



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

**SÍLVIO CARLOS ROCHA DE FREITAS**

**PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À SÍFILIS EM  
PARTURIENTES ADMITIDAS NAS MATERNIDADES  
PÚBLICAS DE FORTALEZA, CEARÁ.**

**FORTALEZA – CEARÁ  
2010**

**SÍLVIO CARLOS ROCHA DE FREITAS**

**PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À SÍFILIS EM  
PARTURIENTES ADMITIDAS NAS 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.

**Orientadora:** Prof. Dra. Maria Alix Leite Araújo

**Fortaleza-CE  
2010**

---

F866p Freitas, Sílvio Carlos Rocha de.

Prevalência e fatores associados à sífilis em parturientes admitidas nas maternidades públicas de Fortaleza, Ceará / Sílvio Carlos Rocha de Freitas. - 2010.  
72 f.

Dissertação (mestrado) – Universidade de Fortaleza, 2010.  
“Orientação: Profa. Dra. Maria Alix Leite Araújo.”

1. Sífilis. 2. Gravidez. 3. Doenças sexualmente transmissíveis. 4. Saúde pública.  
I. Título.

CDU 616.972

---

**SÍLVIO CARLOS ROCHA DE FREITAS**

**PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À SÍFILIS EM  
PARTURIENTES ADMITIDAS NAS MATERNIDADES  
PÚBLICAS DE FORTALEZA, CEARÁ.**

Orientadora: Profa. Dra. Maria Alix Leite Araújo

Linha de Pesquisa:

Data de aprovação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Banca Examinadora**

---

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

---

Prof. Dra. Ana Paula Soares Gondim  
Membro Efetivo – UNIFOR.

---

Prof. Dra. Zenilda Vieira Bruno  
Membro Efetivo – UFC.

Aos meus filhos Marina Martins, Matheus e Sílvio Júnior pela ajuda na digitação de alguns dados e pela grande compreensão e amor dedicados durante esse prolongado período de relativa ausência de suas vidas.

## **AGRADECIMENTOS**

À natureza por ser parte e ter a oportunidade de ganhar conhecimentos para tentar melhor compreendê-la por fora e por dentro de cada um dos homens.

Aos meus filhos pela maneira particular como cada um superou esses dias de intensificação da minha já costumeira ausência.

À minha orientadora Professora Dra. Maria Alix Leite Araújo, pela sabedoria, pela paciência e pela impaciência em alguns momentos.

Ao grande amigo Artênio Barbosa Rodrigues, pelo incentivo e pelo encorajamento para enfrentar e vencer mais um desafio na vida.

Aos Diretores do HDGM-Messejana e do HGCCO, Dr. Antônio Eusébio e Dr. Valdy Menezes, pela compreensão e pelo entendimento da relativa ausência do trabalho.

A todo o corpo docente e aos funcionários do Mestrado em Saúde Coletiva pelo incentivo e colaboração.

Aos colaboradores, alunas pesquisadoras e funcionários dos Hospitais participantes da pesquisa, sem a participação dos quais a pesquisa teria se tornado inviável.

Às minhas secretárias e amigas Euza, Rosângela e Valdene pelo apoio e auxílio contínuos.

Aos meus pacientes, homens, mulheres e crianças, pela sensação de satisfação e paz interior que me proporcionam.

Aos meus alunos pelo estímulo de estar sempre buscando mais conhecimentos e pela certeza de que nada será em vão.

## SUMÁRIO

|   |    |
|---|----|
| 1 INTRODUÇÃO.....   | 11 |
| 1.1 Pré-natal: estratégia de combate à sífilis na gestação..... | 15 |
| 1.2 DST e outros fatores associados à sífilis na gestação.....  | 26 |
| 2 OBJETIVOS.....  | 31 |
| 2.1 Geral.....  | 31 |
| 2.2 Específicos.....  | 31 |
| 3 METODOLOGIA.....  | 32 |
| 3.1 Tipo de estudo.....   | 32 |
| 3.2 Local do estudo.....  | 32 |
| 3.3 População e amostra.....                                    | 33 |
| 3.4 Coleta de dados.....  | 34 |
| 3.5 Critérios de inclusão e de exclusão.....                    | 36 |
| 3.6 Análise dos dados.....                                      | 36 |
| 3.7 Ética na pesquisa.....                                      | 37 |
| 4 ANÁLISE DOS RESULTADOS.....                                   | 38 |
| 5 DISCUSSÃO.....  | 46 |
| 6 CONCLUSÃO.....  | 53 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....                                 | 56 |
| APÊNDICES.....  | 66 |

## LISTA DE QUADROS E TABELAS

|   |    |
|---|----|
| Quadro 1 - Distribuição da amostra por maternidades. Fortaleza, Ceará (SMS/SINASC, 2009) .....  | 34 |
| Tabela 1 - Variáveis sociodemográficas das parturientes admitidas nas maternidades públicas. Fortaleza, Ceará. 2010. ....   | 39 |
| Tabela 2 - Variáveis comportamentais e obstétricas das parturientes admitidas nas maternidades públicas. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2010.....                                    | 40 |
| Tabela 3 - Análise dos fatores institucionais, relacionados à assistência pré-natal de parturientes admitidas nas maternidades públicas de Fortaleza, Ceará, Brasil, 2010. .... | 42 |
| Tabela 4 - Análise dos fatores associados à sífilis em parturientes admitidas em maternidades públicas de Fortaleza, Ceará, Brasil, no ano de 2010.....                         | 44 |



## **LISTA DE SIGLAS**

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida  
CDC – Centers for Disease Control and Prevention  
ELISA – Ensaio Imunoenzimático  
FTA-Abs – Fluorescent Treponemal Antibody Absorbed Test  
HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana  
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
OMS – Organização Mundial de Saúde  
SINASC – Sistema de Informação de Nascidos Vivos  
SISPRENATAL – Sistema de Informação de Pré-Natal  
VDRL – Laboratório de Investigação de Doenças Venéreas  
WHO – World Health Organization

## RESUMO

A sífilis, doença descoberta desde o século XV, continua a ser um problema de saúde pública, de difícil resolução e controle, por estar associada a fatores sociais e comportamentais que perpassam as questões da saúde. A possibilidade de provocar conseqüências graves ao feto quando ocorre a transmissão do treponema durante a gestação faz do seu controle uma prioridade para os organismos nacionais e internacionais responsáveis pelos cuidados com a saúde. Este estudo teve como objetivo conhecer e analisar a positividade do exame de VDRL em parturientes admitidas nas maternidades públicas de Fortaleza, Ceará. Trata-se de um estudo transversal, realizado nas maternidades públicas de Fortaleza, no ano de 2010. A amostra mínima de 214 parturientes foi calculada utilizando como parâmetros os 22.232 partos ocorridos nestas maternidades no ano de 2009, a prevalência de sífilis em gestantes (2,3%), um erro amostral de 2% e um intervalo de confiança de 95%. Os dados foram coletados de junho a setembro de 2010 através de um questionário, sendo complementados com informações de prontuários, fichas e cartões de gestantes. As parturientes realizaram o exame de VDRL na ocasião da admissão para o parto e os casos positivos, associados à ausência de tratamento correto anterior e à ausência de tratamento do parceiro sexual, foram interpretados como casos de sífilis. Os dados foram analisados no programa SPSS versão 18 e foram analisadas as variáveis sócio-demográficas, comportamentais, obstétricas e institucionais. Participaram do estudo 320 parturientes, sendo encontrados 17 (5,3%) casos de VDRL admissional positivo associados à ausência de tratamento anterior da gestante e do parceiro sexual. Essas parturientes foram consideradas portadoras de sífilis gestacional. A idade das mesmas variou de 17 a 36 anos, predominando a faixa etária de 20 a 29 anos com nove (60,0%) casos, com média de 24 anos (DP=5,8). Quanto à escolaridade, as parturientes com sífilis tinham em média 6,6 (DP=3,4) anos de estudo. Iniciaram a atividade sexual com até 15 anos, 13 (76,5%) das parturientes portadoras de sífilis. Baixa escolaridade, baixa renda, início precoce da atividade sexual, multiplicidade de parceiros, falhas na assistência pré-natal relacionadas a início tardio, a não realização do VDRL e ao não tratamento de gestantes e parceiros sexuais, parceiros usuários de drogas e queixas genitais foram os principais fatores associados à positividade do exame de VDRL solicitado na ocasião do parto. Os resultados apontam para a necessidade de reorganizar e integrar a rede de assistência à mulher no município de Fortaleza. O controle da sífilis em gestantes e da sífilis congênita 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, parturientes, prevalência, fatores associados.

## ABSTRACT

Syphilis, a disease discovered since the fifteenth century, remains a public health problem, difficult to solve and control, for being associated with social and behavioral factors that underlie health issues. The possibility of causing serious consequences to the fetus occurs when the transmission of treponema during pregnancy makes its control a priority for national and international bodies responsible for health care. This study aimed to understand and analyze the positivity of VDRL test in pregnant women admitted in public hospitals of Fortaleza. This is a cross-sectional study in public hospitals of Fortaleza in 2010. The minimum sample of 214 pregnant women was calculated using parameters such as the 22.232 births in these hospitals in 2009, the prevalence of syphilis among pregnant women (2.3%), a sampling error of 2% and a confidence interval of 95%. Data were collected from June to September 2010 through a questionnaire, and supplemented with information from medical records, index cards and pregnant women. The pregnant women underwent the examination of VDRL at the time of admission for delivery and the positive cases, associated with no right treatment and the absence of previous treatment of sexual partner, were interpreted as cases of syphilis. Data were analyzed using SPSS version 18 and analyzed the socio-demographic, behavioral, and obstetric institutions. The study included 320 women, but found 16 (5.2%) cases of positive VDRL admission associated with no previous treatment to pregnant women and their sex partners. Among pregnant women with positive VDRL test, the age ranged from 17 to 36 years, predominantly aged 20 to 29 years with nine (56,2%) cases. The average age was 24 years (SD = 5.8). As for education, pregnant women with positive VDRL admission averaged 6.6 (SD = 3.4) years of study. Initiated sexual activity with up to 19 years, 16 (100.0%) of these mothers, with an average onset of sexual activity equivalent to 14.8 (SD = 1.7) years. Low education, low income, early onset of sexual activity, multiple partners, failure to prenatal care related to late onset, non-VDRL test and under-treatment of women and sexual partners, partners of drug users and genital complaints were the main factors associated with positivity of VDRL test requested at time of delivery. The results point to the need to reorganize and integrate the network of care for women in Fortaleza. The control of the syphilis in pregnant women and the syphilis congenital is possible, since that measured of prevention and promotion of the health and improvements of the quality of the prenatal assistance they are developed.

**Keywords:** syphilis, pregnant women, prevalence, associated factors.

# 1 INTRODUÇÃO

A sífilis é uma doença sexualmente transmissível de característica infecto-contagiosa que, desde a sua descoberta na Europa, no final do século XV, vem desafiando os organismos nacionais e internacionais responsáveis pelo seu controle. Nos últimos séculos, os países pobres e em desenvolvimento da África, Ásia, América Latina e do Caribe, são os que mais sofrem transtornos em consequência dessa doença, com o aparecimento de mais de 12 milhões de novos casos por ano na população (HOOK & PEELING, 2004).

Com a evolução da medicina e a consequente introdução da penicilina no tratamento da sífilis, ocorreu uma impactante diminuição na sua incidência, sobretudo nos países desenvolvidos (AVELLEIRA & BOTTINO, 2006; LIMA et al., 2006). No entanto, o crescimento populacional, a desigualdade social, o advento da pílula anticoncepcional, a popularização do uso de drogas e a maior liberação sexual, provocaram um recrudescimento na incidência da sífilis no mundo tornando-a uma doença reemergente, de grande relevância clínica (YAKUBOVSKY et al., 2006; LIN et al., 2006; SINGH, 2007).

Nas últimas décadas do século passado, a incidência da sífilis nos Estados Unidos e no mundo ocidental industrializado apresentou declínio, devido, sobretudo, às campanhas e medidas de prevenção da infecção pelo HIV. Como exemplo, os Estados Unidos registraram no ano 2000 as menores taxas de incidência por 100.000 habitantes desde 1941, o mesmo ocorrendo na Europa Ocidental e na Austrália. (KILMARX, et al., 1995; JIN et al., 2005). Esse fato motivou o Center for Disease Control and Prevention's (CDC), nos Estados Unidos, a estabelecer para o ano 2000 uma meta de quatro casos de sífilis para cada 100.000 habitantes. No entanto, os estados da Carolina do Norte e da Carolina do Sul apresentaram, nesse ano, prevalências equivalentes a 18,6 e 21,4, respectivamente, elevando a média nacional para 11,2 casos novos de sífilis por cada 100.000 habitantes por ano (POPE et al., 2005; VIEIRA, 2005).

Em fins da década de 90 e início do ano 2000, observou-se, novamente, um recrudescimento da sífilis em alguns países da Europa, Canadá, Austrália e Estados Unidos (JIN et al., 2005; LEBER et al., 2008), onde, especificamente, a incidência de casos novos cresceu 50% entre o ano 2000 e 2006 (CHESSON et al., 2005).

Conforme vem ocorrendo na população geral, a prevalência de sífilis em gestantes também aumentou nos países desenvolvidos, porém esse aumento vem tornando-se cada vez

mais preocupante nos contingentes populacionais mais pobres e excluídos socialmente (ZHOLOBOV et al., 2003; YAKUBOVSKY et al., 2006; SINGH, 2007).

Nos países em desenvolvimento, o percentual de gestantes portadoras de sífilis gira em torno de 10 a 15% (WHO, 2001). Na África essa prevalência varia de 2,5 a 17,4% entre as regiões mais ricas e pobres do continente, respectivamente (LABBE et al., 2002). Dados divulgados pela OMS que analisaram os estudos publicados sobre sífilis materna confirmaram a notificação de grande prevalência de sífilis em gestantes em vários países, principalmente na Etiópia (13%), Moçambique (12%), África do Sul (8,40%), Papua Nova Guiné (7,10%), Uganda (6,49%), Haiti (5,75%), Brasil (2,15%), Argentina (1,61%), China (0,44%) e Finlândia (1,5%) (OMS, 2008).

Já em 1991, Zenker afirma que a sífilis é importante fator de risco para a gestação, que pode trazer implicações clínicas para a mulher grávida e para o seu conceito. Em 1997, Sanchez descreve sobre a via transplacentária de contaminação do conceito ou transmissão vertical (TV) do *T. pallidum*. A TV pode ocorrer em qualquer fase da gestação ou estágio clínico da doença (BRASIL, 2007), estando relacionada diretamente com o grau de treponemia materna e com o tempo de doença, ou seja, quanto mais recente a doença, maior a treponemia e, conseqüentemente, maiores são as possibilidades de contaminação do conceito (LORENZI & MADI, 2001). Nos casos de contaminação recente não tratada, a taxa de TV pode ocorrer em 70 a 100% dos casos, enquanto que na fase tardia da doença essa taxa é menor, variando em torno de 30% (BRASIL, 2007).

Mulheres grávidas com sífilis não tratadas podem evoluir para perda fetal através de abortamentos espontâneos, morte fetal e neonatal, prematuridade, retardo do crescimento intra-uterino e danos tardios à saúde da criança (LUMBIGANON et al., 2002; HAWKES, et al., 2004). Em estudo realizado com mulheres gestantes portadoras de sífilis, em Fortaleza, no ano de 2008, observou-se prematuridade equivalente a 36,2%, valores maiores do que os encontrados em Caxias do Sul, Rio Grande de Sul, que encontrou prematuridade em 29,6% dos casos de sífilis gestacional (LORENZI & MADI, 2001).

As estimativas apontam a sífilis congênita como responsável por mais de 500 mil mortes fetais no mundo (SCHMID, 2004). Estudos apontam pobreza, uso de drogas, prática de sexo em troca de benefícios, ausência de pré-natal, realização de testes de rastreamento tardio e co-infecção por HIV como fatores associados à sífilis congênita, assim como também, falhas no tratamento da sífilis, multiparidade, natimortalidade e morte perinatal anteriores (RODRIGUES et al., 2004; GUEDES, et al., 2009). Peculiaridades regionais relacionadas a

fatores associados à sífilis em diferentes populações devem ser consideradas quando na escolha de medidas apropriadas de intervenção (LAGO, 2004).

Em estudo realizado no Brasil com gestantes portadoras sífilis, no Hospital Central da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, de 2000 a 2003, observou-se que 30% eram múltíparas, 28,4% tinham história prévia de abortamentos e natimortalidade, 28% não realizaram pré-natal e mais de 32% delas realizaram menos de 6 consultas (PINELLI & SANTOS, 2008). Outro estudo realizado no Brasil, Fortaleza, com gestantes com VDRL positivo na admissão para o parto ou com VDRL positivo em qualquer momento da gestação, dentre os meses de maio a outubro de 2008, mostrou que, aproximadamente, dois terços dessas gestantes (33,2%) tinham renda familiar menor do que um salário mínimo e todas não realizaram os dois VDRL preconizados pelo Ministério da Saúde (MS) durante o pré-natal (CAMPOS, 2010).

A prevalência de sífilis em parturientes, no Brasil, varia de 1,4% a 2,8% (BRASIL, 2005), com uma taxa de TV de 25% (BRASIL, 2007). Em estudos realizados em 2004, numa amostra representativa de parturientes de 15 a 49 anos de idade, de todas as regiões do país, observou-se uma taxa de prevalência de 1,6% para sífilis ativa. Essa prevalência variou de 1,9%, na região Nordeste, a 1,3%, na região Centro-Oeste (BRASIL, 2007). Em 2005, pesquisa realizada pelo Programa Nacional de DST/AIDS em seis capitais brasileiras, revelou prevalência de sífilis em gestantes equivalente a 2,6%. A pesquisa foi realizada nas cidades de Manaus (AM), Fortaleza (CE), Goiânia (GO), Rio de Janeiro (RJ), São Paulo (SP) e Porto Alegre. Em Fortaleza, essa mesma pesquisa mostrou prevalência equivalente a 2,3% (BRASIL, 2008).

Segundo a OMS, 2008, a eliminação sustentável da sífilis congênita exige esforços coordenados para reduzir simultaneamente as taxas de sífilis infecciosa. No Brasil, o MS recomenda para o controle das taxas de Sífilis Congênita (SC) a solicitação rotineira dos testes não-treponêmicos no 1<sup>o</sup> e no 3<sup>o</sup> trimestres de gestação e no momento do parto e, também, a garantia de tratamento adequado para as mulheres grávidas infectadas e para o(s) seu parceiro(s) sexual(is) (BRASIL, 2007).

A SC e a sífilis na gestação (SG) são, no Brasil, doenças de notificação compulsória desde 1986 e 2005, respectivamente. Apesar disso, ainda apresentam elevadas taxas de subnotificação, o que compromete a análise real da situação da sífilis no país. Segundo estimativa do MS, mais de 50 mil novos casos de sífilis em gestantes e, aproximadamente, 15 mil casos de sífilis congênita, ocorrem anualmente (BRASIL, 2004), entretanto, em 2005

foram registrados apenas 5.710 casos de SC, mostrando uma taxa de subnotificação dessa doença equivalente a quase 62% (BRASIL, 2005). No Nordeste, uma das regiões mais pobres do Brasil, a prevalência de SG é de 1,9%. Em Fortaleza, Ceará, a estimativa é de que ocorram, anualmente, em torno de 505 novos casos de sífilis em gestantes, porém, nos anos de 2007, 2008 e 2009, foram notificados apenas 310 casos, comprovando o grave problema da subnotificação da sífilis. Em relação a SC, estimava-se 1866 novos casos nos anos de 2007, 2008 e 2009, porém, apenas 1088 casos foram notificados, revelando uma taxa de subnotificação equivalente a 41,7%. (FORTALEZA, 2009). Esses dados refletem deficiências importantes na qualidade dos serviços da assistência no período pré-natal e no parto (BRASIL, 2004; SARACENI et al., 2005).

Estudos relacionados à qualidade da assistência pré-natal de gestantes com sífilis mostram que a presença da infecção sifilítica está muito relacionada ao baixo nível socioeconômico e ao comportamento sexual de risco das gestantes e concluem que os fatores socioeconômicos são muito importantes na transmissão dessa infecção e que, para tornarem-se mais eficazes, as estratégias para a prevenção da sífilis congênita devem estar direcionadas para a melhoria do perfil socioeconômico dessas gestantes (PEELING et al., 2004; LAGO et al., 2004).

Assistência pré-natal de má qualidade, apesar de uma elevada cobertura, associada à falta de capacitação e atualização de profissionais de saúde no manejo das doenças sexualmente transmissíveis (DST), são fatores considerados importantes na persistência dos altos percentuais de SC e muito presentes na realidade do Nordeste do Brasil. Em Fortaleza, por exemplo, no ano de 2005, o percentual de gestantes que realizou dois exames de VDRL no pré-natal foi de 5,9%. Em 2008, o percentual de gestantes que atendeu as recomendações preconizadas do MS, em relação à assistência pré-natal, foi de apenas 1,7%, denunciando má qualidade da assistência ou falhas graves do sistema de informação desse município (FORTALEZA, 2008).

Resumidamente, os principais fatores relacionados ao aumento dos casos de SC seriam: relaxamento das medidas preventivas por parte das autoridades e profissionais de saúde, precocidade de início da atividade sexual, promiscuidade sexual, aumento do número de mães solteiras e adolescentes, automedicação, desconhecimento por parte da população sobre a gravidade da doença, aids, uso de drogas falta ou inadequação da assistência pré-natal (PEELING, et al., 2004; VALDERRAMA, et al., 2005).

### **1.1 Pré-natal: estratégia de combate à sífilis na gestação**

A ação mais consistente para o controle da sífilis gestacional e, conseqüentemente, da sífilis congênita, está na garantia de uma assistência pré-natal ampla e de qualidade, garantindo-se o diagnóstico precoce e o tratamento em tempo hábil (BRASIL, 2005; ADIH et al., 2006).

O principal objetivo da atenção pré-natal é acolher a mulher desde o início da gravidez, assegurando, no final da gestação, o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem-estar materno e neonatal (BRASIL, 2005; ENKIN et al., 2005), acrescentando-se um sentido amplo que inclua aspectos psicossociais e ações educativas e preventivas. O alcance desse objetivo depende muito das políticas sociais e da organização de atenção à saúde das mulheres adotadas por cada país (GAIO, 2004).

Mulheres que recebem assistência pré-natal no início da gravidez e que comparecem a mais consultas pré-natais tendem a apresentar menor mortalidade materna e perinatal e melhores resultados na gravidez. Por isso, nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, pequenas reduções do número de consultas pré-natais para gestantes de baixo risco são compatíveis com bons resultados perinatais, sendo, portanto, o número de quatro consultas o mínimo que pode ser oferecido às gestantes no acompanhamento pré-natal (ENKIN et al., 2005).

A evidência científica mostra que a redução no número de consultas de pré-natal não está associada a resultados adversos maternos ou perinatais, como pré-eclâmpsia, infecção do trato urinário, mortalidade materna e baixo peso ao nascer. Isto demonstra que o importante não é a cobertura no número de consultas, mas, sim, a qualidade da atenção pré-natal. Entretanto, a redução no número de consultas associou-se com insatisfação da gestante em relação aos cuidados pré-natais (CARROLI et al., 2001; VILLAR et al., 2006). Em Fortaleza, Brasil, verificou-se, com base em outros estudos (LORENZI & MADI, 2001; LIMA et al., 2008) que a garantia de um número mínimo de consultas de pré-natal não é suficiente para assegurar um atendimento de qualidade à gestante, o que torna as metas para o controle da sífilis congênita inalcançáveis com as práticas atuais (CAMPOS, 2010).

No Brasil, a atenção à mulher na gestação e no parto permanece desafiante, tanto no que se refere à qualidade propriamente dita, como no que se refere aos princípios filosóficos do cuidado que, infelizmente, são centrados no modelo medicalizante, hospitalocêntrico e



tecnocrático, desconsiderando, quase sempre, aspectos relacionados à clínica, aspectos sociais, culturais e individuais das gestantes (DAVYS-FLOYDE, 2001).

A assistência à mulher na gravidez, por muitos anos, foi realizada objetivando apenas a melhoria dos indicadores de saúde infantil, sendo representada apenas por consultas no pré-natal e pela assistência hospitalar ao parto (GRILO, 2005). Em fins dos anos 70 do século XX, grupos de mulheres e de profissionais de saúde reivindicavam a ampliação da assistência à mulher a partir de um amplo movimento, articulado com a proposta de reforma sanitária e com a criação de um sistema de saúde, público e universal, que tivesse como base os princípios da universalidade, da equidade e da integralidade (SERRUYA, 2003). O movimento sanitário exigia que o Estado reordenasse o sistema de saúde com base nos princípios de universalidade, equidade e integralidade. A partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, e da promulgação da Constituição, em 1988, o direito à saúde estaria garantido por lei e um sistema único de saúde deveria ser implantado de forma descentralizada e com instâncias de controle social (SERRUYA, 2003).

Mesmo antes da criação do SUS, o MS lançou, em 1983, as bases programáticas do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) que representa, até o momento, um paradigma na atenção à saúde da mulher (BRASIL, 1984) e que tem como objetivo o cuidado da mulher em todas as etapas da vida (BRIENZA, 2002).

O PAISM não firmou compromisso político e social para sua implantação de fato e, simplesmente, materializa-se numa crítica ao modo como as dúvidas e os problemas da mulher vinham sendo tratados pelas políticas e serviços de saúde. Não se estabelece, portanto, como compromisso político e social, não adotando uma perspectiva de emancipação (SANTANA & COELHO, 2005).

Apesar de a assistência pré-natal estar sempre presente no escopo das ações desenvolvidas, até o momento ainda permanecem questões que devem ser discutidas, como o acesso em algumas regiões e áreas do país, a qualidade da atenção prestada, o vínculo entre o pré-natal e o parto, a humanização da atenção, os números da sífilis congênita e as inaceitáveis taxas de mortalidade materna e perinatal (BRASIL, 2000), formando o consenso de que a assistência obstétrica no Brasil precisava melhorar em todos esses aspectos, passando a ser questão de fundo importante a discussão de uma atenção baseada em princípios tecnocráticos versus o paradigma da assistência humanizada (SERRUYA, 2003).

O trabalho realizado no Ceará pelo obstetra Galba de Araújo, em fins dos anos 70 e nos anos 80 do século passado, respectivamente, trouxe para Fortaleza o primeiro encontro internacional e a I Conferência Internacional do Parto e Nascimento Humanizados, com participantes da OMS e de outras organizações de saúde, resultando na elaboração de documentos com recomendações para que seja prestada assistência segura ao parto, questionando práticas adotadas rotineiramente e considerando-as desnecessárias e/ou prejudiciais. Foi elaborada, a partir da conferência, a carta de Fortaleza que reforça a importância da humanização na assistência ao parto e ao nascimento e combate às práticas intervencionistas, reforçando o respeito ao direito das mulheres de se sentirem seguras, acompanhadas e em ambiente privativo e silencioso na ocasião do parto (ARAÚJO et al., 1985; BRASIL, 2005).

Uma atenção pré-natal de qualidade e humanizada dá-se através da incorporação de condutas acolhedoras e sem intervenções que, na grande maioria das vezes, são desnecessárias, do fácil acesso a serviços de saúde de qualidade, com ações que integrem todos os níveis da atenção: promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante e do recém-nascido, desde o atendimento ambulatorial básico ao atendimento hospitalar de alto risco (BRASIL, 2006).

Partindo da constatação de que a falta de percepção dos direitos femininos e de aspectos fundamentais da humanização na assistência obstétrica era o pano de fundo da má assistência, o MS tomou a decisão de lançar uma estratégia onde a questão da humanização e dos direitos aparecesse como princípio estruturador e instituiu, por meio das portarias (569, 570 e 571 de 01 de junho de 2000), considerando as necessidades específicas de atenção às gestantes, aos recém-nascidos e às mulheres no puerpério, o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) que estabelece um número mínimo de seis consultas de pré-natal, sendo uma no primeiro trimestre da gravidez, duas no segundo e três no terceiro, e que o acompanhamento da mulher no ciclo grávido-puerperal deve ser iniciado o mais precocemente possível, se encerrando com a consulta puerperal, no 42º dia após o parto (BRASIL, 2000).

Em acordo com o PHPN, os estados e municípios brasileiros, por meio das unidades integrantes de seu sistema de saúde, devem garantir atenção pré-natal e puerperal realizada em conformidade com os parâmetros estabelecidos a seguir (BRASIL, 2000):

- Captação precoce das gestantes com realização da primeira consulta de pré-natal até 120 dias da gestação;
- Realização de, no mínimo, seis consultas de pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gestação;
- Desenvolvimento das seguintes atividades ou procedimentos durante a atenção pré-natal:
  - Escuta da mulher e de seus (suas) acompanhantes, esclarecendo dúvidas e informando sobre o que vai ser feito durante a consulta e as condutas a serem adotadas;
  - Atividades educativas a serem realizadas em grupo ou individualmente, com linguagem clara e compreensível, proporcionando respostas às indagações da mulher ou da família e as informações necessárias;
  - Anamnese e exame clínico-obstétrico da gestante;
  - Exames laboratoriais:
    - ABO-Rh, Hemoglobina/Hematócrito, na primeira consulta;
    - Glicemia de jejum, um exame na primeira consulta e outro próximo à 30ª semana de gestação;
    - VDRL, um exame na primeira consulta e outro próximo à 30ª semana de gestação;
    - Urina tipo 1, um exame na primeira consulta e outro próximo à 30ª semana de gestação;
    - Testagem anti-HIV, com um exame na primeira consulta;
    - Sorologia para hepatite B (HBsAg), com um exame, de preferência, próximo à 30ª semana de gestação;
    - Sorologia para toxoplasmose (IgM), na primeira consulta (se disponível).
- Imunização antitetânica: aplicação de vacina dupla tipo adulto até a dose imunizante (segunda) do esquema recomendado ou dose de reforço em mulheres já imunizadas;
- Avaliação do estado nutricional da gestante e monitoramento por meio do SISVAN;

- Prevenção e tratamento dos distúrbios nutricionais;
- Prevenção ou diagnóstico precoce do câncer de colo uterino e de mama;
- Tratamento das intercorrências da gestação;
- Classificação de risco gestacional a ser realizada na primeira consulta e nas subsequentes;
- Atendimento às gestantes classificadas como de risco, garantindo vínculo e acesso à unidade de referência para atendimento ambulatorial e/ou hospitalar especializado;
- Registro em prontuário e cartão da gestante, inclusive registro de intercorrências/urgências que requeiram avaliação hospitalar em situações que não necessitem de internação.

Para que seja possível o monitoramento da atenção pré-natal e puerperal, de forma organizada e estruturada, foi disponibilizado pelo DATASUS um sistema informatizado, SISPRENATAL, de uso obrigatório nas unidades de saúde e que possibilita a avaliação da atenção a partir do acompanhamento de cada gestante (BRASIL, 2005).

A avaliação da atenção ao pré-natal e ao puerpério prevê a utilização de indicadores de processo, de resultado e de impacto. Para gestores e profissionais de saúde, indicadores relacionados ao pré-natal, do tipo: percentual de gestantes inscritas que realizaram os dois exames do VDRL (processo), percentual de recém-nascidos com diagnóstico de sífilis congênita em relação ao total de recém-nascidos vivos do município (resultado) ou coeficiente de incidência de sífilis congênita no município, comparado com o do ano anterior (impacto), são de fundamental importância e deverão ser monitorados continuamente para que se faça a avaliação da atenção prestada, objetivando a elaboração de estratégias que possibilitem melhorias na qualidade da assistência prestada.

Um pré-natal inadequado com a não realização de exames de rotina, dificuldades em reconhecer os primeiros sinais de sífilis, falhas na interpretação dos resultados dos testes sorológicos e falhas ou ausência de tratamento de mães e do(s) parceiro(s) sexual(is), impede uma intervenção precoce da doença, favorecendo a transmissão vertical e dificultando o tratamento da sífilis na mãe e do feto (ASKIN, 2004).

No Brasil, embora as intervenções e o tratamento da sífilis estejam disponíveis para toda a população infectada pelo *Treponema pallidum*, as dificuldades da rede básica em prover diagnóstico laboratorial da infecção, ainda aquém do desejável, resultam em uma

situação bastante precária em algumas regiões, sobretudo nas mais pobres como nas regiões Norte e Nordeste. Quanto à qualidade da assistência pré-natal, também, se observa, nessas regiões, a presença dos conhecidos fatores de risco para a aquisição da sífilis, que são: baixo nível sócio-econômico, promiscuidade sexual, falta de acesso ao sistema de saúde, uso de drogas, automedicação e abandono da escola. Diversos estudos desenvolvidos em diversas localidades apontam, com fatores de risco para a sífilis durante a gestação, ter parceiro sexual casual, ser HIV positivo e ter baixa escolaridade (BRASIL, 2002), não usar preservativo, usar drogas ilícitas e praticar a prostituição (BRASIL, 2004). Em relação à sífilis congênita os principais fatores de risco são, segundo Peeling (2004), ausência ou inadequação da assistência pré-natal, gestação em adolescentes e ausência de parceiro sexual fixo.

Dentre os problemas relacionados à sífilis congênita e ao atendimento pré-natal no Brasil, destacam-se os seguintes:

- Anamneses inadequadas e não registradas nos prontuários clínicos;
- Sorologia para sífilis não realizada nos períodos preconizados (1o e 3o trimestres);
- Falhas na interpretação da sorologia para sífilis;
- Falhas no reconhecimento dos sinais de sífilis na gestação;
- Falhas na busca do(s) parceiro(s) e ausência de registros sobre o tratamento do(s) mesmo(s);
- Falhas no tratamento das gestantes e do(s) parceiro(s) sexual(is);
- Falhas na notificação da doença;
- Falhas nos registros em prontuários clínicos e cartões da gestante sobre diagnóstico e tratamento da doença;

No Ceará, de 1998 a 2006, foram notificados e investigados, apenas, 1.332 casos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade. Em 2003, foram notificados e investigados 122 casos (0,9 por 1.000 habitantes), enquanto que em 2006, 432 casos (3,4 por 1.000 habitantes). Esse aumento pode representar o esforço do MS e da Vigilância Epidemiológica do Estado na capacitação de recursos humanos, na detecção, notificação e investigação dos casos de sífilis congênita (CEARÁ, 2009).

A notificação de casos de sífilis congênita no município de Fortaleza, também, encontra-se em ascensão. Nos anos de 2007 e 2008 foram registrados, aproximadamente, 319

e 388 novos casos, respectivamente (FORTALEZA, 2009). No entanto, somente no Hospital Distrital Gonzaga Mota de Messejana, uma das maternidades públicas do município, 92 novos casos foram notificados no ano de 2008 (FORTALEZA, 2009), comprovando a subnotificação dos dados de SC em Fortaleza. Esses números, apesar de bastante preocupantes, parecem ainda insuficientes para sensibilizar gestores da saúde no tocante à necessidade de melhor organizar as ações voltadas para a quebra da cadeia de transmissão da sífilis, o que dificulta o controle e a erradicação da sífilis congênita.

Estudos mostram que a falta de informações clínicas contidas nos prontuários e fichas de anotações médicas sobre os sinais e sintomas da sífilis e sobre o resultado e tratamento da doença durante o pré-natal é um fator que dificulta a verdadeira definição da prevalência dessa doença e estar relacionado à falta de qualidade no atendimento pré-natal. Em estudo realizado no Núcleo de Assistência Médica Integrada (NAMI), unidade de saúde da Universidade de Fortaleza (UNIFOR), sobre a análise da qualidade dos registros nos prontuários de gestantes com exame de VDRL reagente constatou-se que as informações sobre o tratamento prescrito às gestantes com sífilis não constavam em 8 (42%) dos 20 (100%) prontuários estudados e que, em apenas 2 (10%) dos prontuários, havia justificativa da não realização do tratamento devido à interpretação da positividade do VDRL como cicatriz sorológica. Constatou-se, também, a falta de informações sobre VDRL de controle em 7 (38%) dos prontuários. Em 3 (16%) prontuários havia registro de notificação do caso e em 6 (32%) constavam informações sobre a importância do uso do preservativo em todas as relações sexuais. A informação acerca da convocação dos parceiros sexuais não constava em 15 (79%) dos prontuários e, nos 20 (100%) prontuários, não havia referência ao tratamento dos parceiros sexuais (ARAÚJO et al., 2008). Evidenciou, também, a falta de informações contidas em prontuários e cartões da gestante (ARAÚJO et al., 2008). Em outro estudo realizado em Fortaleza com 58 gestantes com sífilis, em 23 (37,9%) casos o cartão da gestante não trazia as informações necessárias, e em 17 (29,3%) casos a gestante não possuía cartão (CAMPOS et al., 2010). O correto preenchimento do cartão da gestante é fundamental para que os profissionais de saúde possam, na ocasião do parto, ter a certeza de que a gestante e o seu parceiro sexual foram tratados corretamente.

A experiência do autor como coordenador da Área Técnica da Saúde da Mulher e Gênero de Fortaleza (ATSMG) facilitou a identificação, através do acompanhamento e supervisão da assistência prestada à mulher grávida, de que a grande maioria das unidades básicas de saúde do município tem dificuldades em realizar ações preventivas, de

rastreamento e diagnóstico e de tratamento de sífilis. 80% das 98 unidades básicas não têm espaço físico adequado para o desempenho de atividades coletivas de educação em saúde e, talvez por isso, não tenham essa atividade incluída no processo de trabalho (FORTALEZA, 2008). Muitas dessas unidades de saúde não possuem equipamento, material e medicação exigidos pelo Ministério da Saúde para o uso seguro da Penicilina Benzatina (P. Benzatina) sendo as gestantes e seus parceiros encaminhados, de maneira informal, para realizarem o tratamento nos hospitais públicos da rede municipal (FORTALEZA, 2008). Esse fato tem gerado falhas e inadequações no tratamento e no controle de cura da sífilis, o que, consequentemente, tem aumentado o número de sífilis congênita.

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 do que o Rapid Plasma Reagin (RPR). Em acordo com o PHPN e com o Manual Técnico PRÉ-NATAL E PUERPÉRIO (BRASIL, 2005), o VDRL deve ser, sempre, solicitado na 1ª consulta de pré-natal (1º trimestre) e repetido em torno da 30ª semana de gestação (3º trimestre), como também no momento da internação para o parto. Nos casos de abortamento, o rastreamento de sífilis congênita também deve ser realizado com a solicitação do VDRL na ocasião do internamento. Os testes treponêmicos como o FTA-Abs, por exemplo, somente deverão ser solicitados quando houver positividade da reação sorológica inicial (BRASIL, 2005). Apesar de apresentar pouca especificidade, o VDRL é o teste ideal para o rastreamento da sífilis e para o controle de cura da doença por apresentar alta sensibilidade, rápida queda da titulação dos anticorpos em resposta ao tratamento e ser de baixo custo (VALDERRAMA et al., 2004).

A reação não é específica, podendo estar positiva em outras treponematoses e em várias outras situações. Essas reações falso-positivas podem ser divididas em transitórias e persistentes. As transitórias negativam em seis meses (malária, gravidez, mononucleose infecciosa, viroses, tuberculose e outras). As reações persistentes permanecem positivas além de seis meses (hanseníase virchowiana e doenças autoimunes, como lúpus eritematoso sistêmico). Os títulos em geral são altos nas treponematoses (acima de 1/16), podendo ser superiores a 1/512 (ROTTA, 2005).

Os casos de falso-negativos na sífilis secundária (1% a 2%) decorrem do excesso de anticorpos (efeito prozona). Esses casos podem ser evitados utilizando-se, na ocasião da realização do VDRL, maiores diluições do soro e não ocorrem com os testes treponêmicos (ROTTA, 2005).

Os testes rápidos não-treponêmicos têm um importante significado no controle da sífilis. Entre eles encontramos o RPR que é pouco usado no Brasil. Foi o primeiro teste sorológico de *screening* que dispensou equipamentos convencionais de laboratório e dá o resultado em 60 minutos. Também é quantificável, mas não comparável com os títulos obtidos no VDRL. Os testes não treponêmicos podem ser titulados e por isso são importantes no controle da cura. A persistência de baixos títulos em pacientes tratados corretamente pode ser cicatriz sorológica e pode permanecer por muitos anos (SANCHEZ, 2003; AZULAY & AZULAY, 2004, ROTTA, 2005).

Os testes de rastreamento são baratos, possíveis de serem realizados com uma estrutura laboratorial simples e apresentam alta sensibilidade, favorecendo o diagnóstico precoce e o tratamento em tempo hábil para evitar as seqüelas das formas tardias da sífilis. Por outro lado, tem havido esforços no sentido de favorecer a utilização de métodos de maior reprodutibilidade, como a hemaglutinação passiva (TPHA), em substituição ao *Fluorescent Treponemal Antibody Absorbed Test* (FTA-Abs), cuja realização ainda não é prontamente conseguida em certas regiões do país (CODES et al., 2006).

Os testes treponêmicos utilizam o *T. pallidum* como antígeno e, por isso, são específicos, sendo usados para confirmar a reatividade dos testes não-treponêmicos e nos casos em que os testes não-treponêmicos têm pouca sensibilidade, como na sífilis tardia. Os testes treponêmicos podem tornar-se positivos um pouco mais cedo que os testes não-treponêmicos e, em 85% das pessoas tratadas com sucesso, permanecem positivos por anos ou até mesmo por toda a vida. Os testes treponêmicos mais importantes são o *Fluorescent Treponemal Antibody Absorbed Test* (FTA-Abs) e o *Treponema pallidum haemagglutination test* (TPHA). São da classe IgM na fase inicial da doença, em até duas semanas a partir do surgimento do cancro duro, e da classe IgG que surgem a partir da 4ª semana. O FTA-ABS IgM foi desenvolvido para detectar sífilis congênita nos recém-nascidos, porém em 35% dos casos se apresenta como falso-negativo (FERREIRA, 1996).

Como parte do compromisso assumido de erradicar a sífilis congênita no Brasil, preconizou-se o rastreamento de todas as gestantes através da solicitação dos testes não-treponêmicos (VDRL) e a garantia do tratamento, mesmo quando não for possível a realização de testes confirmatórios (FTA-Abs). Apesar dessas medidas, o país não consegue combater adequadamente a sífilis, muito provavelmente por falhas na implementação das recomendações do MS (DILLEY et al, 2004).



Problemas relacionados ao rastreamento de sífilis durante a gestação e no acompanhamento de bebês previamente expostos ao *T. pallidum* são observados em Fortaleza, conforme mostra trabalho retrospectivo realizado em sete maternidades deste município. Esse trabalho constatou que no período de janeiro a junho de 2006 foram notificados 123 casos de sífilis congênita em nascidos vivos residentes em Fortaleza e que em, apenas, 62,5% dos casos o diagnóstico da sífilis nas gestantes foi realizado antes do parto. O referido estudo constatou, também, que apenas cinco (5,4%) dos recém-nascidos estudados, previamente expostos, foram investigados e tratados em conformidade com o que preconiza o Ministério da Saúde. Esses dados demonstram deficiências importantes no diagnóstico de sífilis durante a gestação e na atenção aos recém-nascidos previamente expostos (MELO, dissertação).

A intenção de eliminar a sífilis congênita deve se apoiar, principalmente, numa vigilância ativa à saúde das gestantes, com rastreamento e tratamento precoce dos casos durante o acompanhamento pré-natal e o parto. O aconselhamento é fundamental para ajudar a gestante a compreender a importância de atender as recomendações necessárias para a quebra da cadeia da sífilis e a diminuição da transmissão vertical.

Falhas na triagem para sífilis durante a assistência pré-natal é um problema antigo em vários países (WARNER et al., 2000), estimulando a Organização Mundial de Saúde, a elaborar políticas públicas específicas para o seu controle (OMS, 2001). Ocorre que, a despeito das políticas públicas, o problema da SC persiste até os dias atuais, ainda devido a falta de acesso e a falhas na triagem durante a assistência pré-natal (PEELING et al., 2004; LAGO et al., 2004, ARAÚJO et al., 2008) e, também, ao tratamento e ao acompanhamento inadequados de gestantes e parceiros sexuais (COSTA et al., 2007). Questiona-se inclusive se há vontade política para resolver o problema da SC, uma vez que o seu controle não tem recebido a mesma prioridade que o controle da transmissão vertical do HIV (RAMOS JR., 2007).

A estratégia da OMS para eliminação da sífilis congênita esta apoiada em quatro eixos de ação (OMS, 2008):

Assegurar empenho político e promoção sustentáveis.

Aumentar o acesso e a qualidade de serviços de saúde materno-infantis. Assegurar que todas as mulheres grávidas fazem a detecção e são devidamente tratadas, e diminuir a

frequência de oportunidades perdidas de detecção fora do âmbito de cuidados de saúde destinados a mães e recém-nascidos.

Diagnosticar e tratar mulheres grávidas e seus parceiros. Os testes de diagnóstico da sífilis atualmente disponíveis são eficazes, de custo acessível e exigem um mínimo de apoio logístico. Todas as mulheres infectadas e seus parceiros devem ser tratados, assim como os recém-nascidos de mães infectadas e não tratadas durante a gravidez.

Estabelecer sistemas de vigilância, monitorização e avaliação. Melhorar os sistemas de vigilância, desenvolver indicadores e reforçar os sistemas de monitorização e avaliação.

Apesar de as bases da prevenção da sífilis congênita estarem estabelecidas em muitos países, com diretivas universais para detecção pré-natal como: números definidos de consultas de pré-natal, testes de detecção baratos e tecnicamente viáveis, mesmo na atenção primária de saúde, tratamento com penicilina barato e fazendo parte da lista de medicamentos essenciais em todos os países, ainda existem muitas falhas no diagnóstico, tratamento e acompanhamento da sífilis, comprometendo o alcance das metas assumidas pelos Estados Membros das Nações Unidas, em 2001, com os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) relacionados com a saúde materno-infantil, perpetuando, portanto, a sífilis congênita como um grande fardo para todos os países, sobretudo para os mais pobres, continuando a causar grandes prejuízos emocionais e financeiros às pessoas (OMS, 2008).

É preciso, portanto, maior tomada de consciência de todos os envolvidos com a prestação de serviços de saúde, incluindo gestores, responsáveis pela assistência de saúde pública e prestadores de cuidados, em relação à amplitude e gravidade da sífilis, especialmente entre mulheres grávidas e crianças. Além disso, os usuários dos serviços de saúde em comunidades alvo devem receber informações sobre a doença e ser convencidos de que a prevenção e o tratamento podem resultar em benefícios importantes para a saúde de mulheres e crianças. A mobilização comunitária, através de abordagens baseadas na comunidade, pode ser importante para informar o público sobre a questão, e estimular a procura de meios de detecção da doença (OMS, 2008).

A incidência de sífilis congênita pode ser reduzida de maneira importante com um conjunto relativamente simples de intervenções existentes. Contudo, enquanto a sífilis for prevalente entre adultos, o potencial de transmissão congênita continuará alto. Assim, a eliminação sustentável da sífilis congênita exige esforços coordenados para reduzir simultaneamente as taxas de sífilis infecciosa (OMS, 2008).

## 1.2 DST e outros fatores associados à sífilis na gestação

As mudanças ocorridas nas últimas décadas, no mundo todo, têm alterado o perfil das DST, transformando seu controle em um problema de saúde pública, não apenas por sua alta incidência e prevalência, mas por suas conseqüências, como as complicações psicossociais e econômicas, pois acometem a grande parcela da sociedade em idade produtiva e reprodutiva (FERNANDES, 2000).

A estimativa é de que, excluídos os casos de Aids, ocorram no mundo cerca de 340 milhões de novos casos de DST por ano e de que, somente no Brasil, ocorram de 10 a 12 milhões. Dentre estas, ocorrem mais de 12 milhões de novos casos de sífilis e mais de 937.000 apenas no Brasil (WHO, 2000).

Em pesquisa realizada no Brasil, no ano de 2005, pelo Ministério da Saúde, a prevalência global das DST curáveis entre mulheres grávidas de seis capitais brasileiras (Fortaleza, Rio de Janeiro, São Paulo, Manaus, Goiânia e Porto Alegre) foi de 9,4% para a infecção por clamídia, 2,6% para sífilis e 1,5% para a infecção gonocócica. Esse resultado evidencia que as DST são um importante problema de saúde nas regiões submetidas à pesquisa. Essas três infecções em conjunto, sem considerar a tricomoníase vaginal (não estudada neste grupo), têm uma prevalência global que ultrapassa o valor de 10%, limite estabelecido pela Organização Mundial de Saúde (2004) que estabelece as DST como representativas de ônus para a população. Fortaleza foi a única capital onde a prevalência conjunta das DST curáveis foi de 6,3%, não ultrapassando o limite estabelecido pela OMS, e a da sífilis, isoladamente, foi de 2,3 (BRASIL, 2008). Nessa pesquisa, do total de gestantes estudadas, 11% (365/3303) tinham uma infecção bacteriana; 37% (1224/3303) apresentavam uma infecção viral; e 42% tinham pelo menos uma das DST analisadas (1288/23303). O fato de que essas gestantes eram, supostamente, assintomáticas para as DST, pode nos levar à conclusão de que a elevada prevalência dessas infecções possa estar desempenhando um papel importante na morbidade e mortalidade materno-infantil, justificando o fortalecimento das ações de vigilância e de atenção a esse grupo de infecções nas clínicas de atendimento e serviços de pré-natal (BRASIL, 2008). Em pesquisa realizada no Ceará, no ano de 2000, com mulheres que procuraram serviço de prevenção de câncer ginecológico, observou-se uma importante taxa de prevalência de DST nessa população, sendo de 5,6% para o herpes genital, de 3,7% para *Chlamydia trachomatis*, sífilis, HPV e gonorréia e de 2,8% para gonorréia, isoladamente (BELLO et al., 2000).

No Brasil, com exceção das DST de notificação compulsória, ou seja, AIDS e sífilis e porque cerca de 70% das pessoas com DST se automedicam ou buscam tratamento com balconistas de farmácias, não existem informações sobre a prevalência das DST entre adolescentes, sendo o número de casos notificados bem inferior ao que é estimado para essa população (BRASIL, 2002).

Fatores biológicos, psíquicos e sociais podem aumentar a vulnerabilidade das mulheres às DST e ao HIV. Do ponto de vista biológico e anatômico, a mucosa genital feminina é menos espessa do que a do homem e tem maior área de superfície de contato, além de ser de difícil acesso para a higienização. Ademais, o sêmen contaminado pelo HIV tem maior concentração de vírus que a secreção vaginal (LISBOA & SOUZA, 2002). Nos casos específicos da mulher adolescente, o epitélio cilíndrico do colo do útero se encontra exposto e tanto as clamídeas como os gonococos têm predileção por este tecido (GRANT, 1988), além do que a baixa idade da puberdade pode levar a início precoce da atividade sexual, aumentando a probabilidade de contaminação (ADIH & ALEXANDER, 1999).

No âmbito psíquico, um fator que contribui para a disseminação das DST entre as mulheres e para a feminização da AIDS é o mito do relacionamento estável, que ultrapassa a crença pessoal das mulheres, atingindo, também, os profissionais de saúde, uma vez que muitos não atribuem risco de infecção às mulheres monogâmicas. Embora a monogamia seja considerada um fator de proteção a DST/HIV/AIDS, atribuir vulnerabilidade à contaminação apenas às mulheres com múltiplos parceiros é um equívoco, pois a mulher pode ser monogâmica, mas seu parceiro ter parceria múltipla, mantendo-a vulnerável. Estudo realizado com 25 mulheres portadoras de HIV/AIDS detectou que mais da metade das mulheres infectadas tinha parceria fixa ou era viúva (VERMELHO, et al., 1999) . Portanto, a monogamia é um comportamento que reduz DST/HIV/AIDS, mas desde que vivenciada pelo casal (JIMENEZ et al., 2001; SILVEIRA et al., 2002; GUEDES et al., 2009). Em relação às mulheres na adolescência, pensamentos abstratos e insipientes, além de instabilidade emocional, características dessa fase de vida, fazem com que se sintam invulneráveis, tonando-as susceptíveis a influências grupais e expondo-as a riscos sem prever conseqüências (ABERASTURY & KNOBEL, 1988; MAGNUSSON, 2001). Os jovens, em geral, beneficiam-se de um bom relacionamento familiar para proteger-se das DST (KAROFSKY et al., 2000).

Na esfera social, A vulnerabilidade feminina também está associada à opressão vivenciada por parte das mulheres com relação aos seus parceiros, tendo baixo poder sobre as escolhas e decisões nas relações afetivo-sexuais, submetendo-se conscientemente a situações de risco para a aquisição de DST/HIV/AIDS (LISBOA & SOUZA, 2002). Esse modelo hegemônico de comportamento de gênero, onde a mulher apresenta um baixo status social, é responsável por atividades que colocam em risco a saúde da mulher e que, também, expõe a saúde do homem, pois passa a idéia de que ao homem tudo é permitido e nada vai macular sua imagem de macho, como ter mais de uma parceira sexual e usar álcool à vontade (VILLELA, 1988). Muitos estudos afirmam que quanto menor a escolaridade e o nível sócio-econômico, maior a prevalência de DST (WAYSTAFF et al., 1999; BRITO et al., 2001; RODRIGUES JR. et al., 2004), porém, estudo realizado no Ceará, Brasil, com mulheres monogâmicas e suas percepções quanto a vulnerabilidade a DST/HIV/AIDS, em 2009, mostrou escolaridade relativamente elevada, contrariando a assertiva propagada na literatura científica de que existe associação direta entre DST e baixa escolaridade (GUEDES et al., 2009).

Não ter uma renda pessoal foi um fator de risco considerável para as mulheres contraírem DST/AIDS em Fortaleza, Ceará (GUEDES, et al., 2009). A maioria dos estudos afirma que os fatores econômicos influenciam bastante sobre o modo como as mulheres se protegem. O fato de a mulher ter que depender economicamente do parceiro para sobreviver, e garantir o sustento dela e dos filhos, com bastante frequência obriga a mulher a submeter-se a situações que a põe em perigo de contrair o HIV e demais DST. Mulheres casadas, que não possuem uma renda individual, mesmo sabendo que seus parceiros são infiéis, aceitam a situação de infidelidade, ou fingem não saber que estão em situação de risco (GUEDES, et al., 2009).

Nos países em desenvolvimento, o grande percentual de jovens, o rápido aumento da urbanização e o baixo status da mulher são alguns dos fatores contribuintes para o crescimento das doenças entre os jovens e as mulheres (OMS, 2001). Os jovens de ambos os sexos apresentam comportamento de maior risco para DST, sendo a faixa etária dos 15 aos 24 anos aquela com as mais altas taxas de infecção na maioria dos países (BRASIL, 2004). Nos EUA, alguns autores (YABER & PARILLO, 1992) inferem que a prevalência de DST entre adolescentes deve ser em torno de 25% e a faixa etária de 15 a 24 anos é a de maior risco (RICHERT, 1993).

Dados do último censo realizado no Brasil, em 2000, nos fornecem uma estimativa de 93 nascimentos por mil jovens. Não se deve negligenciar essa elevação do nível de

fecundidade entre adolescentes e jovens brasileiros que vem sendo observada desde a década de 1970. Os dados do Censo mostram que a taxa específica de fecundidade para as jovens com idade entre 15 e 19 anos está andando no sentido contrário da taxa de fecundidade total que apresenta queda, passando de 5,8 filhos por mulher em 1970, para 2,6 em 1991 e atingindo 2,4 em 2000, enquanto a taxa de fecundidade de adolescentes e jovens apresenta elevação, passando de 75 por mil em 1970 para 93 por mil em 2000, perfazendo um aumento de 24,2% durante essas quatro décadas (BARBOSA, 2008).

A gravidez e a maternidade precoces são apontadas como fatores que colaboram para a evasão escolar entre as jovens na faixa etária de 15 a 19 anos (BRASIL, 2007) e revelam, também, a precocidade das relações sexuais entre adolescentes, associado ao não uso de preservativos e de medidas de anticoncepção, tornando-os vulneráveis às infecções sexuais e de transmissão vertical e à gravidez precoce ou indesejada.

Estudo de prevalência de sífilis entre gestantes adolescentes, na faixa etária de 11 a 18 anos, realizado em Fortaleza, Ceará, no período de março de 1982 a março de 1987, mostrou que 2,78%, ou seja, 15 das 539 reações sorológicas de cardiolipina (VDRL) realizadas tiveram resultados positivos e 97,22%, ou seja, 524, negativos. Esse estudo conclui que a prevalência de sífilis entre gestantes adolescentes é indiretamente proporcional ao nível sócio-econômico-cultural das adolescentes, ou seja, é mais alta quando mais baixo é o mesmo. Conclui, também, que a prevalência da sífilis entre as gestantes adolescentes é inferior à prevalência dessa doença entre gestantes adultas (BRUNO, 1991).

O despreparo inicial dos adolescentes para compreender e desfrutar da sexualidade, o sentimento ilusório de proteção e poder sobre a vida, a dificuldade em tomar decisões e a necessidade de ser aceito pelo outro, são características que os tornam extremamente vulneráveis a comportamentos sexuais de risco. Estudo da Unicef de 2002 comprova este comportamento, revelando que 32,8% dos adolescentes brasileiros na faixa etária entre 12 e 17 anos já tiveram relações sexuais. (BRASIL, 2007).

A autonomia individual no campo da sexualidade parece ser crucial para impedir a vulnerabilidade às DST e ao HIV e à gravidez precoce (MANN et al., 1993). O exercício dessa autonomia entre os adolescentes é muito mais difícil pelo fato de estarem iniciando as experimentações nas dimensões do campo afetivo, amoroso e sexual, vivenciadas em meio às mudanças hormonais. Sem autonomia e sem acesso às informações, os adolescentes que passam a ter vida sexual ativa tornam-se bastante vulneráveis (ROGERS & BALLANTYNE, 2008).

A vulnerabilidade extrínseca é ocasionada por circunstâncias externas, como falta de poder sócio-econômico, pobreza, baixa escolaridade ou carência de recursos e a intrínseca por características que têm a ver com os próprios indivíduos, como idade, raça, questões biológicas, doença, dentre outros. Alguns grupos podem ser sujeitos à discriminação em razão de gênero, raça, idade, escolaridade ou orientação sexual, sendo que, quando essa discriminação é institucionalizada, esses grupos são empurrados para uma posição subalterna dentro da hierarquia social, tornando-se, extrinsecamente, vulneráveis (ROGERS & BALLANTYNE, 2008).

A vulnerabilidade é entendida como “conjunto de fatores de natureza biológica, epidemiológica, social e cultural cuja associação ou interação amplia ou reduz o risco ou a proteção de uma pessoa ou população frente a uma determinada doença, condição ou dano. Pode ser Institucional (exemplo: falta de acesso a serviços de saúde); Individual ou comportamental (exemplo: não uso do preservativo) e social (baixa escolaridade e baixo nível econômico) (BRASIL, 2000).

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Geral**

Conhecer a prevalência e analisar os fatores associados à sífilis em parturientes admitidas em maternidades públicas de Fortaleza, Ceará, Brasil.

### **2.2 Específicos**

Identificar o perfil sócio-demográfico, comportamental e obstétrico das parturientes.

Analisar os fatores sociodemográficos, comportamentais, obstétricos e institucionais associados à sífilis gestacional.



## **3 METODOLOGIA**

### **3.1 Tipo de estudo**

Estudo de corte transversal, realizado com parturientes admitidas nas sete maternidades públicas de Fortaleza, Ceará, Brasil. É um estudo de prevalência que busca conhecer o quanto as mulheres grávidas de Fortaleza estão, no ano de 2010, portadoras do *Treponema pallidum*, agente etiológico da sífilis (ROUQUAYROL & ALMEIDA FILHO, 2002). As maternidades/hospitais participantes do estudo oferecem atendimento de nível secundário e terciário e são vinculadas às secretarias, estadual e municipal, de saúde e à Universidade Federal do Ceará.

Para o cálculo da prevalência foi utilizado o número de parturientes com resultado positivo do exame de VDRL solicitado na ocasião da admissão para o parto.

### **3.2 Local do estudo**

A cidade de Fortaleza é dividida administrativamente em seis Secretarias Executivas Regionais (SER) e tem uma população estimada de 2.500.000 habitantes, dos quais, 888.966 são mulheres na fase reprodutiva, ou seja, entre 10 e 49 anos (IBGE, 2009). O sistema de saúde municipal presta assistência a mais de 70% dessa população, o que corresponde a mais de 622.276 mulheres. Essas mulheres, em sua grande maioria (60%), residem em áreas periféricas da cidade.

O serviço de atenção à saúde das mulheres leva em consideração a atual política de saúde para as mulheres do município, estabelecendo o pressuposto de pensar a saúde da mulher não apenas sob a perspectiva da sua função reprodutiva, mas a partir de outros valores que se integrem às concepções sobre direitos humanos e cidadania, definindo linhas de cuidado relacionadas aos ciclos vitais, que perpassam toda a rede - da atenção básica à alta complexidade. No campo da atenção obstétrica, a assistência pré-natal de baixo risco é atribuição da atenção primária, a de alto risco é atribuição do nível secundário e terciário de atenção. O serviço de saúde busca vincular, através de visitas das gestantes às maternidades e da cartilha da gestante, o pré-natal ao parto, estabelecendo em cada regional uma maternidade de referência para o parto, fortalecendo o conceito de responsabilidade sanitária, de vinculação da gestante à maternidade e de regulação de leitos obstétricos, objetivando diminuir os maus resultados obstétricos.

Esse estudo foi realizado nas 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.

A Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC), o Hospital Geral de Fortaleza (HGF) e o Hospital Geral César Cals de Oliveira (HGCCO) são hospitais-maternidades de nível terciário de saúde e instituições de ensino e pesquisa. Estes hospitais funcionam como referência em obstetrícia de alto risco para todo o município de Fortaleza e para o Estado. Mais de 30% dos partos realizados nesses serviços são provenientes de cidades do interior. Os mesmos oferecem serviços especializados para as mulheres em acordo com o ciclo de vida. Prestam assistência ambulatorial à gestantes de alto risco, adolescentes, mulheres no climatério e em geriatria. Mais de 40% dos atendimentos tem procedência do interior (CEARÁ, 2009).

As maternidades/hospitais vinculadas à Secretaria de Saúde do Município, o HDGM-Messejana, HDGM-José Walter, HDGM-Barra do Ceará e HNS da Conceição, são de nível secundário de atenção e estão voltados para a assistência materno-infantil. Destes, o HDGM-Messejana atende a maior demanda e disponibiliza atendimento específico para adolescentes, mulheres e homens com DST/HIV, mulheres vítimas de violência sexual, dentre outros serviços.

Segundo estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Fortaleza, no ano de 2009, apresentava uma estimativa populacional de 50.000 gestantes. A Secretaria Municipal de Saúde assumiu o compromisso sanitário de atender a população, através do SUS, chegando a atender mais 70% da população de gestantes, em maternidades públicas e conveniadas, o que no ano de 2009 correspondia a 35.000. Somente nas maternidades públicas, neste ano foram realizados 22.240 partos, representando 66,6% do compromisso assumido com o MS (FORTALEZA, 2010).

### **3.3 População e amostra**

A população deste estudo foi composta por parturientes admitidas nas maternidades públicas de Fortaleza que se encontrava em alojamento conjunto.

O cálculo do tamanho da amostra utilizou como base o total de 22.232 partos realizados nas maternidades do estudo, a prevalência de sífilis em gestantes em Fortaleza de 2,3% (BRASIL, 2008), um erro amostral de 2% e um intervalo de confiança de 95%. A

amostra mínima necessária para a realização deste estudo correspondeu a 214 gestantes, que foi acrescida em 50% com o objetivo de reduzir o erro amostral e considerando a baixa prevalência desse evento em Fortaleza.

A amostra foi estratificada entre as maternidades com o objetivo de manter proporções equitativas entre as mesmas. A estratificação considerou o total de partos realizados em cada uma das maternidades no ano de 2009. Calculou-se a fração amostral com  $f = n/N$  e o número de elementos a observar em cada maternidade a partir da fórmula:  $n_1 = f \cdot N_1/N$  (TORRES et al., 2009). Objetivando diminuir erro amostral, a amostra foi acrescida em 50% (Quadro 1).

**Quadro 1** - Distribuição da amostra por maternidades. Fortaleza, Ceará  
(SMS/SINASC, 2009)

| <b>Maternidades Públicas (locais do estudo)</b> | <b>Nº de partos</b> | <b>Amostra</b> |
|---|---------------------|----------------|
| HDGM do José Walter                             | 2.177               | 22             |
| HDGM da Barra do Ceará                          | 2.078               | 21             |
| Hospital Distrital NS da Conceição              | 2.500               | 25             |
| HDGM de Messejana                               | 4.390               | 42             |
| Hospital Geral de Fortaleza                     | 1.540               | 16             |
| Hospital Geral César Cals de Oliveira           | 4.367               | 42             |
| Maternidade Escola Assis Chateaubriand          | 5.180               | 46             |
| <b>Total</b>                                    | <b>22.232</b>       | <b>214</b>     |

### 3.4 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada aleatoriamente no período de junho a setembro de 2010, sendo realizada por meio de um questionário (Apêndice 1), complementadas com informações dos prontuários, das fichas de admissão e dos cartões de pré-natal. Alunas do Curso de Graduação em Enfermagem, devidamente treinadas, visitavam diariamente as maternidades para a realização da coleta de dados. As entrevistas foram realizadas em ambiente privativo. A cada semana o coordenador da pesquisa recolhia e avaliava o preenchimento dos questionários. Só eram considerados finalizados, os questionários que apresentavam os resultados do exame de VDRL solicitado na ocasião da admissão para o parto positivo.

As variáveis dependentes analisadas foram: **sócio-demográficas:** idade, escolaridade (em anos de estudo), procedência, ocupação, raça auto-referida, renda pessoal e familiar (em salários mínimos vigentes na época), com quem mora; **comportamentais:** início da atividade sexual, número de parceiros sexuais na vida, se já teve atividade sexual com quem vive ou viveu em regime de cárcere, com quem usa álcool, com quem usa ou usava droga, se já teve alguma relação em troca de algum benefício e se usa álcool e/ou drogas ilícitas, se já teve

algum sintoma sugestivo de DST, se algum parceiro teve sintomas sugestivos de DST; **obstétricas:** idade gestacional, número de gestações, de partos, história de abortos e de natimortos, história de partos prematuros; **Institucionais:** realizou pré-natal, número de consultas de pré-natal, idade gestacional do início do pré-natal, local de realização do pré-natal, realizou VDRL no 1º e 3º trimestres, realizou tratamento nos casos de VDRL reagentes, parceiro(s) foi(ram) tratado(s), foi tratada com Penicilina Benzatina, fez controle mensal com o VDRL, realizou sorologia para HIV.

A variável independente estudada foi: Resultado do exame de VDRL solicitado na ocasião da admissão para o parto.

Seguindo rotina adotada nas maternidades e recomendada pelo Ministério da Saúde, (BRASIL, 2005), as gestantes na ocasião da admissão realizavam o exame de VDRL, independentemente de ter sido realizado, ou não, durante o pré-natal. As parturientes que tiveram o resultado do VDRL positivo não realizaram testes confirmatórios porque os serviços não adotam essa medida como rotina, sendo, portanto, consideradas portadoras de sífilis aquelas que não realizaram tratamento adequado durante a gravidez e/ou não tiveram seus parceiros sexuais tratados.

O VDRL, apesar de ser um teste com baixa especificidade para sífilis, é recomendado pelo Ministério da Saúde como teste de rastreamento por ser de altíssima sensibilidade, o que diminui bastante a possibilidade de falsos-negativos, dispensando a realização de testes específicos nos casos negativos, e por ser, também, barato e de fácil manuseio (LIMA, 2002). Os resultados falso-positivos possíveis podem ser explicados pela ocorrência de reações cruzadas com outras infecções treponêmicas ou outras doenças tais como lupus, artrite reumatóide, hanseníase entre outras. E os resultados falso-negativos pelo excesso de anticorpos, fenômeno conhecido como efeito prozona, que pode ocorrer em amostras sorológicas não diluídas e com altos títulos de anticorpos, podendo acontecer em 1 a 2% das pacientes, especialmente no estágio secundário da doença. Para evitar a ocorrência do evento, procede-se a testagem com soro submetido a uma diluição prévia (BRASIL, 2005). Nos casos de VDRL positivos, o MS, adotando recomendações da OMS, determina que, diante da impossibilidade de realização de testes confirmatórios na rotina dos serviços, sejam considerados como casos de sífilis quando estiverem associados à ausência de registros ou relatos prévios de tratamento adequado da gestante e do(s) parceiro(s) sexual(is) (BRASIL, 2005). O FTA-Abs, teste treponêmico de alta sensibilidade e especificidade, é um dos testes confirmatórios recomendados pelo MS, sendo que apresenta a desvantagem de ser caro e de difícil manuseio, o que dificulta a sua realização em

muitas áreas do país, justificando, nas situações de difícil acessibilidade ao exame, o diagnóstico e o tratamento da sífilis a partir da positividade do VDRL (BRASIL, 2005). Portanto, segundo o MS, toda parturiente que apresentar VDRL positivo, associado a não tratamento ou a tratamento inadequado ou à ausência de tratamento da parceria sexual, será considerada portadora de sífilis gestacional (BRASIL, 2006).

Esse estudo considerou para análise, como casos de sífilis, as parturientes que apresentaram positividade no exame de VDRL solicitado na ocasião da admissão para o parto, independentemente da titulação, sem história prévia de tratamento adequado e de tratamento da parceria sexual.

As parturientes com positividade no rastreamento da sífilis na gestação iniciaram o tratamento nas maternidades, tiveram os parceiros convocados e foram encaminhadas à unidade primária de saúde para darem continuidade ao tratamento e para o acompanhamento.

### **3.5 Critérios de inclusão e de exclusão**

Foram incluídas todas as parturientes admitidas nas maternidades públicas de Fortaleza, no período da coleta de dados e excluídas aquelas gestantes internadas por qualquer outra condição clínica (abortamentos, sangramentos e outras situações não relacionadas ao trabalho de parto) e as que não realizaram o VDRL na ocasião da admissão.

### **3.6 Análise dos dados**

Os dados foram armazenados utilizando o pacote estatístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), versão 18. Foi realizada uma análise descritiva utilizando a distribuição de frequências para as variáveis qualitativas e cálculo de média e desvio padrão para as variáveis quantitativas. Para a análise univariada aplicou-se o teste do qui-quadrado de Pearson e o teste exato de Fischer, quando pertinente, para analisar associações estatísticas entre as variáveis categóricas, estabelecendo um nível de significância de 5% e intervalo de confiança de 95%.

Foram analisadas as seguintes variáveis: sócio-demográficas: idade (em anos), escolaridade (em anos de estudo), procedência, ocupação (trabalha ou estuda), raça auto-referida, renda pessoal e familiar (em salários mínimos vigentes na época), com quem mora; comportamentais: início da atividade sexual, número de parceiros sexuais na vida, parceiro usa álcool e ou drogas ilícitas, história de prostituição, usa álcool e/ou drogas ilícitas, queixas de DST na parturiente e no parceiro sexual (feridas genitais); obstétricas: idade gestacional na ocasião do parto, número de gestações, de partos, história de desfecho desfavorável em

gestações anteriores (abortos, natimortos, partos prematuros); Institucionais: realização do pré-natal (pelo menos uma consulta) e número de consultas, idade gestacional do início do pré-natal, local de realização do pré-natal, realização do VDRL no 1º e 3º trimestres, realização do tratamento nos casos de VDRL reagentes, parceiro(s) tratado(s), tratamento realizado, controle mensal de cura com o VDRL, realização de sorologia para HIV.

### **3.7 Ética na pesquisa**

O estudo recebeu aprovação dos Comitês de Ética em Pesquisa da MEAC e do HGCCO. O acesso aos dados dos prontuários médicos e das fichas de admissão ocorreu após assinatura do termo de Fiel Depositário. Os diretores das maternidades assinaram documento autorizando a realização da pesquisa. Todas as parturientes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. No caso de menores de 18 anos, os termos foram assinados pelos responsáveis maiores de 18 anos. As parturientes iniciaram o tratamento com penicilina benzatina nas maternidades, tiveram os parceiros convocados e foram encaminhadas à unidade primária de saúde para acompanhamento.

## 4 ANÁLISE DOS RESULTADOS

Foram admitidas nas maternidades públicas de Fortaleza 350 parturientes. Destas, 320 participaram da pesquisa e 30 foram excluídas, 23 por abortamentos, cinco por não terem realizado o exame de VDRL na admissão e duas por recusarem assinar o termo de consentimento livre e esclarecido. Apresentaram o exame de VDRL reagente na ocasião da admissão para o parto, 17 (5,3) mulheres, sendo todas consideradas portadoras de sífilis, em acordo com os critérios do MS (BRASIL, 2005).

A Tabela 1 apresenta a distribuição das variáveis sociodemográficas das parturientes. A idade variou de 14 a 45 anos, com média de 24,8 anos (DP = 6,3). A faixa etária de 20 a 29 anos apresentou maior frequência, com 174 (54,4) parturientes.

Em relação à escolaridade, as parturientes apresentaram média de 8,2 anos de estudo (DP=2,9), sendo que 39 (12,2) delas ainda frequentavam a escola. A maioria, 179 (55,9), tinha até nove anos de estudo.

No tocante à renda, 215 (67,2) parturientes não tinham renda pessoal e 29 (9,1) ganhavam menos de um salário mínimo, sendo a média de renda pessoal equivalente a R\$ 181,85 (DP=354,1). É importante registrar que 130 (40,6) parturientes tinham ocupação, sendo 39 (12,2) estudantes, 18 (5,5) tinham ocupação relacionada a atividades domésticas, 15 (4,5) à atividades comerciais e 14 (4,3) à costura. A renda familiar das mesmas apresentou média equivalente a R\$ 883,33 (DP=548,2) (salário mínimo vigente era de R\$ 510,00).

Moravam com os companheiros 212 (66,3) e 108 (33,8) moravam sozinhas, com os pais ou com amigos. Quanto à cor que se consideravam, pequena parcela das parturientes, 49 (15,3), se considerou de cor branca, enquanto 271 (84,7) de cor não branca, sendo 207 (72,8) pardas ou morenas e 64 (11,9) pretas.

**Tabela 1** - Variáveis sociodemográficas das parturientes admitidas nas maternidades públicas.

Fortaleza, Ceará. 2010.

| Variáveis                                | Média (DP) | n          | %            |
|--|------------|------------|--------------|
| <b>Faixa etária (em anos)</b>            | 24,8 (6,3) |            |              |
| Até 19                                   |            | 68         | 21,3         |
| 20 a 29                                  |            | 174        | 54,3         |
| 30 ou mais                               |            | 78         | 24,4         |
| <b>Escolaridade (em anos)</b>            | 8,2 (2,9)  |            |              |
| 0  |            | 5          | 1,6          |
| Até 4                                    |            | 29         | 9,1          |
| 5 a 9                                    |            | 145        | 45,3         |
| > 9                                      |            | 141        | 44,1         |
| <b>Renda Pessoal (Salários Mínimos)</b>  |            |            |              |
| < 1                                      |            | 29         | 9,1          |
| 1 a 2                                    |            | 71         | 22,2         |
| > 2                                      |            | 3          | 0,9          |
| 0  |            | 215        | 67,2         |
| <b>Renda familiar (Salários Mínimos)</b> |            |            |              |
| < 1                                      |            | 40         | 12,5         |
| 1 a 2                                    |            | 211        | 65,9         |
| > 2                                      |            | 54         | 16,9         |
| Ignorado                                 |            | 15         | 4,7          |
| <b>Com quem mora</b>                     |            |            |              |
| Pai ou mãe                               |            | 71         | 22,2         |
| Parceiro                                 |            | 212        | 66,3         |
| Só ou com outra companhia                |            | 37         | 11,6         |
| <b>Raça que se considera</b>             |            |            |              |
| Branca                                   |            | 49         | 15,3         |
| Não-branca                               |            | 271        | 84,7         |
| <b>Total</b>                             |            | <b>320</b> | <b>100,0</b> |

Na Tabela 2 encontram-se as variáveis comportamentais e obstétricas das parturientes. A maioria, 169 (52,8%) iniciou as atividades sexuais com idade entre 16 e 20 anos, entretanto, vale salientar que 134 (41,9%) iniciaram as atividades sexuais com idade igual ou inferior a 15 anos. A média de idade de início das atividades sexuais foi de 16,2 anos (DP = 2,6).

Referiram ter tido mais de um parceiro sexual na vida, 224 (70,0) parturientes, e um único parceiro sexual nos últimos três meses, 288 (90,0). A média foi de 4,9 parceiros sexuais na vida (DP 12,4). No último ano, 296 (92,5) parturientes afirmaram ter tido um único parceiro sexual.

No tocante ao uso de drogas ilícitas, 18 (5,6) parturientes referiram usar maconha e/ou crack e/ou cocaína e 84 (26,3) referiram ter tido parceiros sexuais usuários dessas referidas drogas. Em 48 (15,0) casos, as mulheres referiram já ter tido relação sexual com quem já esteve em regime de cárcere, 22 (6,9) tinham tido relação forçada e 11 (3,4) em troca de algum benefício.



**Tabela 2** - Variáveis comportamentais e obstétricas das parturientes admitidas nas maternidades públicas. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2010.

| Variáveis  | Média (DP) | n          | %            |
|--|------------|------------|--------------|
| <b>Início da atividade sexual (em anos)</b>      | 16,2 (2,6) |            |              |
| Até 15   |            | 134        | 41,9         |
| 16 a 20  |            | 169        | 52,8         |
| > 20   |            | 17         | 5,3          |
| <b>Nº de parceiros sexuais na vida</b>           | 4,9 (12,4) |            |              |
| 1  |            | 96         | 30,0         |
| 2 ou mais  |            | 224        | 70,0         |
| <b>Faz uso de drogas ilícitas</b>                |            |            |              |
| Sim  |            | 18         | 5,6          |
| Não  |            | 302        | 94,4         |
| <b>Teve parceiro usuário de drogas ilícitas?</b> |            |            |              |
| Sim  |            | 84         | 26,3         |
| Não/Ignorado                                     |            | 236        | 73,8         |
| <b>Teve relação c/ alguém encarcerado</b>        |            |            |              |
| Sim  |            | 48         | 15,0         |
| Não/Ignorado                                     |            | 272        | 85,0         |
| <b>Queixas de DST</b>                            |            |            |              |
| Sim  |            | 217        | 67,8         |
| Não/Não lembra                                   |            | 103        | 32,2         |
| <b>Parceiro c/ queixas de DST</b>                |            |            |              |
| Sim  |            | 27         | 8,4          |
| Não/Não lembra                                   |            | 293        | 91,6         |
| <b>Número de gestações</b>                       |            |            |              |
| 1  |            | 123        | 38,4         |
| > 1  |            | 197        | 61,6         |
| <b>Idade Gestacional no parto (em semanas)</b>   | 37,8 (2,8) |            |              |
| 22 a menos de 37 semanas                         |            | 67         | 20,9         |
| 37 ou mais semanas                               |            | 253        | 79,1         |
| <b>Teve gestação com desfecho desfavorável?</b>  |            |            |              |
| Sim  |            | 128        | 40,0         |
| Não  |            | 192        | 60,0         |
| <b>Total</b>                                     |            | <b>320</b> | <b>100,0</b> |

Quando interrogadas acerca de queixas de doenças sexualmente transmissíveis (DST), 217 (67,8) referiram história anterior de algum sintoma relacionado a essas doenças (corrimento, feridas, verrugas), situação observada também em 27 (8,4) dos seus parceiros sexuais, sendo que 15 (4,7) tinham história anterior de corrimento uretral, 10 (3,1) de verrugas e oito (2,5) de feridas. Tinham conhecimento de histórico de diagnóstico anterior de sífilis no parceiro, 13 (4,1) das mulheres e todas referiram que os mesmos foram tratados. Realizaram tratamento para DST, 168 (77,4) mulheres.

No tocante aos fatores obstétricos, 197 (61,6) tinham história de gravidez anterior e 123 (38,4) gestaram uma única vez e eram primíparas. Dentre as 197 mulheres com mais de

uma gestação, 128 (64,9) referiram algum desfecho desfavorável (natimorto, aborto ou parto prematuro) em gestação anterior. Pariram com 37 ou mais semanas de gestação, 253 (79,1). A média da idade gestacional na ocasião do parto foi de 37,8 semanas (DP 2,8).

A Tabela 3 mostra as variáveis institucionais relacionadas à assistência à saúde das gestantes.

Realizaram o pré-natal 308 (96,2) das parturientes, e 246 (82,5) receberam quatro ou mais consultas. A média foi de 5,7 (DP 2,3) consultas de pré-natal por gestante. Iniciaram o pré-natal com 13 ou mais semanas de gestação, 178 (61,4) parturientes e a média de idade gestacional do início do pré-natal foi de 15,7 semanas (DP 6,5). É importante ressaltar que a maioria das puérperas, 253 (82,1), realizou pré-natal na atenção primária de saúde.

Dentre as gestantes que realizaram o pré-natal, 89 (28,8) realizaram o exame de VDRL no primeiro trimestre de gestação, 86 (27,9) o realizaram somente no terceiro trimestre e 71 (2,3) no primeiro e terceiro trimestres. Não realizaram nenhum exame de VDRL durante a gestação, 62 (20,1) das parturientes que realizaram pré-natal. Tinham conhecimento do VDRL reagente na gestação, 10 (3,1) mulheres e cinco (1,6) informaram que realizaram tratamento, entretanto, somente uma (0,3) foi considerada corretamente tratada (três doses de penicilina benzatina e parceiro sexual tratado). Dentre os parceiros sexuais das gestantes com VDRL positivo na gestação, cinco (1,6) foram considerados tratados.

**Tabela 3** - Análise dos fatores institucionais, relacionados à assistência pré-natal de parturientes admitidas nas maternidades públicas de Fortaleza, Ceará, Brasil, 2010.

| Variáveis   | Média (DP) | n   | %    |
|---|------------|-----|------|
| <b>Realizou pré-natal (n=320)</b>                             |            |     |      |
| Sim   |            | 308 | 96,2 |
| Não   |            | 12  | 3,8  |
| <b>Número de consultas de pré-natal (n=308)</b>               | 5,7 (2,3)  |     |      |
| 1 a 3   |            | 52  | 17,4 |
| 4 a 6   |            | 133 | 44,6 |
| 7 ou mais   |            | 113 | 37,9 |
| <b>Início do pré-natal (em semanas) (n = 308)</b>             | 15,7 (6,5) |     |      |
| Até 12  |            | 112 | 38,6 |
| 13 a 22   |            | 129 | 44,5 |
| > 22  |            | 49  | 16,9 |
| <b>Local de realização do pré-natal (n = 308)</b>             |            |     |      |
| Unidade primária  |            | 253 | 86,6 |
| Outra unidade de saúde  |            | 39  | 13,4 |
| <b>Realização do VDRL no pré-natal (n = 308)</b>              |            |     |      |
| Sim   |            | 246 | 79,8 |
| Não   |            | 62  | 20,2 |
| <b>Realização do VDRL por trimestre de gestação (n = 246)</b> |            |     |      |
| Primeiro  |            | 89  | 36,2 |
| Terceiro  |            | 86  | 34,9 |
| Primeiro e terceiro   |            | 71  | 28,9 |
| <b>Resultado do VDRL na gravidez (n=246)</b>                  |            |     |      |
| Reagente  |            | 10  | 3,1  |
| Não reagente  |            | 236 | 96,9 |
| <b>Recebeu tratamento adequado (n = 10)</b>                   |            |     |      |
| Sim   |            | 1   | 0,3  |
| Não/Ignorado  |            | 9   | 99,9 |
| <b>Teve o parceiro tratado (n = 10)</b>                       |            |     |      |
| Sim   |            | 5   | 1,7  |
| Não/Ignorado  |            | 5   | 98,3 |

A Tabela 4 identifica os fatores associados à positividade do rastreamento da sífilis realizado através da solicitação do exame de VDRL na ocasião da admissão para o parto. A idade das parturientes com VDRL positivo variou de 17 a 36 anos, sendo que 11 (6,3) encontravam-se na faixa etária de 20 a 29 anos e três (4,4) tinham até 19 anos. A média de idade foi de 24 (DP = 5,8) anos. Não houve associação estatisticamente significativa entre a positividade do VDRL admissional e a idade das parturientes ( $p=0,703$ ). Em relação à raça, 13 (76,5) das parturientes com VDRL positivo se consideravam não brancas pardas ou morenas e 4 (23,5) delas, brancas. Também não houve associação estatisticamente significativa entre a positividade do VDRL e a cor que as parturientes se consideravam ( $p=0,361$ ).

No tocante à escolaridade, as parturientes com sífilis na gestação apresentaram uma média de estudo equivalente a 6,2 (DP = 3,7) anos de estudo, sendo que 14 (82,4) delas

tinham até nove anos de estudo e 3 (17,6) mais de nove. Observou-se associação estatisticamente significativa entre baixa escolaridade e positividade no diagnóstico de sífilis na gestação ( $p=0,002$ ).

A renda pessoal das puérperas teve média equivalente a R\$ 207,35 (DP = 285,3), sendo que 15 (88,2%) ganhavam até um salário mínimo. Na avaliação da renda familiar, observou-se que as parturientes tinham, em média, renda familiar de R\$ 874,90 (DP = 644,9). Não se observou associação estatisticamente significativa entre as rendas, pessoal ( $p=0,919$ ) e familiar ( $p=0,252$ ), das parturientes e a positividade do teste de rastreamento da sífilis na gestação.

Dentre os fatores comportamentais, a idade de início da atividade sexual com até 19 anos de idade ou com mais de 19 anos de idade não apresentou associação estatisticamente significativa com a positividade do rastreamento da sífilis na gestação ( $p=0,059$ ). Porém, quando a análise considera o início da atividade sexual com até 15 anos de idade ou com mais de 15 anos encontra-se associação estatisticamente significativa ( $p=0,003$ ). Em relação ao número de parceiros sexuais, ter mais de um parceiro sexual na vida também mostrou associação estatisticamente significativa com a positividade do exame de VDRL realizado durante a admissão para o parto ( $p=0,011$ ). As parturientes com VDRL positivo apresentaram médias de idade de início das atividades sexuais e número de parceiros na vida equivalentes a 14,8 (DP = 1,7) e 8,1 (DP = 10,0) respectivamente.

Sinais e sintomas sugestivos de DST foram relatados por 14 (82,3) puérperas com VDRL positivo e duas (11,8) referiram parceiros com queixas genitais, sendo que cinco (29,4) delas relataram história anterior de ferida genital. O estudo mostrou associação estatisticamente significativa entre história anterior de ferida genital e positividade do VDRL das parturientes ( $p=0,000$ ).

**Tabela 4** - Análise dos fatores associados à sífilis em parturientes admitidas em maternidades públicas de Fortaleza, Ceará, Brasil, no ano de 2010.

| Fatores associados                                   | Sífilis |      |     |      | p         |
|--|---------|------|-----|------|-----------|
|  | Sim     |      | Não |      |           |
|  | n       | %    | n   | %    |           |
| <b>Faixa etária (anos)</b>                           |         |      |     |      | 0,703     |
| Até 19   | 3       | 17,6 | 65  | 21,5 |           |
| > 19   | 14      | 82,4 | 238 | 78,5 |           |
| <b>Cor que se considera</b>                          |         |      |     |      | 0,361     |
| Branca   | 4       | 23,5 | 45  | 14,9 |           |
| Não branca   | 13      | 76,5 | 258 | 85,1 |           |
| <b>Escolaridade (em anos)</b>                        |         |      |     |      | 0,002     |
| Até 9  | 14      | 82,4 | 138 | 45,5 |           |
| > 9  | 3       | 17,6 | 165 | 54,5 |           |
| <b>Renda pessoal em salários mínimos (SM)</b>        |         |      |     |      | 0,919     |
| Até 1  | 15      | 88,2 | 268 | 89,0 |           |
| > 1  | 2       | 11,8 | 33  | 11,0 |           |
| <b>Renda familiar em salários mínimos (SM)</b>       |         |      |     |      | 0,252     |
| Até 1  | 8       | 47,1 | 97  | 33,2 |           |
| > 1  | 9       | 52,9 | 195 | 66,8 |           |
| <b>Início da atividade sexual (em anos)</b>          |         |      |     |      | 0,003     |
| Até 15   | 13      | 76,5 | 122 | 40,3 |           |
| > 15   | 4       | 23,5 | 181 | 59,4 |           |
| <b>Nº de parceiros sexuais na vida</b>               |         |      |     |      | 0,011     |
| 1  | 1       | 5,9  | 95  | 31,4 |           |
| > 1  | 16      | 94,1 | 208 | 68,6 |           |
| <b>História anterior de ferida genital</b>           |         |      |     |      | 0,000     |
| Sim  | 5       | 29,4 | 7   | 2,3  |           |
| Não  | 12      | 70,6 | 296 | 97,7 |           |
| <b>Uso de drogas ilícitas</b>                        |         |      |     |      | 0,000     |
| Sim  | 5       | 29,4 | 13  | 4,3  |           |
| Não  | 12      | 70,6 | 290 | 95,7 |           |
| <b>Relação c/ parceiro que usa ou usou drogas</b>    |         |      |     |      | 0,002     |
| Sim  | 10      | 58,8 | 74  | 24,4 |           |
| Não  | 7       | 41,2 | 229 | 75,6 |           |
| <b>Realizou pré-natal</b>                            |         |      |     |      | 0,000     |
| Sim  | 12      | 70,6 | 296 | 97,7 |           |
| Não  | 5       | 29,4 | 7   | 2,3  |           |
| <b>Início do pré-natal (em semanas)</b>              |         |      |     |      | 0,344     |
| Até 12   | 3       | 27,3 | 116 | 41,6 |           |
| >12  | 8       | 72,7 | 163 | 58,4 |           |
| <b>Realizou VDRL na gestação</b>                     |         |      |     |      | 0,243     |
| Sim  | 6       | 35,3 | 151 | 49,8 |           |
| Não  | 11      | 64,7 | 152 | 50,2 |           |
| <b>Realizou VDRL nos 1º e 3º trim. da gestação</b>   |         |      |     |      | 0,870     |
| Sim  | 3       | 25,0 | 68  | 23,0 |           |
| Não  | 9       | 75,0 | 228 | 77,0 |           |
| <b>Realizou tratamento para sífilis no pré-natal</b> |         |      |     |      | 0,487     |
| Sim  | 3       | 42,9 | 2   | 66,7 |           |
| Não  | 4       | 57,1 | 1   | 33,3 |           |
| <b>Total</b>   |         |      |     |      | <b>17</b> |

Quanto ao uso de drogas ilícitas, cinco (27,8) puérperas se consideravam usuárias e 10 (11,9) disseram que já tiveram ou tinham parceiros sexuais usuários de drogas. Cinco (10,4) tiveram relações sexuais com presidiários ou ex-presidiários. Observou-se associação estatisticamente significativa entre o uso de drogas pelas parturientes e a positividade do VDRL na ocasião do parto ( $p=0,000$ ), como também em relação ao uso de drogas ilícitas pelos seus parceiros sexuais ( $p=0,002$ ).

Em relação aos fatores obstétricos e institucionais, das 17 mulheres com VDRL positivo, 12 (70,6) fizeram o pré-natal sendo todas as consultas realizadas em unidades primárias de saúde. Encontrou-se associação estatisticamente significativa entre a não realização do pré-natal e a positividade do VDRL na ocasião do parto ( $p=0,000$ ), enquanto que, com relação ao início do pré-natal, essa associação não foi observada ( $p=0,333$ ), já que três (27,3) parturientes iniciaram o pré-natal com 12 ou menos semanas de gestação e oito (66,7) com mais de 12 semanas.

No tocante ao número de consultas de pré-natal, também não houve associação estatisticamente significativa em relação à positividade do VDRL ( $p=0,147$ ), já que, nove (81,8) parturientes realizaram até seis consultas de pré-natal. Dentre as 17 parturientes que apresentaram VDRL positivo, nove (53,3) não realizaram nenhum exame de VDRL durante a gestação atual, sendo que cinco (29,4) não realizaram o pré-natal. Mesmo realizando pré-natal, quatro (23,5) dessas parturientes não tiveram a oportunidade de realizar o teste de rastreamento da sífilis durante a gestação.

Dentre as parturientes com positividade no teste rastreamento da sífilis na gestação realizado na ocasião do parto, 6 (35,3) realizaram o VDRL do primeiro e o do terceiro trimestres da gestação, não havendo, nesse caso, associação estatisticamente significativa ( $p=0,871$ ). Dentre as que realizaram no primeiro trimestre, cinco (41,7) tiveram o VDRL positivo na ocasião do parto, enquanto as que realizaram o exame no terceiro trimestre tiveram seis (50,0) casos positivos e dentre as que o fizeram nos dois trimestres, três (25,0).

Dados registrados nos cartões de pré-natal das parturientes com positividade no exame de VDRL admissional mostram que sete (41,1) delas realizaram tratamento com penicilina benzatina durante a gestação. Porém, nenhuma (0,0) delas foi considerada adequadamente tratada por não usarem as três doses necessárias e/ou por não terem seus parceiros sexuais tratados.

## 5 DISCUSSÃO

A positividade no teste de rastreamento de sífilis na gestação encontrada entre 320 parturientes admitidas nas maternidades públicas do município de Fortaleza, Ceará, Brasil, no período de junho a setembro de 2010, foi significativamente alta, equivalente a 5,3%. Dentre as 17 parturientes que apresentaram positividade no exame de VDRL realizado na admissão para o parto, 9 (52,9) tiveram VDRL positivo durante a gestação, mas não foram consideradas adequadamente tratadas. Portanto, as 17 parturientes foram consideradas portadoras de sífilis gestacional conforme o Ministério da Saúde que recomenda que as gestantes com VDRL positivo, diante da impossibilidade de realização de testes confirmatórios específicos, sejam consideradas e tratadas como portadoras de sífilis e que o tratamento correto deve ser realizado com três doses de 2,4 milhões de UI de penicilina Benzatina, semanalmente, e que o(s) parceiro(s) sexual(is) seja(m) tratado(s) (BRASI, 2006). Portanto, a prevalência de sífilis gestacional encontrada nesse estudo foi equivalente a 5,3. Essa prevalência, em comparação com outros estudos realizados no Brasil e no mundo (SOARES et al., 2003; BRASIL, 2005; RODRIGUES et al., 2004; SARACENI et al., 2007; SZWARCOWALD et al., 2007), é considerada alta, principalmente por ter sido esse estudo realizado com amostra aleatória e representativa de unidades hospitalares capacitadas para o controle da sífilis, recebendo, inclusive, insumos necessários para o seu diagnóstico e tratamento. Muitos desses hospitais têm, inclusive, serviços de atenção especializada em DSTHIV/AIDS, voltados para gestantes, não gestantes, homens e crianças.

Estudos semelhantes em países da América do Sul encontraram, na Bolívia, uma prevalência de sífilis materna de 4,3 em parturientes com fetos vivos (SOUTHWICK et al., 1999). No Chile, a prevalência de sorologia positiva de VDRL e de FTA-Abs em gestantes acompanhadas em um centro para tratamento de DST foi de 0,2% (LIZAMA, et al., 1998). Em estudo realizado em 2005 pelo Ministério da Saúde, o Brasil apresentou prevalência de sífilis em gestantes equivalente a 2,6, sendo a sífilis diagnosticada a partir do VDRL positivo, confirmado através do ELISA, teste não específico. Em Fortaleza, a prevalência foi de 2,3 (BRASIL, 2008).

Nesse estudo, as parturientes com diagnóstico de sífilis eram mulheres jovens, com média de idade de 24 anos, baixa escolaridade, com renda familiar entre 1 e 2 salários mínimos, com início precoce da atividade sexual e com baixo número de parceiros sexuais nos últimos 12 e 3 meses. Esses resultados são semelhantes aos de outras pesquisas realizado

no Brasil (LIMA, 2004; BRASIL, 2005; GUEDES et al., 2009). Embora a adolescência seja considerada como importante fator de risco para aquisição das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), incluindo a sífilis, apenas 68 (21,3) das parturientes deste estudo eram adolescentes, sendo que, dessas, três (4,4) apresentaram diagnóstico de sífilis na ocasião do parto. Em uma das maternidades onde foi realizada esta pesquisa, BRUNO (1991) mostrou, através de exames de VDRL positivos, uma prevalência de sífilis entre gestantes adolescentes de 2,7. Mostrou, também, que essa prevalência era tanto mais alta, quanto mais baixo fosse o nível sócio-econômico das adolescentes.

As parturientes com sífilis apresentaram, nesse estudo, uma média de escolaridade equivalente a 6,2 (DP=3,7) anos de estudo, ou seja, uma escolaridade considerada baixa que reforça a assertiva, propagada na literatura mundial, de que existe associação direta entre a presença de doenças sexualmente transmissíveis e baixa escolaridade (BRITO et al., 2001; BEHETS et al., 2001). Estudo multicêntrico realizado por RODRIGUES (2004) mostrou uma prevalência de sífilis entre puérperas de todas as idades equivalente a 1,7 e, quando os fatores associados à sorologia positiva para sífilis foram analisados, a escolaridade  $\leq 8$  anos de estudo se mostrou como um risco três vezes maior para a positividade do exame de VDRL. No nosso estudo, dentre as 179 (56,0) parturientes com escolaridade  $\leq 9$  anos de estudo, 14 (7,8) apresentaram positividade no exame de rastreamento de sífilis gestacional, correspondendo a 82,3% das parturientes com esse diagnóstico.

A assistência pré-natal é de grande importância para a saúde da mãe e do conceito, permitindo, através de ações de promoção à saúde e de identificação de riscos, a prevenção de complicações, a redução ou eliminação de fatores e comportamentos de risco associados a vários agravos à saúde (BRASIL, 2000; PUCCINI et al., 2003; KILSZTAJN et al., 2003). O MS determina o mínimo de seis consultas de pré-natal para gestantes de baixo risco, sendo intercaladas entre médicos e enfermeiros, com um mínimo de duas consultas tendo que ser realizadas por médico (BRASIL, 2005). Dados oficiais mostram que, no Brasil, a cobertura de pré-natal é alta, atingindo quase 90% das gestantes, que é realizada por profissionais qualificados (BRASIL, 2005). Porém, ainda assim, os resultados mostram insuficiência no controle de vários agravos à saúde das gestantes e na redução da morbimortalidade materna e perinatal (KOFFMAN & BONADIO, 2005; SERRUYA et al., 2004).

Semelhantemente a outros estudos (KILSZTAJN et al., 2003; LIMA et al., 2009; WOLF et al., 2009) e, em acordo com o que ocorre no Brasil, a cobertura de pré-natal foi considerada alta, atingindo 308 (96,2) das parturientes, sendo que, dessas, 12 (3,9) tiveram o



diagnóstico de sífilis na ocasião do parto. A média de idade gestacional no início do pré-natal foi de 15,7 (DP=6,5) semanas, sendo que 112 (38,6) estavam com até 12 semanas de gestação na ocasião do início do pré-natal e 178 (61,4) com mais de 12 semanas. Dentre as parturientes que iniciaram o pré-natal com até 12 semanas, três (2,6) tiveram sífilis na ocasião do parto e dentre as que iniciaram tardiamente, ou seja, com mais de 12 semanas de gestação, oito (4,5%) apresentaram o mesmo diagnóstico.

A proporção de sífilis entre as parturientes foi mais alta do que a encontrada durante a gestação. Atendendo a recomendações do Ministério da Saúde, gestantes com VDRL positivo somente são consideradas tratadas se tomarem, semanalmente, as três doses de 2,4 milhões UI de penicilina benzatina e se tiverem seus parceiros sexuais tratados. Nesta pesquisa, nenhuma das gestantes com VDRL positivo na ocasião do pré-natal atendeu a essas recomendações. As 10 (3,1) gestantes com sífilis foram consideradas como não tratadas por não terem tomado a medicação corretamente, por não terem seus parceiros tratados e por não apresentarem registros do tratamento realizado na gestação. Por conta desses dados, é importante lembrar que a média de consultas durante o pré-natal foi de 5,7 (DP=2,3), considerada boa, em acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde. Esses achados são considerados graves e refletem, com base, também, em estudo de outros autores (LIMA et al., 2008; WOLF et al., 2009), que a garantia de um número mínimo de consultas de pré-natal não é suficiente para assegurar um atendimento de qualidade à gestante, o que torna as metas para o controle da sífilis congênita inalcançáveis com as práticas atuais (CAMPOS, 2010). Em 1991, Sanchez já afirmava que o fato das mulheres com sífilis, diagnosticadas na gravidez, não serem corretamente tratadas era de grande relevância por aumentar, enormemente, os riscos para os conceitos. Outros estudos mostram o quanto a falta de registro e a má qualidade das informações sobre as condições clínicas das gestantes no pré-natal dificultam a assistência às mesmas e, no caso da sífilis, dificultam o controle e a redução da sífilis congênita (SILVEIRA et al., 2001; ARAUJO et al., 2008; CAMPOS et al., 2010).

A maioria das parturientes participantes desse estudo, 253 (79,1), realizou o pré-natal na atenção primária de saúde, sendo necessário, portanto, que se chame à responsabilidade gestores e profissionais de saúde da rede básica, responsáveis pela adequada assistência à mulher grávida, para que dêem uma contribuição efetiva e de qualidade no cuidado da gestante e do seu parceiro, sobretudo no tocante à prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento correto da sífilis durante a gestação, inserindo, também, no processo de trabalho das unidades a preocupação em oferecer, desde o acolhimento até a última consulta, uma assistência pré-

natal humanizada e de qualidade, que se estenda para além da gestante, percebendo a importância do alcance do parceiro como partícipe dessa gestação, para que este compreenda a razão de ser chamado a fazer exames, a estar presente na ocasião das consultas e do parto ou a tratar-se, quando necessário. Essa compreensão, apesar de ser desafiadora, proporciona a humanização da assistência pré-natal e, os dados aqui lançados corroboram com o fato de ser a implementação dessas estratégias, fator determinante na diminuição das principais dificuldades, observadas ainda hoje, no controle da sífilis congênita.

Outra preocupação trazida por esse estudo diz respeito à idade de início da atividade sexual das parturientes que ocorreu, em média, aos 16,2 (DP=2,7) anos de idade. Outros estudos têm mostrado média de idade semelhante no início das relações sexuais (TRAJMAN et al., 2003; BELO & SILVA, 2004). Dentre as 134 (41,8) parturientes que tiveram iniciação sexual com até 15 anos de idade, 13 (9,7) tiveram diagnóstico positivo de sífilis na ocasião do parto. Esse estudo mostra que dentre as parturientes com sífilis, três (17,6) tinham até 19 anos de idade. Dados importantes relacionados à população jovem que levam a pensar uma política de saúde mais voltada para a população adolescente, buscando ampliar ações de combate às DST e à gravidez precoce, importantes marcadores de vulnerabilidade nessa faixa etária. Nesse estudo, esses fatores estão agravados pelo fato de que, apenas, 14 (28,6%) das parturientes que iniciaram a atividade sexual com até 15 anos de idade disseram fazer uso freqüente de preservativos. Resultado que é preocupante porque faz pensar na falta de eco das grandes campanhas e lutas que têm sido travadas, nos últimos anos, em prol do uso da camisinha como medida de prevenção da AIDS. Campanhas que, aliás, deveriam ser travadas em prol da prevenção de todas as doenças de transmissão sexual e vertical pelo fato de trazerem, como mostram esse estudo e muitos outros, grandes malefícios a toda a humanidade. É necessário, portanto, que os serviços de saúde repensem o desenvolvimento de ações de educação e prevenção à infecção, não somente, pelo HIV, mas também, pelo vírus da hepatite B e pelo *Treponema pallidum*.

Outros estudos (RODRIGUES et al., 2004; GUEDES, et al., 2009) apontam baixo nível sócio-econômico, uso de crack e de cocaína, comércio do sexo por drogas e dinheiro, ausência de assistência pré-natal e sintomas de DST como fatores associados à sífilis. Dentre as parturientes que participaram desse estudo, 18 (5,6) disseram fazer uso de drogas ilícitas como maconha, cocaína e crack e 84 (26,3) disseram ter parceiros sexuais usuários. Dentre as portadoras de sífilis, cinco (29,4) eram usuárias e 10 (58,8) tinham parceiros sexuais usuários. Esses dados mostram o quanto o uso de drogas ilícitas torna jovens e adultos vulneráveis à

sífilis e a outras DST. Dentre as participantes desse estudo, 217 (67,8) tiveram, alguma vez na vida, queixas genitais e, dessas, 14 (6,4) apresentaram diagnóstico de sífilis. Dentre as que tiveram o diagnóstico confirmado de sífilis, cinco (29,4) relataram história anterior de ferida na genitália e 13 (76,5) de corrimento vaginal.

Nesse estudo, 212 (66,3) parturientes viviam com parceiro sexual e, dentre as portadoras de sífilis, sete (41,1) viviam com os parceiros sexuais. A média de parceiros sexuais na vida entre as parturientes portadoras de sífilis foi equivalente a 5,2 (DP=6,1), sendo considerada alta, enquanto que a dos últimos três e a dos últimos 12 meses, equivalentes a 0,9 (DP = 0,3) e a 1,4 (DP=1,1), respectivamente, foram consideradas baixas. Dentre as parturientes portadoras de sífilis, sete (41,2) moravam com o parceiro sexual. Esses dados nos levam a concluir que as parturientes, enquanto grávidas e vivendo com seus companheiros, procuravam adotar parceria única, deixando claro que adquiriram a sífilis ainda na fase em que viviam sem parceiro fixo, ou seja, na fase em que tinham multiplicidade de parceiros e, portanto, tinham maior chance de contrair sífilis. Estudo desenvolvido em ambulatório no Rio de Janeiro, com DST, mostrou resultado bastante diferente, em que dentre as grávidas que apresentaram uma dessas doenças, somente um percentual muito baixo referiu ter múltiplos parceiros (PAO & BINGHAM, 2002). No contexto desta pesquisa, portanto, a sífilis pode ter sido adquirida de parceiros sexuais anteriores já que 296 (92,5) das parturientes tiveram um único parceiro no último ano. É sabido que a transmissibilidade da sífilis por contato sexual estar relacionada ao grau de treponemia, que é maior na fase inicial da infecção e que vai declinando ao longo da evolução da doença, diminuindo, mas não abolindo totalmente, a transmissibilidade da doença. Diante dessa característica da sífilis, é possível, portanto, que ocorra a transmissão mesmo alguns anos após a lesão primária, fato que pode justificar a presença de infecção entre parceiros atuais monogâmicos.

De acordo com a Portaria GM/MS nº 569/GM, de 1º de junho de 2000, o exame de VDRL deve ser realizado durante o pré-natal, no primeiro e no terceiro trimestres da gravidez e na ocasião do parto. Os exames realizados durante a gestação visam garantir o diagnóstico precoce à gestante com sífilis e o seu tratamento em tempo hábil. O exame realizado na admissão para o parto permite o diagnóstico e o tratamento precoce da criança (BRASIL, 2005). A portaria foi lançada em 2000 e, mesmo assim, parte das gestantes de Fortaleza não tem acesso ao exame. Neste estudo se verificou que dentre as 308 (100,0) parturientes que realizaram pré-natal, 89 (28,8) fizeram o VDRL somente no primeiro trimestre, 86 (27,9) somente no terceiro trimestre, 71 (23,0) no primeiro e no terceiro trimestre e 62 (20,1) não

fizeram o VDRL durante o pré-natal. É pouco compreensível, estando num município onde a rede de atenção básica possui mais de 40% de cobertura da estratégia saúde da família e mais de 80% de área coberta por agentes comunitários de saúde, entender o porquê da falta de acesso de gestantes ao pré-natal e, muito menos ainda, o porquê de estarem fazendo o pré-natal e não terem acesso ao exame de rastreamento da sífilis gestacional. Foram, dentre as 320 parturientes, 249 (77,8) que perderam a oportunidade de serem adequadamente tratadas caso tivessem realizado pré-natal e tido acesso aos dois exames de rastreamento da sífilis na gestação recomendados pelo Ministério da Saúde. Esses números demonstram a fragilidade da assistência pré-natal oferecida às mulheres de Fortaleza, sendo necessário, em caráter de urgência, melhor organizar os serviços de saúde, sobretudo na atenção básica, para captar e acolher melhor as gestantes precocemente, assim como, oferecer oportunidades de detecção e possibilidade de tratamento correto e oportuno da sífilis para as gestantes e seus parceiros. Fato semelhante foi verificado por outros autores (TREVISAN et al., 2002; FIGUEIRÓ-FILHO et al., 2007; RODRIGUES et al., 2008; CAMPOS et al., 2010).

Foi muito baixa a proporção de realização dos dois exames de sorologia para sífilis durante o acompanhamento pré-natal. Dentre as parturientes participantes da pesquisa, apenas 71 (22,1) delas realizaram o VDRL do primeiro e o do terceiro trimestres de gravidez. Esse fato pode causar sérios prejuízos às famílias, pois a ausência de diagnóstico e tratamento precoces da sífilis durante a gestação pode levar a desfechos desfavoráveis, como abortamentos espontâneos, partos prematuros, natimortalidade e nascimento de crianças com sífilis congênita, muitas vezes assintomáticas, com sérias repercussões futuras (SALAZAR et al., 2000). Nesse estudo, das 128 (40,0) pacientes com desfechos gestacionais desfavoráveis, sete (5,5) tiveram o diagnóstico de sífilis confirmado na ocasião do parto, sendo que entre as parturientes com um ou mais casos de prematuridade, seis (7,4) apresentaram sífilis na ocasião do parto.

Considerando o total das parturientes que realizaram VDRL durante a gestação, 10 (4,0) tiveram resultado reagente. Destas, uma foi considerada corretamente tratada, tendo seu parceiro sexual, também, tratado, porém, não apresentou positividade no exame de VDRL solicitado na ocasião do parto. Dentre as parturientes com positividade no teste de rastreamento, nove (52,9) tiveram apresentaram positividade no exame de VDRL na gestação. Mesmo assim, nenhuma delas foi tratada corretamente, pois ou não tomaram a medicação corretamente, ou não tiveram seus parceiros tratados ou não apresentaram registros de tratamento nem delas e nem dos seus parceiros sexuais. Todas as 320 (100,0) parturientes

realizaram o VDRL da admissão para o parto, sendo que 17 (5,3) delas apresentaram positividade no exame. Diante da impossibilidade de realização de testes específicos e confirmatórios, foram consideradas portadoras de sífilis gestacional.

## 6 CONCLUSÃO

A prevalência de sífilis encontrada em parturientes admitidas nas maternidades públicas de Fortaleza, Ceará, Brasil, foi considerada alta para uma população representativa de gestantes, supostamente consideradas de baixo risco, pois, nenhuma delas foi classificada como gestante ou parturiente de alto risco e, a grande maioria, estava internada em maternidades de nível secundário de atenção. Muitos fatores estão associados à possibilidade de uma mulher grávida se contaminar com o *Treponema pallidum*, agente etiológico da sífilis. A doença apresenta características próprias que tornam possível a transmissibilidade do agente etiológico em fases latentes, sem sintomatologia, ou até mesmo em fases mais tardias da doença, fazendo com que muitas mulheres que vivem, hoje, em situação de monogamia, possam estar com sífilis que foi contraída numa fase de vida em que possa ter adotado um comportamento social e sexual diferente, com multiplicidade de parceiros sexuais, uso de álcool ou drogas, que possa ter tido um tratamento inadequado anteriormente, dentre outros fatores.

A sífilis, com suas características próprias, associadas a fatores sociais, comportamentais e biológicos e a fatores relacionados a falhas na assistência aos portadores, torna-se um problema de saúde pública, de difícil controle, exigindo mudanças de comportamento, melhorias de condições de vida e o repensar de práticas médicas para que o combate desse grave problema, que há muito traz prejuízos à humanidade, seja possível. Daí, a relevância desse estudo que, mesmo diante da “impossibilidade” em se realizar testes específicos para o diagnóstico de sífilis na gestação, mostrou a grandeza do problema da sífilis na gestação, em Fortaleza, apontando falhas na organização do serviço de saúde como fator determinante do mesmo.

Os dados apresentados por esta pesquisa, juntamente com os dados de outros estudos analisados, são preocupantes. Em relação ao grande número de mulheres, 74 (23,1), que não realizou, sequer, um exame de VDRL durante a gestação. O mais grave é que, dentre as gestantes que realizaram pré-natal, 62 (20,1) não tiveram acesso a um exame de VDRL. Esses dados expõem a perda de oportunidades, por parte dos serviços de saúde, de adotar medidas eficientes de combate aos maus resultados obstétricos, exigindo da atenção básica, responsável pelas ações de planejamento familiar e de pré-natal, o desenvolvimento do seu papel de promoção da saúde e de prevenção de doenças, fazendo com que adote ações que promovam o empoderamento das mulheres para que atentem para o autocuidado e para a

busca de melhores condições de saúde e de vida. É preciso que a atenção básica insira no processo de trabalho o espaço e a valorização do momento educativo onde as temáticas ligadas à sexualidade, às relações de gênero, à prevenção da violência, à prevenção de DST, à prevenção de câncer e à elevação da auto-estima possam estar sendo discutidas com as mulheres usuárias e com aos seus parceiros sexuais para que, assim, criem condições e busquem atitudes conscientes, autônomas e de empoderamento frente a todas essas questões.

Os projetos de reorganização da atenção à saúde da mulher, sobretudo os ligados à saúde sexual e reprodutiva, devem adotar políticas que favoreçam o desenvolvimento e a ampliação de ações, buscando atingir o homem e trazê-lo à responsabilidade para que, de forma consciente, assuma o papel de participante nas ações e atitudes beneficiadoras à saúde da mulher e da família, seja nas ações de planejamento familiar, seja nas ações de pré-natal, seja na mudança de comportamento frente às DST, seja na promoção do auto-cuidado, ou seja, na realização de ações promotoras de saúde no domicílio. Assim, será possível resolver a problemática, apresentada tantas vezes neste estudo e noutros que foram analisados, com relação a não realização de exames e tratamentos dos parceiros sexuais de parturientes com sífilis. A partir da inserção dessa política na reorganização da assistência à saúde das mulheres, de forma conscientemente e participativa os parceiros sexuais participarão conjuntamente, sem grandes dificuldades, das ações de planejamento reprodutivo, tomando decisões conscientes quanto a adoção do preservativo e de outros métodos anticonceptivos, mudarão o comportamento sexual frente às DST, participarão de consultas de pré-natal, sendo partícipe ativo na ocasião do parto e do puerpério e tomarão outras atitudes promovedoras de saúde no âmbito familiar.

Neste contexto é indispensável promover a integração das ações de combate às DST e saúde reprodutiva, em todos os níveis de atenção, em especial na atenção básica, em que são atendidas as gestantes no pré-natal, mas também não deixando de considerar as ações de controle no momento do parto e no puerpério. Dados apresentados neste estudo mostram que é imprescindível e urgente o desenvolvimento de políticas de inclusão dos homens para o efetivo combate às DST e que campanhas de esclarecimento e combate as DST de transmissão vertical sejam realizadas para que a sociedade conheça os prejuízos que causam aos portadores e às crianças expostas e tome consciência de que deve combatê-la.

É imprescindível que se reflita sobre a necessidade de se desenvolver estratégias de atenção e de ampliação do acesso da população adolescente aos serviços de saúde. A grande maioria das parturientes deste estudo teve a primeira relação sexual com menos de 15 anos de

idade. Em estudo realizado no Brasil, em 2004, os resultados relacionados à idade da primeira relação sexual e da primeira gravidez se mostraram bastante preocupantes, pois a idade menor do que 14 anos na primeira gravidez esteve fortemente associada à positividade do VDRL (RODRIGUES et al., 2004). É fato real que cada vez mais as relações sexuais estão acontecendo mais precocemente e, por isso, os serviços de saúde necessitam organizarem-se melhor para atender esse contingente populacional tão vulnerável a drogas, álcool, sexo desprotegido, multiplicidade de parceiros, DST, gravidez precoce, violência e a tantos outros fatores associados à sífilis na gestação.

É preciso, em resumo, avançar na organização dos serviços de saúde, ampliando o acesso dessa população já socialmente mais excluída, aumentando, também, a captação precoce de gestantes, a fixação de gestantes ao pré-natal, a oferta de exames de rotina preconizada pelo Ministério da Saúde, a garantia do tratamento oportuno e adequado da gestante e seu parceiro sexual na presença de exames positivos de sífilis.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABERASTURY, A.; KNOBEL, M., Adolescência normal. Porto Alegre, Artes Médicas, 1988.

ADIH, W. K.; ALEXANDER, C. S. Determinants of condom use to prevent HIV infection among youth in Ghana. *Journal of Adolescent Health*, 1999; 24: 63-72.

ADIH, W. K.; COSTA, K. S. G.; SILVA, R. S.; AZEVEDO, V. N. G; LIMA, F. A. S., Importância do pré-natal na prevenção da sífilis congênita. *Revista Paraense de Medicina* V.20 (1) janeiro - março 2006

ARAÚJO, J. G.; ARAÚJO, L.; JANOWITZ, B.; BAILEY, P.; MYERS, P., Obstetric delivery in a rural county in a northeast Brazil. In: *CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE TECNOLOGIA APROPRIADA PARA O NASCIMENTO*. Fortaleza, 1985. (mimeo).

ARAUJO, M. A. L.; SILVA, D. M. A. S.; SILVA, R. M.; GONÇALVES, M. L. C. Análise da qualidade dos registros nos prontuários de gestantes com exame de VDRL reagente. *Revista de APS, Juiz de Fora*, v.11(1):4-9, 2008.

ASKIN, D. F., Intrauterine infections. *Neonatal Netw.* 2004; 23 (5): 23-30.

AVELLEIRA, J. C. R.; BOTTINO, G., Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. *Na. Brás. Dermatol.* 2006, 81(2):111-26.

AZULAY, M. M.; AZULAY, D. R., Treponematoses. In: AZULAY e AZULAY. *Dermatologia*. 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004. p. 240-51.

BARBOSA, A. M., Análise sociodemográfica da fecundidade de adolescentes e jovens no Brasil: 1970/2006. Trabalho apresentado no XVI Encontro Nacional de Estudos Populacionais, realizado em Caxambu- MG – Brasil, de 29 de setembro a 03 de outubro de 2008.

BEHETS, F.; ADRIAMIADANA J., et al., Sexually transmitted infections and associated sócio-demographic and behavioral factors in women seeking primary care suggest Madagascar's vulnerability to rapid HIV spread. *Tropical Medicine and International Health* 6, 202-211, 2001.

BELLO, P-Y.; FRANCO, E. S.; QUEIROZ, T. R. B. S et al., HIV and STD prevalence in women making prevention of the cervix cancer, in Fortaleza, Brasil. XIII International AIDS Conference. Durban, South Africa. WePeC4371. 9-14 July 2000.

BELO, M. A. V.; SILVA, J. L. P., Conhecimento, atitude e prática sobre métodos anticoncepcionais entre adolescentes gestantes. *Rev. Saúde Pública*, v. 38, n.4, p. 479-487, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. PAISM. Programa de assistência integral à saúde da mulher. Centro de Documentação do Ministério da Saúde do Brasil, Brasília, 1984.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Programa de humanização no pré-natal e nascimento. Brasília, 2000.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. Prevenir é sempre melhor. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. 93p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Promoção da Saúde. Saúde da mulher brasileira. Revista Promoção da Saúde – ano 3 – nº 6 – outubro. Brasília: Ministério da Saúde do Brasil, 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada. Ministério da Saúde; 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Prevalências e frequências relativas de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) em populações selecionadas de seis capitais brasileiras, 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis. Brasília, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Pesquisa nacional de demografia e Saúde/PNDS, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Diretrizes para o controle da sífilis congênita. Manual de Bolso. Brasília DF: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Curso Básico de Vigilância Epidemiológica: sífilis em gestantes, sífilis congênita e infecção pelo HIV em gestantes e crianças expostas. Brasília DF: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. 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 Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis: manual de bolso. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. A Saúde de Adolescentes e Jovens. Uma metodologia de auto-aprendizagem para equipes de atenção básica de saúde. Módulo básico. Brasília, 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. – Brasília : Ministério da Saúde, 2008.

BRIENZA, A. M.; CLAPIS, M. J., Acesso ao pré-natal na rede básica de saúde do Município de Ribeirão Preto: análise da assistência recebida por um grupo de mulheres. 2002. 100. f.

Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

BRITO, A. M.; CASTILHO, E. A., SZWARCOWALD C. L., AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical* [periódico na Internet]. 2001 Mar – Abr; 34(2): [cerca de 11 telas]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v34n2/a10v34n2.pdf> Acessado em: 09/12/2010.

BRUNO, Z. V., Inquérito sorológico da sífilis em adolescentes. *Femina*; 19(8):622, 627, ago. 1991.

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, 26(9):1747-1755, set, 2010.

CARROLI, G.; VILLAR, J.; PIAGGIO, G.; KHAN-NEELOFUR, D.; GULMEZOGLU, M.; MUGFORD, M. et al., WHO systematic review of randomised controlled trials of routine antenatal care. *Lancet* 2001; 357:1565-70.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). Congenital syphilis-United States, 2000. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 9. 2001;50(27):573-7.

CHESSON, H. W.; HEFFELFINGER J. D.; VOIGT R. F.; COLLINS D., Estimates of primary and secondary syphilis rate in persons with HIV in the United States, 2002. *Sex Transm Dis.* 2005;32(5):265-9.

CODES, J. S.; COHEN, D. A.; MELO, N. A.; TEIXEIRA, G. G.; LEAL, A. S.; SILVA, T. J. et al. Detecção de doenças sexualmente transmissíveis em ambientes clínicos e não clínicos na Cidade de Salvador, Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2006; 22:325-34.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE DO BRASIL - Resolução de Nº 196. Ano 1996.

COSTA, D. M.; QUARTO, G. H. A.; ROSETTI, E.; FRANÇA, L. C.; TRINDADE, C. R.; MIRANDA, A. E., Prevalência e fatores de risco para a sífilis em parturientes atendidas nas maternidades públicas do Município de Vitória, ES. Poster apresentado no XV Congresso Brasileiro de Infectologia, Curitiba, 20 a 23/10/2007.

DAVIS-FLOYD, R., The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. *Int J Gynecol Obstet*, 48 (Suppl.):S33-S52, 2001.

DILLEY, J. W.; KLAUSNER, J. D.; MCFARLAND, W.; KELLOGG, T. A.; KOHN, R.; WONG, W., et al. Trends in primary and secondary syphilis and HIV infections in men who have sex with men – San Francisco and Los Angeles, California. 1998-2002. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2004; 53:575-8.

ENKIN, M.; KEIRSE, M. J. N. C.; NEILSON, J.; CROWTHER, C.; DULEY, L.; HODNETT, E.; HOFMEYER, J., Apoio às gestantes. In: Guia para a atenção efetiva na gravidez e no parto. 3ª ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S/A; 2005 .p. 10-13.

FERNANDES, A. M. S.; ANTONIO, D. G.; BAHAMONDES, L. G.; CUPERTINO, C. V., Conhecimento, atitudes e práticas de mulheres brasileiras atendidas pela rede básica de saúde em relação às doenças de transmissão sexual. *Cad Saúde Pública* 2000; 16 Suppl 1:S103-12.

FERREIRA, A. W.; ÁVILA S. L. M., Diagnóstico Laboratorial das principais Doenças Infecciosas e Auto-ímmunes. Editora Guanabara-Koogan, 1996.

FIGUEIRÓ-FEIJÓ, E. A.; SENEFFONTE, F. R.; LOPES, A. H.; DE MORAIS, O. O.; SOUZA JÚNIOR, V. G.; MAIA, T. L. et al., Frequency of HIV-1, rubella, syphilis, toxoplasmosis, cytomegalovirus, simple herpes virus, hepatitis B, hepatitis C, Chagas disease and HTLV I/II infection in pregnant women of State of Mato Grosso do Sul. *Rev Soc Bras Med Trop* 2007; 40(2): 181-187.

GAIO, D. S. M. Assistência Pré-Natal e Puerpério. In: DUNCAN, B. B.; SCHIMDT, M. I.; GIUGLIANE, E. R. J. e Col. (Org.), *Medicina Ambulatorial. Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências*. ARTMED, 3ª edição. São Paulo, 2004, p.357-367.

GRANT, L. M., Adolescent sexuality. *Pediatric Clinics of North America* 35:1271-1289, 1988.

GRILO, D. C. S. G., Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciênc. saúde coletiva*, 2005 Setembro; 10(3): 627-637.

GUEDES, T. G.; MOURA, E. R. F.; PAULA, A. N.; OLIVEIRA, N. C.; VIEIRA, R. P. R., vulnerabilidades a DST/HIV/AIDS. Mulheres monogâmicas e suas percepções quanto a vulnerabilidades a DST/HIV/AIDS. *DST - J bras Doenças Sex Transm* 2009; 21(3): 118-123 - ISSN: 0103-4065.

HOOK, E. W.; PEELING, R. W., Syphilis control – a continuing challenge. *N Engl J Med* 2004; 351: 122-124.

HAWKES, S.; MILLER, S.; REICHENBACH L., et al. Antenatal syphilis control: people, programmes, policies and politics. *Bull World Health Organ*. 2004. 82:417-23.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Estimativa populacional de 2008. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2009.

JIMENEZ, A. L.; GOLTLIEB S. L. D.; HARDY E.; ZANEVELD L. J. D., Prevenção de doenças sexualmente transmissíveis em mulheres: associação com variáveis sócio-econômicas e demográficas. *Caderno de Saúde Pública* [periódico na Internet]. 2001 Fev; 17(1): [cerca de 8 telas]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v17n1/4060.pdf> Acessado em: 10/12/2010.

JIN, F.; PRESTAGE, G. P.; KIPPAX S. C. et al., Epidemic syphilis among homosexually active men in Sydney. *Med J Aust*. 2005;183(4):179-83.

KAROFKY, P. S.; ZENG, L.; KOSOROK, M. R., Relationship between adolescent-parental communication and initiation of first intercourse by adolescents. *Journal of Adolescent Health* 28: 41-45, 2000.

KILMARX, P. H.; ST LOUIS M. E.; The evolving epidemiology of syphilis. *Am J Public Health*. 1995;85(8 Pt 1):1053-4.

KILSZTAJN, S.; ROSSBACH, A.; CARMO, M. S. N.; SUGARA, G. T. L., Assistência pré-natal, baixo peso e prematuridade no Estado de São Paulo, 2000. *Rev Saúde Pública* 2003; 37:303-10.

KOFFMAN, M. D.; BONADIO, I. C., Avaliação da atenção pré-natal em uma instituição filantrópica da Cidade de São Paulo. *Rev Bras Saúde Matern Infant* 2005; 5 Suppl 1:523-32.

LABBE, A. C.; MENDONÇA, A. P.; ALVES, A. C.; JAFFAR, S., The impact of syphilis, HIV-1 and HIV-2 on pregnancy outcome in Bissau, Guiné-Bissau. *Sexually Transmissible Diseases*. 2002; 29:157-167.

LAGO, E. G.; RODRIGUES, L. C.; FIORI, R. M.; STEIN, A. T. Congenital Syphilis Identification of Two Distinct Profiles of Maternal Characteristics Associated With Risk. *Sexually Transmitted Diseases*, January 2004, Vol. 31, No. 1, p.33–37.

LEBER, A.; MACPHERSON, P.; LEE, B. C., Epidemiology of infectious syphilis in Ottawa. Recurring themes revisited. *Can J Public Health*. 2008;99(5):401-5.

LIMA, B.G.C., Mortalidade por sífilis nas regiões brasileiras, 1980-1995. *Jornal brasileiro de patologia e medicina laboratorial*, Rio de Janeiro, v.39, n.4, p.1-10, 2002.

\_\_\_\_\_. Abordagem da sífilis como indicador de qualidade da assistência pré-natal em Salvador. *Rev Baiana Saúde Pública* 2004; 28:9-18.

\_\_\_\_\_.; COSTA, M. C. N.; DOURADO, M. I. C., Avaliação da qualidade do rastreamento de HIV/AIDS e sífilis na assistência pré-natal. *Epidemiol Serv Saúde* 2008; 17:123-7.

LIMA, L. H. M.; GURGEL, M. F. C.; MOREIRA-SILVA, S. F. Avaliação de sífilis congênita no estado do Espírito Santo. *DST J. Bras.. Doenças Sex. Transm.*, 2006, 18(2):113-6.

\_\_\_\_\_.; VIANA, M. C., Prevalence and risk factors for HIV, syphilis, 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 Saúde Pública* 2009; 25:668-76.

LIN, C. C.; GAO, X.; CHEN, X.; QIANG CHEN Q.; COHEN, M. S., China's Syphilis Epidemic: A Systematic Review of Seroprevalence Studies. *Sexually Transmitted Diseases*. December 2006, Vol. 33, No. 12, p.726–736.

LISBOA, R. C. M.; SOUZA, G. A., A mulher na História: inserção social, sexualidade e maternidade. *Revista de Ciências da Saúde da Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA* 2002; a.2, n.1.

LIZAMA, A. F. S., Sífilis congênita: experiencia de cinco años en control serológico (VDRL) del embarazo, casos clínicos y estudio de factores facilitadores. *Rev Chil Dermatol*. 1998;14(4):236–41

LORENZI, D. R. S.; MADI, J.M. Sífilis Congênita como Indicador de Assistência Pré-Natal. *RGBO*, 2001; 23(10): 647-652.

LUMBIGANON, P; PIAGGIO G.; VILLAR, J; et al. The epidemiology of syphilis in pregnancy. *International Journal of STD AIDS*, 13(7): 486494, 2002.

MAGNUSSON, C., Adolescent girls' sexual attitudes and opposite-sex relations in 1970 and in 1996. *Journal of Adolescent Health* 28: 242-252, 2001.

MANN, J.; TARATOLA, D. J. M.; NETTER, T. W. (org.). *A AIDS no mundo*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, Reluma Dumará, 1993.

MELO, S. P., Avaliação do manejo do recém nascido com sífilis congênita em fortaleza-ceará. Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza. Em prelo.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Infecções transmitidas Sexualmente*. Geneva; 2001.

\_\_\_\_\_. *Eliminação mundial da sífilis congênita: Fundamento lógico e estratégia para a ação*, 2008.

PAO, D.; BINGHAM, J. S., Management issues in syphilis. *Drugs* 2002; 62(10):1447-61.

PEELING, R. W.; MABEY, D.; FITZGERALD, D. W.; WATSON-JONES, D., Avoiding HIV and dying of syphilis. *Lancet*. 2004; 364 (9445): 1561-1563.

PINELLI, FGS; SANTOS, G. Resultados de un serviço de pré-natal. *Saúde Coletiva* 2008; 05 (25):199-205.

POPE, V.; FOX, K.; LIU, H. et al., Molecular sustyping of *Treponema pallidum* from North and South Carolina. *J. Clin. Microbiol.* 2005, 43: 3743-3746.

PUCCINI, R. F.; uccini RF, PEDROSO G. C.; SILVA, E. M. K.; ARAÚJO, N. N., Equidade na atenção pré-natal e ao parto na área da Região Metropolitana de São Paulo, 1996. *Cad Saúde Pública* 2003; 19:35-45.

RAMOS JR.; MATILDA, L. H.; SARACENI, V.; VERAS, M. A. S. M.; PONTES, R. J. S. Controle da transmissão vertical de doenças infecciosas no Brasil: avanços na infecção pelo HIV/AIDS e descompasso na sífilis congênita. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 23 Sup 3:S370-S378, 2007.

RICHERT, C. A., A method for identifying persons at high risk for sexually transmitted infections: opportunity for targeting intervention. *American Journal of Public Health* 83:520-524, 1993.

RODRIGUES C. S.; GUIMARÃES, M. D. G.; GRUPO NACIONAL DE ESTUDO SOBRE SÍFILIS CONGÊNITA., Positividade para sífilis em puérperas: ainda um desafio para o Brasil. *Revista Panamericana de Saúde Pública* 16:168-175, 2004.

RODRIGUES C. S.; GUIMARÃES, M. D. G.; CÉSAR, C. G., Oportunidades perdidas na prevenção da sífilis congênita e da transmissão vertical do HIV. *Rev Saúde Pública*. 2008;42(5):851-8.

ROGERS, W.; BALLANTYNE, A., Populações especiais: vulnerabilidade e proteção. In: DINIZ, D.; SUGAI, A.; GUILHEM, D.; SQUINCA, F. (Orgs.). *Ética em Pesquisa. Temas Globais*. Editora UNB. Brasília: 2008, p. 123-151.

ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N., In *Epidemiologia e Saúde*. 6º edição, 2003.

ROTTA, O., Diagnóstico sorológico da sífilis. *An Bras Dermatol*. 2005;80:299-302.

SALAZAR, A. J.; PERRET, C. P.; CHÁVEZ, A. P.; GARCÍA, P. C.; MILLÁN, Z. O.; GOYCOOLEA, M. M., et al., evaluación de métodos diagnósticos para sífilis congênita. *Ver Chil Infectol*. 2000; 17(4):289-96.

SANCHEZ, P. J.; WENDEL, G. D.; GRIMPEL, E.; GOLDBERG, M.; HALL, M.; ARENCIBIA-MIRELES, O. et al. Evaluation of molecular methodologies and rabbit infectivity testing for the diagnosis of congenital syphilis and central nervous system invasion by *Treponema pallidum*. *J Infect Dis* 1993; 167:148-57

SANCHEZ, M. R. Syphilis. In: *Fitzpatrick's Dermatology in general medicine*. 6. ed. USA: McGraw Hill; 2003. p. 2163-88.

SANTANA, T. C. F.; COELHO, T. C. B. Planejamento familiar e integralidade de um Sistema Municipal de Saúde. *Revista Baiana de Saúde Pública*, Salvador, v 29, n.2, p. 214-225, jul./dez. 2005.

SARACENI, V.; GUIMARÃES, M. H. F. S.; THEME FILHA, M. M.; LEAL, M. C., Mortalidade perinatal por sífilis congênita: indicador da qualidade da atenção à mulher e à criança. *Cad Saúde Pública* 2005; 21:1244-50.

SARACENI, V.; DOMINGUES, R. M. S. M.; VELOZZO, V.; LAURIA, L. M.; DIAS, M. A. B. D.; RATTO, K. M. N.; DURIOVNI, B., Vigilância da sífilis na gravidez. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* 2007; 16(2) : 103 – 111.

SCHMID, G., Economic and programmatic aspects of congenital syphilis prevention. *Bull World Health Organ* 2004; 82:402-9.

SECRETARIA DE SAÚDE DE FORTALEZA. SISPRENATAL, 2008,

\_\_\_\_\_, SINASC – 2008.

\_\_\_\_\_, Área Técnica da Saúde da Mulher e Gênero – 2008.

\_\_\_\_\_, CM de DST/HIV/AIDS – 2009.

\_\_\_\_\_, Núcleo Hospitalar de Epidemiologia – 2009.

\_\_\_\_\_, SINASC – 2010.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ, SINAN – 2009.

SERRUYA, S. J., A experiência do programa de humanização no pré-natal e nascimento (PHPN) do Ministério da Saúde no Brasil. Campinas, SP: [s.n.], 2003. Tese de doutorado - UNICAMP

\_\_\_\_\_, S. J.; CECATTI, J. G.; LAGO, T. G. O Programa de Humanização no Pré-Natal do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1281-1289, set./ out., 2004.

SILVEIRA, D. S.; SANTOS, I. S.; COSTA, J. S. D., Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 17(1):131-139, jan-fev, 2001.

SILVEIRA M. F.; BÉRIA J. U.; HORTA B. L.; TOMASI E., Autopercepção de vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis e Aids em mulheres. Revista de Saúde Pública [periódico na Internet]. 2002 Dez. 36(6): [cerca de 8 telas]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v36n6/13520.pdf> Acessado em: 8/12/2010.

SINGH, A. E.; SUTHERLAND, K.; LEE, B., et al. Resurgence of Early Congenital Syphilis in Alberta. CMAJ, 2007, 177:33-36.

SOARES, L. S.; MESQUITA, A. M. T. S.; CAVALCANTE, F. G. T.; SILVA, Z. P.; HORA, V.; DIEDRICH, T.; SILVA, P. C.; MELO, P. G.; DACAL, A. R. C.; CARVALHO, E. M. F.; FELDMER, H., Sexually transmitted infections in female population in rural North-east Brazil: prevalence, morbidity and risk factors. Tropical Medicine and International Health, volume 8 n° 7 pp 595-603 July 2003.

SOUTHWICK, K. L.; GUIDRY, H. M.; WELDON, M. M. et al., An epidemic of congenital syphilis in Jefferson County, TX, 1994–1995: Inadequate prenatal syphilis testing after an outbreak in adults. Am J Public Health 1999; 89:557–560.

SZWARCWALD, C.; BARBOSA JUNIOR, A.; MIRANDA, A. E.; PAZ, L. C., Resultados do estudo sentinela-parturiente, 2006: desafios para o controle da sífilis congênita no Brasil. DST – J bras Doenças Sex Transm 2007; 19(3-4): 128-133 – ISSN: 0103-4065.

TRAJMAN, A.; BELO, M. T.; TEIXEIRA, E. G. et al. Conhecimento sobre DST/AIDS e comportamento sexual entre estudantes do ensino médio no Rio de Janeiro, Brasil. Cad. Saúde Pública, v. 19, p. 127-133, 2003.

TREVISAN, M. R. et al., Perfil da assistência pré-natal entre usuárias do Sistema único de Saúde em Caxias do Sul. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, São Paulo, v. 24, n. 5, 2002.

TORRES, T. Z. G.; MAGNANINI, M. M. F.; LUIZ, R. R., Amostragem. In: MEDRONHO, R. A. ET AL., EPIDEMIOLOGIA, 2ª edição. São Paulo. Editora Atheneu. 2009. Capítulo 22, p.403-414.



VALDERRAMA, J.; ZACARIAS, F.; MAZIN, R., Sífilis materna y sífilis congênita em América Latina um problema grave de solução sencilla. Rev Panam Salud Publica. 2004; 16 (3): 211-217.

\_\_\_\_\_, J.; URGUIA BA; ORLICH G; HERNANDEZ Y. - Maternal and congenital syphilis case definitions. Epidemiol Bull. 2005; 26 (1):12-15.

VERMELHO, L. L.; BARBOSA, R. H. S.; NOGUEIRA, A. S., Mulheres com Aids: desvendando história de risco. Caderno de Saúde Pública [periódico na Internet]. 1999 Jun. 15(2): [cerca de 11 telas]. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v15n2/0321.pdf> Acessado em:15/11/2007.

VIEIRA, A. Contribuição ao estudo epidemiológico da Sífilis Congênita no Município de Carapicuíba: ainda uma realidade em 2002. DST J Brás. Doenças Sex Transm; 2005, 17(1):10-17.

VILLAR, J.; CARROLI, G.; KHAN-NEELOFUR, D.; PIAGGIO, G.; GÜLMEZOGLU M. Patterns of routine antenatal care for low-risk pregnancy (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1. Oxford: Update Software; 2006.

VILLELA, W., “Homem que é homem também pega AIDS?” In: ARILHA, M.; RIDENTI, G. U.; MEDRADO, B. (EDS), Homens e Masculinidades. Outras Palavras. Editora 34, São Paulo, SP, p. 129-142, 1988.

WAYSTAFF, D. A.; DELAMETH, J. D.; HAVENS, K. K., Subsequent infection among adolescent african-american males attending a sexually transmitted disease clinic. Journal of Adolescent Health 25: 217-226, 1999.

WARNER, L.; ROCHAT, R. W.; FICHTNER, R. R., et al. Missed opportunities for congenital syphilis prevention in an urban southeastern hospital. Sex Transm Dis 2000; 28:92-98.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Making Pregnancy Safer- A health sector strategy for reducing maternal and e perinatal morbidity and mortality. World Health Organization, Geneva, 2000.

\_\_\_\_\_. Global Prevalence and Incidence of Selected Curable Sexually Transmitted Infections Overview and Estimates Who/Hiv\_Aids/2001.02 Who/Cds/Csr/Edc/2001.10.

\_\_\_\_\_. Integrating care for reproductive health sexually transmitted and other reproductive tract infections; a guide to essential practice. World Health Organization, Geneva, 2004.

WOLF T.; SHELTO, E.; SESSIONS, C.; MILLER, T., Screening for syphilis infection in pregnant women: evidence for the U.S. Preventive Services Task Force Reaffirmation recommendation statement. Ann Intern Med 2009; 150:710-6.

YABER, W. L.; PARILLO, A. V., Adolescents and sexually transmitted diseases. Journal of School Health 2: 331-238, 1992.

YAKUBOVSKY, A.; SOKOLOVSKY, E.; MILLER, W. C; SPARLING, P. F.; RYDER, R. W.; HOFFMAN, I. F. Syphilis Management in St. Petersburg, Russia: 1995–200. Sexually Transmitted Diseases, April 2006, Vol. 33, No. 4, p.244–249.

ZENKER, P. N.; BERMAN, S. M., Congenital Syphilis: trends and recommendations for evaluation and management. *Pediatr. Infect. Dis.*, 1991; 10: 516-522.

ZHOLOBOV, V. E.; RAZNATOVSKIY, K. I.; SMIRNOVA, T. V.; AFANASIEV, V. M. [Incidence of STD in St. Petersburg.] *Tendencii zaboлеваemosti IPPP v Sankt-Peterburge. Collected reports for XXXVIII Annual Conference of STD Specialists of St. Petersburg*, 2003:112.

## APÊNDICES

## APÊNDICE A

---

### QUESTIONÁRIO

#### Prevalência e fatores associados à sífilis em parturientes admitidas nas maternidades públicas de Fortaleza, Ceará, Brasil, no período de junho a setembro de 2010

Questionário de nº \_\_\_\_\_

1. Iniciais da gestante \_\_\_\_\_ N.º. Prontuário médico \_\_\_\_\_

2. Maternidade de realização do parto \_\_\_\_\_

3. Motivo da internação ( ) Parto  
( ) Aborto

4. Idade gestacional (em semanas) \_\_\_\_\_

#### 1. DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1.1 Idade \_\_\_\_\_ 1.2 Procedência ( ) Fortaleza ( ) Outra cidade. Qual? \_\_\_\_\_

1.3 Cor da pele (auto-referida): ( ) Branca ( ) Parda ( ) Preta ( ) Outra. Qual? \_\_\_\_\_

1.4 Com quem mora ( ) Pais ( ) Parceiro ( ) Outro. Especificar \_\_\_\_\_

1.5 Frequenta a escola ( ) Sim ( ) Não. Escolaridade (em anos de estudo): \_\_\_\_\_

1.6 Trabalha ( ) Sim. ( ) Não. Se sim, tipo de ocupação \_\_\_\_\_

1.7 Renda pessoal (em salários mínimos) \_\_\_\_\_

1.8 Renda familiar (em salários mínimos) \_\_\_\_\_

#### 2. DADOS OBSTÉTRICOS

##### 2.1 Relacionados ao Pré-natal (Coletar no cartão da gestante)

2.1.1 Realizou pré-natal ( ) Sim ( ) Não

2.1.2 Início do pré-natal (em semanas) \_\_\_\_\_

2.1.3 Local do pré-natal: ( ) Unidade primária de saúde. Outra unidade, citar \_\_\_\_\_

2.1.4 N.º de gestações \_\_\_\_\_ 2.1.5 N.º de partos \_\_\_\_\_

2.1.6 N.º abortos \_\_\_\_\_ Provocados \_\_\_\_\_ Espontâneos \_\_\_\_\_

2.1.7 No. Natimortos \_\_\_\_\_ No partos prematuros \_\_\_\_\_

2.1.8 Número de consultas de pré-natal \_\_\_\_\_

2.1.9 Realizou VDRL no 1º trimestre? ( ) Sim ( ) Não ( ) Informação indisponível

2.1.10 Realizou VDRL no 3º trimestre: ( ) Sim ( ) Não ( ) Informação indisponível

- 2.1.11 Resultado VDRL 1º trimestre ( ) Reag ( ) Não reag ( ) Informação indisponível
- 2.1.12 Resultado VDRL 3º trimestre ( ) Reag ( ) Não reag ( ) Informação indisponível
- 2.1.13 Se reagente no 1º trimestre , titulação:  
( ) 1:1 ( ) 1:2 ( ) 1:4 ( ) 1:8 ( ) > ou igual a 1:16 ( ) Informação indisponível
- 2.1.14 Se reagente no 3º trimestre, titulação:  
( ) 1:1 ( ) 1:2 ( ) 1:4 ( ) 1:8 ( ) > ou igual a 1:16 ( ) Informação indisponível
- 2.1.15 Realizou FTA-Abs na gestação? ( ) Sim ( ) Não ( ) Informação indisponível
- 2.1.17 Foi tratada com PB? ( ) Sim ( ) Não ( ) ( ) Informação indisponível
- 2.1.18 Se sim, número de doses ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3
- 2.1.19 Realizou VDRL mensal? ( ) Sim ( ) Não ( ) Informação indisponível
- 2.1.20 O parceiro sexual foi tratado? ( ) Sim ( ) Não ( ) Informação indisponível
- 2.1.21 Realizou sorologia para HIV? ( ) Sim ( ) Não ( ) Informação indisponível
- 2.1.22 Resultado: ( ) Reagente ( ) Não reagente ( ) Informação indisponível

## **2.2 Relacionados à atenção na maternidade (Coletar na ficha de admissão e no prontuário)**

- 2.2.1 Realizou VDRL? ( ) Sim ( ) Não
- 2.2.2 Se sim, resultado: ( ) Reagente ( ) Não reagente ( ) Informação indisponível
- 2.2.3 Se reagente, realizou o tratamento? ( ) Sim ( ) Não ( ) Informação indisponível
- 2.2.4 Realizou FTA-Abs? ( ) Sim ( ) Não ( ) Informação indisponível
- 2.2.5 O parceiro sexual foi convocado? ( ) Sim ( ) Não ( ) Informação indisponível
- 2.2.6 O parceiro sexual foi tratado? ( ) Sim ( ) Não ( ) Informação indisponível
- 2.2.7 O caso foi notificado? ( ) Sim ( ) Não ( ) Informação indisponível

## **3. Dados Comportamentais (Coletar com a gestante)**

- 3.1 Início da atividade sexual (em anos)\_\_\_\_\_
- 3.2 Nº de parceiros sexuais na vida \_\_\_\_ 3.3 No último ano\_\_\_\_ 3.4 Nos últimos 3 meses\_\_\_\_
- 3.5 Tem parceiro atualmente? ( ) Sim ( ) Não 3.6 Se sim, mora com ele? ( ) Sim ( ) Não
- 3.7 Você já teve alguma vez na vida, sífilis? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sabe informar
- 3.8 Se sim, foi tratada com PB ( ) Sim ( ) Não 3.9 Se Sim, com quantas doses?\_\_\_\_\_
- 3.10 O(s) parceiros(s) sexual(is) foi(ram) tratado(s)? Sim ( ) Não ( ) Não sabe informar
- 3.11 Você faz uso de álcool: ( ) Sim ( ) Não
- 3.12 Se sim, com que frequência ( ) diária ( ) semanal ( ) Mensal ( ) Anual
- 3.13 O seu parceiro faz uso de álcool: ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sabe
- 3.14 Se sim, com que frequência ( ) diária ( ) semanal ( ) Mensal ( ) Raramente

3.15 Você faz uso de alguma droga? ( ) Sim Não ( ) 3.16 Se sim, qual? \_\_\_\_\_

3.17 Se sim, com que frequência ( ) diária ( ) semanal ( ) Mensal ( ) Raramente

3.18 Costuma usar quais outras drogas

( ) Maconha ( ) Cocaína aspirada ( ) Cocaína na veia ( ) Crack

3.19 Você alguma vez já teve relação sexual forçada? Sim ( ) Não ( )

3.20 Já teve relação sexual em troca de algum benefício? Sim ( ) Não ( )

3.21 Já teve atividade sexual com quem esteve/está preso? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sabe

3.22 Já teve atividade sexual com quem usa/usava droga? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sabe

3.23 Você já teve alguma vez na vida

( ) Corrimento ( ) Sim Não ( ) Não lembra ( )

( ) Ferida genital ( ) Sim Não ( ) Não lembra ( )

( ) Verruga genital ( ) Sim Não ( ) Não lembra ( )

( ) Vesícula genital ( ) Sim Não ( ) Não lembra ( )

3.24 Alguém com quem você transou já teve alguma vez na vida

( ) Corrimento vaginal ( ) Sim Não ( ) Não lembra ( )

( ) Ferida genital ( ) Sim Não ( ) Não lembra ( )

( ) Verruga genital ( ) Sim Não ( ) Não lembra ( )

( ) Vesícula genital ( ) Sim Não ( ) Não lembra ( )

3.25 Você usa preservativo nas relações sexuais? ( ) Sim ( ) Não

3.26 Se sim, com que frequência

( ) Sempre

( ) As vezes

( ) Nunca

**Responsável pela coleta dos dados** \_\_\_\_\_

**Data** \_\_\_\_\_

**APÊNDICE B**

---

UNIVERSIDADE DE FORTALEZA  
CURSO DE MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA

## TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DO ESTUDO

Prezado(a) Senhor(a),

Eu, Sílvio Carlos Rocha de Freitas, sou médico obstetra e gestor de serviços de saúde e estou realizando uma pesquisa sobre a Prevalência e os fatores associados à sífilis entre as parturientes admitidas em maternidades públicas do município de Fortaleza, com a finalidade de conhecer a verdadeira prevalência dessa doença entre a população de gestantes da nossa cidade e os principais fatores associados à mesma. Nesse sentido, solicito sua permissão e autorização para realizar esta pesquisa, no que diz respeito ao acesso do pesquisador (01) e coletor de dados (01) a essa unidade de saúde.

Ressaltamos que esta pesquisa trará grandes benefícios, pois contribuirá para a melhoria da assistência prestada a mulher durante o pré-natal e parto, sobretudo através do conhecimento de fatores que dificultam o controle da sífilis em nossa cidade e no Brasil. Os dados serão submetidos a publicação em revista científica, respeitando a confidencialidade das identidades e apenas serão utilizados com essa finalidade.

Atenciosamente,

-----  
Sílvio Carlos Rocha de Freitas (pesquisador)

Eu, \_\_\_\_\_, conhecendo as informações acima e ciente dos benefícios do estudo, autorizo realização da pesquisa.

-----  
Assinatura do Diretor do Hospital

Fortaleza, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2010.

**APÊNDICE C**

---

**TERMO DE FIEL DEPOSITÁRIO**

Eu, \_\_\_\_\_, fiel depositária, coordenadora do sistema de Saúde escola do Município de Fortaleza, encaminho as acadêmicas de enfermagem da UNIFOR à coleta de dados através de realização de entrevistas com parturientes para respostas de questionário que podem ser complementadas através de informações de prontuários e fichas de admissão. A pesquisa será realizada no período de junho a setembro de 2010 e tem como título: prevalência e fatores associados à sífilis em parturientes admitidas nas maternidades públicas de Fortaleza. O objetivo é conhecer a prevalência dessa doença entre essas parturientes e analisar os fatores sociodemográficos, comportamentais, obstétricos e institucionais associados à mesma.

Os dados coletados serão utilizados para fins científicos e serão mantidos o sigilo e anonimato das pacientes.

Em caso de esclarecimento entrar em contato com o pesquisador responsável:

**Nome:** Sílvio Carlos Rocha de Freitas

**Endereço:** Rua Ana Bilhar, 867, Apto. 1501, Meirelles.

**Telefone:** (85) 30212168

**CPF:** 377541733-87

---

**Dra. Ana Paula Brilhante**

Coordenadora do Sistema Saúde Escola do Município de Fortaleza.

Fortaleza, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2010.



# **ANEXOS**