can we not yet face this problem?. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet*. 2016; 38(9): 425-27.
15. Domingues RMSM, Lauria LM, Saraceni V, Leal MC. Ciência e Saúde Coletiva. 2013; 18(5): 1341-1351.
16. Domingues RMSM, Viellas EF, Dias MAB, Torres JA, Theme-Filha MM, Gama SGN, *et al*. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. *Rev. Panam. Salud. Publica*. 2015; 37(3): 140-7
17. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciências, Tecnologia e Insumos estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. PNDS 2006

- Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Mulher e da Criança: Relatório. Brasília: 2008.
18. Cooper JM, Michelow IC, Wozniak PS, Sanchez PJ. Em tempo: a persistência da sífilis congênita no Brasil – Mais avanços são necessários. *Rev. Paul. Pediatr.* 2016; 34(3): 251-53.
 19. Newman L, Kamb M, Hawkes S, Gomez G, Say L, Seuc A, Broutet N. Global estimate of syphilis in pregnancy and associated adverse outcomes: analysis of multinational antenatal surveillance data. *PLOS Medicine.* 2013; 10(2).
 20. Jalil EM, Pinto VM, Benzaken AS, Ribeiro D, Oliveira EC, Garcia EG, *et al.* Prevalence of chlamydia and neisseria gonorrhoeae infection in pregnant women in six brazilian cities. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* 2008; 30(12): 614-9.
 21. Domingues RMSM, Leal MC. Incidência de sífilis congênita e fatores associados a transmissão vertical da sífilis: dados do estudo nascer no Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2016; 32(6).
 22. Ferreira RC, Fiorini VML, Crivelaro E. Formação profissional no SUS: o papel da atenção básica em saúde na perspectiva docente. *Rev. Bras. Educação Médica.* 2010; 34(2):207-15.
 23. Rodrigues CS, Guimarães MDC, César CC. Missed opportunities for congenital syphilis and HIV perinatal transmission prevention. *Rev. Saúde Pública.* 2008; 42(5): 851-8.

5. CONCLUSÕES

1. O perfil dos tocoginecologistas participantes da pesquisa foi predominantemente do sexo feminino, entre 30-40 anos, com mais de 10 anos de formação.
2. A maioria dos tocoginecologistas apresenta conhecimento adequado quanto a situação epidemiológica da sífilis no Brasil
3. Em nossa amostra todos os tocoginecologistas mostraram conhecimento adequado com relação ao rastreamento de sífilis no pré-natal
4. Com relação ao conhecimento referente a condução de uma gestante portadora de VDRL de baixa titulação, apenas 58% identificou diagnóstico correto, sendo a atitude adequada mais frequente em mulheres com até 10 anos de formado
5. Com relação à condução de gestantes com VDRL de alta titulação, apenas 55% apresentou diagnóstico correto; com conhecimento adequado mais frequente em mulheres sem diferença com relação ao tempo de formado
6. Atitudes inadequadas de maneira geral, foram mais frequentes em profissionais do sexo masculino com mais de 10 anos de formado
7. Comparando os dados de 2010 com 2017 identificamos:
 - melhora do conhecimento da situação epidemiológica (30% para 70%)
 - em relação ao rastreamento da sífilis na gestação, a totalidade respondeu de maneira adequada, na pesquisa atual, sendo 90% na pesquisa anterior;

- em relação à condução de VDRL de alta titulação houve melhora em profissionais com mais de 10 anos de formado porém mais da metade da amostra, em ambas as pesquisas, ainda permanece com conduta inadequada
- em relação ao diagnóstico de mulheres com VDRL de baixa titulação em 2010, houve melhora da condução adequada sendo de apenas 30% na pesquisa de 2010 e quase 60% na pesquisa atual.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Veronesi-Focaccia. Tratado de Infectologia. 5ª edição. São Paulo: Atheneu; 2015.
2. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Plano operacional para redução da transmissão vertical do HIV e da sífilis no Brasil. Brasil; 2007.
3. Organização Mundial de Saúde. Eliminação mundial da sífilis congênita: fundamento lógico e estratégia para ação. Genebra; 2008.
4. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/Aids. Diretrizes para o controle da sífilis congênita: manual de bolso. Brasília (DF); 2006.
5. Saraceni V, Miranda AE. Relação entre a cobertura da Estratégia da Saúde da Família e o diagnóstico de sífilis na gestação e sífilis congênita. Cad Saúde Pública. 2012; 28(3): 490-496.
6. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim epidemiológico da Sífilis. Brasil; 2016.
7. Domingues RMSM, Szwarcwald CL, Junior Souza PRB, Leal MC. Prevalence of syphilis in pregnancy and prenatal syphilis testing in Brazil: Birth in Brazil study. Rev. Saúde Pública. 2014; 48(5): 766-74.
8. Brito ESV, Jesus SB, Silva MRF. Sífilis congênita como indicador de avaliação da assistência pré-natal no município de Olinda (PE), Brasil. Rev. APS. 2009; 12(1): 62-71.
9. Campos ALA, Araújo MLA, Melo SP, Gonçalves MLC. Epidemiology of gestational syphilis in Fortaleza, Ceará State, Brazil: an uncontrolled disease. Rev. Saúde Pública. 2010; 26(9):1747-55.
10. Costa CC, Freitas LV, Sousa DMN, Oliveira LL, Chagas ACMA, Lopes MVO, Damasceno AKC. Sífilis congênita no Ceará: análise epidemiológica de uma década. Rev. Esc. Enferm. USP. 2013; 47(1): 152-9.
11. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de apoio da descentralização. Pacto pela Vida e em Defesa do SUS e de Gestão. Brasil: 2006.
12. Sá R, Bornia R, Cunha A, Oliveira C, Rocha G. Syphilis and pregnancy: estimate of occurrence and risk factors in pregnant women under the care

- of Maternidade Escola UFRJ. DST--Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis. 2001; 13(4): 6-8.
13. Saraceni V, Leal MC. Avaliação da efetividade das campanhas para eliminação da sífilis congênita na redução da morbi-mortalidade perinatal. Cad. Saúde Pública. 2003; 19(5): 1341-9.
 14. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: Manual técnico. Brasília (DF); 2010.
 15. Warner L, Rochat RW, Fichtner RR, Stoll BJ, Nathan L, Toomey KE. Missed opportunities for congenital syphilis prevention in a urban southeastern hospital. Sexually Transmitted Disease. 2001; 28(2): 92-8.
 16. Seraceni V, Pareira GFM, Silveira MF, Araújo MAL, Miranda AE. Vigilância epidemiológica da transmissão vertical da sífilis: dados de seis unidades federativas no Brasil. Rev. Panam. Salud Publica. 2017; 41: e44.
 17. Peeling RS, Mabey D. Celebrating the decline in syphilis in pregnancy: a sobering reminder of what's left to do. The Lancet. 2016; 4: e503-4.
 18. Swartzendruber A, Steiner RJ, Adler MR, Kamb ML, Newman LM. Introduction of rapid syphilis testing in antenatal care: a systematic review of the impact on HIV and syphilis testing uptake and coverage. International Journal of Gynecology and Obstetrics. 2015; 30: 515-21.
 19. Arnesen L, Serruya S, Durán P. Gestational syphilis and stillbirth in the Americas: a systematic review and meta-analysis. Rev. Panam. Salud Publica. 2015; 37(6): 422-9.
 20. Lago EG. Current Perspectives on prevention of mother-to-child transmission of syphilis. Cureus. 2016; 8(3): e525.
 21. Wijesooruya NS, Rochat RW, Kamb ML, Turpali P, Temmerman M, Broulet N, Newman LM. Global burden of maternal and congenital syphilis in 2008 and 2012: a health systems modelling study. The Lancet. 2016; 4: e525-33.
 22. World Health Organization. WHO validates the elimination of mother-to-child transmission of HIV and Syphilis in Cuba. Disponível em: <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/rtis/en/>.
 23. Su JR, Brooks LC, Davis DW, Torrone EA, Weinstock HS, Kamb ML. Congenital syphilis: trends in mortality and morbidity in the United States,

- 1999 through 2013. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 2016; 381.e1-9.
24. Albrigh CM, Emerson JB, Werner EF, Hughes BL. Third-Trimester prenatal syphilis screening. A cost-effectiveness analysis. Obstetrics and gynecology. 2015; 126(3): 479-85.
 25. GBD 2015 HIV Collaborators. Estimates of global, regional and national incidence, prevalence and mortality of HIV, 1980-2015: the global burden of disease study 2015. The Lancet. 2016; 3: e361-87.
 26. Desale M, Thinkhamrop J, Lumbganon P, Qazi S, Anderson J. Ending preventable maternal and newborn deaths due to infections. Best Practice and Research Clinical Obstetrics and gynecology. 2016: 1-15.
 27. Taylor MM, Nurse-Findlay S, Zhang X, Hedman L, Kamb LM, Broutet N, Kiari J. Estimating benzathine penicillin need for the treatment of pregnant woman diagnosed with syphilis during antenatal care in high morbidity countries. PLOS One. 2016; 19: 1-15.
 28. Ramos Jr AN, Matida LH, Saraceni V, Veras MASM, Pontes RJS. Control of mother-to-child transmission of infectious diseases in Brazil: progress in HIV/AIDS and failure in congenital syphilis. Cad. Saúde Pública. 2007; 23(3): 370-78.
 29. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais. Manual técnico para diagnóstico da sífilis. Brasília (DF); 2016.
 30. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância Epidemiológica. Brasília (DF); 2009.
 31. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para transmissão vertical de HIV, sífilis e hepatites virais. Brasília (DF); 2015.
 32. Rothschild, BM. History of Syphilis. Clin. Infect. Dis. 2005; 40(10): 1454-63.
 33. Ministério da Saúde. Secretária executiva do Programa Nacional de DST e Aids. Projeto Nascer. Brasília (DF); 2003.
 34. Ministério da Saúde. Manual Prático para implementação da Rede Cegonha. Brasília (DF); 2011.

35. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim epidemiológico da Sífilis. Brasil; 2015.
36. Araújo CL, Shimizu HE, Sousa AIA, Hamann. Incidência da sífilis congênita no Brasil e sua relação com a Estratégia da Saúde da Família. Rev. Saúde Pública. 2012; 46(3): 479-86.
37. Soeiro CMO, Miranda AE, Saraceni V, Santos MC, Talhari S, Ferreira LCL. Syphilis in pregnancy and congenital syphilis in Amazonas State, Brazil: an evaluation using database linkage. Cad. Saúde Pública. 2014; 30(4): 715-23.
38. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim epidemiológico da Aids. Brasil; 2016.
39. Indicadores e dados básicos da sífilis nos municípios brasileiros {Internet}. Brasília: Secretaria de vigilância em saúde. {Acesso em: 22 de abril de 2017} Disponível em: <http://indicadoressifilis.aids.gov.br/>
40. Survey Monkey. {Internet}. San Mateo (California, EUA): Survey Monkey Inc. {Acesso em: março de 2016}. Disponível em www.surveymonkey.com
41. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Bioética. 1996; 4(2): 15-25.
42. World Medical Association. Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects. JAMA. 2013; 310(20): 2191-4.
43. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. 2012.

7. ANEXOS

7.1 Anexo I – Questionário enviado aos profissionais

INQUÉRITO SOBRE CONDUTA E PRÁTICA COM RELAÇÃO À TRIAGEM SOROLÓGICA PARA SÍFILIS NO PRÉ-NATAL E PREVENÇÃO DA SÍFILIS CONGÊNITA

IDADE: ☐ ☐ **SEXO:** ☐ FEM ☐ MASC

TEMPO DE FORMADO (em anos): ☐ ATÉ 10 ANOS ☐ MAIS DE 10 ANOS

1. Com relação à ocorrência de sífilis em gestantes no Brasil e a ocorrência de sífilis congênita, você pensa que a situação epidemiológica atual é:

- a) controlada, com uma baixa ocorrência de sífilis durante o pré-natal e de sífilis congênita.
- b) não controlada, com uma epidemia de sífilis em mulheres jovens e uma alta ocorrência de sífilis congênita.
- c) problema controlado com relação à sífilis congênita, porém com alta prevalência em gestantes.

2. Com relação ao rastreamento sorológico para sífilis em uma gestante de pré-natal de baixo risco, você considera que as medidas mais corretas são:

- a) realizar VDRL pelo menos uma vez durante a gestação.
- b) realizar VDRL na primeira consulta pré-natal
- c) realizar VDRL na primeira consulta, na 28 semana e na admissão para parto
- d) realizar VDRL no início do terceiro trimestre

3. No caso de uma gestante de segundo trimestre com VDRL positivo na titulação de 1/32 e TPHA (FTA ABS) positivo, sem antecedente de tratamento prévio para sífilis, com desconhecimento total sobre o agente e sem qualquer sinal clínico. O diagnóstico mais provável nessa situação é:

- a) sífilis secundária
- b) cicatriz sorológica para sífilis
- c) sífilis latente de período indeterminado
- d) sífilis recente
- e) falso positivo de VDRL

4. No caso da questão 3, qual seria a conduta mais apropriada:

- a) Tratar a gestante com eritromicina por 30 dias
- b) Tratar a gestante com penicilina benzatina, na dose de 2.400.000 unidades por semana, por 3 semanas seguidas (dose total de 7.200.00U), além de investigar/tratar o casal
- c) Não há necessidade de tratamento, pois se trata de título baixo e provável reação cruzada ou cicatriz sorológica

- d) Tratar a gestante com penicilina benzatina, na dose de 2.400.000 unidades por semana, por 2 semanas seguidas (dose total de 4.800.000U), além de investigar/tratar o casal.
- e) Tratar o casal com penicilina benzatina, na dose de 2.400.000 unidades em uma única aplicação.

5. No caso de uma gestante de primeiro trimestre, com resultado de VDRL de 1/4 e assintomática, sem história conhecida sobre tratamento ou diagnóstico de sífilis. O diagnóstico mais provável nessa situação é:

- a) sífilis secundária
- b) cicatriz sorológica para sífilis
- c) sífilis latente de período indeterminado
- d) sífilis recente
- e) falso positivo de VDRL

6. A condução obstétrica mais apropriada para o caso da questão 5 é:

- a) aguardar resultado de prova treponêmica específica (TPHA ou FTA ABS) , já que a probabilidade de ser reação cruzada com síndrome antifosfolípide é a mais provável
- b) pedir prova treponêmica; se não for possível realizar esse exame, tratar o casal com a dose de 7.200.000 unidades de penicilina benzatina, já que provavelmente se trata de sífilis latente indeterminada
- c) não há necessidade de pedir prova treponêmica, já que o título é baixo e trata-se falso positivo
- d) tratar o casal como doença recente com penicilina benzatina, na dose de 2.400.000 unidades de penicilina
- e) pedir prova treponêmica; se não for possível realizar esse exame, tratar apenas a gestante com a dose de 7.200.000 unidades de penicilina benzatina.

7.2 Anexo II – Parecer CEP

Comissão de Pesquisa do DTG / CAISM

Título do Projeto: **Avaliação de conhecimento, atitude e prática de tocoginecologistas da região de Campinas frente à triagem sorológica de sífilis na gestação e prevenção de sífilis congênita**

Protocolo nº: 054/2007	Investigador responsável: Helaine MBPM Milanez		
Relator 1:	Relator 2:	Data: 13/12/07	