



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA**

**PERFIL DE PACIENTES NO PUERPÉRIO IMEDIATO COM
DIAGNÓSTICO DE SÍFILIS ATENDIDAS EM UMA MATERNIDADE
DE REFERÊNCIA NO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE**

Ana Kamila Tavares Diniz

**NATAL – RN
2019**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA**

**PERFIL DE PACIENTES NO PUERPÉRIO IMEDIATO COM
DIAGNÓSTICO DE SÍFILIS ATENDIDAS EM UMA MATERNIDADE
DE REFERÊNCIA NO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE**

Ana Kamila Tavares Diniz

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de
Fisioterapia da UFRN, como pré-
requisito para obtenção de grau
de FISIOTERAPEUTA.

Orientadora: Maria Thereza Albuquerque Barbosa Cabral Micussi

**NATAL – RN
2019**

AVALIAÇÃO DA BANCA EXAMINADORA

TRABALHO APRESENTADO POR ANA KAMILA TAVARES DINIZ

EM 26 DE NOVEMBRO DE 2019

1º Examinador(a) ORIENTADOR: Prof.^a Dr.^a Maria Thereza
Albuquerque Barbosa Cabral Micussi

Nota
atribuída.....

2ºExaminador(a): Fst Maria Clara Eugênia de Oliveira

Nota atribuída.....

3ºExaminador(a): Fst Tatianne Alves

Nota atribuída.....

APROVADO COM MÉDIA = _____

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a minha sobrinha Mariana, que nasceu e trouxe renovo e luz para a minha vida!

A minha tia Dione, minha maior incentivadora em iniciar a graduação.

A minha amiga de infância Jeane, que partiu e marcou em mim o verdadeiro significado de força e resiliência.

A todos que contribuíram direta e indiretamente para que este trabalho fosse realizado.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, que a cada dia me proporciona uma nova chance de lutar pela vida e pelos meus sonhos e que ainda nos momentos mais difíceis guia meus passos, ilumina minha mente e fortalece o meu coração.

Aos meus pais por ser minha base, meu apoio, sempre disponíveis em me ouvir sobre as demandas da graduação, vocês foram fundamentais nessa trajetória. A minha irmã Ana Karolina em quem sempre pude me inspirar com seu caráter e conduta irretocáveis e seu amor demonstrado de várias formas.

Aos meus vizinhos, sempre me dando força e incentivo, emprestando o apartamento mais silencioso para os meus estudos ou os computadores nas horas de perrengue, vocês são a família que o meu coração escolheu, gratidão eterna.

Aos meus amigos feitos durante a graduação, desde o “bonde da samu” até minha querida “panelinha”, cada um ocupa um espaço muito especial na minha vida! Bárbara e Jéssica, meu simples obrigada por serem presentes, mesmo em meio as atividades corridas que exigem tempo de nós, vocês fazem a diferença! em especial

As participantes da LAPICO que através de seu empenho buscam uma saúde de melhor qualidade para nós mulheres e que de alguma forma contribuíram para a conclusão desse trabalho. A minha querida orientadora, professora Thereza Micussi que esteve sempre disposta em ajudar, desde a disciplina aplicada, e que nessa montanha russa de sensações entre fazer um TCC e conciliar com os cuidados com a saúde ainda um pouco fragilizada, segurou minha mão e embarcou junto comigo. Para mim a senhora é exemplo de mulher e profissional humana, nunca vou esquecer a forma como trata cada paciente, aluno ou quem quer que seja! Todos os agradecimentos se fazem poucos nesse momento.

Por fim agradeço a cada mulher que participou deste estudo, pela receptividade e acolhimento da pesquisa proposta. Obrigada!

SUMÁRIO

LISTA DE APÊNDICE	iii
RESUMO.....	iv
1. Introdução	1
2. Metodologia	3
3. Resultados	4
3. Discussão.....	7
4. Conclusão	12
REFERÊNCIAS.....	13

LISTA DE APÊNDICES

Apêndice A – Questionário de Avaliação

RESUMO

Introdução: As Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) são transmitidas frequentemente pelo contato sexual, no entanto, podem ocorrer outras formas como contato sanguíneo ou na transmissão vertical (de mãe para a criança durante a gestação, o parto ou a amamentação). As mulheres grávidas têm um risco aumentado de IST devido a alterações fisiológicas que acompanham a gravidez. **Objetivo:** Traçar o perfil clínico e gineco-obstétrico de mulheres no puerpério imediato diagnosticadas com sífilis em uma Maternidade de referência no Estado do Rio Grande do Norte. **Métodos:** Trata-se de um estudo descritivo transversal realizado na Maternidade Escola Januário Cicco. A amostra foi composta por 392 mulheres no puerpério imediato, onde 168 apresentavam diagnóstico de sífilis. Foram incluídas as mulheres acima de 18 anos com diagnóstico de sífilis pelo VDRL e que aceitassem ser entrevistadas. Foi excluída uma paciente com transtornos psiquiátricos. As voluntárias foram avaliadas através de questionário. A estatística descritiva foi utilizada para apresentação dos dados em forma de média, desvio-padrão, mediana, intervalos e porcentagem. **Resultados:** A amostra final foi composta por 167 mulheres. A média de idade foi de $26,90 \pm 7,15$ e a maioria das participantes tinham menos de 8 anos de estudo. Da amostra final, 43,71% (n=73) já tinham sido diagnosticadas e tratadas no passado, 22,15% (n=37) tiveram o primeiro diagnóstico nesse período e 34,13% (n=57) informaram que não sabiam se já tinham tido a infecção anteriormente. Observou-se que 67,06% (n=112) foram diagnosticadas com sífilis apenas durante o parto e dessas, 74,11% (n=83) não realizaram o pré-natal. **Conclusão:** Os achados deste estudo permitem concluir que a maioria das puérperas diagnosticadas com sífilis são jovens de baixa escolaridade e sem uma união estável. A maioria delas teve o diagnóstico apenas no momento do parto e não realizaram pré-natal.

Palavras-Chave: mulheres, gestação, período pós-parto, sífilis.

ABSTRACT

Introduction: Sexually transmitted Infections (STI) are commonly disseminated through the sexual contact, however there are further manners such as through the blood infection or vertical transmission (mother-to-child during the pregnancy or breastfeeding). Pregnant women present a higher STI risk due to the physiological alterations which occurs during this period of life. **Aims:** To establish a gynecological-obstetric profile of immediate puerperal women with syphilis diagnostic in a reference maternity at Rio Grande do Norte state. **Methods:** It is a transversal descriptive study performed at School Maternity Januário Cicco. The sample was composed by 392 women during the immediate puerperium whom 168 were diagnosed with syphilis. Were included on the study women over 18 years old diagnosed through the Venereal Disease Research Laboratory test (VDLR) and who accept to be interviewed. One patient was excluded due to psychiatric disorders. The volunteers were evaluated through a questionnaire. The statistical analysis was used to present data through mean, standard deviation, median, intervals and percentage. **Results:** The final sample was composed by 167 women. The mean age was $26,90 \pm 7,15$ and the majority of volunteers studied less than 8 years. Considering the final sample, 43,71% (n=73) were diagnosed and treated previously, 22,15% (n=37) had the first diagnostic during this period and 34,13% (n=57) reported being unaware in relation to previous infection. 67,06% (n=112) were diagnosed during the labor period and 74,11% (n=83) of these do not attend to any antenatal visit. **Conclusion:** According to the findings of this study it is possible to conclude that most diagnosed women are young, have low schooling and do not have a partner. Most of them had the diagnostic only during the labour and do not attend to prenatal.

KEYWORDS: women, pregnancy , postpartum period, syphilis.

1. INTRODUÇÃO

As Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) são definidas como infecções causadas por mais de 30 agentes etiológicos diferentes, transmitidas frequentemente pelo contato sexual, no entanto, podem ocorrer outras formas como a transmissão vertical (de mãe para a criança durante a gestação, o parto ou a amamentação) ou contato sanguíneo. Atualmente, as IST constituem problema de saúde pública em nível mundial, com peso socioeconômico crescente, não só pelo elevado número de pessoas infectadas e pelo aumento da incidência em muitos países, mas, sobretudo, pelas suas consequências referentes à saúde sexual, reprodutiva e materno-fetal e, ainda, pela sua capacidade de facilitar a transmissão e aquisição da infecção; porém, torna-se difícil estabelecer um único tipo de comportamento sexual de risco para sua ocorrência (1).

As mulheres grávidas têm um risco aumentado de IST devido a alterações fisiológicas que acompanham a gravidez, como congestão do colo do útero, edema da mucosa vaginal e alterações na flora vaginal (2,3). Além disso, as gestantes podem ter menos chances de ter parceiros que usam preservativos e podem ter menos opções para deixar relacionamentos inseguros (4). IST na gravidez está associada ao aumento da morbimortalidade neonatal e pode causar trabalho de parto prematuro, baixo peso ao nascer, natimorto, ruptura prematura de membranas e infecções congênitas graves (3).

No Brasil, a eliminação da transmissão vertical do vírus da imunodeficiência humana (HIV), juntamente com a redução da transmissão vertical da sífilis e da hepatite B e a redução das hepatites virais com foco na hepatite C constituem eixos prioritários do Ministério da Saúde para controle das IST (5).

Apesar do Ministério da Saúde distribuir ao Serviço Único de Saúde (SUS) os testes rápidos para detecção da doença, observa-se nos dias atuais um aumento das incidências dessas infecções. Diante disso, há a necessidade de que a equipe de saúde esteja preparada para atuar diante desses casos. (5).

No Brasil, a verdadeira situação epidemiológica dessas doenças e de suas complicações não são bem conhecidas devido à escassez de estudos sentinelas e de base populacional. Recentemente foi publicado um estudo de inquérito populacional na cidade de São Paulo com 4057 indivíduos de 15 a 64 anos. Os resultados mostraram que dos indivíduos sexualmente ativos, 6,3% relataram IST durante a vida sendo 4,3% das mulheres e 8,2% dos homens. As IST mostraram associação, entre os homens, com: idade > 34 anos, não uso de preservativo na primeira relação sexual; e entre as mulheres idade > 25 anos. Mostraram-se fatores de proteção, entre os homens: não ter tido relações sexuais com pessoa do mesmo sexo; e entre as mulheres: início sexual > 15 anos de idade e não ter tido parceria casual no último ano. Quanto às orientações, 72,1% e 64,7% das mulheres as receberam sobre a importância de realizar testes para HIV e sífilis, respectivamente, enquanto foram ofertadas para menos da metade dos homens (40,2% e 38,6%). Baseado na elevada proporção de antecedentes de IST, os autores realizaram a construção, implementação e avaliação de políticas públicas de saúde para o enfrentamento das IST incluindo o HIV, com diminuição de barreiras de acesso aos preservativos e criação de um app para prevenção mediante o levantamento da realidade local (6).

É importante salientar que a IST na mulher gestante pode impactar tanto na saúde materna quanto a fetal, e que a transmissão pode se dar no período da gestação, durante o parto e no pós-parto com a amamentação (2). Assim, o objetivo desse estudo foi traçar o perfil clínico e gineco-obstétrico de mulheres no puerpério imediato diagnosticada com sífilis em uma Maternidade de referência no Estado do Rio Grande do Norte.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo e transversal realizado de março de 2017 a março de 2019 na Maternidade-Escola Januário Cicco, localizada na Cidade do Natal, Estado do Rio Grande do Norte.

As voluntárias foram recrutadas por livre demanda totalizando a população do estudo 392 mulheres no puerpério imediato, dessas 168 apresentavam diagnóstico de sífilis. Foram incluídas as mulheres acima de 18 anos com diagnóstico de sífilis pelo Venereal Disease Research Laboratory - VDRL e que aceitassem em ser entrevistadas. Foram excluídas pacientes com transtornos psiquiátricos.

As voluntárias foram avaliadas utilizando um questionário, elaborado para pesquisa, contendo informações sociodemográficas (idade, escolaridade, estado civil), gineco-obstétricas (paridade, idade gestacional, tipo de parto e amamentação) e do recém-nascido (peso, altura e perímetro cefálico) (APÊNDICE A).

A estatística descritiva foi utilizada para apresentação dos dados em forma de média, desvio-padrão, mediana, intervalos e porcentagem.

Essa pesquisa respeitou os aspectos éticos da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, sob parecer nº 1.053.701. Todas as voluntárias assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

3.RESULTADOS

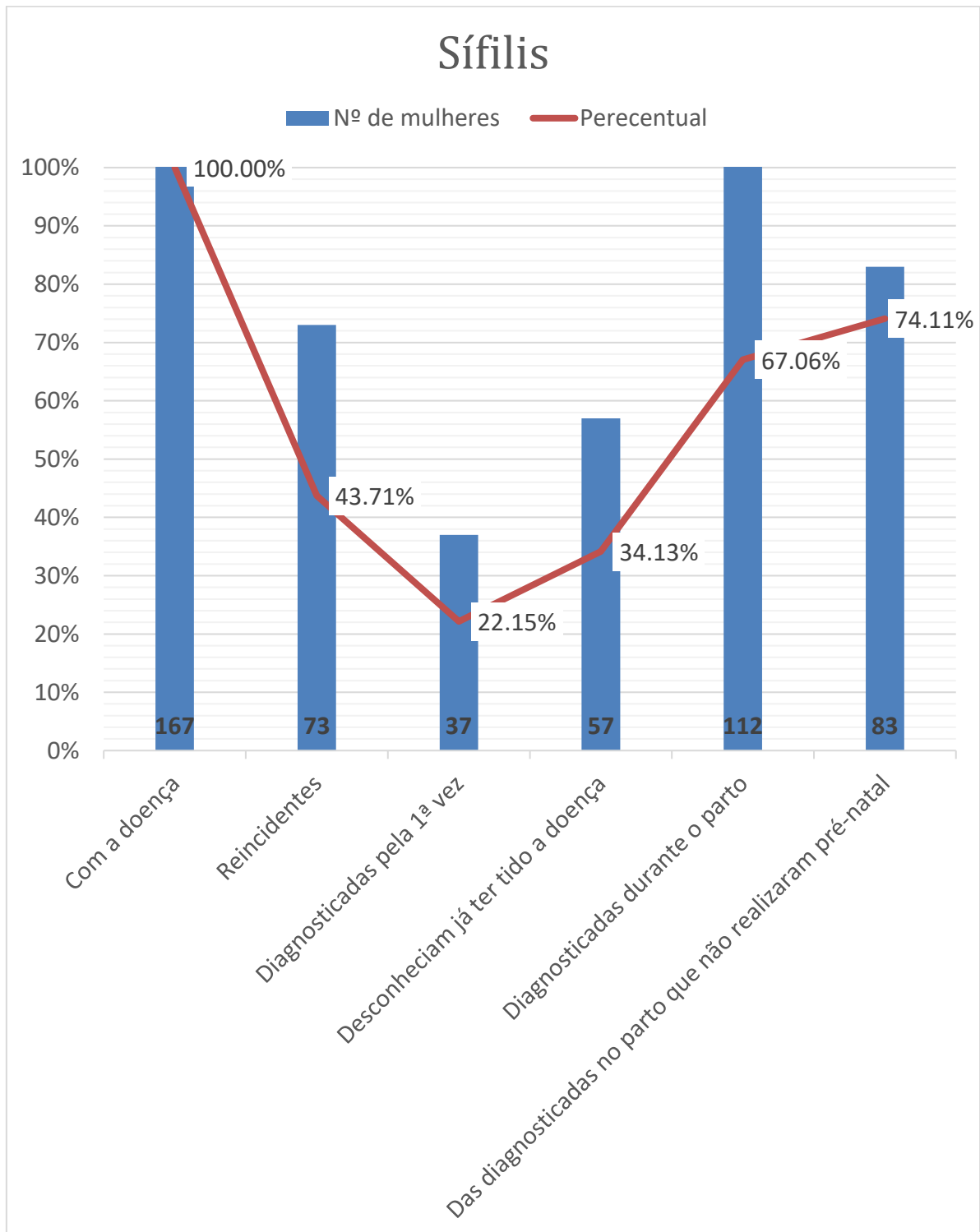
Participaram do estudo 168 mulheres, das quais uma foi excluída por apresentar transtorno psiquiátrico, totalizando a amostra com 167 voluntárias. A amostra está caracterizada na Tabela 1.

Variáveis	Média ± DP	Frequência
Variáveis sociodemográficas		
Idade (anos)	26,90 ± 7,15	
Escolaridade		
Analfabeta		0,00% (n=0)
Fundamental Incompleto		14,87% (n=25)
Fundamental Completo		50,30% (n=84)
Médio Incompleto		27,54% (n=46)
Médio Completo		7,29% (n=12)
Superior incompleto		0,00 % (n=0)
Superior Completo		0,00 % (n=0)
Estado Civil		
Sem união estável		56,29% (n=94)
Com união estável		43,71% (n=73)
Variáveis Ginecológicas e Obstétricas		
Idade Gestacional	38,48 ± 2,21	
Número de gestações	2,6 ± 1,23	
Tipo de parto		
Normal		62,87% (n=105)
Cesárea		37,13% (n=105)
Variáveis do recém-nascido		
Peso (Kg)	3111,96 ± 577,33	
Altura (cm)	49,13 ± 3,14	
Perímetro cefálico (cm)	33,68 ± 2,61	

DP: Desvio Padrão

Em relação aos dados gineco-obstétricos, idade da menarca e da primeira gestação foi de 13,45±2,87 anos e 20,84±5,72 anos, respectivamente.

A idade de início para o intercuro sexual foi de $14,58 \pm 7,64$ anos. A mediana de aborto foi de 1, variando de 0 a 3. A mediana do tempo entre as gestações foi de 3 anos, variando de 1 a 5.



Do total de 167 mulheres diagnósticas com sífilis, 43,71% (n=73) já tinham sido diagnosticadas e tratadas no passado, 22,15% (n=37) relataram que tinham tido a doença pela primeira vez e 34,13% (n=57) informaram que não sabiam se já tinham tido a infecção anteriormente. Observou-se que 67,06% (n=112) foram diagnosticadas com sífilis apenas durante o parto e dessas mulheres, 74,11% (n=83) não realizaram o pré-natal.

4. DISCUSSÃO

Esse trabalho teve o objetivo de traçar o perfil de mulheres no puerpério imediato diagnosticadas com sífilis. Essa temática torna-se importante diante do contexto nacional vinculando o aumento dos casos de sífilis. Em 2017, foram notificados 119.800 novos casos de sífilis adquirida, com taxa de detecção de 5,8 casos/10 mil hab. naquele ano (7). Em um estudo de base hospitalar, Domingues et al, 2014 relataram uma prevalência de 1,02% de sífilis na gestação no Brasil (8).

Com os resultados, observou-se que as mulheres são jovens apresentando escolaridade até oito anos e não apresentavam união estável. Os registros da prevalência de IST no Brasil, dentre elas sífilis, mostra uma distribuição geográfica heterogênea, principalmente, nas capitais e regiões metropolitanas, por apresentar maior diversidade sociodemográfica e econômica (9). Além disso, o baixo nível de escolaridade e renda, acesso a serviços de saúde, ausência de pré-natal, orientação sexual, multiplicidade de parceiros sexuais, histórico de IST, uso irregular de preservativos e ser mulher demonstraram ser relevantes para o risco de transmissão (10,11,12).

Em relação a escolaridade, foi observado que a maioria das participantes tinham uma escolaridade baixa. Um estudo nacional, concluiu que as mulheres de menor escolaridade, pretas ou pardas, e aquelas atendidas em serviços públicos tiveram as coberturas mais baixas de testagem da sífilis e apresentaram maior prevalência de sífilis na gestação. Domingues et al, 2014 (8). Em um estudo feito no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM) que é um centro de referência para gestantes de alto risco e infecções maternas associou a sífilis em mulheres jovens com menor escolaridade, ocorrendo principalmente na primeira gravidez e com diagnóstico de IST. Os dados desse estudo acima mostraram valores inadequados sobre a falta de cuidados preventivos para IST durante o pré-natal (32,9%). Esse dado também corrobora com informações do Ministério da Saúde do Brasil de 2014 (7), quando 35,4% dos recém-nascidos eram de mães com pré-natal inadequado. Importante reforçar que não é apenas o número de consultas de pré-natal, mas também o momento em que são realizadas e a qualidade da

triagem que desempenham um papel decisivo no controle da transmissão vertical.

Outros autores corroboram os achados dessa pesquisa como Lima et al, 2013 (13), Melo et al, 2011 (14) e Araújo et al, 2012 (15) que identificaram maior incidência de sífilis congênita na população com baixa escolaridade, em distintas unidades de análise – Recife/ Pernambuco (2004-2006), Belo Horizonte/ Minas Gerais, (2001-2008) e Brasil (2008) - respectivamente. Em relação a cor da pele ou raça, os autores acima identificaram maior incidência de sífilis em gestantes na população preta e parda.

É importante realçar que frequentemente a literatura tem traçado o perfil de indivíduos com uma condição socioeconômica menos favorecida e com menos acesso à saúde de qualidade a presença de IST. Contudo, não se pode afirmar que a sífilis seja uma condição de risco exclusivamente de populações mais carentes, ao contrário, independentemente da condição social ou econômica, todos podem adquirir a infecção, porém, o risco é maior em populações mais vulneráveis (16).

É importante ressaltar que outros fatores podem estar associados com a epidemia, como os aspectos culturais e comportamentais (17,18). Talvez, as variáveis desse estudo como aspectos sexuais, como idade da menarca, idade da primeira gestação e idade do intercurso sexual possam favorecer a presença da sífilis na mulher.

Apesar de ser uma maternidade de alto-risco, observamos no estudo que a maioria das mulheres tiveram parto normal. Em um estudo realizado com maternas e perinatais na região Sul do Brasil observou-se que o parto vaginal foi mais prevalente para as gestantes diagnosticadas com sífilis (19).

Em relação aos dados do recém-nascido, nosso estudo mostra que o peso, altura e perímetro cefálico estão dentro do esperado para idade gestacional que ocorreu à termo na maioria dos casos. A pesquisa realizada no Sul do Brasil detectou a ocorrência de prematuridade e baixo peso ao nascer associados à sífilis gestacional (20).

Observa-se ainda que a maioria das mulheres identificaram a doença apenas no momento do parto. Por outro lado, os resultados mostraram que uma parcela não sabe identificar se já contraiu a doença anteriormente. Sabe-se que a grande maioria das pessoas com sífilis não tem conhecimento da infecção. Isso geralmente ocorre pela ausência ou escassez de sintomatologia, dependendo do estágio da infecção (7). Segundo o Ministério da Saúde (7), dentre os casos de sífilis congênita notificados em 2015, 78,4% das mães haviam realizado pré-natal. Destas, 51,4% tiveram o diagnóstico de sífilis durante a gravidez e 34,6% no momento do parto/curetagem. Esses índices, em consonância com o insucesso do pré-natal realizado neste caso, refletem a baixa qualidade da assistência à gestante no país e a desvalorização das medidas, comprovadamente eficazes, no diagnóstico e no tratamento da sífilis na gestação.

Uma grande parcela das participantes desse estudo já foi diagnosticada com a doença anteriormente. Além de questões socioeconômicas, talvez, o não tratamento do parceiro sexual é um entrave para o cuidado e o tratamento adequado da gestante (21).

Nossos dados revelam que a maioria das mulheres infectadas não tinham realizado o pré-natal adequadamente. Segundo a Organização Mundial de Saúde, o início tardio da assistência pré-natal é uma das barreiras para o controle da sífilis na gestação (22). Esse início tardio associa-se ao menor número de consultas e à menor realização de exames de rotina (8).

Esse estudo não teve o objetivo de investigar a causa para a não realização de pré-natal. Entender essas questões é importante para tentar contornar o problema. A importância do pré-natal e o número adequado de consultas já foram demonstrados em outros estudos (8,23,24,25) possibilitando a implementação oportuna de protocolos de atendimento para prevenção da transmissão vertical. Alguns estudos Nyondo et al, 2015 (26), Audureau et al,

2013 (27) e Ezeanolue et al, 2015 (28) relatam que no pré-natal deve-se ser realizado a testagem do VDRL como também o incentivo para que os parceiros também realizem com triagem de sífilis e tratamento concomitante.

O rastreio de sífilis na gestação é uma das atividades mais custo-efetivas em saúde pública. Kamb et al, 2010 (29). Em países com alta prevalência da infecção, os benefícios são inquestionáveis. Kahn et al, 2014 (30). No Brasil, os municípios devem realizar a triagem pré-natal de acordo com as orientações do Ministério da Saúde (7), que também faz a distribuição de testes rápidos treponêmicos dentro do Programa Rede Cegonha. O teste rápido para sífilis é uma tecnologia importante, pois pode proporcionar o acesso precoce ao diagnóstico, especialmente em locais com dificuldade para a realização de testes não treponêmicos laboratoriais (31).

Uma limitação do estudo é a falta de informações sobre os profissionais e qualidade da assistência recebida durante o pré-natal. É conhecido que à prevenção da transmissão vertical da sífilis, o treinamento adequado dos profissionais de saúde, sobretudo daqueles lotados nos serviços de pré-natal é essencial (32). Além disso, investigar a área de cobertura e o acesso da usuária no sistema de saúde. Um estudo feito com os indicadores da Estratégia à Saúde da Família (ESF) em Goiás entre os anos de 2007 e 2014, mostrou uma correlação positiva entre o coeficiente de detecção de sífilis gestacional e a cobertura da ESF. Os resultados mostram que municípios com percentual de cobertura da ESF inferior a 75% apresentaram maior crescimento do número de casos de sífilis ao longo do período estudado quando comparados àqueles com coberturas superiores. Neste contexto, além da necessidade de ampliação do acesso, é importante investigar a capacidade resolutive da rede de serviços de atenção primária à saúde no estado, com vistas à proposição de melhorias no acesso ao diagnóstico e, principalmente, à intervenção adequada e oportuna, aspectos também apontados como fragilidades na interrupção da cadeia de transmissão (33), (34).

Esses dados sugerem que ações de educação são necessárias para mudar o cenário da transmissão vertical. A eliminação da transmissão de mãe para filho do HIV e da sífilis requer acesso precoce a cuidados pré-natais de

qualidade para todas as mulheres grávidas, e a OMS recomenda uma abordagem combinada dessas doenças para promover uma melhor saúde materna e infantil (35).

5. CONCLUSÃO

Os achados deste estudo permitem concluir que a maioria das puérperas diagnosticadas com sífilis são jovens, de baixa escolaridade e sem uma união estável. Os dados ainda mostram que a maioria das participantes já tinham sido diagnosticadas e tratadas no passado e também houve uma grande parcela da amostra que só teve o diagnóstico no momento do parto. Isso enfatiza a necessidade de intervenções educacionais, melhoria dos programas de redução de risco, disponibilidade de testes diagnósticos (principalmente o teste rápido) e tratamento adequado.

Acreditamos que os fatores sexuais como idade da menarca, idade da primeira gestação e da iniciação sexual também são relevantes e devem ser observados no que diz respeito a presença de sífilis na mulher. Talvez, ocorra uma associação relevante entre essas variáveis que possam melhor direcionar a educação em saúde.

Este estudo é relevante à medida em que mostra a necessidade de ações voltadas para a redução dos casos de sífilis no estado do Rio Grande do Norte e por contribuir com novos dados sobre sífilis no Estado, sabendo que IST é uma questão de saúde pública no mundo. É importante realçar que é uma meta da OMS a eliminação da sífilis congênita, contudo para reduzir a prevalência de sífilis na gestação e da sífilis congênita, é fundamental que os profissionais de saúde e a comunidade se sensibilizem sobre a importância do diagnóstico precoce e do tratamento eficaz.

REFERÊNCIAS

1. Barbosa JAG, Freitas MIF. Vulnerability of women with mental disorders to sexually transmitted infections (STIS) and HIV/AIDS. *Rev Min Enferm.* 2011; 15(2):217-24.
2. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis. Brasília: MS; 2016.
3. World Health Organization (WHO). Global Strategy for Intervention and Control of Sexually Transmitted Infections: 2006-2015. Geneva: WHO; 2007
4. Newman L, Rowley J, Hoorn SV, Wijesooriya NS, Unemo M, Low N, Stevens G, Gottlieb S, Kiarie J, Temmerman M. Global estimates of the prevalence and incidence of four curable sexually transmitted infections in 2012 based on systematic review and global reporting. *PLoS ONE* 2015; 10(12):e0143304.
5. Pinto VM, Basso CR, Barros CR, Gutierrez EB. Fatores associados às infecções sexualmente transmissíveis: inquérito populacional no município de São Paulo, Brasil. 2018; *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(7):2423-2432, 2018.
6. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2010. *MMWR* 2010; 59(No. RR-12):2-10.
7. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais. Sífilis. *Bole Epidemiol* [Internet]. 2018 out [citado 2019 maio 22];45(49):1-43. Disponível em: Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/boletim-epidemiologico-de-sifilis-2018>
8. Domingues RM, Szwarcwald CL, Souza Junior PR, Leal Mdo C. Prevalence of syphilis in pregnancy and prenatal syphilis testing in Brazil: birth in Brazil study. *Rev Saude Publica.* 2014;48(5):766–74.
- 9-Sousa AIAD, Pinto Júnior VL. Spatial and temporal analysis of aids cases in Brazil, 1996-2011: increased risk areas over time. *Epidemiol Serv Saúde* [Internet]. 2016 Jul-Set [citado 2019 May];25(3):467-76. Disponível em: Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ress/v25n3/en_2237-9622-ress-25-03-00467.pdf .

10. Duarte MTC, Parada CMGL, Souza LR. Vulnerability of women living with HIV/AIDS. *Rev Latinoam Enferm* 2014; 22:68-75
11. Acosta LMW, Gonçalves TR, Barcellos NT. Coinfecção HIV/sífilis na gestação e transmissão vertical do HIV: um estudo a partir de dados da vigilância epidemiológica. *Rev Panam Salud Pública* 2016; 40:435-42
12. Barcellos C, Acosta LMW, Lisboa E, Bastos FI. Surveillance of mother-to-child HIV transmission: socioeconomic and health care coverage indicators. *Rev Saúde Pública* 2009; 43:1006-14.
13. Lima MG, Santos RFR, Barbosa GJA, Ribeiro GS. Incidência e fatores de risco para sífilis congênita em Belo Horizonte, Minas Gerais, 2001-2008. *Ciênc Saúde Coletiva* 2013; 18:499-506.
14. Melo NGDO, Melo Filho DA, Ferreira LOC. Diferenciais intraurbanos de sífilis congênita no Recife, Pernambuco, Brasil (2004-2006). *Epidemiol Serv Saúde* 2011; 20:213-22.
15. Araújo CL, Shimizu HE, Sousa AIA, Hamann EM. Incidência da sífilis congênita no Brasil e sua relação com a Estratégia Saúde da Família. *Rev Saúde Pública* 2012; 46:479-86.
16. Rufino EC, Andrade SSC, Leadebal ODCP, Brito KKG, Silva FMC, Santos SH. Women's knowledge about STI/Aids: working with health education. *Cienc Cuid Saúde*. [Internet] 2016 [cited Jun 12, 2016]; 15(2):304-11.
17. Kuchenbecker R, Grangeiro A, Veras MA. Global targets, local epidemics: the ultimate challenge for aids in Brazil? *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2015 Set [citado 2019 May 22];18 Suppl 1:5-6. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/rbepid/2015.v18suppl1/5-6/en/> . doi: 10.1590/1809-4503201500050002
18. Traebert J, Silva MF, Nickel DA, Schneider IJC. Estimating the burden of disease attributable to aids in Florianópolis, Santa Catarina State, Brazil, 2009. *Epidemiol Serv*

Saúde [Internet]. 2015 Jul-Set [citado 2019 May 22];24(3):517-22. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ress/v24n3/2237-9622-ress-24-03-00517.pdf> . doi: 10.5123/S1679-49742015000300017

19. Cesar JA, Mano PS, Carlotto K, Gonzalez-Chica DA, Mendoza-Sassi RA. Public versus private: assessing maternity care in the far South of Brazil. Rev Bras Saude Mater Infant. [Internet] 2011 [cited Nov 9, 2016]; 11(3):257-63. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151938292011000300006&lng=en&nrm=iso

20. Padovani C., Oliveira R, Pelloso S. Sífilis na gestação: associação das características maternas e perinatais em região sul do Brasil. Revista Latino-Americana de Enfermagem; vol. 26;2018.

21. Araújo CL, Shimizu HE, Sousa AIA, Hamann EM. Incidência da sífilis congênita no Brasil e sua relação com a Estratégia Saúde da Família. Rev saúde Pública. 2012; 46(3): 479-86

22. World Health Organization. Investment case for eliminating mother-to-child transmission of syphilis: promoting better maternal and child health and stronger health systems. Geneva; 2012.

23. Domingues RMSM, Hartz ZMA, Dias MAB, Leal MC. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. Cad Saúde Pública 2012; 28:425-37.]

24. Rodrigues CS, Guimarães MDC, César CC. Missed opportunities for congenital syphilis and HIV perinatal transmission prevention. Rev Saúde Pública 2008; 42:851-8.

25. Veloso VG, Portela MC, Vasconcellos MT, Matzenbacher LA, Vasconcelos AL, Grinsztejn B, et al. HIV testing among pregnant women in Brazil: rates and predictors. Rev Saúde Pública 2008; 42:859-67.

26. Nyondo AL, Choko AT, Chimwaza AF, Muula AS. Invitation cards during pregnancy enhance male partner involvement in prevention of mother to child

transmission (PMTCT) of human immunodeficiency virus (HIV) in Blantyre, Malawi: a randomized controlled open label trial. *PLoS One* 2015; 10:e0119273.

27. Audureau E, Kahn JG, Besson MH, Saba J, Ladner J. Scaling up prevention of mother-to-child HIV transmission programs in sub-Saharan African countries: a multilevel assessment of site-, program- and country-level determinants of performance. *BMC Public Health* 2013; 13:286.

28. Ezeanolue EE, Obiefune MC, Ezeanolue CO, Ehiri JE, Osuji A, Ogidi AG, et al. Effect of a congregation-based intervention on uptake of HIV testing and linkage to care in pregnant women in Nigeria (baby shower): a cluster randomised trial. *Lancet Glob Health* 2015; 3:e692-700.

29. Kamb ML, Newman LM, Riley PL, Mark J, Hawkes SJ, Malik T, et al. A road map for the global elimination of congenital syphilis. *Obstet Gynecol Int.* 2010; 2010. pii: 312798. doi: 10.1155/2010/312798. Epub 2010 Jul 14.
» <https://doi.org/10.1155/2010/312798>

30. Kahn JG, Jiwani A, Gomez GB, Hawkes SJ, Chesson HW, Broutet N, et al. The cost and cost-effectiveness of scaling up screening and treatment of syphilis in pregnancy: a model. *PLoS One.* 2014;9(1):e87510. doi: 10.1371/journal.pone.0087510. eCollection 2014.
» <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0087510>

31. 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. *Int J Gynaecol Obstet.* 2015 Apr 29. pii: S0020-7292(15)00205-2. doi: 10.1016/j.ijgo.2015.04.008.
» <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2015.04.008>

32. Kiarie J, Mishra CK, Temmerman M, Newman L. Accelerating the dual elimination of mother-to-child transmission of syphilis and HIV: why now? *Int J Gynaecol Obstet.* 2015 Jun;130(Suppl 1):S1-3. doi: 10.1016/j.ijgo.2015.05.002.
» <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2015.05.002>

33. Costa CC, Freitas LV, Sousa DMN, Oliveira LL, Chagas ACMA, Lopes MVO et al. Sífilis congênita no Ceará: análise epidemiológica de uma década. *Rev Esc Enferm*



USP. 2013 fev;47(1):152-9. doi: 10.1590/S0080-623420130001.00019.
» <https://doi.org/10.1590/S0080-623420130001.00019>

34. Donalísio MR, Freire JB, Mendes ET. Investigação da sífilis congênita na microrregião de Sumaré, Estado de São Paulo, Brasil - desvelando a fragilidade do cuidado à mulher gestante e ao recém-nascido. *Epidemiol Serv Saúde*. 2007 jul-set;16(3):165-73. doi: 10.5123/S1679-49742007000300003.
» <https://doi.org/10.5123/S1679-49742007000300003>

35. Macinko J, Lima-Costa MF. Horizontal equity in health care utilization in Brazil, 1998-2008. *Int J Equity Health* 2012; 11:33.

APÊNDICE A

Ficha de Avaliação

 <p>maternidade escola Januário Cicco</p>	<p>MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES MATERNIDADE ESCOLA JANUÁRIO CICCO</p>	 <p>EBSERH HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS</p>
---	---	--

FICHA DE AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA – UNIDADE DE PARTO HUMANIZADO (UPH)

DATA: __/__/__

HORA: _____

AGHU: _____

LEITO: _____

NOME: _____ IDADE: _____
CIDADE/UF: _____ DATA DE NASC.: __/__/__ ACOMPANHANTE: SIM NÃO

HISTÓRIA CLÍNICA E OBSTÉTRICA



ANTECEDENTES FAMILIARES	ANTECEDENTES PESSOAIS	ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS	DADOS GESTACIONAIS
<input type="checkbox"/> DIABETES <input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO <input type="checkbox"/> CARDIOPATIA <input type="checkbox"/> OBESIDADE <input type="checkbox"/> INFECÇÕES <input type="checkbox"/> GEMELARIDADE <input type="checkbox"/> TROMBOFILIAS <input type="checkbox"/> MAL FORMAÇÕES <input type="checkbox"/> OUTRAS: _____ _____	<input type="checkbox"/> DIABETES <input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO <input type="checkbox"/> TROMBOFILIAS <input type="checkbox"/> INFECÇÕES <input type="checkbox"/> IST'S (DST'S) <input type="checkbox"/> SEDENTARISMO <input type="checkbox"/> ETILISMO <input type="checkbox"/> TABAGISMO <input type="checkbox"/> GEMELARIDADE <input type="checkbox"/> MAL FORMAÇÕES <input type="checkbox"/> CARDIOPATIA <input type="checkbox"/> SOBREPESO <input type="checkbox"/> OBESIDADE <input type="checkbox"/> ALERGIAS <input type="checkbox"/> CIRURGIAS PRÉVIAS <input type="checkbox"/> STUI NA GESTAÇÃO <input type="checkbox"/> DROGAS ILÍCITAS <input type="checkbox"/> GANHO DE PESO NA GESTAÇÃO _____ Kg	GESTA: _____ PARA: _____ <input type="checkbox"/> NORMAL _____ <input type="checkbox"/> CESÁREA _____ <input type="checkbox"/> FÓRCEPS _____ Nº PRÉ-TERMOS: _____ INTERVALO INTERPARTAL: _____ ANO DO ÚLT. PARTO: _____ ABORTO: _____ Nº CURETAGENS: _____ Nº NATIVIVOS: _____ Nº NATIMORTOS: _____ RN PESO > 4.000g: _____	DUM: ____/____/____ IG: ____ SEM ____ DIAS IG USG: ____ SEM ____ DIAS PRÉ-NATAL <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO QUANTAS CONSULTAS: _____ PARTICIPAÇÃO EM GRUPO DE GESTANTES: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO

PERÍODO DO PRÉ-PARTO

AVALIAÇÃO MATERNA NO PRÉ-PARTO	CONDUTA NO PRÉ-PARTO
Na primeira avaliação ALTURA UT: _____ cm DINÂMICA UT: ____/____/10' DILATAÇÃO DE COLO UT: _____ cm FASE ATIVA: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO BOLSA DAS ÁGUAS: <input type="checkbox"/> ÍNTEGRA <input type="checkbox"/> RÔTA <input type="checkbox"/> AMNIOTOMIA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS: <input type="checkbox"/> OCITOCINA <input type="checkbox"/> MISOPROSTOL <input type="checkbox"/> ESCOPOLAMINA <input type="checkbox"/> METOCLOPRAMIDA ATITUDE: <input type="checkbox"/> COLABORATIVA <input type="checkbox"/> POUCO COLABORATIVA <input type="checkbox"/> NÃO COLABORATIVA	<input type="checkbox"/> AVALIAÇÃO <input type="checkbox"/> BANHO <input type="checkbox"/> MASSO <input type="checkbox"/> DEAMBULAÇÃO <input type="checkbox"/> ORIENTAÇÕES <input type="checkbox"/> AGACHAMENTO <input type="checkbox"/> EXERCÍCIO RESPIRATÓRIO <input type="checkbox"/> EXERCÍCIO ATIVO <input type="checkbox"/> BANQUETA <input type="checkbox"/> MOBILIZAÇÃO PÉLVICA EM IPEDESTAÇÃO <input type="checkbox"/> MOBILIZAÇÃO PÉLVICA NA BOLA SUÍÇA <input type="checkbox"/> MOBILIZAÇÃO PÉLVICA EM CAVALINHO

PERÍODO DO PARTO

AVALIAÇÃO MATERNA NO PARTO	CONDUTA NO PARTO
----------------------------	------------------

ATITUDE: <input type="checkbox"/> EFETIVA <input type="checkbox"/> CO-EFETIVA <input type="checkbox"/> NÃO EFETIVA EVOLUÇÃO PARA PARTO NORMAL: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO ASSISTÊNCIA FISIOTERAPÊUTICA NO PARTO: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO DURAÇÃO DO PERÍODO EXPULSIVO EM MINUTOS: _____	<input type="checkbox"/> AVALIAÇÃO <input type="checkbox"/> BANHO <input type="checkbox"/> BANQUETA <input type="checkbox"/> MASSO <input type="checkbox"/> DEAMBULAÇÃO <input type="checkbox"/> ORIENTAÇÕES	<input type="checkbox"/> AGACHAMENTO <input type="checkbox"/> EXERCÍCIO ATIVO <input type="checkbox"/> EXERCÍCIO RESPIRATÓRIO <input type="checkbox"/> MOBILIZAÇÃO PÉLVICA EM IPEDESTAÇÃO <input type="checkbox"/> MOBILIZAÇÃO PÉLVICA NA BOLA SUÍÇA <input type="checkbox"/> MOBILIZAÇÃO PÉLVICA EM CAVALINHO
AVALIAÇÃO MATERNO-INFANTIL NO PÓS-PARTO IMEDIATO		
EPISIOTOMIA: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO LACERAÇÃO DO TRAJETO: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO FÓRCEPS: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	DADOS DO RN: PESO: _____ g ESTATURA: _____ cm PERÍMETRO CEFÁLICO: _____ cm	APGAR: _____ / _____
OBSERVAÇÕES:		
	MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES MATERNIDADE ESCOLA JANUÁRIO CICCO	

FICHA DE AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA – ENFERMARIA DO PUERPÉRIO

DATA: ___ / ___ / ___ DIA DE PÓS-PARTO: HORA: AGHU: LEITO:

EXAME FÍSICO

ALTURA: _____ cm PESO: _____ Kg PRESSÃO ARTERIAL: _____ / _____ mmHg MEDICAÇÃO PARA CONTROLE DE HAS: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
AVALIAÇÃO DAS MAMAS	AVALIAÇÃO TÓRACO-ABDOMINAL	AVALIAÇÃO PÉLVICA	AVALIAÇÃO DE MEMBROS
<input type="checkbox"/> HIPOLACTANTES <input type="checkbox"/> LACTANTES <input type="checkbox"/> NORMAIS <input type="checkbox"/> INGURGITADAS <input type="checkbox"/> MAMILO NORMAL (PROTRUSO) <input type="checkbox"/> MAMILO PLANO <input type="checkbox"/> MAMILO INVERTIDO	DIÁSTASE ABDOMINAL: _____ POLPAS TIMPANISMO: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO ALTURA UTERINA: <input type="checkbox"/> ACIMA DA CICATRIZ UMBILICAL <input type="checkbox"/> A NÍVEL DA CICATRIZ UMBILICAL <input type="checkbox"/> ABAIXO DA CICATRIZ UMBILICAL PADRÃO RESPIRATÓRIO: <input type="checkbox"/> DIAFRAGMÁTICO <input type="checkbox"/> COSTAL <input type="checkbox"/> MISTO	CICATRIZ CIRÚRGICA (EPISIO OU CESÁREA): <input type="checkbox"/> BOA <input type="checkbox"/> RUIM _____ DOR NA INCISÃO: <input type="checkbox"/> SIM, RELACIONADA COM TOSSE <input type="checkbox"/> SIM, RELACIONADA COM POSTURA <input type="checkbox"/> SIM, RELACIONADA COM MOVIMENTO <input type="checkbox"/> NÃO PERCEPÇÃO DOS MÚSCULOS DE ASSOALHO PÉLVICO: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO QUEIXAS UROGINECOLÓGICAS: <input type="checkbox"/> SIM _____ <input type="checkbox"/> NÃO	EDEMA: <input type="checkbox"/> SIM, EM MMSS <input type="checkbox"/> SIM, EM MMII <input type="checkbox"/> NÃO SINAIS DE TVP: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO CÃIMBRAS: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
AVALIAÇÃO GERAL: COLABORATIVA: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO DEAMBULA: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO DORES LOMBARES: <input type="checkbox"/> SIM, TEM ASSOCIAÇÃO COM _____ <input type="checkbox"/> NÃO LÓQUIOS FISIOLÓGICOS: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO FUNÇÃO ELIMINATÓRIA: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			

AMAMENTAÇÃO

AMAMENTAÇÃO APÓS O PARTO: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO AMAMENTOU EM GRAVIDEZES PASSADAS: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO SE SIM, POR QUANTO TEMPO? _____ SE NÃO, POR QUÊ? _____	PRETENDE AMAMENTAR POR QUANTO TEMPO? _____ DIFICULDADES PARA AMAMENTAR: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO TEVE INFORMAÇÕES SOBRE AMAMENTAÇÃO NO PRÉ-NATAL: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
---	---

CONDUTA FISIOTERAPÊUTICA

- EXERCÍCIOS DIAFRAGMÁTICOS
- EXERCÍCIOS DE TRANVERSO
- EXERCÍCIOS MIOLINFOCINÉTICOS
- EXERCÍCIOS DE HOFFMAN
- EXERCÍCIOS DA MAP

- MASSAGEM EM MAMAS
- MASSAGEM ABDOMINAL
- ORIENTAÇÕES POSTURAS
- ORIENTAÇÕES AM

OBSERVAÇÕES:

PROFISSIONAL

RESPONSÁVEL:

(ASSINATURA E CARIMBO)