



**FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ
UNIVERSIDADE DE FORTALEZ – UNIFOR
VICE-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO - VRPPG
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – CCS
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA – MSC**

**DESFECHOS DESFAVORÁVEIS E FATORES SOCIAIS
RELACIONADOS A ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL EM
PARTURIENTES COM SÍFILIS EM MATERNIDADES
PÚBLICAS DE FORTALEZA, CEARÁ.**

PAULA MANUELA RODRIGUES PINHEIRO BERTONCINI

FORTALEZA - CE

2014



**FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ
UNIVERSIDADE DE FORTALEZ – UNIFOR
VICE-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO - VRPPG
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – CCS
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA – MSC**

**DESFECHOS DESFAVORÁVEIS E FATORES SOCIAIS
RELACIONADOS A ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL EM
PARTURIENTES COM SÍFILIS EM MATERNIDADES
PÚBLICAS DE FORTALEZA, CEARÁ.**

PAULA MANUELA RODRIGUES PINHEIRO BERTONCINI

FORTALEZA - CE

Dezembro, 2014

PAULA MANUELA RODRIGUES PINHEIRO BERTONCINI

**DESFECHOS DESFAVORÁVEIS E FATORES SOCIAIS
RELACIONADOS A ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL EM
PARTURIENTES COM SÍFILIS EM MATERNIDADES
PÚBLICAS DE FORTALEZA, CEARÁ.**

Dissertação a ser apresentada ao Curso de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientação: Prof^ª Dr^ª Maria Alix L. Araújo

**FORTALEZA - CE
2014**

B547d Bertoncini, Paula Manuela Rodrigues Pinheiro
Desfechos desfavoráveis e fatores sociais relacionados a assistência pré-natal em parturientes com sífilis em maternidades públicas de Fortaleza – Ceará / Paula Manuela Rodrigues Pinheiro Bertoncini.-2014
59f.

Dissertação (mestrado) – Universidade de Fortaleza, 2014.
“Orientação: Profa Dra Maria Alix Leite Araújo”

1.Sífilis congênita. 2.Gravidez. 3.Assistência pré-natal. I.Araújo, Maria Alix Leite. II.Título.

CDU616.972

PAULA MANUELA RODRIGUES PINHEIRO BERTONCINI

**DESFECHOS DESFAVORÁVEIS E FATORES SOCIAIS
RELACIONADOS A ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL EM
PARTURIENTES COM SÍFILIS EM MATERNIDADES PÚBLICAS
DE FORTALEZA, CEARÁ.**

Orientadora: Profa. Dra. Maria Alix Leite Araújo

Data de aprovação: 11 / 12 / 2014

Banca Examinadora



Profa. Dra. Maria Alix Leite Araújo Orientadora – UNIFOR.



Prof. Dr. Carlos Antonio Bruno da Silva Membro Efetivo – UNIFOR.



Profa. Dra. Ludmila Fontenele Cavalcanti Membro Efetivo – UFRJ.

Profa. Dra. Danielle Malta Lima Membro Suplente Efetivo – UNIFOR.

*Aos meus pais, Paulo José e Maria Joceli
que me ajudaram e proporcionaram a
realização desse sonho.*

*Ao meu esposo que estimula e sempre
estimulou meu crescimento profissional
por acreditar e confiar no meu
desenvolvimento.*

*À minha amada família, razão da minha
vida, motivo da minha realização pessoal.*

AGRADECIMENTOS

À Deus que através a espiritualidade me deu equilíbrio emocional para suportar as dificuldades enfrentadas.

Aos meus pais que sempre incentivaram o meu desenvolvimento intelectual e profissional, mostrando ser esse o caminho para o sucesso, além do amor carinho e compreensão demonstradas durante essa longa caminhada.

Ao meu esposo pelo companheirismo, dedicação e motivo de admiração e inspiração, sem ele o alcance desse objetivo teria sido muito mais difícil.

Aos meus irmãos e cunhadas que formam minha família, meu refúgio, minha segurança emocional.

Aos meus sogros, Cláudia Maria e Ademir Bertoncini, que mesmo morando longe estão próximos em pensamentos e na torcida para o bem.

À minha orientadora Dra. Maria Alix Leite Araújo, pela sabedoria, pelo acolhimento, pela preocupação e dedicação, contribuindo substancialmente para o meu crescimento.

À todo o corpo docente e aos funcionários do Mestrado em Saúde Coletiva, pela colaboração.

À banca examinadora pelas valiosas contribuições.

Aos meus chefes, Luiz Antônio Telles e Carlos Segundo Sales pela paciência e compreensão em entender minha ausência para concluir esse feito.

Aos meus alunos pelo estímulo de estar buscando mais conhecimentos para ajudar na construção dos seus.

Aos hospitais que disponibilizaram o campo para a pesquisa, contribuindo para a construção desse trabalho.

Às alunas bolsista Aline, Patrícia, Ariane e Valdênia, pela ajuda na coleta de dados.

À todos que de forma direta ou indireta contribuíram para a realização desse trabalho.

*”Sê humilde se quiseres adquirir
conhecimento; sê mais humilde ainda
depois que tiveres adquirido”.*

Albert Einstein.

SUMÁRIO

1.	Introdução	11
2.	Objetivos	14
2.1.	Geral	14
2.2.	Específicos	14
3.	Revisão da literatura	15
3.1.	Doenças Sexualmente Transmissíveis com ênfase na sífilis	15
3.2.	Fatores associados à sífilis gestacional e sífilis congênita	19
3.3.	Assistência a mulher para a prevenção da sífilis congênita	21
4.	Método	24
4.1.	Tipo e local de estudo	24
4.2.	População e amostra	25
4.3.	Coleta de dados	26
4.4.	Análise dos dados	27
4.5.	Aspectos Éticos	27
5.	Resultados	28
6.	Discussão	37
7.	Conclusão	45
	Referências	48
	APÊNDICE 01 – Entrevistas com as mulheres nas maternidades	53
	APÊNDICE 02 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Usuários(as)	56
	Anexos	58

LISTA DE FIGURA E TABELAS

Figura 1 - Fluxograma explicativo sobre o processo de seleção dos casos.....	28
Tabela 1 - Variáveis socioeconômico das parturientes admitidas nas maternidades públicas Fortaleza, Ceará, 2014.....	29
Tabela 2 - Variáveis comportamentais das parturientes admitidas nas maternidades públicas Fortaleza, Ceara, 2014.....	31
Tabela 3 - Variáveis institucionais relacionadas à assistência pré-natal de parturientes admitidas nas maternidades públicas de Fortaleza, Ceará, 2014.....	33
Tabela 4 - Análise dos aspectos socioeconômicos e desfechos desfavoráveis em parturientes admitidas nas maternidade públicas em Fortaleza, Ceará, 2014.....	34
Tabela 5 - Análise dos aspectos da assistência pré-natal, do VDRL do parto e desfecho desfavorável em parturientes nas maternidades públicas de Fortaleza, Ceará, 2014.....	35
Tabela 6 - Aspectos relacionados a realização do segundo exame de VDRL durante a assistência pré-natal de parturientes admitidas nas maternidades públicas de Fortaleza, Ceará, 2014.....	36

LISTA DE SIGLAS

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

DST – Doença Sexualmente Transmissível

FTA-Abs – Fluorescent Treponemal Antibody Absorbed Test

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde.

PAISM - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PNAIM - Política Nacional de Atenção Integral à Mulher - Princípios e Diretrizes

PN- Pré-Natal

SC – Sífilis Congênita

SINAN - Sistema de Notificação de Agravos de Notificação

SINASC – Sistema de Informação de Nascidos Vivos

TV- Transmissão Vertical

VDRL – Laboratório de Investigação de Doenças Venéreas

WHO – World Health Organization

RESUMO

Eliminar a Sífilis Congênita parece uma realidade longe de ser alcançada em países pobres e em desenvolvimento como o Brasil. Estima-se que ocorram no mundo a cada ano um milhão e meio de casos de sífilis em gestantes, situação que pode provocar desfechos desfavoráveis graves para a criança como prematuridade, abortos, natimortos, retardo do crescimento intrauterino e danos tardios à saúde, como foi mostrado em uma pesquisa global em 2008, 1.360.485 casos, no mundo, de desfecho desfavorável em decorrência da sífilis. Este estudo teve como objetivo analisar desfechos desfavoráveis com os fatores sociais relacionados à assistência pré-natal em parturientes com sífilis maternidades públicas de Fortaleza, Ceará. Trata-se de um estudo transversal, realizado nas maternidades públicas de Fortaleza, no ano de 2014. Fizeram parte do estudo todas as parturientes que deram entrada nas maternidades apresentando o VDRL reagente. Os dados foram coletados de maio a agosto de 2014 por meio de um questionário, cujas informações foram complementadas nos prontuários e cartões das gestantes. Os dados foram analisados no programa SPSS versão 2.0 e foram analisadas as variáveis sócioeconômicas, comportamentais e institucionais, relacionando com o desfecho desfavorável. Participaram do estudo 137 parturientes. Os fatores sociais e institucionais relacionados a desfechos desfavoráveis em parturientes com sífilis foram: idade inferior a 29 anos, renda familiar abaixo de 2 salários mínimos, falhas na assistência pré-natal relacionadas ao número de consultas realizadas inferior ao necessário, a não realização do segundo exame de VDRL e a titulação acima de 1:8 no VDRL realizado na ocasião do parto. O controle da sífilis congênita e do desfecho desfavorável relacionado a ela é possível, desde que medidas de prevenção e de promoção da saúde e melhorias da qualidade da assistência pré-natal sejam desenvolvidas.

Palavras - Chave: Sífilis Congênita, Fatores associados, Gravidez.

SUMMARY

Eliminating congenital syphilis (SC) seems like a far reality to be achieved in developing and poor countries like Brazil. It is estimated that every year one and a half million cases of syphilis in pregnant women occur in the world, a situation that could cause serious adverse outcomes for the child as prematurity, miscarriages, stillbirths, intrauterine growth retardation and late harm to health, as shown in a global survey showed in 2008, 1.360.485 cases in the world, of adverse outcome as a result of syphilis. This study aimed to analyze adverse outcomes with social factors and related to prenatal care in parturient women with syphilis of public maternity wards of Fortaleza, Ceará. This is a cross-sectional study, held in public maternity wards in Fortaleza, in the year 2014. All parturient women checked in maternity wards featuring the VDRL reagent took part in the study. The data were collected from May to August of 2014 by means of a questionnaire, whose information was complemented on the charts and cards of pregnant women. The data were analyzed in the program SPSS version 20 and socio-economic, behavioral and institutional variables were analyzed, relating with the adverse outcome. 137 women participated in the study. The social and institutional factors related to adverse outcomes in women with syphilis were: younger than 29 years old, family income below 2 minimum salaries, flaws in prenatal assistance related to the number of appointments held less than the necessary and not completing the second examination of VDRL and titration above 1: 8 in the VDRL performed at the time of childbirth. Control of congenital syphilis and the adverse outcome related to it, is possible, as long as prevention and health promotion measures and improvements in the quality of prenatal care are developed.

Keywords: Congenital Syphilis, Associated factors, Pregnancy.

1 INTRODUÇÃO

Eliminar a Sífilis Congênita (SC) parece uma realidade longe de ser alcançada em países pobres e em desenvolvimento como o Brasil. Estima-se que ocorram no mundo a cada ano um milhão e meio de casos de sífilis em gestantes (WHO, 2012), situação que pode provocar consequências graves para a criança como prematuridade, recém-nascidos com baixo peso, abortos, retardo do crescimento intrauterino e danos tardios à saúde (BLECOWE et al, 2011).

No Brasil, os registros do Sistema de Notificação de Agravos de Notificação (SINAN) dão conta que houve aumento na incidência dessa infecção e que entre os anos de 2005 a 2011 a taxa de detecção foi de 3,3 casos por 1000 nascidos vivos (NV) (BRASIL, 2012a), dados que superam as metas recomendadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que é de 0,5 casos para cada 1000 NV, meta essa que deve ser atingida até o ano 2015 em que o Brasil é signatário (WHO, 2007).

Em Fortaleza, a prevalência de sífilis em gestantes no ano 2005 foi de 2,3% (BRASIL, 2008a). Somente no ano de 2012 foram registrados 523 casos de SC e entre os anos de 2008 a 2012 a taxa de incidência nesse município aumentou de 8,8 para 16,6 para cada mil NV (CEARÁ, 2013). Esses dados epidemiológicos refletem claramente a má qualidade da assistência pré-natal, considerando que a grande maioria das gestantes com sífilis não realizam o exame de triagem e naquelas que realizam, a maioria não recebe o tratamento adequado (ARAÚJO et al, 2012; CAMPOS et al, 2012; COSTA et al, 2013).

Em 2011 o Ministério da Saúde lançou a Rede Cegonha como mais uma estratégia, cujo objetivo é qualificar a atenção à saúde da mulher e da criança, especialmente relacionada à assistência ao parto, ampliar o acesso por intermédio de redes de cuidado, do direito à saúde sexual e reprodutiva nos diferentes ciclos de vida, bem como proporcionar à mulher uma atenção humanizada durante a gravidez, o parto, o aborto e o puerpério, que são metas dessa estratégia do Ministério da Saúde. Às crianças é garantido o direito ao nascimento seguro e humanizado e o acompanhamento até dois anos de idade, com vistas a proporcionar um crescimento e desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2012b).

Entretanto, é notável a discrepância entre o planejamento e a implementação dessas políticas, mesmo em nível mundial (HAWKES; BROUET; LOW, 2011), que nem sempre provocam o impacto esperado devido aos poucos investimentos efetivamente dispensados ou porque não provocam as mudanças desejadas na rotina dos serviços. Além disso, a operacionalização das ações propostas pelas políticas de saúde da mulher, especialmente na assistência pré-natal algumas vezes não seguem as recomendações na íntegra, possivelmente devido as más condições estruturais, humanas e físicas dos serviços (MAGALHÃES et al, 2013; SERAFIM et al, 2014).

Pra garantir o controle da SC, se faz necessários investimentos e esforços conjugados entre os diferentes níveis de complexidade do sistema de saúde. A SC precisa ser efetivamente enfrentada e reconhecida como problema de saúde pública. Para tanto, é imprescindível a efetiva implantação das políticas públicas recomendadas pela OMS situação que só se concretiza, se houver garantia de investimentos financeiros, físicos e estruturais por parte dos órgãos gestores.

Do ponto de vista dos serviços, faz-se necessário também a implantação de uma linha de cuidado à gestante com sífilis, por meio da definição de estratégias que visem melhorar a cobertura de tratamento dela bem como do(s) parceiro(s) sexual(is). Grande parte do problema da SC está relacionada ao não tratamento do parceiro sexual (CAMPOS, 2010; CAMPOS, 2012), situação que parece de difícil solução.

Têm-se referido que controlar a SC é totalmente factível, considerando que se trata de uma infecção que pode ser facilmente identificada, controlada e tratada, uma vez que o seu diagnóstico é simples e o tratamento de baixo custo. Entretanto, a dinâmica operacional dos serviços parece não estar contribuindo para a redução da sua incidência, causando estranheza a manutenção dessa problemática.

A SC pode provocar muitos desfechos desfavoráveis na gestação como aborto, natimorto, recém com baixo peso e pré-maturo. Uma pesquisa realizada a nível mundial em 2008 estimou a ocorrência de 1.360.485 casos de gestantes com sífilis em atividade e destas, aproximadamente 80% frequentaram o pré-natal. Dentre aquelas não testadas e não tratadas ocorreriam 707.452 desfechos desfavoráveis, sendo 285.702 natimortos ou mortes perinatais, 122.444 morte neonatais, 81.629 crianças pré-maturas ou com baixo peso ao nascer e 217.568 crianças com sífilis congênita (NEWMAN et al, 2013).

Investigar os motivos desses desfechos poderá contribuir para o aprofundamento dessa complexa situação. Por esse motivo, a realização de pesquisas é fundamental, considerando que pode facilitar a elaboração de estratégias factíveis de serem desenvolvidas nos serviços de saúde. Esse tipo de estudo visa contribuir com profissionais de saúde a entenderem o problema que leva ao desfecho desfavorável da sífilis, agindo através da promoção da saúde, prevenção e tratamento precoce da infecção.

Acredita-se que os resultados desse estudo proporcionarão subsídios aos responsáveis pelas políticas públicas de saúde contribuindo para o planejamento de intervenções eficazes, para melhoria da qualidade da assistência prestada à mulher e conseqüentemente com a prevenção da SC.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Analisar desfechos desfavoráveis com os fatores sociais relacionados à assistência pré-natal em parturientes com sífilis nas maternidades públicas de Fortaleza, Ceará.

2.2 Específicos

- Conhecer os fatores socioeconômicos, comportamentais relacionados à assistência pré-natal de gestantes com sífilis;
- Correlacionar os aspectos socioeconômicos da assistência pré-natal com os desfechos desfavoráveis na gestação em mulheres com sífilis;

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Doenças Sexualmente Transmissíveis com ênfase na sífilis

Historicamente as doenças sexualmente transmissíveis (DST) sempre demonstram ser um problema importante na saúde pública no mundo, tendo em vista as complicações trazidas por elas como a esterilidade, gravidez ectópica, parto prematuro, infecções puerperais, dor crônica, aborto e doenças congênitas. Entretanto foi a pandemia da aids que culminou em ações voltadas a prevenção e assistência dessas doenças com o surgimento de políticas públicas como o atual Departamento Nacional DST, AIDS e hepatites virais (BRASIL, 2006 a).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que há por volta de 340 milhões de novos casos de DST no mundo, desses entre 10 a 12 milhões encontram-se no Brasil (WHO, 2005). O Programa Nacional de Transmissão Sexual estima que essas doenças são divididas da seguinte forma: 930.000 casos/ano de sífilis; 1.967.200 casos/ano de clamídia, 640.000 casos/ano de herpes genital e 685.400 casos/ano de HPV (BRASIL, 2006 a).

Uma pesquisa realizada entre as capitais do Brasil mostrou que em Fortaleza, no ano de 2012 foi identificado 26,4 casos de aids a cada 100.000 habitantes, acima da capital paulista (25,8) e Brasília (21,3) (BRASIL,2013).

Estudos apontam uma caracterização populacional das DST, com predominância em usuário de drogas injetáveis, pessoas com comportamentos homossexuais e profissionais do sexo. Nos últimos anos, houve uma mudança do perfil dessa população, principalmente com relação ao gênero, o público feminino mostrou-se mais exposto, quando anteriormente o homem era o maior portador da DST, hoje a mulher está igualando (BRASIL, 2011a). Os motivos dessa mudança da caracterização do público portador de DST pode ser explicado pela maior vulnerabilidade feminina, tanto por fatores culturais quanto por fatores biológicos, o aparelho reprodutor feminino é mais susceptível às doenças e, além disso, a submissão ao sexo oposto dificulta a negociação para o uso do preservativo (SANTOS et al, 2009).

Consequências aparecem junto a essa nova caracterização, uma delas é a transmissão das doenças para os possíveis filhos dessas mulheres, tendo em vista que algumas dessas doenças são transmitidas da mãe para o feto durante a gestação, denominada transmissão vertical (TV), causando um risco aumentado de morbidade e mortalidade ao neonato (LIMA&VIANA, 2009).

Segundo o boletim epidemiológico de aids e DST, foram notificados no Sinan entre os anos de 2005 a 2011, 41.258 casos de gestantes com sífilis, dessas 26,4% pertenciam a região nordeste do país (BRASIL, 2011a). Sobre os casos de sífilis congênita do Brasil, foram notificados 54.141 casos em crianças menores de um ano, com 32% dos casos ocorridos no nordeste (BRASIL, 2010a).

No Brasil a sífilis congênita, juntamente com a sífilis gestacional, são de notificação compulsória (BRASIL, 2006b). Notificações de doenças são importantes para o rápido controle de eventos que requerem pronta intervenção, além de auxiliar na elaboração de políticas públicas voltadas à esse controle.

A TV pode ser evitada através da realização do pré-natal de qualidade. Durante a assistência é solicitado exames para a gestante a fim de detectar de forma precoce doenças e com isso realizar intervenções necessárias no controle da transmissão para o bebê, através do tratamento da gestante. O teste do HIV e sífilis, doenças de TV, estão na rotina do pré-natal e é preconizado pelo Ministério da Saúde que sejam realizados pelo menos duas vezes antes do parto (BRASIL, 2012b)

A sífilis é uma doença de transmissão sexual e vertical, causada pelo *Treponema pallidum*, de evolução crônica e acometimento sistêmico, seu controle é simples e de baixo custo, no entanto ainda encontra-se como um sério problema de saúde pública no Brasil (BRASIL, 2007).

Em relação à classificação da doença, a sífilis pode ser adquirida, transmitida pelo sexo e responsável por 95% dos casos, sífilis gestacional e sífilis congênita, transmitidas através da placenta da mãe para o feto (AVELLEIRA&BOTTINO, 2006).

A sífilis adquirida pode ser classificada como forma primária, secundária, latente e terciária, a doença inicia-se com lesões erosadas ou ulceradas geralmente única e indolor rica em treponema chamada de cancro duro. Na forma secundária há o desaparecimento das

lesões, tornando a evolução silenciosa, chegando na forma latente, quando a doença atinge a forma terciária. Após 3 a 12 anos do contágio, há o acometimento sistêmico com comprometimento neurológico cardíaco e circulatória, nessa fase o tratamento é menos eficaz (BRASIL, 2007).

É considerado, pelo MS, caso de sífilis em gestante, quando durante o pré-natal a gestante apresente evidências clínicas e/ou sorologia não treponêmica reagente, com teste treponêmico positivo ou não. É considerado caso de sífilis congênita toda criança, aborto ou natimorto, de mãe com sífilis gestacional não tratada ou inadequadamente tratada. O diagnóstico é simples e eficaz. (BRASIL, 2006b).

A sífilis congênita é dividida em recente e tardia, a recente surge no dois primeiros anos de vida no bebê, mas geralmente torna-se evidente entre o nascimento e o terceiro mês de vida. Metade de todas as crianças nasce assintomática. Os principais sintomas são prematuridade, baixo peso, rinite com coriza serossanguinolenta, obstrução nasal, entre outros (BRASIL, 2006a).

A sífilis tardia surge depois de dois anos de vida. Esta síndrome se caracteriza por tibia em lâmina de sabre, fronte olímpica, nariz em sela, dentes deformados (dentes de Hutchinsson), mandíbula curta, arco palatino elevado, ceratite intersticial com cegueira, surdez neurológica, déficit de aprendizado, hidrocefalia e retardo mental (BRASIL, 2006b). É necessário, no entanto, identificar ainda quando recém nascido para tratar precocemente evitando as sequelas da sífilis tardia.

A sífilis congênita pode ser transmitida em qualquer fase da gestação, no entanto quanto mais recente for a sífilis da mãe, maior a quantidade do *Treponema pallidum* e por consequência, maior a probabilidade da transmissão para o feto (AVELLEIRA & BOTTINO, 2006).

A taxa de infecção de gestantes não tratadas ou inadequadamente tratadas na fase primária ou secundária é de 70 a 100%, essa taxa reduz para 30% durante a fase latente ou terciária. É possível também haver a transmissão direta da mãe para o bebê, nesse caso pode ocorrer pelo contato, através do canal do parto ou por lesões mamárias durante o aleitamento materno (BRASIL, 2006a).

É necessário que haja também o tratamento do parceiro da gestante para que não haja uma nova infecção da gestante já tratada, pesquisas apontam que uma das maiores dificuldades no controle da sífilis gestacional está relacionada à resistência do parceiro ao tratamento da infecção (CAMPOS et al, 2010; ARAÚJO et al., 2012).

A contaminação do feto pelo treponema, pode ocasionar abortamento, nascimento prematuro, natimortalidade e baixo peso ao nascer. A doença pode manifestar-se nos dois primeiros anos de vida (sífilis congênita precoce), ou demorar dois anos para aparecer os primeiros sintomas (sífilis tardia). Nos dois casos a doença tem acometimento sistêmico e se não houver o tratamento adequado e precoce pode trazer consequências graves e irreversíveis (AVELLEIRA e BOTTINO, 2006).

Um estudo transversal, realizado no município do Rio de Janeiro, com 46 mulheres com sífilis gestacional, foi detectado que dentre elas houve uma TV de 34,8%, desses mais de 10% houve casos fatais, um abortamento, um óbito fetal, e um óbito neonatal (DOMINGUES et al, 2013).

O FTA-Abs é um teste treponêmico de alta sensibilidade e especificidade e é recomendado pelo Ministério da Saúde, no entanto, esse teste é caro e de difícil manuseio, o que dificulta a realização em várias regiões do país, por isso o diagnóstico para sífilis é realizado, na ausência do teste treponêmico, através do exame *Venereal Disease Research Laboratory* (VDRL), que é um teste não treponêmico de fácil acesso e de baixo custo.

É preconizado pelo Ministério da Saúde a realização de dois exames de VDRL durante a assistência pré-natal à toda gestante, um por volta da primeira consulta e outra em torno da 30ª semana da gestação. São consideradas tratadas de forma adequada todas as gestantes com VDRL positivo que tenham sido medicadas com três doses de 2.400.000 UI de penicilina benzantina até 30 dias antes do parto além do tratamento concomitante do parceiro. Além disso, é remendado o teste do VDRL na maternidade, antes do parto para confirmação da eficácia do tratamento em caso de positividade durante o pré-natal ou para o rastreamento da infecção nesse momento (BRASIL, 2007; BRASIL, 2006b).

Entretanto, pesquisas apontam que apesar efetividade desse tratamento, estão ocorrendo falhas na assistência a essas mulheres. Um estudo descritivo, envolvendo 67 gestantes/puérperas notificadas no Sistema Nacional de Agravos de Notificação, usuárias das maternidades públicas de Brasília entre os anos de 2009 e 2010, mostrou que, 41,8 % foram

adequadamente tratadas e o principal motivo a inadequação desse tratamento foi a ausência (83,3%) ou falta de tratamento do parceiro (88,1%) (MAGALHÃES et al, 2013). Tais constatações apontam que a qualidade do pré-natal ainda encontra-se insuficiente.

Nota-se, então, que a sífilis congênita representa uma grande causa de mortalidade e morbidade perinatal evitável e é um ponto de qualidade da saúde materno-fetal, pela simplicidade e fácil manejo clínico/terapêutico, tendo em vista que é possível fazer o diagnóstico precoce e proceder ao tratamento adequado da gestante, evitando a sífilis congênita.

3.2 Fatores associados à sífilis gestacional e sífilis congênita

A chance de uma pessoa sadia adquirir uma doença é definida através da exposição dessa mesma pessoa ao risco, que pode ser ambiental ou hereditário, os fatores que levam ao aumento do risco de uma pessoa desenvolver uma determinada doença são chamados de fatores de risco. No entanto, se esses fatores intervirem na saúde diminuindo o risco do desenvolvimento de uma determinada doença, podemos dizer que trata-se de um fator de proteção (INCA, 2013).

Para que sejam identificados os fatores de riscos para determinadas doenças estudos científicos são realizados, corroborando com intervenções por parte de ações em saúde, em busca de diminuir o número de casos de determinadas doenças através da diminuição dos fatores de riscos possíveis de serem modificados.

De acordo com o boletim epidemiológico do Ministério da Saúde de HIV e AIDS, a população vulnerável para contrair o HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis são usuários de drogas, profissionais do sexo e pessoas que praticam sexo com pessoas do mesmo sexo (BRASIL, 2013).

Um estudo realizado no sul do Brasil mostrou que a presença da sífilis aumenta a probabilidade do HIV. Esse estudo observou os fatores de riscos em portadores de HIV, e foi constatado que na população da pesquisa houve uma prevalência significativa de sífilis antes do diagnóstico do HIV (ADOLF et al, 2012). Essa informação pode estar relacionada ao

hábito sexual desprotegido além das úlceras genitais, referentes à doença, proporcionarem um aumento das taxas de transmissões.

Do ponto de vista biológico e anatômico, as mulheres são mais vulneráveis às doenças sexualmente transmissíveis tendo em vista que a mucosa genital possui uma maior superfície de contato, além de dificultar o acesso à higienização. Por esse motivo, as mulheres devem ter uma atenção diferenciada quanto a prevenção das doenças sexualmente transmissíveis, em especial a sífilis, principalmente por ela ser a transmissora da sífilis congênita (SC).

Um estudo realizado em Vitória, Espírito Santos, para avaliar os fatores de risco em mulheres jovens com sífilis, mostrou que há uma maior incidência da sífilis em mulheres com comportamento sexual de risco, como mais de um parceiro sexual, além de ter um nível de escolaridade menor ou igual a 8 anos (MIRANDA et al., 2012), o que pode ser relacionado também em gestantes com sífilis e sífilis congênita, já que trata-se de mulheres jovens, possivelmente em idade reprodutiva.

Uma pesquisa realizada nas maternidades de Fortaleza abordando 119 mulheres assistidas em trabalho de parto e curetagem, com positividade para sífilis, teve seu público predominante de mulheres jovens, com o início precoce da vida sexual, parda (94,1%), baixa escolaridade (57,1%), vivendo em união estável (52,1%), renda familiar de um a quatro salários mínimos (71,4%), com pré-natal iniciado no segundo trimestre (54,2%) e tratamento inadequado para sífilis (72,3%) (FREITAS, 2010; ALMEIDA, 2012). Esses dados mostram também uma alta possibilidade de SC, já que não houve tratamento adequado da gestante.

Na Argentina, um estudo com o objetivo de explorar os fatores clínicos e socioeconômicos relacionados à sífilis congênita mostrou maior incidência em crianças filhos de mãe com baixa escolaridade e com história de natimortos em gestações anteriores e teve como fator de proteção, o acompanhamento adequado de consultas pré-natais (PARKER et al, 2012).

O início precoce do pré-natal é essencial para garantir uma boa assistência à gestante, além disso, é importante o acompanhamento durante toda a gestação até o nascimento do recém-nascido. A Organização Mundial da Saúde (OMS) preconiza um número mínimo de seis consultas pré-natais, sendo mensalmente até a 28^a semana, quinzenal entre a 28^a e 36^a semanas e semanais até o parto (BRASIL, 2012b).

No entanto, existem estudos que provam que o número adequado de consultas não garante o desfecho ideal da gestação, o que sugere a possibilidade de uma má qualidade na realização do pré-natal por parte dos profissionais (CAMPOS et al, 2010).

Essa afirmativa foi constatada em uma pesquisa realizada sobre a cobertura da Estratégia de Saúde da Família e o número de casos de sífilis na gestação que mostrou que ao mesmo tempo em que a região Nordeste apresenta maior cobertura, também apresentou uma maior prevalência de gestantes com sífilis (SACARANI&MIRANDA, 2012), o que possibilita uma interpretação de falhas na realização do pré-natal por parte dos profissionais.

Um fator determinante na dificuldade do tratamento dessas mulheres é o tratamento do parceiro. A maioria das mães dos recém-nascidos (RN) com SC realizam o pré-natal e realizam o VDRL, exame que diagnostica a sífilis. Entretanto, nos casos de positividade não são adequadamente tratadas, situação que ocorre especialmente porque a maioria dos parceiros não recebem tratamento, causando a reincidência da infecção (CAMPOS et al, 2010; ARAÚJO et al, 2012).

Considerando que são muitas as oportunidades perdidas durante o pré-natal para o controle da SC (RODRIGUES; GUIMARÃES; CÉSAR, 2008; MUNKHUU, et al, 2009), recomenda-se também a testagem das parturientes na maternidade visando tratar a sífilis no bebê, caso a gestante não tenha sido tratada, seja novamente contaminada ou tenha a infecção identificada somente nessa ocasião. Somado a isso, a maioria das mulheres apresentam dificuldades na prevenção quanto ao uso do preservativo, por resistência do parceiro, o que pode dificultar a cura permanente (MIRANDA et al, 2012). Por esse motivo, o controle da SC exige esforços conjugados entre os diferentes níveis de complexidade do sistema de saúde, por meio da definição de uma linha de cuidado à gestante com sífilis.

3.3 Assistência a mulher para a prevenção da sífilis congênita

Falar em saúde da mulher remete a necessidade de oportunizar uma abrangência integral à mulher, observando-a como ser humano susceptível a diversos problemas, não

apenas os que acometem o sistema reprodutor e órgãos sexuais, como também os relacionados às questões comportamentais e sociais.

A integralidade é um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) conceituado por Machado et al (2007) como sendo a identificação dos sujeitos como totalidade, ainda que, não sejam alcançáveis em sua plenitude, considerando todas as dimensões em que se pode intervir, pelo acesso permitido por eles próprios. Com isso, a integralidade tem como objetivo primordial a análise geral do bem estar do ser humano, avaliando-o em sua totalidade física, mental e psicológica, associada às possíveis causas de um desequilíbrio entre seu estado de saúde e doença.

As mulheres são maioria na população brasileira - 101 milhões (51,48%) (IBGE, 2012) e principais usuárias do SUS, possivelmente, por serem elas mais atenciosas com a saúde que os homens, portanto, necessitam que os órgãos públicos não negligenciem sua saúde plena: física, mental e social.

Segundo Kaz et al (2009), a mulher durante muitos séculos devotou-se à submissão ao sexo oposto, às tarefas domésticas, à defesa da formação da família e à transmissão privada dos códigos morais e religiosos.

Foi nesse contexto, nas primeiras décadas do século XX, que a saúde da mulher foi sendo incorporada nas políticas nacionais de saúde, que reproduziam os aspectos preconceituosos impregnados na cultura da época (BRASIL, 2004a).

No entanto, essas políticas eram ainda muito limitadas às demandas relativas à gravidez e ao parto (BRASIL, 2004a). Este modelo traduzia uma visão restrita sobre a mulher, baseada em uma especificidade biológica e no papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, educação e cuidado com a saúde dos filhos e demais familiares (VILLELA & OLIVEIRA, 2007).

Segundo o Caderno Plano Nacional de Políticas para as Mulheres, em 1984, o Ministério da Saúde publicou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), marcando uma ruptura conceitual com os princípios até então norteadores da política de saúde das mulheres e critérios para eleição de prioridades neste campo. Mesmo enfrentando dificuldade na sua implantação este programa defende ações que contemplam a

mulher em todo o seu ciclo vital e por explicitar em seu compromisso, o direito de exercer ou não a maternidade.

Além do PAISM, surgiram políticas mais recentes, voltadas ao princípio da integralidade na saúde da mulher como a Política Nacional de Atenção Integral à Mulher - Princípios e Diretrizes (PNAIM), lançada em 2004 pelo Ministério da Saúde. Essa política incorpora, em um enfoque de gênero, a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores e busca consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção do abortamento inseguro e no combate a violência doméstica e sexual, contribuindo para a garantia dos direitos humanos das mulheres e redução da morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis (BRASIL, 2004 b).

Entretanto, na saúde pública do Brasil ainda existe um abismo entre as suas diretrizes e as práticas. É notado que ainda há grandes discrepâncias entre o planejamento e realidade. É o que se observa nas práticas de promoção à saúde nos três níveis da atenção, com ênfase na atenção primária.

Na atenção básica existem três momentos exclusivos para a mulher, o pré-natal, o planejamento familiar e a consulta ginecológica. O objetivo principal do pré-natal é garantir para a gestante uma gravidez segura não só no aspecto biológico, mas também na questão emocional, assegurado o nascimento de um bebê saudável (BRASIL, 2012b).

No planejamento familiar há a orientação voltada à prevenção da gravidez não desejada (BRASIL, 2010b). Dentre as práticas dos profissionais de saúde durante a realização da consulta ginecológica, encontra-se a prevenção e diagnóstico precoce do câncer de mama, câncer do colo do útero e tratamento de DST, se sintomas existirem, através da abordagem sindrômica (BRASIL, 2006d).

A sífilis, como já foi citado anteriormente, é uma infecção de fácil diagnóstico e tratamento eficaz, no entanto, se houvesse o aproveitamento por parte dos profissionais em investigar a sífilis em todas as consultas à mulher, não só no pré-natal, o quadro epidemiológico da sífilis na gestação e sífilis congênita, seria menor, pois o tratamento e acompanhamento da doença seriam efetivados.

4 MÉTODO

4.1 Tipo e local do estudo

Trata-se de um estudo de corte transversal, considerando que o objetivo é analisar desfechos desfavoráveis com os fatores sociais relacionados à assistência pré-natal em parturientes com sífilis das maternidades públicas de Fortaleza, Ceará. O estudo transversal é uma estratégia de estudo epidemiológico que se caracteriza pela observação direta de determinada quantidade de indivíduos em única oportunidade. Com esse tipo de estudo, é possível obter uma prevalência, ou seja, a proporção de indivíduos com uma determinada característica. É um excelente método para descrever características de uma população, em uma determinada época, estabelecendo relação de associação entre características investigadas (MEDRONHO, 2009).

O estudo ocorreu no município de Fortaleza, Ceará, que é dividido em seis Secretarias Regionais (SR), regiões administrativas cujo papel é executar as políticas setoriais de forma articulada, definindo prioridades, estabelecendo metas específicas para cada grupo populacional e prestando os serviços por meio de uma rede de proteção social (FORTALEZA, 2013). Tem uma população aproximada de 2.500.000 de habitantes, onde cerca de 60% (o equivalente a um milhão e 1.500.000 mil pessoas) utiliza os serviços públicos de saúde (DATA SUS, 2014).

Como campo de estudo foram consideradas sete maternidades/hospitais (quatro municipais, duas estaduais e uma federal) públicas localizadas no município de Fortaleza que seguem a recomendação do Ministério da Saúde de realizar o *Veneral Disease Research Laboratory* (VDRL) de rotina no momento da admissão para o parto (BRASIL, 2006a).

Os locais da pesquisa supracitada foram as seguintes maternidades/hospitais: Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC), Hospital Geral de Fortaleza (HGF), Hospital Geral César Cals de Oliveira (HGCC), Hospital Distrital Gonzaga Mota (HDGM) de Messejana, HDGM do José Walter, HDGM da Barra do Ceará e Hospital Nossa Senhora da Conceição.

As maternidades vinculadas ao Ministério da Educação e Secretaria do Estado do Ceará (MEAC, HGCC e HGF), são de nível terciário e funcionam como referência em obstetrícia de alto risco para o estado do Ceará. As maternidades municipais (HDG e o Hospital Nossa Senhora da Conceição) são de níveis secundários e estão voltados para assistência materno-infantil. Essas maternidades foram responsáveis por 42% dos partos ocorridos no município de Fortaleza no ano de 2013 segundo o sistema de informação de nascidos vivos (FORTALEZA, 2014a). Também foram responsáveis por 83% dos casos notificados de sífilis congênita do município entre os meses janeiro e junho de 2014 (FORTALEZA, 2014b).

4.2 População e Amostra

A população do estudo foi composta por todas as parturientes com sífilis que se encontravam no alojamento conjunto nas maternidades supracitadas..

Para efeito desse estudo foram consideradas com sífilis todas as mulheres que se encontravam no alojamento conjunto e foram internadas para o parto apresentando sorologia não-treponêmica (VDRL) reagente para sífilis com qualquer titulação, mesmo na ausência de teste treponêmico confirmatório, realizada na ocasião do internamento.

O Ministério da Saúde recomenda para o controle da SC que sejam utilizados os testes não-treponêmicos para o rastreamento da sífilis durante a gravidez. Destes, costumeiramente, o Venereal Diseases Research Laboratory (VDRL) é mais utilizado tendo em vista a sua elevada sensibilidade (78% a 100%), além de ser de técnica simples, rápida e de baixo custo (BRASIL, 2006a). Em acordo com o PHPN e com o Manual Técnico pré-natal e puerpério, o VDRL deve ser, sempre, solicitado no pré-natal como também no momento da internação para o parto (BRASIL, 2006b).

Considerou-se como desfecho desfavorável todos os casos em que as parturientes apresentaram recém-nascidos pré-maturos, recém-nascidos com baixo peso e natimortos. Os casos de abortamento não foram considerados, por estes terem acesso para entrevista dificultado pela curta permanência dessas mulheres na maternidade para a curetagem.

Parto prematuro foi considerado quando o nascimento dos bebês aconteceram antes de completar 37^o semana de gestação; para recém-nascidos baixo peso foram considerados aqueles casos que tiveram o peso ao nascer inferior a 2500g (BRASIL, 2012 b).

Dentre os desfechos desfavoráveis, foram excluídas todas as mulheres que apresentaram algum fator de risco gestacional (pré-eclâmpsia, eclâmpsia, hemorragia da gestação, infecção urinária, rubéola, toxoplasmose, mulheres que ingeriram medicações para induzir o aborto ou que usaram drogas durante a gravidez). O motivo da exclusão é que tais circunstâncias podem provocar também o mesmo desfecho, podendo ser confundido com o desfecho relacionado a sífilis (BRASIL, 2010c).

4.3 Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu entre os meses de maio e agosto de 2014. Diariamente um grupo de acadêmicas de enfermagem, devidamente treinadas, realizavam visitas diárias em cada maternidade para entrevistar as mulheres que foram admitidas para o parto.

A cada semana o coordenador da pesquisa recolhia e avaliava o preenchimento dos questionários. Só eram considerados finalizados os questionário que apresentavam os resultados do exame de VDRL reagente na ocasião da admissão para o parto.

Foi aplicado um questionário às mulheres (Apêndice 1) relacionado as informações socioeconômicas e comportamentais foram coletadas através da entrevista direta com as mulheres e quando as mesmas apresentavam cartões da gestante, foram colhidas informações referentes à assistência pré-natal.

As variáveis analisadas foram: socioeconômicas (procedência, idade, cor da pele, escolaridade em anos de estudo, ocupação, renda, se tem parceiro, se mora com o parceiro, se é/foi moradora de rua); comportamentais (início da atividade sexual, número de parceiros durante a vida, durante o último ano e nos últimos três meses, se planejou a gravidez, se o parceiro atual é o pai do bebê, se além do parceiro tem relação sexual com outra pessoa, se usou preservativo durante a gravidez, se já esteve encarcerada, se já foi violentada sexualmente ou fisicamente, se sim, quem praticou a violência, se já teve relação sexual em troca de benefício, se já teve relação com quem já esteve encarcerado ou quem usa/usou drogas, se já teve algum sintoma sugestivo de DST como corrimento genital, ferida genital, verruga genital, vesícula genital, já teve relação com alguém com sintomas sugestivo de DST); institucionais relacionados ao pré-natal (semanas gestacionais de início do pré-natal, número de consultas, titulação do VDRL na gestação, semanas gestacionais de realização do 1º e 2º VDRL, realizou o FTA-Abs, se realizou o tratamento adequado nos

casos de VDRL reagente, realizou VDRL mensal, realização da sorologia do HIV) e institucionais relacionado à maternidade, como a titulação do VDRL.

Foi considerado tratamento adequado quando o mesmo era realizado com três doses de 2.400.000 UI de Penicilina Benzantina com um intervalo de uma semana entre as doses, tendo sido o parceiro tratado concomitantemente. (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2006b). Em relação à violência do parceiro, foi considerada a agressão física, não foi considerado agressão verbal.

4.4 Análise dos dados

Os dados foram digitados e analisados no pacote estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 20.0. Foi realizada uma análise descritiva utilizando a distribuição de frequências para variáveis qualitativas e cálculo de média e desvio padrão para as variáveis quantitativas. Para análise univariada adotou-se o teste do qui-quadrado de Pearson para analisar diferenças entre as variáveis categóricas, estabelecendo nível de significância de 5% e o intervalo de confiança de 95%.

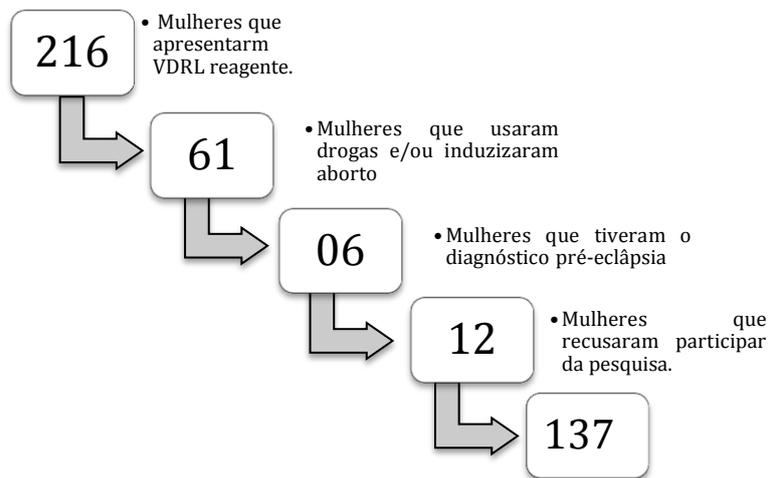
4.5 Aspectos éticos

Atendendo às recomendações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), referente a pesquisa com seres humanos (BRASIL, 2012c), o projeto recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Fortaleza (UNIFOR) com o número de protocolo 468.751. O acesso aos dados dos prontuários ocorreu após a assinatura do termo de Fiel Depositário. Os diretores das maternidades assinaram um documento autorizando a pesquisa. Após esclarecimento da pesquisa, todas as mulheres maiores de 18 anos que aceitaram participar, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 2) e foram conduzidas a um espaço privativo para aplicação do questionário, visando minimizar a omissão de informações, nos casos das menos de 18 anos o responsável assinou o termo. Foi garantido para a participante sigilo e privacidade das informações.

5. RESULTADOS

No período do estudo, 216 mulheres foram admitidas para o parto nas maternidade públicas de Fortaleza apresentando VDRL reagente. Destas, 137 participaram da pesquisa e 67 foram excluídas (61 porque usaram algum tipo de droga ilícita durante a gravidez e/ou fizeram uso de medicação para induzir o aborto; seis com diagnóstico de pré-eclâmpsia) e 12 se recusaram a responder ao questionário (Figura 1).

Figura 1. Fluxograma explicativo sobre o processo de seleção dos casos.



Observa-se que 20 (14,6 %) mulheres apresentaram algum desfecho desfavorável no parto atual (8,8% partos prematuros, 2,9% natimortos, 2,9 recém-nascidos com baixo peso ao nascer).

A Tabela 1 apresenta as variáveis socioeconômicas das parturientes com exame de VDRL reagente. A idade variou de 14 e 48 anos (média 24,6 anos; mediana 24 anos; moda 19 anos e DP=6,8). A maior proporção se encontrava na faixa etária de 19 a 29 anos com 82 (59,9%) das mulheres.

Tem-se que 119 (86,9%) residiam no município de Fortaleza, o restante 18 (13,1%) era do interior do Ceará. Seis (4,4%) mulheres relataram serem moradoras ou já terem morado na rua.

Tabela 1- Variáveis socioeconômico das parturientes admitidas nas maternidades públicas Fortaleza, Ceará, 2014.

Variáveis	Média (DP)	n	%
Faixa etária (em anos)	24,6 (6,8)		
Até 18		28	20,4
19 a 29		82	59,9
≥ 30		27	19,7
Cidade onde mora			
Fortaleza		109	86,9
Interior		18	13,1
Morou/mora na rua			
Sim		06	4,4
Não		131	95,7
Escolaridade (em anos completos de estudo)	7,5 (2,9)		
Nenhuma		02	1,5
1 a 4		15	10,9
5 a 9		83	60,6
> 9		37	27,0
Renda Pessoal (salários mínimos)	262,0 (397,8)		
≤ 1		123	89,8
> 1		14	10,2
Renda Familiar (salários mínimos)	1.068,8 (691,1)		
≤ 1		56	40,9
> 1 e ≤ 2		54	39,4
> 2		19	13,9
Ignorado		08	5,8
Tem parceiro sexual			
Sim		108	78,8
Não		29	21,2
Mora com o parceiro (n=108)			
Sim		99	91,7
Não		09	8,3
Cor da pele autoreferida			
Branca		29	21,2
Não branca		108	78,8
Total		137	100,0

Foi considerado o salário mínimo da época de R\$ 724,00.

A maioria das mulheres apresentavam entre cinco e nove anos de estudo, 83 (60,6%), (média sete anos; mediana oito anos; moda 11 anos e DP=2,9). No aspecto da renda, 49 (35,1%) tinham algum tipo de ocupação remunerada (16/11,6% trabalhavam como domésticas e 7/5,1% exerciam alguma profissão relacionadas a venda). A renda pessoal da maioria dessas mulheres era de até no máximo um salário mínimo 123 (89,8%), com média de R\$ 262,00 reais (DP=397,8). A maioria 110 (82,1%) tinha renda familiar de até dois salários mínimos (média R\$ 1.068,8; DP=691,1).

Possuíam parceiro no momento do parto um total de 108 (78,8%) e dessas, 99 (91,7%) eram casadas ou viviam em união estável; 29 (21,2%) não tinham parceiros. No tocante a cor da pele autoreferida, 108 (78,8%) não se consideravam brancas, sendo 97 (70,8%) pardas, 10 (7,3%) negras e uma (0,7%) amarela.

A Tabela 2 revela os aspectos comportamentais das mulheres entrevistadas. A maioria 83 (60,6%) começou a se relacionar sexualmente na adolescência, antes de completar 16 anos (média 15 anos; mediana 15 anos, moda 16 anos e DP=2.1). Relataram mais de um parceiro durante a vida 122 (89,1%) e 121 (88,3%) um único parceiro no último ano e nos últimos três meses.

A maioria 74 (54,0%) não havia programado a gestação atual. Quando questionadas acerca da paternidade do bebê, duas (1,9%) relataram que o parceiro atual não era o pai do bebê.

Cento e vinte nove mulheres (94%) fizeram sexo durante a gravidez, entre essas 94 (72,9%) não usaram preservativo. Quanto a antecedentes criminais, nove (6,6%) puérperas relataram já ter vivido em privação de liberdade. Referiram que já tiveram relação sexual com usuários de drogas 56 (40,9%) e 24 (17,5%) já se relacionaram sexualmente com homens que já estiveram encarcerados.

Em relação a violência vivenciada pelo parceiro íntimo, 28 (20,4%) relataram essa experiência entre essas 11 (39,2%) delas, a violência foi perpetrada pelo pai do bebê. Referiram ter feito relação sexual em troca de benefício (dinheiro ou presentes) um total de 10 (7,3%) mulheres.

Tabela 2 - Variáveis comportamentais das parturientes admitidas nas maternidades públicas Fortaleza, Ceara, 2014.

Variáveis	Media	n	%
Início da atividade sexual (anos de idade)	15 (2.1)		
≤ 15		83	60,6
≥ 16		54	39,4
Nº parceiros sexuais nos últimos 3 meses			
Nenhum		16	11,7
Um		121	88,3
Planejou a gravidez			
Sim		63	46,0
Não		74	54,0
Parceiro é o pai do bebê (n=108)			
Sim		106	98,1
Não		02	1,9
Usou preservativo durante a gravidez (n=129)			
Sim		35	27,1
Não		94	72,9
Relacionou-se sexualmente com usuário de droga			
Sim		56	40,9
Não		81	59,1
Relacionou-se sexualmente com presidiário			
Sim		24	17,5
Não		113	82,5
Sofreu violência física do parceiro			
Sim		28	20,4
Não		109	79,6
Fez sexo em troca de benefício			
Sim		10	7,3
Não		127	92,7
Queixa de DST			
Sim		91	66,4
Não/ Não sabe		46	33,6
Total		137	100,0

Quando foi interrogado quanto a queixa de alguma doença sexualmente transmissível (DST), 91 (66,4%) relataram já ter tido algum sintoma que sugere DST (corrimento vaginal

e/ou ferida genital e/ou verruga). Dessas, 18 (19,7%) disseram ter tido úlcera genital, sintomas sugestivo de sífilis. A maioria 129 (94,2%) não sabe se alguns de seus parceiros já tiveram algum sintoma de DST.

A Tabela 3 mostra as variáveis institucionais relacionadas à assistência pré-natal. A maioria 98 (71,5%) não estava na primeira gestação, já tinham outros filhos. Receberam pelo menos uma consulta 134 (97,8%) mulheres. Setenta e uma (53,0%) receberam seis ou mais consultas de pré-natal (média 6,2; mediana 6 ; moda 4 ; DP=2,4) e 62 (46,2%) iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre de gravidez (média 15,5 e mediana 14,5 semanas gestacionais; respectivamente e DP=6,5).

112 (83,6%) realizaram o pré-natal na atenção primária de saúde. Dentre aquelas que não fizeram na atenção primária, nove (6,5%) realizaram em instituições particulares, 13 (8,8%) em hospitais públicos e uma (0,7%) realizou no cárcere.

Com relação a triagem para sífilis, 112 (91,1%) fizeram pelo menos um exame de VDRL e destas 73 (54,4%) fizeram somente o primeiro exame VDRL. Quanto ao período do primeiro VDRL, um pouco mais que a metade 55 (45,2%) tiveram o resultado após o 1º trimestre de gestação.

A titulação do primeiro exame de VDRL variou entre 1:1 e 1:256 com predominância de titulação iguais ou abaixo de 1:8 (60 / 61,9%), a titulação do segundo exame também prevaleceu 76,9% com titulação inferior a 1:16. Foi solicitado e realizado o exame do HIV em 119 (88,8%) entre essas, duas (1,7%) tiveram sorologia reagente.

Foi diagnosticada com sífilis durante o pré-natal 112 (81,7%) e 91,1% daquelas que frequentaram o pré-natal e tiveram o primeiro VDRL solicitado. Sessenta e quatro (52,0%) não fizeram o segundo VDRL. Para oito (5,8%) puérperas o primeiro VDRL foi negativo e o diagnóstico de sífilis ocorreu apenas no segundo exame. O FTA-Abs foi solicitado em apenas 26 (23,2%). Após o diagnóstico, entre as mulheres que tinham parceiros, 73 (83,0%) tiveram seus parceiros convocados.

Quanto ao tratamento, 93 (83,0%) foram orientadas para o tratamento, dessas 76 (55,5%) gestantes tiveram 3 doses de 2.400.000 UI de PB durante o PN, 30 (60,5%). Então, entre as mulheres que fizeram o PN e tiveram o exame de VDRL reagente, 46 (41,1%) foram consideradas adequadamente tratadas.

Sessenta e três (46,0%) relataram história de desfecho desfavorável (aborto espontâneo, natimorto ou parto pré-maturo). Na ocasião do parto, 105 (76,6%) apresentaram VDRL com titulação menor ou igual a 1:8.

Tabela 3. Variáveis institucionais relacionadas a assistência pré-natal de parturientes admitidas nas maternidades públicas de Fortaleza, Ceará, 2014.

Variáveis	Media (DP)	n	%
Realizou o Pré-natal			
Sim		134	97,8
Não		03	2,2
Início do Pré-natal em semanas de gestação (n=134)			
≤ 13	15,5 (6,5)	62	46,2
14 a 26		58	43,3
≥ 27		12	9,0
não informado		2	1,5
Número de consultas (n=134)			
1 a 3	6,2 (2,4)	16	11,9
4 a 5		47	35,1
≥ 6		71	53,0
Realizou o VDRL no Pré-natal (n=134)			
Sim		123	91,8
Não		11	8,2
Trimestre do 1º VDRL (n= 123)			
1º		54	43,9
2º		51	41,9
3º		04	3,3
Ignorado		14	11,4
Titulação do 1º VDRL (n=97)			
≤ 1:8		60	61,9
≥ 1:16		37	38,1
Teve VDRL reagente no pré-natal (n=123)			
Sim		112	91,1
Não		11	8,9
Realizou 2º VDRL (n=123)			
Sim		59	48,0
Não		64	52,0
Tratada adequadamente (n=137)			
Sim		46	41,1
Não		66	58,9
Total		137	100,0

A Tabela 4, mostra os aspectos socioeconômicos correlacionados ao desfecho desfavorável da gestação. Idade inferior a 29 anos e renda familiar inferior a dois salários mínimos foram as únicas variáveis que apresentaram associação estatisticamente significativa para as parturientes apresentarem algum desfecho desfavorável ($p=0,01$) e ($p=0,05$) respectivamente.

Tabela 4 – Análise dos aspectos socioeconômicos e desfechos desfavoráveis em parturientes admitidas nas maternidade públicas em Fortaleza, Ceará, 2014.

Variáveis	Desfecho desfavorável				p
	Sim		Não		
	n	%	n	%	
Idade (em anos)					0,01
≤ 29	20	100,0	91	77,8	
> 29	00	0,0	26	22,2	
Escolaridade (anos de estudo)					0,49
≤ 9	16	80,0	85	72,6	
> 9	04	20,0	32	27,4	
Cor da pele autoreferida					0,18
Branca	02	10,0	27	23,1	
Não branca	18	90,0	90	76,9	
Procedência					0,32
Fortaleza	16	80,0	103	88,0	
Interior	04	20,0	14	12,0	
Possui parceiro					0,10
Sim	13	65,0	95	81,2	
Não	07	35,0	22	18,8	
Renda pessoal (Salários mínimos)					0,10
≤ 1	20	90,0	103	88,0	
> 1	-	-	14	12,0	
Renda familiar (Salários mínimos)					0,05
≤ 2	18	90,0	92	82,9	
> 2	-	-	19	17,1	

A Tabela 5 relaciona as variáveis institucionais com os desfechos desfavoráveis. Entre as variáveis apresentadas, apresentaram significâncias nas seguintes variáveis: número de consultas realizadas igual ou superior a seis; realização do segundo exame de VDRL no pré-natal; e titulação do VDRL maior que 1:8, realizado na maternidade. Tais variáveis

apresentaram valores de significância de: (p=0,03); (p=0,03); e (p=0,05) respectivamente.

Tabela 5 – Análise dos aspectos da assistência pré-natal, do VDRL do parto e desfecho desfavorável em parturientes nas maternidades públicas de Fortaleza, Ceará, 2014.

Fatores Associados	Desfecho desfavorável				p
	Sim		Não		
	n	%	n	%	
Realizou pré-natal					0,35
Sim	19	95,0	115	98,3	
Não	01	5,0	02	1,7	
Início do Pré-natal (em semanas)					0,10
≤ 13	04	26,7	54	49,1	
> 13	11	73,3	56	50,9	
Número de consultas de PN					0,03
< 6	13	68,4	49	42,6	
≥ 6	06	31,6	66	57,4	
Realizou VDRL no PN					0,69
Sim	17	89,5	106	92,2	
Não	02	10,5	09	7,8	
Titulação do 1º VDRL (n=84)					0,55
≤ 1:8	09	69,2	51	60,7	
> 1:8	04	30,8	33	39,3	
Fez o 1º VDRL no 1º trimestre					0,81
Sim	07	46,7	47	50,0	
Não	08	53,3	47	50,0	
Fez 2º VDRL (n=123)					0,03
Sim	04	23,5	55	51,9	
Não	13	76,5	51	48,1	
Tratou adequadamente					0,37
Sim	05	25,0	41	35,0	
Não	15	75,0	76	65,0	
Titulação do VDRL Maternidade					0,05
≤ 1:8	12	60,0	93	79,5	
> 1:8	08	40,0	24	20,5	

A Tabela 6, correlaciona as variáveis que podem estar relacionadas à realização do segundo exame de VDRL durante a pré-natal. Início do pré-natal ainda no primeiro trimestre de gestação, número de consultas igual ou maior que seis apresentaram significância estatística com (p=0,03) e (p=0,02) respectivamente.

Fazer o primeiro exame de VDRL no primeiro trimestre de gestação, também apresentou significância estatísticas com (p=0,00).

Tabela 6 – Aspectos relacionados a realização do segundo exame de VDRL durante a assistência pré-natal de parturientes admitidas nas maternidades públicas de Fortaleza, Ceará, 2014.

Variáveis	Realizou o 2º exame de VDRL				p
	Sim		Não		
	n	%	n	%	
Início do Pré-natal em semanas de gestação					0,03
≤ 13	33	56,9	21	36,8	
> 13	25	43,1	36	63,2	
Número de consultas					0,02
< 6	17	28,8	36	56,2	
≥ 6	42	71,2	28	43,8	
Fez o 1º VDRL no 1º trimestre da gestação					0,00
Sim	36	63,2	18	34,6	
Não	21	36,8	34	65,4	
Teve o 1º VDRL reagente					0,68
Sim	49	83,1	54	85,7	
Não	10	16,9	09	14,3	
Tratamento adequado da gestante					0,82
Sim	24	42,1	22	40,0	
Não	33	57,9	33	60,0	

6. DISCUSSÃO

A quantidade de mulheres com VDRL reagente admitidas nas maternidades de Fortaleza, no período de maio a agosto de 2014, perfaz um total de 216 parturientes. Essas mulheres foram consideradas, supostamente, com positividade para sífilis, tendo em vista que, segundo Ministério da Saúde (MS), diante da ausência de testes confirmatórios, esse é o exame preconizado para o diagnóstico da infecção, mesmo sabendo que o exame de VDRL pode permanecer reagente ainda a mulher sendo tratada (BRASIL, 2006a).

Participaram da pesquisa, para análise do desfecho desfavorável da gestação, um total de 137 mulheres. Neste caso, a prevalência encontrada, para desfecho desfavorável foi de 14,6%, entre os desfechos encontrados, 8,8% foram pré-maturos, 2,9% natimorto e 2,9 recém-nascidos com baixo peso ao nascer.

Pesquisas mostram que desfecho desfavorável entre gestantes não tratadas no pré-natal variam de 17% a 75%, afirmam ainda que as complicações na gravidez com sífilis grave, variam em torno de 50% natimorto e 50% recém-nascido baixo peso ao nascer ou pré-maturos (WHO, 2008). O MS aponta que ocorre desfecho desfavorável, em aproximadamente 40% das crianças infectadas a partir de mães não tratadas (BRASIL, 2006a).

Outros estudos também abordaram prevalência com desfecho desfavorável em gestação com sífilis. Em Curitiba - PR, um estudo realizado com análise de prontuários de mulheres com sífilis, apresentou prevalência para desfecho desfavorável de 16,6% (TABIZS et al, 2012). No Rio de Janeiro, estudo transversal envolvendo 46 mulheres com sífilis gestacional, mostrou a prevalência de 8,7% para natimorto, parto pré-maturo e baixo peso ao nascer (DOMINGUES et al, 2013).

Assim, pode-se afirmar que a prevalência encontrada no presente trabalho foi similar a outros estudos, no entanto, apresentou-se inferior aos dados da OMS e MS. Tal constatação pode estar relacionada à quantidade de mulheres com VDRL apresentando titulações igual ou menor que 1:8 no momento do parto.

É preconizado pelo MS a testagem para sífilis através do exame de VDRL após a admissão na maternidade para o parto ou curetagem. O VDRL quantitativo quando reagente, apresenta titulação reagente mínima de 1:1 e aumenta progressivamente. Quanto maior a titulação, maior o poder de transmissão da infecção, e maior a possibilidade de causar

desfecho desfavorável durante a gestação (BRASIL 2012a). A maior parte das mulheres, 105 (76,6%), apresentaram titulação até 1:8. Tal constatação pode ter tido relação com a baixa prevalência do desfecho desfavorável encontrada, além disso, entre as mulheres que tiveram desfecho, a maioria apresentou titulação acima de 1:8 – titulação que indica sífilis em atividade – essa variável teve representação estatística significativa ($p=0,05$) e corrobora com o fato supracitado acerca da baixa prevalência encontrada.

As mulheres, na sua maioria, eram jovens, residiam no município de Fortaleza, eram não brancas, com média de escolaridade de 7,5 anos de estudo ($DP=2,9$), renda pessoal de até um salário mínimo, renda familiar de até dois salários mínimos e tinha parceiro sexual. Tais características foram semelhantes às encontradas em outros estudos envolvendo mulheres com sífilis (FREITAS, 2010; ALMEIDA, 2012; MIRANDA et al, 2012; ARAÚJO et al, 2012), o que pode indicar um padrão socioeconômico relacionado à ocorrência de sífilis.

As únicas variáveis socioeconômicas que apresentaram associação estatística significativa para desfecho desfavorável foi a idade e a renda familiar ($p=0,01$ e $p=0,05$ respectivamente). A faixa etária jovem pode estar associada a fase da infecção. A fase primária da doença apresenta o VDRL com titulações elevadas e a transmissão vertical (TV) ocorre em maior proporção de 70% a 100% aumentando assim a probabilidade do desfecho desfavorável, já a fase terciária da doença apresenta titulações menores e são responsáveis apenas por 30% dos casos de desfechos desfavoráveis na gestação com sífilis (BRASIL 2006a). Podendo indicar que as mulheres mais jovens podem estar na fase primária da infecção, apresentando titulações mais elevadas, e esse pode ser o motivo do maior número de casos de natimorto, parto pré-maturo e recém nascido com baixo peso ao nascer, nessa faixa de idade.

É importante que seja observado que a renda pode ser um fator que prejudicou o tratamento durante o pré-natal (PN), tendo em vista que é necessário o mínimo de três visitas à instituição de saúde para concluir o tratamento, a baixa renda pode ter interferido do custeio dessas viagens. Tais fatos mostram ser necessário proporcionar atenção especial para mulheres com tal perfil, resultando maior cuidado durante o pré-natal, com o intuito de evitar as consequências da sífilis congênita.

A partir dos dados coletados, observou-se que seis mulheres (4,40% aproximadamente) viveram ou vivem a experiência de morar na rua. Estudos realizados na

cidade de São Paulo – SP apontaram alta prevalência de sífilis entre moradores de rua (BRITO et al, 2007; GRANGEIRO et al, 2012), mostrando que este é um fator de vulnerabilidade importante para a infecção. Deve-se destacar que são gestantes com sífilis, cujo acesso ao serviço de saúde, em especial ao pré-natal, é dificultado devido ao fato de as mesmas não possuírem residência fixa, além disso os estudos citados acima, mostram que a rua como moradia proporciona um ambiente de maior vulnerabilidade às DST, tendo em vista que estão expostos ao sexo desprotegido e às drogas.

Em relação ao padrão de comportamento observado, deve-se refletir a necessidade de desenvolver estratégias para acompanhamento de adolescentes em unidades de serviços de saúde. O estudo apontou mulheres apresentando coitarca precoce, com média de 14 anos, e com mais de um parceiro durante a vida, essa conduta é encontrada em outros estudos envolvendo mulheres com sífilis.

Em Vitória, Espírito Santo, um estudo avaliou os fatores associados à sífilis em mulheres jovens e mostrou que há maior incidência da sífilis naquelas com início da atividade sexual precoce, comportamento sexual de risco e com mais de um parceiro sexual (MIRANDA et al, 2012). É fato que a primeira relação está acontecendo cada vez mais cedo, por isso é importante que os serviços estejam preparados para atender esse contingente populacional, tendo em vista que este está mais vulnerável às drogas, sexo desprotegido, álcool, multiplicidade de parceiros e outros fatores ligados à sífilis na gestação.

Ainda sob os aspectos comportamentais, aproximadamente 70% das mulheres tiveram queixas sugestivas de doenças sexualmente transmissíveis (DST), anterior a gravidez. O MS afirma que a exposição à doenças sexualmente transmissíveis (DST) é maior em públicos que possuem múltiplos parceiros, usuário de drogas e profissionais do sexo (BRASIL, 2011a).

O perfil comportamental dessas mulheres assemelha-se com tais características, observou-se que 90%, aproximadamente, das puérperas entrevistadas, tiveram mais de um parceiro sexual durante a vida. Ademais, 40,9% já tiveram relação íntima com usuários de drogas e 7,3% relataram já terem feito sexo em troca de benefício material. Tais características mostram a vulnerabilidade dessas mulheres às DST, como mencionado pelo MS.

Outro aspecto que colaborou com a vulnerabilidade dessas mulheres às DST, é que quase 20% das puérperas viveram em privação de liberdade ou tiveram parceiros íntimos com

histórico de cárcere. Estudo realizado na penitenciária feminina do Estado do Ceará, situada do município de Aquiraz, descreveu o perfil sexual de mulheres encarceradas. Neste estudo, a sífilis foi apontada como a DST mais frequente entre os detentos, representando 47,6% do total de mulheres que relataram algum tipo de DST (NICOLAU et al, 2012).

A opressão imposta pelos parceiros também pode ser visto como fator de vulnerabilidade à ocorrência de doenças transmitidas pelo sexo. Apesar na emancipação feminina conquistada ao longo dos anos, existe ainda o machismo entranhado por fatores históricos, culturais, sociais, institucionais, familiares, relacionais e pessoais, sendo que esse comportamento, muitas vezes, é expresso através da violência contra a mulher (DINIZ, 2013).

No presente estudo, 20% das entrevistadas relataram ter sofrido algum tipo de violência física do parceiro íntimo. Deste total, 39,2% violência do pai do bebê, as demais sofreram violência física proveniente de outros parceiros que não o pai do bebê, em algum momento da vida, até mesmo antes do período gestacional. A submissão pode ser considerada como um dos fatores que contribuíram para a ocorrência da sífilis. A violência íntima, além de ser um fator facilitador para a sífilis, pode levar a adesão inadequada à assistência pré-natal, facilitando assim a sífilis congênita (MORAES et al, 2010).

Na atualidade, o planejamento da maternidade tem sido postergado para uma idade mais avançada. O interesse por qualificação e melhoria profissional são motivos que levam a esse novo quadro do planejamento familiar. Entretanto, a gravidez não planejada ainda é comum e encontra-se maior entre as classes socioeconômicas desfavorecidas (ANJOS et al, 2013). Esse foi o perfil o perfil socioeconômico encontrado do estudo em questão.

Neste sentido, observou-se que quase metade, 54% das mulheres do estudo não planejaram a gravidez. Tal fator pode sugerir que não se tratam de parceiros fixos, indicando, assim, que a gravidez não foi planejada. Ademais, o não planejamento gestacional e o não apoio de um parceiro durante a gravidez podem contribuir para um pré-natal inadequado. Estudo transversal realizado na cidade de São Paulo mostrou que mulheres sem parceiros fixos não realizam PN adequado (CORRÊA, BONADIO, TSUNECHIRO, 2011). Além disso, o não planejamento da gravidez pode interferir no início precoce do PN, além de poder dificultar o seguimento das orientações necessárias para uma boa assistência.

A assistência pré-natal é de suma importância para a saúde do binômio mãe e filho, pois por meio dela, podem ser identificados os riscos provenientes da gravidez permitindo

agir na prevenção de complicações e na eliminação dos fatores associados aos agravos decorrente desta fase (BRASIL, 2012b). O MS preconiza um número mínimo de seis consultas que devem ser iniciadas ainda no primeiro trimestre, antes da 14^o semana gestacional. Determina ainda que sejam desempenhadas por médicos e enfermeiros na atenção primária de saúde, tendo que ter o mínimo de duas consultas realizadas por médicos durante o pré-natal de baixo risco (BRASIL, 2012b).

O pré-natal de baixo risco é realizado na unidade primária de saúde. No município de Fortaleza a cobertura da atenção primária chega a 68% de todo o território da capital e possui cerca 400 equipes de saúde da família distribuídas em 92 unidades de saúde (FORTALEZA, 2014). Entretanto, estudos mostram a baixa qualidade do pré-natal e apontam insuficiência no controle dos agravos à saúde da mãe e do bebê (MAGALHÃES et al, 2013; SERAFIM et al, 2014).

Pesquisas apontam que mulheres com desfecho gestacional de sífilis congênita apresentam uma variabilidade de 67% - 84% de adesão ao pré-natal, mostrando que a dificuldade do controle da sífilis congênita (SC) não está associado à ausência do pré-natal e sim a qualidade da assistência realizada (ARAÚJO et al, 2012; LIMA et al, 2013; SOEIRO et al, 2014). No estudo em questão, foi encontrado uma quantidade significativa de puérperas que realizaram o PN (97,8% dos casos). A quase totalidade de adesão ao PN corrobora com os estudos que apontam falha na qualidade prestada durante o PN, tendo em vista que todas as mulheres chegaram à maternidade com VDRL reagente, e menos da metade foram consideradas adequadamente tratadas durante o PN.

Apesar do número médio de consultas ter sido igual ao recomendado pelo MS que recomenda seis e o número médio declarado nas entrevistas foi 6,2 (DP=2,4)), entre as mulheres que apresentaram desfecho desfavorável, a maioria teve o número de consultas durante a assistência pré-natal inferior a seis, essa variável apresentou significância estatística com índice $p=0,03$. Tal constatação indica que o número de consultas recomendado pelo MS, seis consultas, é um fator protetor para o desfecho desfavorável relativo à gestação com sífilis.

Durante o PN é recomendado que se solicite no primeiro e no terceiro trimestre da gestação o teste para a triagem da sífilis. Na ausência do teste confirmatório para o treponema, o exame não treponêmico VDRL é o indicado para o diagnóstico da doença. Em casos de

positividade para a infecção é necessário o tratamento e acompanhado de exames mensais (VDRL) para o acompanhamento da eficácia terapêutica (BRASIL, 2006b). Observou-se grande quantidade de solicitação do VDRL, 91,8% entre as mulheres que fizeram o PN, no entanto, considerando os cartões da gestante que continham essa informação, mais da metade realizaram o teste após o primeiro trimestre de gestação. Além disso, apenas 48% tiveram a oportunidade de ser testada mais de vez, ou seja, não realizaram o segundo teste, que deveria ter sido realizado no terceiro trimestre, um indicativo de falha no PN. É pouco compreensível entender o porquê de as gestantes, mesmo fazendo PN, não tiveram acesso aos exames adequados para o rastreio da sífilis gestacional, indicando uma baixa qualidade do PN.

Pesquisas confirmam que a baixa qualidade do PN é uma realidade nacional. Estudo realizado no Brasil com mulheres e história de sífilis materna e óbito fetal mostrou que, entre as pacientes que frequentaram o pré-natal, 30,8% não realizaram o VDRL; das que realizaram, 15,4% tiveram resultado não-reativo no único exame solicitado e nenhuma teve mais de um VDRL no pré-natal (NASCIMENTO et al, 2011). Pode-se observar que muitas oportunidades são perdidas para a triagem da infecção. É importante enfatizar que no estudo em questão 5,8% dos casos que tiveram diagnóstico no PN foram decorrente do segundo exame de VDRL, evitando de o diagnóstico ter acontecido apenas no momento do parto. Portanto, é necessário maior cuidado na implementação das recomendações do MS, principalmente quando da realização e qualidade do pré-natal.

A realização do segundo exame de VDRL teve relação com o desfecho desfavorável e apresentou importante significância estatística conforme apresentado na Tabela 5. Buscando os motivos que podem ter dificultado a realização desse segundo exame, encontrou-se os seguintes fatores que podem ser encontrados na Tabela 6: iniciar o pré-natal após o primeiro trimestre, o número de consultas inferior a seis e ter solicitado o primeiro exame ainda no primeiro trimestre. Tais achados mostram que é imprescindível iniciar o PN o mais precoce possível para a solicitação do segundo exame, para isso, é importante que haja a captação da gestante por meio do agente de saúde, o que pode contribuir para aumentar a cobertura de PN e para que as recomendações para o controle da SC sejam efetivamente realizadas, além disso, que o PN seja realizado com qualidade.

Entre os resultados reativos, 58,9% não fez o tratamento adequado para evitar a TV, os motivos que dificultaram o tratamento, na grande maioria das gestantes, foram: o não tratamento ou tratamento incompleto da gestante (44,5%); e o não tratamento ou o tratamento

incompleto do parceiro (60,5%), foi considerado o tratamento do parceiro entre aquelas que tinham parceiros no momento do parto. Nota-se que, no geral, as recomendações para a prevenção e controle da sífilis congênita como problema de saúde pública ainda precisam ser efetivamente incrementadas, uma vez que a situação não parece estar apresentando redução importante para controle até o ano de 2015, conforme pactuado.

Entre os casos que fizeram o tratamento, não foram identificados no cartão do PN, o VDRL mensal para o acompanhamento da eficácia do tratamento. É de suma importância, no entanto, o acompanhamento do tratamento através do VDRL mensal tendo em vista que mulheres estão chegando no parto com titulações elevadas, possivelmente por não terem tido êxito no tratamento durante o pré-natal pelos motivos citados.

Chama a atenção à quantidade de parceiro que não foram tratados adequadamente. Outros estudos mostram que um dos principais motivos que dificultam o tratamento da gestante é o não tratamento ou tratamento inadequado do parceiro (CAMPOS, 2010 et al; CAMPOS, et al 2012).

Vários são os motivos que levam a dificuldade do tratamento do parceiro, dentre os quais, a resistência que as mulheres apresentam em revelar a doença ao parceiro (COSTA et al, 2013). Um estudo realizado no município de Fortaleza envolvendo violência de gênero em mulheres com o diagnóstico de DST mostrou que a maioria (82%) sentiu medo para comunicar o diagnóstico da DST ao companheiro, e 68% sofreram algum tipo de violência após a revelação (ARAÚJO et al, 2012).

Houve uma grande quantidade de parceiros convocados (83%), no entanto tal achado contesta com a quantidade de parceiros adequadamente tratados (39,5%), sugerindo que pode ter havido falha na comunicação na convocação desse parceiros. É importante que a unidade de saúde tenha cuidado ao delegar a convocação do parceiro para o tratamento à mulher, pois pode haver dificuldades de comunicação e acometer em prejuízos ao tratamento adequado da mulher. Vale salientar que 91,7% das mulheres que tinham parceiros na ocasião do parto, moravam com eles, essa realidade pode facilitar a convocação do mesmo, uma possível estratégia é a convocação através do agente de saúde, que levaria a informação de forma profissional evitando o mal entendimento por parte do parceiro.

Possivelmente, essas mulheres já são vítimas de uma sífilis não/inadequadamente tratadas, pois 63 (46,0%) relataram alguma história de desfecho desfavorável (aborto

espontâneo, natimorto ou parto pré-maturo), além disso aproximadamente 20% relataram já ter tido história de úlcera genital, sintoma sugestivo de sífilis na fase primária (BRASIL, 2006a) indicando que a maioria está apresentando uma fase mais tardia da infecção, o que justifica também a baixa prevalência do desfecho desfavorável.

A má qualidade no pré-natal, trata-se de uma realidade global. Uma pesquisa mundial envolvendo desfecho desfavorável na gestação com sífilis mostrou que aproximadamente 66% dos casos que tiveram desfecho desfavorável na gestação ocorreu em mulheres que realizaram o PN e não foram testadas para a sífilis ou que não foram tratados para a infecção (NEWMAN, 2013).

7. CONCLUSÃO

Com esse estudo foi possível constatar que a prevalência de desfecho desfavorável encontrada em parturientes nas maternidades públicas de Fortaleza, Ceará, foi relativamente baixa. A baixa titulação do exame de VDRL pode justificar a prevalência encontrada, valores que podem estar relacionados a quantidade de mulheres que fizeram o tratamento adequado e/ou o estágio em que a infecção encontra-se.

Dos resultados obtidos, nota-se que as DST ainda encontram-se como um problema de saúde pública. Como se sabe, a sífilis é uma infecção de fácil diagnóstico e tratamento, no entanto, esses fatores não estão sendo suficientes para o alcance do seu controle, apesar de existirem muitas ações educativas voltadas a sua prevenção. A sífilis, assim como o HIV, encontra-se inserido em temas não só relacionados à saúde do adulto, como também da criança, tendo em vista que se trata de doença que pode ser transmitida no período da gestação, e resultando consequências nocivas para o bebê. Por esse motivo, faz-se necessário intensificar orientações voltadas à prevenção dessas doenças, pois as existentes não parecem surtir o efeito esperado.

A assistência à saúde da mulher, na rede pública, oferece diversos programas específicos, que abordam diferentes aspectos no cuidado com a sua saúde, como a prevenção ginecológica e o planejamento familiar. Talvez fosse oportuno tais momentos para abordar a temática de prevenção/detecção precoce da sífilis, através de orientações sobre a infecção e testes para o diagnóstico da mesma. Assim, seria possível amenizar a situação epidemiológica que a sífilis congênita apresenta no cenário atual.

As mulheres com VDRL reagente observadas no estudo apresentaram fatores sociais, comportamentais e institucionais característicos e semelhantes a outros estudos que abordaram o tema. Apesar da fácil terapêutica da infecção, o controle da infecção torna-se difícil por exigir uma intervenção holística, não restrita apenas ao aspecto da saúde, como muitas vezes é abordado quando doenças são tratadas.

A população do estudo foi constituída por mulheres jovens, com idade média de 24 anos. Tendo em vista que a idade reprodutiva pode variar até aproximadamente 40 anos de idade, essas mulheres poderão engravidar mais vezes, possibilitando novos nascimentos de crianças com sífilis congênita e desfecho desfavorável relacionado à infecção na gravidez. O

tratamento inadequado dessas mulheres durante a assistência pré-natal reforça essa possibilidade. É importante maior investimento envolvendo orientações sobre a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, enfatizando a importância do tratamento para a cura e controle dessa transmissão.

É incompreensível a quantidade de mulheres que apresentaram desfecho desfavorável na gestação, tendo em vista que quase todas tiveram pelo menos um contato com a assistência pré-natal. Falhas no desenvolvimento dessa assistência foram observadas tanto na questão dos profissionais que falharam no seguimento das recomendações do MS, quanto da própria mulher que muitas vezes não seguiu as orientações realizadas pelos profissionais.

Contudo, na Estratégia de Saúde da Família existem formas de evitar o desinteresse por parte do paciente em executar o tratamento solicitado pelo profissional, é o caso do acompanhamento da saúde através do agente comunitário, que tem por responsabilidade a identificação na comunidade de pessoas que precisam de assistência, como no caso a gestante. Diante dos resultados obtidos, conclui-se que, também, houve falhas por parte desses profissionais, pois deveriam ter feito maior monitoramento dessas gestantes na realização adequada da assistência durante o PN.

É importante mais participação por parte das autoridades de saúde na execução das recomendações preconizadas pelo MS, além de criar novas políticas interligando melhorias nos aspectos sociais, comportamentais e institucionais com o intuito controlar a sífilis na gestação e evitar o desfecho desfavorável na mesma. Com isso, gastos públicos com a saúde investidos no tratamento da sífilis congênita, poderiam ser minimizados ou, até mesmo, evitados. Não menos importante, um esforço efetivo pode contribuir para a diminuição, ou eliminação, do sofrimento emocional das mães desses bebês que podem nascer com baixo peso, pré-maturo ou até mesmo não nascer devido a interrupção da gestação característica da infecção.

Portanto, o presente trabalho concluiu que idade inferior a 29 anos, renda familiar abaixo de dois salários mínimos, baixo de seis consultas de pré-natal, não fazer o segundo VDRL durante o pré-natal e titulação do VDRL acima de 1:8 estão, de fato, relacionados à sífilis e desfechos desfavoráveis na gestação em mulheres admitidas em maternidades públicas de Fortaleza – CE, atingindo assim aos objetivos estabelecidos, tal constatação

aponta ser importante um olhar diferenciado à gestantes com sífilis que apresentam esse perfil, objetivando evitar as consequências desagradáveis da sífilis gestacional.

Pesquisas abordando essa temática continuam sendo importantes para ajudar na identificação dos motivos que dificultam o controle da sífilis na gestação e desfechos desfavoráveis relativos à infecção. Desta forma, serão listados alguns pontos que podem servir de base para pesquisas futuras:

- Identificar os motivos relacionados ao não seguimento das recomendações Ministério da Saúde por parte dos profissionais que realizam o pré-natal;
- Apontar as causas que dificultam a realização do tratamento adequado da sífilis durante a assistência pré-natal;
- Mostrar os motivos que levam ao não tratamento/ tratamento inadequado do parceiro para a infecção;
- Identificar as dificuldades encontradas pelo órgãos de fiscalização no controle da sífilis congênita.

REFERÊNCIAS

ADOLF, R.; BERCHT, F.; ARONI, M. L.; LUNARDI, L. W.; SCHECHTER, M.; SPRINZ, E. Prevalence and risk factors associated with syphilis in a cohort of HIV positive individuals in Brazil, **AIDS care**, v. 24, n. 2, 2012.

ALMEIDA, F. C. M. **Transmissão vertical da sífilis: Análise dos fatores intervenientes na morbimortalidade**. 2012. Dissertação mestrado, mestrado de Saúde pública, Universidade estadual do Ceará, Fortaleza-ce, 2012.

ANJOS, K. F.; SANTOS, V. C.; SOUZAS, R.; EUGÊNIO, B. G. Aborto e saúde pública no Brasil: reflexões sob a perspectiva dos direitos humanos. **Saúde em Debate**, v. 37, n. 98, 2013.

ARAÚJO, C.L.D.; SHIMIZU, H. E.; SOUSA H. I. A.; HAMANN, E. M. Incidência da sífilis congênita no Brasil e sua relação com a Estratégia Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**, v. 46, n. 3, 2012.

ARAÚJO, M. A. L.; ANDRADE, R. F. V.; CAVALCANTE, C. S.; PEREIRA, K. M. C.; Violência de gênero em mulheres com diagnóstico de doenças sexualmente transmissíveis no nordeste do Brasil. **Rev. Baiana de Saúde Pública**, v.36, n.3, 2012.

AVELLEIRA, J. C. R.; BOTTINO, G. Sífilis: Diagnóstico, Tratamento e controle. Educação Médica continuada. **Rev. Bras. Dermatol.**, v. 81, n. 2, 2006.

BLENCOWE, H.; COUSENS, S.; KAMB, M.; BERMAN, S.; LAWN, J. E. Lives saved tool supplement detection and treatment of syphilis in pregnancy to reduce syphilis related stillbirths and neonatal mortality. **BMC Public Health**, v.11, n.3, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico de Sífilis**. Brasília, D.F. 2012 a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico – Aids e DST**, ano II, n. 1 até semana epidemiológica 26^a- dezembro de 2013, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde-CNS. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. **Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Bioética, 2012c.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes para o controle da sífilis congênita: Manual de Bolso**. Brasília, 2006 a.

_____. Ministério da Saúde. **Manual de Controle de DST**. Brasília, 2006 d.

_____. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Políticas para as Mulheres**. Brasília, DF: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2004 a.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Plano de Ação 2004 – 2006**, Brasília, DF, 2004 b.

_____. Ministério da Saúde. **Prevalências e frequências relativas de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) em populações selecionadas de seis capitais brasileiras, 2005**. Brasília, D.F. 2008 a.

_____. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Controle de DST e Aids. Transmissão Vertical: Plano para reduzir infecção por HIV e sífilis em recém-nascido**. Brasília, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco / Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2012 b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações programáticas estratégicas. **Planejamento Familiar**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações programáticas estratégicas. Brasília, 2010 b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de vigilância epidemiológica**. 7. ed. Brasília, 2010 a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais**. Brasília, 2006 b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento Nacional de DST/AIDS e Hepatites Virais. Epidemiologia da AIDS. **Boletim Epidemiológico AIDS/DST**, v.10, n.12, 2011a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria executiva. Datasus (acesso em janeiro de 2014). Informações de Saúde. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?ibge/cnv/popce.def>

BRITO, V. O. C.; PARRA, D.; FACHINI, R.; BUCHALLA, C. M. Infecção pelo HIV, hepatites B e C e sífilis em moradores de rua, São Paulo. **Rev. Saúde Pública**, v.41, n.2, 2007

CAMPOS, A. L. A.; ARAÚJO, M. A. L.; MELO S. P.; GONÇALVES, M. L. C. Epidemiologia da sífilis gestacional em Fortaleza, Ceará, Brasil: um agravamento sem controle. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 9, 2010.

CAMPOS, A. L. D. A. et al. Sífilis em parturientes: aspectos relacionados ao parceiro sexual. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 34, n.9, 2012.

CEARÁ. Secretaria de Saúde do Estado. Coordenadoria de Promoção e Proteção à Saúde. Núcleo de Epidemiologia. **Informe epidemiológico sífilis congênita**. 2013.

CORRÊA, C. R. H.; BONADIO, I. C.; TSUNECHIRO, M. A.; Avaliação normativa do pré-natal em uma maternidade filantrópica de São Paulo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n.6, 2011.

COSTA, C. C.; FREITAS, L. V.; SOUSA, L. L. O.; CHAGAS, A. C. M.; LOPES, M. V. O.; DAMASCENO, A. K. C. Sífilis congênita no Ceará: análise epidemiológica de uma década. **Revista da escola de enfermagem da USP**, v.47, n.1, 2013.

DINIZ, G. Até que a vida ou a morte os separe: análise de paradoxos das relações violentas. FÉRES-CARNEIRO, T.(Org.). **Casal e Família (transmissão, conflito e violência)**. Casa do Psicólogo, 2013.

DOMINGUES, M. S. M.; SARACENI, V.; HARTZ, Z. M. A.; LEAL, M. C. L. Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal. **Rev Saúde Pública**, v. 47, n.1, 2013.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde, SINASC, 2014a.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Boletim Epidemiológico: aids, sífilis em gestantes e transmissão vertical da sífilis e do HIV**, v. 13, n. 3, 2009.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. Disponível em: < <http://fortaleza.ce.gov.br/sms> >. Acesso em: 14 de dez .2013.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. Investivação de sífilis congenital, SINAN-net, 2014b.

FREITAS, S. C. R. **Prevalência e fatores associados a sífilis em parturientes admitidas nas maternidades públicas de Fortaleza**, Ceará. Dissertação mestrado, mestrado em saúde coletiva, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-ce, 2010.

GRANGEIRO, A.; HOLCMAN, M. M.; ONAGA, E. T.; ALENCAR, H. D. R.; PLACCO, A. L. N.; TEIXEIRA, P. R. Prevalência e vulnerabilidade à infecção pelo HIV de moradores de rua em São Paulo, SP. **Rev Saude Publica**; v.46, n.4, 2012.

HAWKES, S.; MATIN, N.; BROUTET, N.; LOW, N. Effectiveness of interventions to improve screening for syphilis in pregnancy: a systematic review and meta-analysis. **Lancet Infect Dis**. v.11, 2011.

IBGE. **Pesquisa populacional por sexo**. Disponível em: < <http://serieestatisticas.ibge.gov.br/series.aspx?no=10&op=0&vcodigo=PD337&t=populacao-residente-sexo>>. Acesso em: 14 de jan.2014.

INCA. **Prevenção e detecção** Disponível em: <http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=13>. Acesso em: 8 dez. 2013.

KAZ, L.; LODDI, N.; ROÑON, N.; CHAVI, M. **Século XX, A mulher conquista o Brasil**; Rio de Janeiro, Aprazível Edições. 2009.

LIMA, L.H.M.; VIANA, M.C. Prevalence and risk factors for HIV, syphilis, 1. hepatitis B, hepatitis C, and HTLV-I/II infection in low-income postpartum and pregnant women in Greater Metropolitan Vitória, Espírito Santo State, Brazil. **Cad Saude Publica**. v. 25, n.3, 2009.

LIMA, M. G.; SANTOS, R. F. R.; BARBOSA, G. J. A.; RIBEIRO, G. S. Incidência e fatores de risco para sífilis congênita em Belo Horizonte, Minas Gerais, 2001-2008. **Ciência &Saúde Coletiva**, v.18, n.2, 2013.

MACHADO, M.F.A.S.; et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.2, 2007.

MAGALHÃES, D. M. S.; KAWAGUCHI, I. A. L.; DIAS, A.; CALDERON, I. M. P. Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. **Cad. Saúde Pública**, v.29, n.6, 2013.

MEDRONHO, R. A. et al. **Epidemiologia**. 2ªed. São Paulo: Editora Atheneu. 2009.

MIRANDA, A. E.; FIQUEREDO, N. C.; PINTO, V. M.; PAGE, K.; TALHARI, S. Risk factors for syphilis in Young woman attending a family health program in Vitória, Brazil, **Anais Brasileiro de Dermatologia**, v. 87, n.1, 2012.

MORAES, C. L.; ARANA, F. D. N.; REICHENHEIM, M. E. Violência física entre parceiros íntimos na gestação como fator de risco para a má qualidade do pré-natal. **Rev Saúde Pública**, v.44 n.4, 2010.

MUNKHUU, B. et al. One-stop service for antenatal syphilis screening and prevention of congenital syphilis in Ulaanbaatar, Mongolia: a cluster randomized trial. **Sex Transm Dis.**, v. 36, n.11, 2009.

NEWMAN, L.; KAMB, M.; HAWKES, S.; GOMEZ, G.; SAY, L.; SEUC, A.; BROUTET, N. Global Estimates of Syphilis in Pregnancy and Associated Adverse Outcomes: Analysis of Multinational Antenatal Surveillance Data. **PLoS Med**, v.10, n.2, 2013.

NICOLAU, A. I. O.; RIBEIRO, S. G.; LESSA, P. R. A.; MONTE, A. S.; FERREIRA, R. C. N.; PINHEIRO, A. K. B. Retrato da realidade socioeconômica e sexual de mulheres presidiárias. **Acta paul. Enferm**, v.25, n.3, 2012.

PARKER, L. A.; DESCHUTTER, E. J.; LLINARES, H. A. ; BORNAY-LINARES, F. J.; HERNANDEZ-AGUADO, I.; SILVA, G.; PIRAGINE, R. C.; LUMBRERAS, B. Clinical and socioeconomic determinants of congenital syphilis in Posadas, Argentina. **International Journal of Infectious Diseases**, v.16, 2012.

RODRIGUES, C. S.; GUIMARÃES, M. D. C.; CÉSAR, C. C. Missed opportunities for congenital syphilis and HIV perinatal transmission prevention. **Rev. Saúde Pública**, v. 42, n. 5, 2008.

SACARANI, V.; MIRANDA, A. E. Relação entre a cobertura da Estratégia da família e o diagnóstico de sífilis na gestação e sífilis congênita. **Cad. Saúde Pública**. v. 28, n.3, 2012.

SANTOS, N. J. S.; BARBOSA, R.M.; PINHO A.A.; VILLELA, W.V.; AIDAR, T.; FILIPI, E.M. contextos de vulnerabilidade para o HIV entre mulheres brasileiras. **Cad Saúde Pública**. v.25, 2009.

SERAFIM, A. S. ; MORETTI, G. P. ; SERAFIM, G. S. ; NIERO, C. V. ; ROSA, M. I. ; PIRES, M. M. S. ; SIMOES, P. W. T. A. Incidence of congenital syphilis in the South Region of Brazil. **Revista da Sociedade Bras de Med Tropical**, v.47, n.2, 2014.

SOEIRO, C. M. O.; MIRANDA, A. E.; SACENI, V.; SANTOS, M. C. S.; TALHARI, S.; FERREIRA, L. C. L. Syphilis in pregnancy and congenital syphilis in Amazonas State, Brazil: an evaluation using database linkage. **Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro**, v. 30, n.

4, 2014.

TABISZ, L.; BOBATO, C. T. ; CARVALHO, M. F. U. ; TALIMURA, M. ; REDA, S ; PUNDEK, M. R. Z. Sífilis, uma doença reemergente. **Rev. Med. Res**, v.14, n.3, 2012.

VILLELA, W. V., OLIVEIRA, E.M.G. Saúde da Mulher e Integralidade: Confluências e Desencontros. **In: Razões Públicas para a integralidade em Saúde: o cuidado como valor**, 1º Ed, Rio de Janeiro: CEPESC, p. 317-332, 2007.

WHO. **Eliminação mundial da sífilis congênita: fundamento lógico e estratégia para acção**. World Health Organization, 2008.

WHO. **Investment case for eliminating mother-to-child transmission of syphilis: promoting better maternal and child health and stronger health system**. Geneva: World Health Organization, 2012.

WHO. **Sexually transmitted and other reproductive tract infections**. A guide to essential practice, 2005.

WHO. **The Global elimination of congenital syphilis: rationale and strategy for action**. Geneva: World Health Organization, 2007.

APÊNDICE 01 – Entrevistas com as mulheres nas maternidades



FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ
UNIVERSIDADE DE FORTALEZA
Vice-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação – VRPPG
Centro de Ciências da Saúde – CCS
Mestrado em Saúde Coletiva - MSC

QUESTIONÁRIO N^o

DADOS GERAIS

1. Maternidade: _____ 2. n^o do prontuário: _____
3. Idade gestacional (em semanas): _____
4. Motivo da internação: () Parto a termo () Aborto () Parto com prematuro () Parto com natimorto () Parto com RN baixo peso ao nascer
- 4.1 Peso do Recém-nascido: _____
5. Procurou outra maternidade de antes de ser admitida nessa? () Sim () Não
6. Se sim, recebeu algum atendimento nessa maternidade? () Sim () Não

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

7. Idade: _____
8. Cor da pele: () branca () parda () negra () amarela () indígena
9. Estado civil: () casada/união estável () solteira sem parceiro () Solteira com parceiro
10. Procedência: () Fortaleza () Interior do estado
11. Já morou ou mora na rua? () sim () não
12. Frequenta escola? () sim () não
- 12.1 Escolaridade (em anos de estudo): _____
13. Trabalha? () sim () não
- 13.1 Ocupação: _____
14. Renda pessoal (em reais): _____ 14.1 Renda familiar (em reais): _____

DADOS OBSTÉTRICOS

A) Relacionados ao pré-natal (coletar também no cartão da gestante)

15. Data da Última menstruação: _____ () desconhecido
16. Apresentou o cartão do pré-natal? () Sim () Não
- 16.1 **SE SIM**, responda o quadro abaixo baseado no cartão. **SE NÃO**, faça as perguntas que forem possíveis de resposta para a parturiente.
17. Realizou pré-natal? () sim () não
18. Início do pré-natal (IG em semanas): _____
19. N^o consultas de pré-natal: _____
20. Local do pré-natal: () unidade primária () outra: _____
21. Profissional que realizou: () médico () enfermeiro () Médico e enfermeiro () Não informado
- 21.1 Se médico, qual a nacionalidade do médico? () Brasileiro () Estrangeiro

22. Realizou VDRL no pré-natal: () Sim () Não
23. Data que realizou o 1º VDRL: _____
- 23.1 Se reagente, titulação: _____
- 23.2 Primeira consulta após o 1º exame: _____
24. Data que realizou o 2º VDRL: _____
- 24.1 Se reagente, titulação: _____
- 24.2 Primeira consulta após o 2º exame: _____
25. Teve diagnóstico de sífilis durante o pré-natal?
() sim () não
- 25.1. Se sim, responda o quadro abaixo:
26. Realizou FTA-Abs: () sim () não () não informado
27. Tratou com PB: () sim () não () não informado
Se sim, nº doses: () 1 () 2 () 3
28. Realizou VDRL mensal? () sim () não () não inf.
29. Realizou sorologia HIV no pré-natal? () sim () não () não inf.
30. Resultado: () reagente () não reagente () não informado
31. Realizou o teste rápido para sífilis no pré-natal: () sim () não
- 31.1 Se sim: () reagente () não reagente.
32. Realizou o teste rápido para HIV no Pré-natal: () sim () não
- 32.1 Se sim: () reagente () não reagente
33. Teve outras gestações? () Sim () Não
- 33.1 Número de partos: _____ 33.2 Número de criança Vivas: _____
- 33.3 Número de pré-maturos: _____ 33.4 Número de natimortos: _____
- 33.5 Número de abortos: _____
34. Número de abortos provocados: _____ 34.2 Número de abortos espontâneos: _____
35. Recebeu a visita de alguém do posto de saúde em casa durante o pré-natal: () Sim () Não
- 35.1 Se sim, quem? () Médico () Enfermeiro () Agente de saúde

B) Relacionados à atenção na maternidade (coletar também na ficha de admissão e no prontuário)

36. Resultado do VDRL, titulação: _____
37. Realizou o Ftabs, () Sim () Não
- 37.1 Se Sim, Resultado do Ftabs: () reagente () não reagente
38. Realizou IGG e IGM () Sim () Não
- 38.1 Se sim, IGM () reagente () não reagente IGG () reagente () não reagente
39. Foi prescrito tratamento com PB: () sim () não
- 39.1 Se sim, aceitou ser tratada () Sim () Não
40. Realizou o teste rápido para HIV na maternidade: () sim () não
- 40.1 Se sim: () reagente () não reagente

DADOS COMPORTAMENTAIS (coletar com a parturiente)

41. Início atividade sexual: _____
42. Nº de parceiros sexuais na vida: _____
43. Nº parceiro no último ano: _____
44. Nº parceiros nos últimos 3 meses: _____
45. Você planejou essa gravidez? () Sim () Não
46. Tomou algum remédio para tirar o bebê? () Sim () Não
47. Tem parceiro atualmente: () sim () não
48. Atualmente, mora com seu parceiro: () sim () não
49. O parceiro atual é o pai do bebê? () Sim () Não
50. Além do parceiro, se relaciona sexualmente com mais alguém? () Sim () Não
51. Você usou preservativo durante essa gravidez? () sim () não
- 51.1 Se sim, com qual frequência: () sempre () as vezes
52. Já conhecia o diagnóstico da sífilis antes da gestação? () sim () não () não sabe informar
53. Você fez uso de álcool durante a gravidez? () Sim () Não
54. Você fez uso de cigarro durante a gravidez? () Sim () Não
55. Você fez uso droga durante a gravidez? () Sim () Não
- 55.1 Se sim, Qual? _____
56. Você já foi presa: () sim () não Motivo: _____
57. Você já teve relação sexual forçada? () sim () não
- 57.1 Se sim, com quem? () parceiro () outro _____
58. Já sofreu algum tipo de violência Física de algum parceiro: () sim () não
59. Já sofreu algum tipo de violência física do pai do bebê: () sim () não
60. Já teve relação sexual por dinheiro/benefício? () sim () não
61. Já teve relação sexual com que esteve/está preso: () sim () não () não sabe
62. Já teve relação sexual com que usou/usa drogas: () sim () não () não sabe
63. Você já teve alguma vez na vida: () corrimento genital () ferida genital () verruga genital
() vesícula genital
64. Você já transou com alguém que teve: () corrimento genital () ferida genital () verruga genital () vesícula genital () não sabe
- 65. A parturiente possuía durante a gestação alguma patologia que poderia interferir no desfecho? (Ver no cartão do pré-natal ou na admissão para o parto)**
() Sim () Não

82.1 Se sim escrever abaixo da patologia.

Responsável pela coleta: _____ **Data da coleta:** _____

APÊNDICE 02–Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Usuários(as)

Prezado(a) Senhor(a),

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada “**Determinantes institucionais, sociais e comportamentais relacionados à sífilis e desfechos desfavoráveis na gestação em Fortaleza, Ceará**”. Esta pesquisa terá duração de 12 meses e tem como objetivo avaliar as ações e estratégias desenvolvidas para a eliminação da sífilis congênita como problema de saúde pública no município de Fortaleza, Ceará.

A sua participação é de suma importância e ocorrerá por meio da aplicação de um questionário, realizada por um entrevistador devidamente treinado.

Sua participação no estudo não implicará em custos adicionais e você não terá qualquer despesa com a realização dos procedimentos previstos neste estudo. Assinando esse consentimento, você não desiste de nenhum de seus direitos e não libera os investigadores de suas responsabilidades legais e profissionais no caso de alguma situação que lhe prejudique.

Sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento você pode recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição em que você trabalha.

Caso surja alguma dúvida quanto à ética do estudo, você deverá se reportar ao Comitê de Ética em Pesquisas envolvendo seres humanos – subordinado ao Conselho Nacional de Ética em Pesquisa, órgão do Ministério da Saúde, através de solicitação ao representante de pesquisa, que estará sob contato permanente, ou contactando o Comitê de Ética em Pesquisa desta instituição, no telefone (85) 3477.3000.

Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial e será assegurado o completo sigilo de sua identidade, inclusive quando houver a divulgação dos resultados em congressos e em periódicos científicos. Não serão publicados dados ou informações que possibilitem sua identificação. Os resultados da pesquisa serão devolvidos aos sujeitos pesquisados através de seminários, previstos para acontecer no final do período de vigência do estudo.

Participante da pesquisa

Pesquisador

Após a leitura e sua aceitação em participar da pesquisa, solicitamos que seja rubricada todas as páginas desse documento bem como que seja assinado ao final do mesmo o seu nome juntamente como o nome do pesquisador responsável.

Eu, _____, declaro que fui completamente orientado acerca das questões que envolvem o estudo sobre os **“Determinantes institucionais, sociais e comportamentais relacionados à sífilis e desfechos desfavoráveis na gestação em Fortaleza, Ceará”**, de acordo com sua natureza, propósito e duração.

Declaro também que pude fazer questionamentos sobre todos os aspectos do estudo, que recebi uma cópia da folha de informações para os participantes, a qual li compreendi e me deu plena liberdade para decidir acerca da minha espontânea participação. Estou ciente que sou livre para sair do estudo a qualquer momento, se assim desejar e que minha identidade jamais será publicada. Os dados colhidos poderão ser examinados por pessoas envolvidas no estudo com autorização delegada do investigador. Estou recebendo uma cópia assinada deste Termo.

Diante do exposto, concordo em participar do presente estudo.

Nome: _____ Data: _____

Assinatura: _____

Investigador:

Nome: _____ Data: _____

Assinatura: _____

Coordenador da pesquisa: Maria Alix Leite Araújo

UNIFOR - Av. Washington Soares, 1321 – Edson Queiróz, Fortaleza, CE.

CEP: 60811-905. E-mail: mleite@unifor.br. Tel: (85) 3477.3385

Comitê de Ética em Pesquisa

UNIFOR - Av. Washington Soares, 1321 – Edson Queiróz, Fortaleza, CE.

CEP: 60811-905. E-mail: coetica@unifor.br. Tel: (85) 3477.3122

Participante da pesquisa

Pesquisador

ANEXOS

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação das ações e estratégias desenvolvidas para a eliminação da sífilis congênita no município de Fortaleza.

Pesquisador: MARIA ALIX LEITE ARAÚJO

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 17804713.6.0000.5052

Instituição Proponente: Fundação Edson Queiroz

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 468.751

Data da Relatoria: 22/11/2013

Apresentação do Projeto:

A sífilis na gestante pode ser transmitida para o feto levando a quadros de sífilis congênita (SC) e provocando consequências graves como abortamento, prematuridade, retardo do crescimento intrauterino, morte fetal e neonatal e danos tardios à saúde. No Brasil, a prevenção as SC parece estar longe de ser alcançada apesar de existirem políticas públicas definidas para o seu enfrentamento. Estudo avaliativo que acontecerá nos anos de 2013 e 2014 e utilizará a triangulação de técnicas e métodos das abordagens quantitativa e

qualitativa. Será desenvolvido no município de Fortaleza, Ceará que dispõe de um conjunto de 92 unidades de atenção primária e dezessete hospitais, sendo sete maternidades (quatro municipais, duas estaduais e uma federal). A coleta de dados ocorrerá em unidades primárias de saúde, maternidades, domicílios e será realizada em duas etapas: A quantitativa que ocorrerá por meio da aplicação de questionários, check list e análise documental (prontuários, fichas de notificação, cartões da gestante e os Sistemas de Informação em Saúde, etc.). Os dados serão digitados e analisados no Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 19.0 e serão realizadas análises univariada, bivariada e multivariada. Adotar-se-á o teste do qui-quadrado de Pearson para analisar diferenças entre as variáveis categóricas, estabelecendo nível de significância de

Endereço: Av. Washington Soares 1321 Bloco da Reitoria

Bairro: sala da VRPPG - Edson Queiroz **CEP:** 60.811-905

UF: CE **Município:** FORTALEZA

Telefone: (85)3477-3122

Fax: (85)3477-3056

E-mail: coetica@unifor.br

Continuação do Parecer: 468.751

5%. A análise multivariada será realizada no STATA versão 11.0 por meio do modelo de regressão logística, utilizando-se a técnica de Stepwise. Será utilizada a razão de chances (OR) com intervalo de confiança de 95%. A coleta de dados qualitativos será realizada por meio de entrevistas, grupos focais, observações e análise de documentos. As entrevistas serão gravadas com a permissão dos participantes. Os dados coletados serão categorizados e analisados à luz da análise temática e da narrativa. O propósito é entender o ponto de vista dos sujeitos envolvidos com a problemática da SC, suas ações e seus papéis dentro do contexto social.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar as ações e estratégias desenvolvidas para a eliminação da sífilis congênita como problema de saúde pública no município de Fortaleza, Ceará.

Objetivo Secundário:

Identificar aspectos sociodemográficos e epidemiológicos associados com o risco e vulnerabilidade relacionadas a sífilis na gestação; Analisar o impacto da sífilis gestacional como causa de prematuridade, mortalidade neonatal e infantil. Avaliar as ações e estratégias efetivamente implantadas e implementadas nas unidades primárias de saúde e maternidades para eliminação da SC; Identificar as barreiras institucionais e atitudinais dos profissionais para a implementação das políticas de eliminação da SC; Compreender os aspectos que dificultam o tratamento dos parceiros sexuais de gestantes portadoras de sífilis; Avaliar factibilidade, aceitabilidade e viabilidade da implantação e implementação dos testes rápidos treponêmicos para diagnóstico de sífilis em unidades primárias de saúde e maternidades;

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos são mínimos tratando-se de uma pesquisa de caráter observacional. Mesmo assim, todos os esforços serão tomados para que os mesmos sejam minimizados. Como se trata de uma pesquisa com gestantes portadoras de sífilis, o envolvimento dos parceiros sexuais das gestantes só acontecerá após ter sido confirmado na unidade que o mesmo tomou ciência do diagnóstico de sífilis da mesma. Caso o parceiro desconheça o diagnóstico, não será incluído em nenhum momento no estudo, quando se tratar de questões relativas a essa questão. Na ocasião das entrevistas, caso as pessoas ainda não tenha recebido o tratamento, será feito o aconselhamento e encaminhamento do portador da sífilis à unidade para tratamento.

Benefícios:

Endereço: Av. Washington Soares 1321 Bloco da Reitoria

Bairro: sala da VRPPG - Edson Queiroz

CEP: 60.811-905

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3477-3122

Fax: (85)3477-3056

E-mail: coetica@unifor.br

Continuação do Parecer: 468.751

São muitos os benefícios que podem ser proporcionados com os resultados desse estudo: Contribuir para a identificação e elaboração de estratégias factíveis de serem desenvolvidas nos serviços de saúde visando tornar possível o controle da epidemia de sífilis; Factibilidade e aplicabilidade dos resultados no SUS, considerando que é possível proporcionar subsídios aos responsáveis pelas políticas públicas de saúde acerca das questões envolvidas com o problema da sífilis na gestante e da SC; Contribuir com o planejamento de intervenções, para melhoria da qualidade da assistência prestada à mulher, ao parceiro sexual e ao RN.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto apresenta-se de forma coerente entre os objetivos, metodologia bem como a sua relevância para a academia e a sua contribuição social.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CEP_355501.pdf

PB_XML_INTERFACE_REBEC.xml

PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_178047.pdf

TCLE com rubrica.doc

carta de anuência carimbada e assinada.pdf

Projeto sífilis plataforma brasil 03_06_13.doc

TCUD.doc

Folha de Rosto.pdf

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após análise na íntegra do protocolo de pesquisa conclui-se que o mesmo atende às Normas e Diretrizes Regulamentadoras da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos -Res.466/12 CNS/MS.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O colegiado acata o parecer de Aprovação do projeto e esclarece: Apresentação de relatório parcial e final; A pesquisa deve ser desenvolvida conforme delineada no protocolo aprovado; O CEP deve ser informado dos efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal da pesquisa;

Endereço: Av. Washington Soares 1321Bloco da Reitoria

Bairro: sala da VRPPG - Edson Queiroz **CEP:** 60.811-905

UF: CE **Município:** FORTALEZA

Telefone: (85)3477-3122 **Fax:** (85)3477-3056 **E-mail:** coetica@unifor.br

UNIVERSIDADE DE
FORTALEZA (UNIFOR)/
FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ



Continuação do Parecer: 468.751

Emendas ou modificações ao protocolo de pesquisa devem ser enviadas ao CEP para apreciação ética.

FORTALEZA, 26 de Novembro de 2013

Assinador por:
Marília Joffily Pereira da Costa Parahyba
(Coordenador)

Endereço: Av. Washington Soares 1321 Bloco da Reitoria
Bairro: sala da VRPPG - Edson Queiroz **CEP:** 60.811-905
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3477-3122 **Fax:** (85)3477-3056 **E-mail:** coetica@unifor.br

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação das ações e estratégias desenvolvidas para a eliminação da sífilis congênita no município de Fortaleza.

Pesquisador: MARIA ALIX LEITE ARAÚJO

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 17804713.6.3002.5041

Instituição Proponente: Fundação Edson Queiroz

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 602.011-0

Data da Relatoria: 06/12/2013

Apresentação do Projeto:

Avaliação das ações e estratégias desenvolvidas para a eliminação da sífilis congênita no município de Fortaleza, Ceará

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo primário

Avaliar as ações e estratégias desenvolvidas para a eliminação da sífilis congênita como problema de saúde pública no município de Fortaleza, Ceará.

Objetivo secundário

Identificar aspectos sociodemográficos e epidemiológicos associados com o risco e vulnerabilidade relacionadas a sífilis na gestação;

Analisar o impacto da sífilis gestacional como causa de prematuridade, mortalidade neonatal e infantil.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos são mínimos tratando-se de uma pesquisa de caráter observacional. Mesmo assim, todos os esforços serão tomados para que os mesmos sejam minimizados. Como se trata de uma

Endereço: Av. Imperador, nº 372

Bairro: Centro

CEP: 60.015-052

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (853)101--5354

Fax: (853)101--5354

E-mail: ceap@hgcc.ce.gov.br

Continuação do Parecer: 602.011-0

pesquisa com gestantes portadoras de sífilis, o envolvimento dos parceiros sexuais das gestantes só acontecerá após ter sido confirmado na unidade que o mesmo tomou ciência do diagnóstico de sífilis da mesma. Caso o parceiro desconheça o diagnóstico, não será incluído em nenhum momento no estudo, quando se tratar de questões relativas a essa questão. São muitos os benefícios que podem ser proporcionados com os resultados desse estudo:

- ζ Contribuir para a identificação e elaboração de estratégias factíveis de serem desenvolvidas nos serviços de saúde visando tornar possível o controle da epidemia de sífilis;
- ζ Factibilidade e aplicabilidade dos resultados no SUS, considerando que é possível proporcionar subsídios aos responsáveis pelas políticas públicas de saúde acerca das questões envolvidas com o problema da sífilis na gestante e da SC;
- ζ Contribuir com o planejamento de intervenções, para melhoria da qualidade da assistência prestada à mulher, ao parceiro sexual e ao RN.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

As pesquisas que aprofundem o conhecimento acerca dos aspectos que têm dificultado o controle da epidemia de sífilis na gestante e na criança em Fortaleza, são bem vindas, principalmente se o propósito é contribuir para a identificação e elaboração de estratégias factíveis de serem desenvolvidas nos serviços de saúde visando tornar possível o controle da epidemia de sífilis e conseqüentemente contribuir para a melhoria da atenção pré-natal e para redução da mortalidade infantil.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Pesquisa bem apresentada e fundamentada.

Recomendações:

nenhuma.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

nenhuma.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Av. Imperador, nº 372

Bairro: Centro

CEP: 60.015-052

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (853)101--5354

Fax: (853)101--5354

E-mail: ceap@hgcc.ce.gov.br

HOSPITAL GERAL DR. CÉSAR
CALS/SES/SUS



Continuação do Parecer: 602.011-0

FORTALEZA, 12 de Abril de 2014

Assinador por:
ANTONIO LUIZ CARNEIRO JERONIMO
(Coordenador)

Este parecer reemitido substitui o parecer número 602011 gerado na data 17/12/2013 22:37:23, onde o número CAAE foi alterado de 17804713.6.0000.5052 para 17804713.6.3002.5041.

Endereço: Av. Imperador, nº 372

Bairro: Centro

CEP: 60.015-052

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (853)101--5354

Fax: (853)101--5354

E-mail: ceap@hgcc.ce.gov.br

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação das ações e estratégias desenvolvidas para a eliminação da sífilis congênita no município de Fortaleza.

Pesquisador: MARIA ALIX LEITE ARAÚJO

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 17804713.6.3001.5040

Instituição Proponente: Fundação Edson Queiroz

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 602.008-0

Data da Relatoria: 04/12/2013

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo avaliativo, utilizará a triangulação de técnicas e métodos de pesquisa utilizando os caminhos metodológicos das abordagens quantitativa e qualitativa. O objetivo é obter maior abrangência e compreensão dos aspectos relacionados ao problema da SC em Fortaleza, Ceará.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar as ações e estratégias desenvolvidas para a eliminação da sífilis congênita como problema de saúde pública no município de Fortaleza, Ceará.

Objetivo Secundário:

Identificar aspectos sociodemográficos e epidemiológicos associados com o risco e vulnerabilidade relacionadas a sífilis na gestação; Analisar o impacto da sífilis gestacional como causa de prematuridade, mortalidade neonatal e infantil. Avaliar as ações e estratégias efetivamente implantadas e implementadas nas unidades primárias de saúde e maternidades para eliminação da SC; Identificar as barreiras institucionais e atitudinais dos profissionais para a implementação das políticas de eliminação da SC; Compreender os aspectos que dificultam o tratamento dos parceiros sexuais de gestantes portadoras de sífilis; Avaliar factibilidade, aceitabilidade e viabilidade da

Endereço: Rua Avila Goulart, nº 900

Bairro: Papicú

CEP: 60.155-290

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-7078

Fax: (85)3101-3163

E-mail: cep@hgf.ce.gov.br

Continuação do Parecer: 602.008-0

implantação e implementação dos testes rápidos treponêmicos para diagnóstico de sífilis em unidades primárias de saúde e maternidades;

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo a pesquisadora os riscos são mínimos tratando-se de uma pesquisa de caráter observacional. Mesmo assim, todos os esforços serão tomados para que os mesmos sejam minimizados.

Segundo a pesquisadora são muitos os benefícios que podem ser proporcionados com os resultados desse estudo: Contribuir para a identificação e elaboração de estratégias factíveis de serem desenvolvidas nos serviços de saúde visando tornar possível o controle da epidemia de sífilis; Factibilidade e aplicabilidade dos resultados no SUS, considerando que é possível proporcionar subsídios aos responsáveis pelas políticas públicas de saúde acerca das questões envolvidas com o problema da sífilis na gestante e da SC; Contribuir com o planejamento de intervenções, para melhoria da qualidade da assistência prestada à mulher, ao parceiro sexual e ao RN.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante, já passou por outro comite

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta Folha de Rosto, Cronograma, Orçamento, TCLE e Termo de anuência do chefe de serviço do HGF

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto aprovado

Endereço: Rua Avila Goulart, nº 900

Bairro: Papicú

CEP: 60.155-290

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-7078

Fax: (85)3101-3163

E-mail: cep@hgf.ce.gov.br

HOSPITAL GERAL DE
FORTALEZA/SUS



Continuação do Parecer: 602.008-0

FORTALEZA, 12 de Abril de 2014

Assinador por:
Ilvana Lima Verde Gomes
(Coordenador)

Este parecer reemitido substitui o parecer número 602008 gerado na data 10/04/2014 14:45:35, onde o número CAAE foi alterado de 17804713.6.0000.5052 para 17804713.6.3001.5040.

Endereço: Rua Avila Goulart, nº 900

Bairro: Papicú

CEP: 60.155-290

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-7078

Fax: (85)3101-3163

E-mail: cep@hgf.ce.gov.br

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação das ações e estratégias desenvolvidas para a eliminação da sífilis congênita no município de Fortaleza.

Pesquisador: MARIA ALIX LEITE ARAÚJO

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 17804713.6.0000.5052

Instituição Proponente: Fundação Edson Queiroz

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 499.736

Data da Relatoria: 18/12/2013

Apresentação do Projeto:

Avaliação das ações e estratégias desenvolvidas para a eliminação da sífilis congênita no município de Fortaleza.

Projeto que tem como instituição proponente a Universidade de Fortaleza, aprovado pelo CEP da instituição em 09.08.2013, parecer 355.288 e pelo CEP do Hospital Geral César Cals em 06.12.2013, parecer 498.675, carta de anuência da secretária de saúde de Fortaleza de 28.05.2013

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar as ações e estratégias desenvolvidas para a eliminação da sífilis congênita como problema de saúde pública no município de Fortaleza,

Ceará; Identificar aspectos sociodemográficos e epidemiológicos associados com o risco e vulnerabilidade relacionadas a sífilis na gestação; Analisar o impacto da sífilis gestacional como causa de prematuridade, mortalidade neonatal e infantil. Avaliar as ações e estratégias efetivamente implantadas e implementadas nas unidades primárias de saúde e maternidades para eliminação da SC; Identificar as barreiras institucionais e atitudinais dos profissionais para a implementação das políticas de eliminação da SC; Compreender os aspectos que dificultam o tratamento dos parceiros sexuais de gestantes portadoras de sífilis; Avaliar factibilidade,

Endereço: Rua Cel Nunes de Melo, s/n

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-270

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8569

Fax: (85)3366-8528

E-mail: meloventura@uol.com.br

Continuação do Parecer: 499.736

aceitabilidade e viabilidade da implantação e implementação dos testes rápidos treponêmicos para diagnóstico de sífilis em unidades primárias de saúde e maternidades.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:mínimos tratando-se de uma pesquisa de caráter observacional.

Benefícios:Contribuir para a identificação e elaboração de estratégias factíveis de serem desenvolvidas nos serviços de saúde visando tornar possível o controle da epidemia de sífilis; Factibilidade e aplicabilidade dos resultados no SUS, considerando que é possível proporcionar subsídios aos responsáveis pelas políticas públicas de saúde

acerca das questões envolvidas com o problema da sífilis na gestante e da SC; Contribuir com o planejamento de intervenções, para melhoria da qualidade da assistência prestada à mulher, ao parceiro sexual e ao RN.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Consideramos de relevância para a saúde pública e concordamos com a aprovação dos comitês que antecederam a análise deste CEP.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Contemplados exceto com relação a carta de anuência da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC).

Recomendações:

Adicionar carta de anuência da MEAC

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Somos pela liberação do projeto para execução após anexada a carta de anuência da MEAC.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Somos pela liberação do projeto para execução após anexada a carta de anuência da

Endereço: Rua Cel Nunes de Melo, s/n

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-270

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8569

Fax: (85)3366-8528

E-mail: meloventura@uol.com.br

MATERNIDADE ESCOLA ASSIS
CHATEAUBRIAND/ MEAC/ UFC



Continuação do Parecer: 499.736

FORTALEZA, 18 de Dezembro de 2013

Assinador por:
Maria Sidneuma Melo Ventura
(Coordenador)

Endereço: Rua Cel Nunes de Melo, s/n

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-270

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8569

Fax: (85)3366-8528

E-mail: meloventura@uol.com.br