



Daniela Mendes dos Santos Magalhães

**Perfil sócio-demográfico e
antecedentes obstétricos associados à
sífilis na gestação em uma amostra de
gestantes no Distrito Federal.**

Mestrado

**FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU
Universidade Estadual Paulista "Julio de Mesquita Filho"
UNESP**

Ano 2009/2011

Daniela Mendes do Santos Magalhães

**Fatores sócio-demográficos e antecedentes obstétricos relacionados
à sífilis na gestação em uma amostra de gestantes do Distrito Federal**

Brasília

2011

Daniela Mendes do Santos Magalhães

Fatores sócio-demográficos e antecedentes obstétricos relacionados à sífilis na gestação em uma amostra de gestantes do Distrito Federal

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ginecologia, Obstetrícia e Mastologia da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP, projeto MINTER (FMB/UNESP/ESCS/FEPECS/SES/DF) para obtenção do título de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. Adriano Dias

Brasília

2011

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO DE AQUIS. E TRAT. DA INFORMAÇÃO
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE

Magalhães, Daniela Mendes dos Santos.

Fatores sócio-demográficos e antecedentes obstétricos associados à sífilis na gestação em uma amostra de gestantes do Distrito Federal / Daniela Mendes dos Santos Magalhães - Brasília, 2011

Dissertação (mestrado) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, 2011

Orientador: Adriano Dias

Capes: 40101150

1. Sífilis congênita, hereditária e infantil. 2. Cuidado pré-natal. 3. Distrito Federal (Brasil).

Palavras-chave: Cuidado pré-natal; Epidemiologia; Sífilis congênita.

Aos meus filhos e esposo por tornarem a vida mais leve.

Agradecimentos

Agradecer é reconhecer que em algum momento de nossas vidas precisamos do outro e por isso não poderia deixar de fazê-lo.

Em primeiro lugar, agradeço a Deus por sua fidelidade e sustento a cada dia.

Ao meu esposo, Eladio Júnior, pelo amor, apoio, incentivo nas horas mais difíceis e por ter compreendido minhas ausências.

Aos meus filhos, Beatriz e Gustavo, meus amores, minha vida, minha inspiração diária e razão de todos os meus esforços para ser cada dia melhor.

Aos meus pais José e Marli, pela torcida, pelas palavras de conforto nas horas certas, pelo colo... Por me darem a vida e fazerem de mim o que hoje sou.

Ao Prof^o Dr^o Adriano Dias pela competência, apoio, ajuda, orientação, e sobretudo, pela paciência diante de minhas limitações, meu profundo respeito e admiração.

Aos amigos que fiz nessa caminhada, Fábio, Cláudia, Lílian, Ângela, Rosane e Marta de Betânia, pelos momentos de descontração que tornaram as coisas mais suaves.

Aos Núcleos de Vigilância Epidemiológica dos Hospitais de Taguatinga, Gama, Ceilândia, Asa Sul e Asa Norte, por terem colaborado para a realização deste projeto.

Às mulheres que aceitaram participar desta pesquisa, pela disponibilidade e atenção.

A todos aqueles que tentaram impedir a realização desse trabalho e não conseguiram.

Aos meus amigos pelos momentos felizes, apoio nas horas difíceis e por serem os melhores amigos que alguém pode ter.

A todos que, de alguma forma, contribuíram para a realização deste trabalho... Meus sinceros agradecimentos!

“A felicidade não está em fazer o que a gente quer, mas sim em querer o que a gente faz.”

Jean-Paul Sartre

MAGALHÃES, Daniela Mendes dos Santos, Perfil sócio-demográfico e antecedentes obstétricos associados à sífilis na gestação em uma amostra de gestantes do Distrito Federal. 2011. 61 f. Dissertação de Mestrado – Faculdade de Medicina de Botucatu – FMB, Botucatu, 2010.

RESUMO

A sífilis na gestação é um grave problema de saúde pública, responsável por altos índices de morbimortalidade intrauterina. Estima-se que leve, em pelo menos 50% das gestações acometidas, a desfechos perinatais adversos. Esses dados remetem à falta de controle das doenças sexualmente transmissíveis (DST) e à deficiência na assistência pré-natal. O objetivo deste estudo transversal foi conhecer o perfil sócio-demográfico e os antecedentes obstétricos das gestantes com VDRL reagentes no DF no ano de 2010. Verificou-se o percentual de gestantes que tiveram acesso ao pré-natal e foram inadequadamente tratadas de acordo com as recomendações do MS. Foram entrevistadas 67 gestantes/puérparas notificadas no SINAN, em cinco maternidades públicas do DF e consultadas as informações do prontuário e cartão da gestante quando disponível. Foram avaliados dados sóciodemográficos, obstétricos, informações relacionadas ao diagnóstico e tratamento da gestante/puérpara e parceiro. Apenas 41,8% gestantes foram adequadamente tratadas e o principal motivo para a inadequação do tratamento foi a falta (83,6%) ou inadequação do tratamento do parceiro (88,1%). Foi constatada a necessidade de novo tratamento da gestante na maternidade por falta de documentação do tratamento realizado no pré-natal. Os dados demonstram que a qualidade do pré-natal recebido pela gestante não é suficiente para garantir o controle da sífilis congênita e o atingimento da meta de controle da doença.

Palavras-chave: Sífilis Congênita, Epidemiologia, Cuidado Pré-Natal

ABSTRACT

Syphilis during pregnancy is a serious public health problem responsible for high rates of intrauterine mortality. It is estimated that in at least 50% of pregnancies affected, adverse perinatal outcomes happen. These findings reflect the lack of control of sexually transmitted diseases (STDs) and disability in prenatal care. The goal of this survey was to understand the epidemiological profile of women with VDRL reagents in the Federal District in 2010. The study verified the percentage of pregnant women who had access to prenatal care and were inadequately treated in accordance with the recommendations of the Ministry of Health. We interviewed 67 pregnant and postpartum women who reported to the SINAN, users of five public hospitals of the DF and consulted information from medical records and from prenatal care charts, when available. Data were collected on sociodemographic, obstetric, information related to diagnosis and treatment of pregnant and puerperal women and their partners. Only 28 (41.8%) patients were adequately treated and the main reason for inadequacy was the lack of treatment (83.6%) or inadequate treatment of the partner (88.1%). The study demonstrated the need for new treatment of the mother at the hospital for lack of documentation of the treatment in prenatal care. Our data demonstrates that the quality of prenatal care received by pregnant women is not sufficient to ensure control of congenital syphilis and reaching the goal of controlling the disease.

Key words: Congenital Syphilis, Epidemiology, Prenatal Care

SUMÁRIO

JUSTIFICATIVA GERAL.....	9
OBJETIVOS	10
GERAL	10
ESPECÍFICOS.....	10
CAPÍTULO I - SÍFILIS NA GESTAÇÃO	11
RESUMO	13
<i>SUMMARY</i>	14
INTRODUÇÃO	15
MATERIAIS E MÉTODO	17
SÍFILIS, SÍFILIS NA GESTAÇÃO E ATENÇÃO PRÉ-NATAL.....	18
CONCLUSÃO	24
REFERÊNCIAS	25
CAPÍTULO II - FATORES SÓCIO-DEMOGRÁFICOS E OBSTÉTRICOS ASSOCIADOS À SÍFILIS EM GESTANTES NO DISTRITO FEDERAL.....	29
RESUMO	31
<i>SUMMARY</i>	32
INTRODUÇÃO	33
MATERIAIS E MÉTODO	34
RESULTADOS	36
DISCUSSÃO.....	40
CONCLUSÃO	44
REFERÊNCIAS	45
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	49
ANEXOS	50

JUSTIFICATIVA GERAL

A sífilis é a doença sexualmente transmissível que causa maior dano às gestantes e seu conceito. Embora tenha um agente etiológico bem definido e tratamento eficaz e de baixo custo, ainda ocupa um lugar de destaque entre as doenças verticalmente transmissíveis.

A estratégia mais eficaz na redução da sífilis congênita está na garantia de uma assistência pré-natal ampla e de qualidade, que assegure diagnóstico precoce e tratamento adequado. Tal medida pode ser alcançada com a realização seriada do teste VDRL no início da gestação e por volta da 28^a e da 38^a semanas de gestação, como preconizado pelo Ministério da Saúde.

Uma boa assistência pré-natal assegura o envolvimento dos profissionais na notificação dos casos de sífilis gestacional e congênita e, contando com exames, tratamento e protocolos de atendimento já estabelecidos, o sucesso do tratamento da gestante com sífilis é um excelente indicador de eficiência das políticas públicas de saúde voltadas à redução de morbimortalidade.

Neste sentido justifica-se a realização deste trabalho, que descreve o perfil sócio-demográfico e os antecedentes obstétricos das gestantes com VDRL reagente usuárias de maternidades públicas do Distrito Federal (DF).

OBJETIVOS

GERAL:

Estabelecer o perfil das gestantes com VDRL reagente usuárias de maternidades públicas do Distrito Federal.

ESPECÍFICOS

Capítulo I

Estudar na literatura científica os aspectos históricos e epidemiológicos da sífilis adquirida e na gestante, conhecer as políticas públicas de saúde na atenção à mulher grávida com sífilis e o seu acesso aos serviços.

Capítulo II

Estabelecer o perfil das gestantes com VDRL reagente acompanhadas em maternidades públicas do Distrito Federal e determinar em que momento da gestação a sífilis é diagnosticada.

**CAPÍTULO I -
SÍFILIS NA GESTAÇÃO**

Sífilis na Gestação
Syphilis in Pregnancy

Daniela Mendes dos Santos Magalhães¹

Adriano Dias²

1. Enfermeira, Pós-Graduanda do Projeto MINTER (FMB/UNESP-ESCS/FEPECS/SES/DF) do Programa de Pós-Graduação em Ginecologia, Obstetrícia e Mastologia da Faculdade de Medicina de Botucatu – FMB – UNESP

2. Epidemiologista, Prof. Assistente Doutor Programa de Pós-Graduação em Ginecologia, Obstetrícia e Mastologia – Faculdade de Medicina de Botucatu – FMB – UNESP

Universidade Estadual Paulista – UNESP – “Júlio de Mesquita Filho”

Faculdade de Medicina de Botucatu – FMB

Projeto MINTER do Programa de Pós-Graduação em Ginecologia, Obstetrícia e Mastologia

Daniela Mendes dos Santos Magalhães

Avenida Central Bloco 1.500 Apto 203, Núcleo Bandeirante, CEP: 71.720-570 Brasília-DF

(61) 3209 7778 (61) 8132 8707

E-mail: danymendes@yahoo.com.br

Este capítulo foi redigido de acordo com as normas de publicação da Revista Comunicação em Ciências da Saúde, para a qual será submetido.

RESUMO

A sífilis é uma doença infecciosa e sistêmica, de evolução crônica e abrangência mundial. Quando adquirida durante a gestação, a sífilis pode levar ao abortamento espontâneo, morte fetal ou neonatal, prematuridade e graves danos à saúde do concepto, como o comprometimento oftalmológico, auditivo e neurológico. O não tratamento da infecção materna recente implica em contaminação do feto entre 80 e 100% dos casos, enquanto a sífilis materna tardia não tratada pode acarretar infecção fetal com frequência de, aproximadamente, 30%. Inúmeras evidências indicam que um acompanhamento pré-natal adequado é um importante fator de diminuição da incidência de agravos como, baixo peso ao nascer, prematuridade, infecções congênicas e óbito perinatal. A sífilis é uma condição patológica, cujo diagnóstico e tratamento pode ser realizado com baixo custo e não oferece nenhuma dificuldade operacional. Porém, apesar das ações desenvolvidas, os dados disponíveis demonstram um nível insuficiente de controle da doença.

Palavras-chave: Sífilis, Sífilis na Gestação, Cuidado Pré-Natal

SUMMARY

Syphilis is an infectious and systemic disease of chronic evolution and worldwide reach. When acquired during pregnancy, syphilis can lead to miscarriage, stillbirth or neonatal prematurity and serious damage to the health of the fetus, such as impaired eye, hearing and neurological. The lack of treatment of recent maternal infection involves contamination of the fetus between 80 and 100% of the cases, while late maternal syphilis untreated can cause fetal infection with a frequency of approximately 30%. Evidence indicates that an adequate prenatal care is an important factor in reducing the incidence of diseases such as low birth weight, prematurity, congenital infections and perinatal death. Syphilis is a pathological condition whose diagnosis and treatment can be performed with low cost and offers no operational difficulty. However, in spite of actions undertaken, available data demonstrate an insufficient level of disease control.

Key-words: Syphilis, Syphilis in Pregnancy, Prenatal Care

INTRODUÇÃO

A sífilis na gestação é um grave problema de saúde pública, responsável por altos índices morbimortalidade intrauterina. Estima-se que leve, em pelo menos 50% das gestações acometidas (entre 10% e 15% de todas as gestações), a desfechos perinatais adversos. Esses dados remetem, ainda, à falta de controle das doenças sexualmente transmissíveis (DST) e à deficiência na assistência pré-natal^{1,2}.

Segundo estimativas da Organização Mundial da Saúde, a cada ano ocorrem 340 milhões de casos de DST no mundo e que 12 milhões são de sífilis, sendo que destes, 90% ocorrem em países em desenvolvimento³.

Na América Latina e Caribe estima-se que o total de casos anuais na população adulta seja de três milhões de casos, destes, e no Brasil, que a prevalência média varie entre 1,4% e 2,8%, com uma taxa de transmissão vertical ao redor de 25%⁴.

O Ministério da Saúde do Brasil (MS) lançou, em 1993, o projeto de eliminação da sífilis congênita em consonância com a proposta de controle do agravo nas Américas, formulado pela Organização Pan-Americana de Saúde e Organização Mundial de Saúde. Nesta iniciativa foi definida como meta a redução da incidência a valores menores ou iguais a um caso por mil nascidos vivos⁵.

A sífilis na gestante é um agravo de notificação compulsória para fins de vigilância epidemiológica desde 2005 e estima-se que apenas 32% dos casos são notificados, refletindo uma importante deficiência na qualidade dos serviços de assistência ao pré-natal e ao parto⁶.

Já a sífilis congênita (SC) tornou-se um agravo de notificação compulsória desde 1986 e, no período de 1998 a 2005, teve notificados 29.396 casos. Este número também é inconsistente com a realidade e parece refletir subnotificação, uma vez que dados do MS revelam um aumento da incidência que passou de 1,3 casos por mil nascidos vivos (NV) em 2000 para 1,6 casos por mil NV em 2004⁷.

A maioria das mulheres infectadas é identificada durante a gestação ou no momento do parto. No entanto, observa-se que entre 38% e 48% delas ainda chegam às maternidades sem resultados de sorologias importantes como, sífilis, toxoplasmose e HIV do pré-natal necessitando assim de teste rápido no momento do parto, o que pode impedir que as ações preventivas da transmissão vertical sejam realizadas⁸.

As atuais recomendações do MS para o rastreamento da sífilis durante o pré-natal devem ser realizadas na primeira consulta, ainda no primeiro trimestre, e no terceiro trimestre da gestação^{9,10}.

Inúmeras evidências indicam que um acompanhamento pré-natal adequado é um importante fator de diminuição da incidência de agravos como, baixo peso ao nascer, prematuridade, infecções congênicas e óbito perinatal. Para que tais desfechos sejam evitados é necessário que a assistência oferecida cumpra requisitos mínimos o que tradicionalmente tem sido atribuído apenas ao número mínimo de consultas e à época de início de acompanhamento. Constata-se que, embora seja imprescindível garantir a realização de um número mínimo de consultas e a precocidade destas, é importante que se avalie a qualidade de seu conteúdo, como as ações a serem executadas entre as consultas e o rastreamento de infecções verticalmente transmissíveis¹¹.

A sífilis na gestação ainda é observada em parcela significativa de mulheres, o que favorece diretamente a ocorrência de sífilis congênita. Como evento sentinela, significa que a manutenção da ocorrência, juntamente com a falta de controle, indicam falhas no programa de DST (controle de sífilis adquirida) e também no seguimento pré-natal (aumento do número de casos de SC)¹².

A sífilis congênita constitui o mais grave desfecho adverso prevenível da gestação e responde por, aproximadamente, 50% de recém-nascidos com sequelas físicas, sensoriais ou de desenvolvimento, quando não resulta em perda fetal e perinatal^{13,14}.

A assistência a essa população deve ter como principal objetivo evitar o comprometimento do feto e do recém-nascido e conforme recomenda a Política Nacional de Atenção a Saúde Integral da Mulher, que todas as mulheres devem ser assistidas de forma integral e adequada as suas necessidades¹⁵.

O objetivo desta revisão foi levantar na literatura científica os aspectos históricos e epidemiológicos da sífilis adquirida e na gestante e conhecer as principais políticas públicas de saúde na atenção à mulher grávida com sífilis.

MATERIAIS E MÉTODO

Neste trabalho foram revisadas as bases de dados Medline da National Library of Medicine (EUA), Scielo (Scientific Eletronic Library Online), Lilacs (Literatura Latino-

-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e PAHO (Pan-American Health Organization), no período de 1992 a 2010. Outros trabalhos que constavam da lista de referências dos artigos encontrados foram utilizados como leitura complementar.

As palavras-chave utilizadas para a busca foram “congenital syphilis”, “syphilis in pregnancy”, “syphilis vertical transmission” e “syphilis prenatal care”.

A revisão resultou em 37 artigos nas línguas portuguesa, inglesa e espanhola a serem incluídos no estudo, que versavam sobre os aspectos históricos da doença, etiologia, perfil clínico-epidemiológico e tratamento.

SÍFILIS, SÍFILIS NA GESTAÇÃO E ATENÇÃO PRÉ-NATAL

A história da origem da sífilis confunde-se com a história da civilização moderna e é marcada por controvérsias que persistem há mais de meio século.

A teoria do Novo Mundo sustenta que a doença era endêmica nas Américas e foi introduzida na Europa pelos marinheiros de Colombo; a teoria do Velho Mundo se apóia na tese de que as treponematoses já existiam em terras européias e eram causadas por um único microrganismo, mas, que foram sofrendo variações com os anos de modo a adquirirem características que aumentaram sua virulência, permitindo a transmissão sexual e acarretaram epidemias¹⁶. A primeira epidemia de sífilis relatada na história ocorreu na Europa e data do final do século XV, e até então a doença era desconhecida¹.

O termo *lues venérea* ou simplesmente *lues*, cujo significado em latim é algo como peste, epidemia, surgiu no século XVI, em 1579, idealizado por Jean Fernel. Também denominado como mal gálico, mal venéreo, bubas e pudendraga, o nome sífilis surge em 1530, em um poema escrito por Girolamo Fracastoro de Verona, intitulado *Syphilis sive morbus gallicus*, contudo, sífilis como definição de um quadro patológico, começou a ser usado somente no final do século XVIII¹⁶.

Os primeiros relatos médicos da doença surgiram em 1495, na Batalha de Forno-vo. Marcellus Cumanus e Alexandri Benedetto, médicos venezianos que serviam no *front*, relataram aspectos clínicos da doença em soldados que apresentavam lesões semelhantes a grãos de milho na glândula e prepúcio, pústulas por todo o corpo, seguidas de dores terríveis em braços e pernas que deixavam os soldados desesperados. O sofrimento causado

pela moléstia era mais repugnante que a lepra ou elefantíase, segundo consta em anotações de Benedetto¹⁷.

O agente etiológico da sífilis, a espiroqueta *Treponema pallidum*, assim denominada devido à dificuldade de se corar com as técnicas existentes na época, foi descoberto em 1905 por Fritz Richard Schaudinn e Paul Erich Hoffmann na Alemanha. Em 1907, Wassermann desenvolveu o primeiro exame sorológico efetivo para a detecção da sífilis^{18,19}.

No início do século XX, a doença era tratada com mercúrio, arsênio, bismuto e iodetos, porém estes mostraram baixa eficácia, toxicidade e dificuldades no manuseio. Também foram pouco eficazes tratamentos que, inspirados na pouca resistência do treponema ao calor, preconizavam o aumento da temperatura corporal por meios físicos como, banhos quentes de vapor ou com a inoculação de plasmódios na circulação (malarioterapia). Apenas em 1943, a penicilina (descoberta por Fleming em 1928), foi utilizada pela primeira vez com sucesso para o tratamento da enfermidade^{18,20}.

A sífilis é uma doença infecciosa e sistêmica, de evolução crônica e abrangência mundial. Apresenta um período de incubação entre 10 e 90 dias e sua transmissão ocorre principalmente pela via sexual e vertical, mas, também, por contato com as lesões e transfusão sanguínea na fase inicial da doença^{18,19}.

O curso da doença se divide em quatro estágios: sífilis primária, secundária, latente e tardia ou terciária, esta divisão ocorre de acordo com o tempo de evolução da doença. A sífilis primária manifesta-se por pequena ulceração nos órgãos genitais (cancro duro) e surgimento de linfadenomegalia inguinal entre duas e três semanas, sem deixar seqüelas visíveis. Sem tratamento a doença tende a se disseminar pelo organismo, provocando lesões cutâneas em várias partes do corpo, além de alopecia, amaurose, cardiopatias e acometimento neurológico⁶.

Aproximadamente um terço das pessoas acometidas na forma secundária desenvolve as complicações da fase terciária da doença, quando pode haver comprometimentos cardíacos, neurológicos e ortopédicos. Na maioria das vezes são assintomáticas, não se observam treponemas nas lesões e as reações sorológicas têm baixos títulos^{6,18}.

O tratamento da sífilis é fase-dependente, determinado pelos sintomas e perfil sorológico. A droga de primeira escolha é a penicilina e sua dose varia também de acordo com a fase da doença. Na fase primária (com cancro duro), utilizam-se 2.400.000 UI de penicilina benzatina via intramuscular (1,2 milhões em cada glúteo na mesma aplicação);

na secundária (com lesões cutâneas não ulceradas) ou na fase latente precoce (com menos de um ano de evolução), a opção é por 4.800.000 UI via intramuscular, aplicadas em duas doses com intervalo de sete dias (2,4 milhões por cada dose, composta por 1,2 milhões em cada glúteo, na mesma aplicação); na fase terciária ou latente tardia (com mais de um ano de evolução ou duração ignorada), 7.200.000 UI via intramuscular (no mesmo esquema da fase anterior, porém em três vezes).

Com o surgimento da penicilina e o seu uso bem sucedido no tratamento da doença, houve uma diminuição importante na incidência de casos, porém nos anos 1980 ocorreu um ressurgimento da moléstia, provavelmente associado às condições sócio-econômicas deterioradas, mudanças no comportamento sexual e ao uso indiscriminado de drogas ilícitas²¹.

No início dos anos 2000, foi observado um aumento no número de casos de sífilis adquirida em países desenvolvidos como Estados Unidos da América, França, Inglaterra e Alemanha principalmente entre homens que faziam sexo com homens, entre usuários de drogas, praticantes de atividade sexual desprotegida e coinfectados pelo HIV^{18,22}. Em países em desenvolvimento, este aumento foi percebido pelo aumento da prevalência de casos de sífilis primária e secundária em mulheres em idade fértil ²³.

Estudos realizados em outras localidades também apontam como fatores de risco para a sífilis durante a gestação, ter parceiro sexual casual, ser HIV - positivo, ter baixa escolaridade, não usar preservativo e usar drogas ilícitas^{15,24,25}.

Quando adquirida durante a gestação, a sífilis pode levar ao abortamento espontâneo, morte fetal ou neonatal, prematuridade e graves danos à saúde do conceito, como o comprometimento oftalmológico, auditivo e neurológico^{26,27}.

O não tratamento da infecção materna recente implica em contaminação do feto em 80 a 100% dos casos, enquanto a sífilis materna tardia não tratada pode acarretar infecção fetal com frequência de, aproximadamente, 30%. Quanto mais avançada à doença materna, menor é o risco de transmissão e a cada gestação sucessiva, a mulher não tratada vai diminuindo essa chance sem, contudo eliminar os riscos²⁸.

Wicher & Wicher (2001)²⁹ chamam atenção para o fato de existirem duas possibilidades para a ocorrência da SC. A primeira, a mulher tem sífilis e engravida, e na segunda, a gestante se infecta. Assim, o espectro de desfechos possíveis torna-se variado, de acordo

com o estágio gestacional e da infecção, que pode ainda ter um terceiro determinante no desenvolvimento do sistema imunológico fetal.

O VDRL é um teste não treponêmico que apresenta alta sensibilidade e baixa especificidade. A sensibilidade do VDRL é de 70% na sífilis primária, 99% na secundária e latente com até um ano de duração e pode alcançar uma positividade de 100%, pois estas fases cursam com valores mais altos de titulação no exame quantitativo. Apresenta ainda rápida negatificação em resposta ao tratamento, sendo o ideal para o rastreamento e controle da cura da sífilis¹.

Nas gestantes positivas é mandatória a realização de controle mensal de tratamento e cura até o parto, assim como a testagem de mulheres internadas para curetagem pós-aborto. Os baixos títulos devem ser confirmados com o teste treponêmico, sempre que possível, e na impossibilidade de realizá-lo, todos os títulos devem ser assumidos como doença ativa e as mulheres tratadas como portadoras de sífilis³⁰.

Embora os órgãos de assistência à saúde recomendem que o teste seja oferecido a toda gestante nos primeiros estágios da gravidez, muitas vezes os serviços de pré-natal não realizam uma cobertura adequada com a realização do teste e o tratamento adequado³¹.

Estudo desenvolvido nos EUA, entre mulheres que iniciaram o pré-natal antes de 30 semanas de gestação, encontrou que 53% apresentaram uma ou mais oportunidades perdidas para prevenção da sífilis congênita³². Por outro lado, Peters *et al* (2003)³³ estudando as oportunidades de prevenção perdidas para a infecção perinatal pelo HIV, identificaram pelo menos uma oportunidade perdida em 20% dos 4.128 nascimentos de crianças com mães sabidamente infectadas. Entre os nascimentos com pelo menos uma oportunidade perdida de prevenção houve contaminação de 22% das crianças e 40% de contaminação nas crianças de mães que tiveram ações de prevenção e controle da infecção durante o pré-natal.

No Brasil, neste mesmo período, um estudo transversal de soroprevalência de sífilis em puérperas mostrou uma prevalência de 1,7% e as características marcadoras de vulnerabilidade associadas a esta positividade foram a escolaridade (menos de oito anos de estudo), ser solteira e ter renda familiar menor que um salário mínimo, idade na primeira relação sexual (menor que 17 anos), gravidez anterior, idade materna na primeira gestação (menor que 14, 15 e 19 anos), presença de sífilis e outras doenças sexualmente transmissíveis anteriores à gravidez na puérpera e parceiro, infecção pelo HIV, realização da última consulta de pré-natal anterior ao terceiro trimestre de gestação e ter tido parto pré-termo

ou natimorto anterior. Neste mesmo estudo, a baixa escolaridade apresentou uma Razão de Chances de 3,05 para VDRL positivo sendo também marcante como risco associado, à gravidez precoce (OR= 7,51)³⁴.

A qualidade da assistência na gestação e parto é um importante determinante na redução da transmissão vertical da sífilis e de outras doenças infectocontagiosas. No Brasil, em 2000, o MS lançou o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento que tem por objetivo assegurar a ampliação do acesso, da cobertura e da assistência pré-natal, parto e puerpério no País e reduzir a morbimortalidade materna e perinatal^{35,36}.

O Programa estabelece critérios de atenção como a realização de um número mínimo de consultas, fixado em seis; realização de triagem sorológica com um exame VDRL, oferta de teste anti-HIV na primeira consulta, outro VDRL por volta da trigésima semana de gestação e a aplicação da vacina antitetânica segundo esquema recomendado³⁵.

A OMS preconiza a realização de um terceiro VDRL, no momento do parto, para todas as gestantes, e de teste anti-HIV para as que não realizaram durante o pré-natal o que considera perda de oportunidades de realização durante o acompanhamento pré-natal²⁵.

No período de 2000 a 2006, um estudo bienal conduzido pelo MS com uma amostra de 16.158 parturientes demonstrou que 75,1% das gestantes apresentavam pelo menos um resultado do teste para sífilis por ocasião da internação para o parto, 16,9% apresentavam os resultados dos dois testes e 11,8% possuíam cartão de pré-natal sem registro de resultados de sífilis. Ainda de acordo com este trabalho, entre as mulheres que fizeram seis ou mais consultas de pré-natal, a cobertura de dois testes, como preconiza o MS, foi de apenas 26,2%, cobertura considerada baixa. Neste estudo, 2,6% das parturientes não realizaram teste de sífilis no pré-natal e nem no parto, somente 10,5% o realizaram no momento do parto e apenas 14,1% seguiram a todas as recomendações do Ministério da Saúde³⁷.

A sífilis é uma condição patológica cujo diagnóstico e tratamento pode ser realizado com baixo custo e não oferece nenhuma dificuldade operacional. Porém, apesar das ações desenvolvidas, os dados disponíveis demonstram um nível insuficiente de controle da doença³⁵.

CONCLUSÃO

A sífilis é uma das doenças sexualmente transmissíveis que causa maiores danos às gestantes e seus conceptos. Embora tenha um agente etiológico conhecido, um modo de transmissão estabelecido, um tratamento eficaz e de baixo custo, com excelentes possibilidades de cura, ainda persiste como um grave problema de saúde pública.

A presença da infecção materna reflete uma falha no Programa de DST/AIDS e a persistência da doença congênita, devido a sua magnitude, sequer pode ser chamada de evento sentinela, pois reforça a tese de que as atividades básicas e de baixo custo necessárias à sua eliminação e que deveriam ser realizadas nas ações de rotina do cuidado pré-natal não mudam o cenário.

Apesar da importância do agravo, da grande quantidade de trabalhos publicados no país com enfoques na qualidade do cuidado pré-natal, nas características marcadoras de vulnerabilidades; a meta para o controle da doença, pactuada há mais de 10 anos, ainda não foi alcançada.

A revisão realizada mostrou que existe uma lacuna entre a intenção e o gesto principalmente no que se refere à ampliação de acesso, não apenas em relação ao número mínimo de consultas preconizadas; é importante que se avalie a qualidade de seu conteúdo assim como as ações a serem realizadas entre as consultas.

REFERÊNCIAS

1. Saraceni, V A sífilis, a gravidez e a sífilis congênita. Texto extraído da Tese de doutorado intitulada Avaliação da efetividade das campanhas para eliminação da sífilis congênita, Município do Rio de Janeiro, 1999 e 2000 apresentada ao programa de pós-graduação da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, 2005. Modificado pela autora.
2. Pires, O N *et al.* Vigilância epidemiológica da sífilis na gravidez no centro de saúde do Bairro Uruará-Área Verde. *Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis*. 2007; 19(3-4):162-165.
3. World Health Organization. Global prevalence and incidence of selected curable sexually transmitted diseases: overview and estimates. Geneva: WHO; 2001 (WHO/CDS/CRS/

EDC/2001.10). Disponível em http://www.who.int/hiv/pub/sti/who_hiv_aids_2001.02.pdf. Acesso em 08 de Junho de 2011.

4. Galban, E; Benzaken, A.S. Situacion de la sífilis en 20 países de Latino América y El Caribe: año 2006. *Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis*. 2007; 9(3-4):166-172.

5. Paz, L C *et al.* Vigilância epidemiológica da sífilis congênita no Brasil: definição de casos, 2004. *Boletim Epidemiológico AIDST*. Rio de Janeiro, Ano I, nº 1, 2004.

6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis – manual de bolso. Brasília, 2007. 190 p.

7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Manual de controle das doenças sexualmente transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

8. Romanelli, R M C *et.al.* Perfil das gestantes infectadas pelo HIV atendidas em pré-natal de alto risco de referência de Belo Horizonte. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil de Recife*. 2006; 6(3):329-334.

9. Araújo, E C *et al.* Importância do pré-natal na prevenção da sífilis congênita. *Revista Paraense de Medicina*. 2006; 20(1).

10. Araújo, MAL. *et al.* Análise da qualidade dos registros nos prontuários de gestantes com exame de VDRL reagente. *Revista Atenção Primária de Saúde*. 2008; 11(11):4-9.

11. Lima, B G C *et al.* Avaliação da qualidade do rastreamento de HIV/AIDS e sífilis na assistência pré-natal. *Revista Epidemiologia e Serviços de saúde*. 2008; 17(2):123-153.

12. Milanez, H; Amaral, E. Por que ainda não conseguimos controlar o problema da sífilis em gestantes e recém-nascidos? *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 2008; 30(7):325-7.

13. Lima, B G C. Abordagem da sífilis como indicador de qualidade da assistência pré-natal em Salvador. *Revista Baiana de Saúde Pública*. 2004; 28(1):9-18.

14. Komka, M R; Lago, E G. Sífilis congênita: notificação e realidade. *Scientia Medica*. 2007; 17(4):205-211.

15. Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: políticas e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 82p. 2004.
16. Neto, B G; Soler, Z A S G; Braile, D M; Daher, W. A sífilis no século XVI – o impacto de uma nova doença. Revista Arquivos de Ciências da Saúde. 2009; 16(3): 17-9.
17. Quétel, C. The history of syphilis. Baltimore: John Hopkins Paperbacks; 1992. Tradução de Le Mal de Naples. Histoire de La syphilis.
18. Valderrama, J; Zacarías, F; Mazin, R. Sífilis materna y sífilis congênita em América Latina: um problema grave de solución sencilla. Rev Panam Salud Publica. 2004; 16(3): 211-17.
19. Rotta, O. Diagnósticos sorológicos da sífilis. An Bras Dermatol. 2005; 80(3):299-302.
20. Avelleira, J C R; Bottino, G. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. An Bras Dermatol, 2006; 81:11-26.
21. Campos, J E B. Significado clínico dos baixos títulos de VDRL (Venereal Disease Research Laboratories) para a sífilis em gestantes, à luz das provas Treponêmicas. [Tese]. Instituto Fernandes Figueira/Fio Cruz. Rio de Janeiro, 2006.
22. Centers for Disease Control and Prevention. Primary and secondary syphilis – United States, 2000-2001. MMWR Morbidity and Mortal Weekly Report . 2002; 51:971-973.
23. Griemberg, G; Ravelli, M R; Etcheves, P D C; Orfus, G; Pizzimenti, C. Sífilis y embarazo: control prenatal, seroprevalencia y falsos biológicos positivos. Medicina (Buenos Aires) 2000; 60(3): 343-7.
24. Genç, M; Ledger, W J. Syphilis in pregnancy. Sexually Transmitted Infections, 2000 [online] 76: 73-79 [acessado em 3 de junho de 2010].
25. Ministério da Saúde/Programa Nacional de DST/AIDS. Programa Nascer Maternidade. Brasília: MS; 2002.
26. Beksinska, M E; Mullick, S; Kunene, B; Rees, H; Deperthes, B A case study of antenatal syphilis screening in South Africa: successes and challenges. Sexually Transmitted Diseases. 2002;29:32-7.

27. Azulay, R D; Azulay, D R. Treponematoses. In: Dermatologia. 4ª Ed. Rio de Janeiro; Guanabara Koogan, 2006. p. 323-39.
28. Berman, S M. Maternal Syphilis: pathophysiology and treatment. Bull World Health Organ. 2004;82(6):433-8.
29. Wicher, V; Wicher, K. Pathogenesis of maternal-fetal syphilis revisited. Clinical Infectious Diseases. 2001; 33: 354-63.
30. Brasil. Ministério da Saúde. Assistência pré-natal: Manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
31. Revollo, R M C *et al.* Sífilis materna y congênita em quatro províncias de Bolivia. Revista Salud Pública de México. 2007; 49(6), nov/dez.
32. Thompson, B L; Matuszak, D; Dwyer, D M; Nakashima, A; Pearce, H; Israel, E. Congenital syphilis in Maryland, 1989-1991: The effect of changing the case definition and opportunities for prevention. Sex Transm Dis. 1995; 22(6):364-9.
33. Peters, V; Liu, K.L; Dominguez, K; Frederick, T; Melville, S; Hsu, H W *et al.* Missed opportunities for perinatal HIV prevention among HIV exposed infants born 1996-2000, pediatric spectrum of HIV disease cohort. Pediatrics. 2003;111(5 part 2):1186-91.
34. Rodrigues C S, Guimarães M D C, Grupo Nacional de Estudo sobre Sífilis Congênita. Positividade para sífilis em puérperas: ainda um desafio para o Brasil. Rev Panam Salud Publica. 2004;16(3):168-75.
35. Serruya, S J; Lago, T D G; Cecatti, J G O programa de atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento. Rev. Bras. Saúde Mater. Infant. Recife. 2004; 4(3), sept.
36. Macêdo, V C; Bezerra, A F B; Frias, P G; Andrade, C L T. Avaliação das ações de prevenção da transmissão vertical do HIV e sífilis em maternidades públicas de quarto municípios do Nordeste brasileiro. Rev Cad. Saúde. Pública, Rio de Janeiro, 25(8): 1679-1692, ago, 2009.
37. Szwarcwald, C L; Barbosa Júnior, 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.

**CAPÍTULO II -
FATORES SÓCIO-DEMOGRÁFICOS E OBSTÉTRICOS
ASSOCIADOS À SÍFILIS EM GESTANTES NO DISTRITO FEDERAL**

**Fatores Sócio-Demográficos e Obstétricos Associados
à Sífilis em Gestação no Distrito Federal**

**Socio-Demographic Factors and Obstetric Associated with Syphilis in Pregnant
Women in the Federal District**

Daniela Mendes dos Santos Magalhães – Enfermeira, Pós-Graduanda do Projeto MINTER (FMB/UNESP-ESCS/FEPECS/SES/DF) do Programa de Pós-Graduação em Ginecologia, Obstetrícia e Mastologia da Faculdade de Medicina de Botucatu – FMB – UNESP

Adriano Dias - Epidemiologista, Prof^o. Assistente Doutor – Programa de Pós-Graduação em Ginecologia, Obstetrícia e Mastologia – Faculdade de Medicina de Botucatu – FMB – UNESP

Universidade Estadual Paulista – UNESP – “Júlio de Mesquita Filho”

Faculdade de Medicina de Botucatu – FMB

Projeto MINTER do Programa de Pós-Graduação em Ginecologia, Obstetrícia e Mastologia

Daniela Mendes dos Santos Magalhães

Avenida Central Bloco 1.500 Apto 203, Núcleo Bandeirante, CEP: 71.720-570 Brasília-DF

(61) 3209 7778 (61) 8132 8707

E-mail: danymendes@yahoo.com.br

Este capítulo foi redigido de acordo com as normas de publicação da revista Epidemiologia e Serviços de Saúde, para a qual será submetido

RESUMO

A sífilis na gestação é um grave problema de saúde pública, responsável por altos índices de morbimortalidade intrauterina. Estima-se que leve, em pelo menos 50% das gestações acometidas, a desfechos perinatais adversos. Esses dados remetem à falta de controle das doenças sexualmente transmissíveis (DST) e à deficiência na assistência pré-natal. O objetivo deste estudo transversal foi conhecer o perfil epidemiológico das gestantes com VDRL reagentes no Distrito Federal no ano de 2010. Verificou-se o percentual de gestantes que tiveram acesso ao pré-natal e foram inadequadamente tratadas de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde. Foram entrevistadas 67 gestantes/puérparas notificadas no SINAN, usuárias de cinco maternidades públicas do DF e consultadas as informações do prontuário e cartão da gestante quando disponível. Foram avaliados dados sóciodemográficos, obstétricos, informações relacionadas ao diagnóstico e tratamento da gestante/puérpara e parceiro. Apenas 28 (41,8%) gestantes foram adequadamente tratadas e o principal motivo para a inadequação do tratamento foi a falta (83,6%) ou inadequação do tratamento do parceiro (88,1%). Foi constatada a necessidade de novo tratamento da gestante na maternidade por falta de documentação do tratamento realizado no pré-natal. Os dados demonstram que a qualidade do pré-natal recebido pela gestante não é suficiente para garantir o controle da sífilis congênita e o atingimento da meta de controle da doença.

Palavras-chaves: Sífilis Congênita, Epidemiologia, Cuidado Pré-Natal

SUMMARY

Syphilis during pregnancy is a serious public health problem responsible for high rates of intrauterine mortality. It is estimated that in at least 50% of pregnancies affected, adverse perinatal outcomes happen. These findings reflect the lack of control of sexually transmitted diseases (STD) and disability in prenatal care. The goal of this survey was to understand the epidemiological profile of women with VDRL reagents in the Federal District in 2010. The study verified the percentage of pregnant women who had access to prenatal care and were inadequately treated in accordance with the recommendations of the Ministry of Health. We interviewed 67 pregnant and postpartum women who reported to the SINAN, users of five public hospitals of the DF and consulted information from medical records and from prenatal care charts, when available. Data were collected on sociodemographic, obstetric, information related to diagnosis and treatment of pregnant and puerperal women and their partners. Only 28 (41.8%) patients were adequately treated and the main reason for inadequacy was the lack of treatment (83.6%) or inadequate treatment of the partner (88.1%). The study demonstrated the need for new treatment of the mother at the hospital for lack of documentation of the treatment in prenatal care. Our data demonstrates that the quality of prenatal care received by pregnant women is not sufficient to ensure control of congenital syphilis and reaching the goal of controlling the disease.

Key-words: Congenital Syphilis, Epidemiology, Prenatal Care

INTRODUÇÃO

As doenças sexualmente transmissíveis (DST) constituem um sério problema de saúde pública. Suas conseqüências trazem impactos e danos sociais, econômicos e sanitários de grande repercussão para mulheres e crianças¹.

Entre as DST, destaca-se a sífilis. O Ministério da Saúde do Brasil (MS) lançou, em 1993, o projeto de eliminação da sífilis congênita em consonância com a proposta de controle do agravo nas Américas, formulado pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e Organização Mundial de Saúde (OMS). Nesta iniciativa, foi definida como meta, reduzir a incidência a valores menores ou iguais a um caso por 1.000 nascidos vivos. No entanto, no Brasil, foram registrados, em 2005, 5.792 casos de sífilis congênita em menores de um ano, de acordo com dados do MS (BRASIL, 2007), o que representam uma incidência de 1,9 casos para cada 1.000 NV variando apenas a região de residência².

A sífilis é uma doença infecciosa e sistêmica, de abrangência mundial e evolução crônica causada pelo *Treponema pallidum*, sendo o homem o único hospedeiro, transmissor e reservatório. Sua transmissão pode ocorrer de forma sexual ou vertical, e é mais frequente em grandes centros urbanos, afetando igualmente todas as camadas sociais³. Ainda são associados à ocorrência de sífilis, o baixo nível sócio econômico, co-infecção por HIV, o uso de drogas lícitas e ilícitas, gravidez na adolescência, história de natimorto anterior, comportamento sexual, migração para os grandes centros urbanos, acesso limitado aos cuidados de saúde^{3,4,5} e o não tratamento do parceiro infectado^{6,7}.

Informes oficiais da OMS dão conta de que por ano ocorram 12 milhões de novos casos na população adulta em todo mundo, grande parte destes casos em países em desenvolvimento^{8,9}. No Brasil estima-se que a prevalência média de sífilis em parturientes varie entre 14% e 2,8%, com uma taxa de transmissão vertical de 25%^{2,10}.

No Distrito Federal, no período de 2007 a 2008 foram registrados 144 casos de sífilis em gestantes, de acordo com dados do Sistema de Informações de Agravos de Notificação da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SINAN/SES/DF). Acredita-se, contudo, que estes dados sejam subestimados devido à subnotificação, realidade em muitos países^{11,12,13}.

A qualidade da assistência durante a gestação é um importante determinante na redução das taxas de transmissão vertical da sífilis e o controle da doença tem como fundamento a triagem sorológica e o tratamento adequado de gestantes e parceiros¹⁴.

Desta forma, o objetivo deste estudo foi estabelecer o perfil das gestantes com VDRL reagente acompanhadas em maternidades públicas do Distrito Federal (DF).

MATERIAIS E MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, realizado em maternidades públicas de Hospitais Regionais que integram a rede assistencial da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF) em nível secundário de assistência, sendo duas localizadas na cidade de Brasília (Asa Sul e Asa Norte) e três em Regiões Administrativas do DF (Gama, Taguatinga e Ceilândia). Estas maternidades foram escolhidas por apresentarem maior número de casos e coeficiente de detecção em anos anteriores. Estes hospitais foram responsáveis no ano de 2010 por 58,7% dos partos realizados na SES/DF.

A população foi constituída por 70 gestantes VDRL reagente, em qualquer momento da gestação e/ou na ocasião do parto, usuárias destas maternidades e notificadas no SINAN.

Não foram incluídas na amostra as gestantes não-residentes no DF por ser este um critério adotado pela Diretoria de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (DIVEP/SES/DF) para a contagem de número de casos no DF.

A coleta de dados foi realizada em duas etapas, a primeira pela busca ativa das fichas de notificação junto aos Núcleos de Vigilância Epidemiológica dos Hospitais Regionais que fizeram parte deste estudo, e a segunda junto às gestantes/puerperas, durante a internação ou após o parto (em até seis meses) por contato telefônico e/ou visita residencial.

As informações foram coletadas e registradas em instrumento que continha perguntas sobre os dados sócio-demográficos (idade, escolaridade, renda), obstétricos (paridade, número de abortamentos, histórico de pré-natal em gestações anteriores) e epidemiológicos da sífilis da gestante (triagem sorológica, momento do diagnóstico, tratamento) e do seu parceiro (idade, escolaridade, tratamento concomitante). As informações foram complementadas com dados do prontuário materno, fichas de notificação compulsória e Cartão da Gestante (quando disponível).

Todas as gestantes foram convidadas a participar do estudo e após serem esclarecidas sobre os objetivos e metodologia da pesquisa e concordarem em dela participar, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A pesquisa foi aprovada pelo

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal – CEP/SES/DF sob o parecer número 425/2009, de acordo com a Resolução nº 196/96 e suas Complementares.

Para este trabalho foi considerado tratamento materno adequado para sífilis todo tratamento completo de acordo com a fase da doença, realizado com penicilina, finalizado até 30 dias antes do parto e com tratamento concomitante do parceiro, de acordo com as normas do Ministério da Saúde para a prevenção da transmissão vertical da sífilis.

A pesquisa recebeu financiamento da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS) pelo edital de fomento a pesquisa nº 02 de 18 de fevereiro de 2010.

Os dados foram tabulados e analisados no programa IBM SPSS® Statistics, versão 19.0 (2010).

RESULTADOS

Durante o período de coleta de dados, foram identificadas 70 gestantes com VDRL reagente no parto ou durante o pré-natal. Destas, foram excluídas três casos de gestantes, uma por recusa em participar, uma por impossibilidade de contato e uma gestante em situação prisional. Assim, a amostra final para este estudo foi de 67 gestantes/puérperas.

Destas 67 mulheres, três tiveram como desfecho na gestação atual o abortamento, 12 eram gestantes e 52 eram puérperas, destas, duas tiveram natimorto.

A média de idade foi de 28,10 anos, com predomínio da faixa etária entre 26 a 35 anos (44,8%). A Tabela 1 mostra a distribuição da gestantes/puérperas de acordo com as variáveis sócio-demográficas e antecedentes obstétricos.

Em relação à escolaridade, 43 (64,2%) gestantes/puérperas declararam possuir o ensino fundamental completo e 54 (80,6%) possuíam renda familiar de até quatro salários mínimos.

Quando questionadas sobre os antecedentes obstétricos, 54 (80,6%) gestantes/puérperas referiram mais de uma gestação e 46 (68,7%) referiram ter realizado pré-natal nas gestações anteriores.

Em relação à gestação atual, seis (9,0%) gestantes/puérperas não realizaram o pré-natal, 33 (49,3%) realizaram mais de seis consultas e 34 (50,7%) iniciaram o pré-natal ainda no primeiro trimestre. Na Tabela 2 estão descritas as variáveis relacionadas à gestação atual.

Apenas 28 (41,8%) gestantes/puérperas foram adequadamente tratadas e o principal motivo para a inadequação do tratamento foi a falta (83,6%) e/ou inadequação do tratamento do parceiro (88,1%). Ainda, 25 gestantes (37,3%) necessitaram de novo tratamento no momento do parto por falta de documentação e/ou documentação incompleta do tratamento realizado no pré-natal e uma gestante por ter aumento do título do VDRL no período.

Das gestantes/puérperas, 40 (59,7%) foram informadas do diagnóstico de sífilis no pré-natal.

Apenas três RN, entre um total de 50 (6%) apresentaram ao nascimento sinais clínicos de infecção congênita por sífilis.

Tabela 1 - Distribuição das gestantes de acordo com as variáveis sócio-demográficas e antecedentes obstétricos. Brasília, DF, Brasil, 2010.

Variáveis		n	%	% Acumulado
Faixa etária (em anos)	16-25	25	37,3	37,3
	26-35	30	44,8	82,1
	36-45	12	17,9	100
Escolaridade	Nenhuma	1	1,5	1,5
	Ensino fundamental	43	64,2	65,7
	Ensino médio	21	31,3	97,0
	Ensino superior	1	1,5	98,5
	Não Informado	1	1,5	100
Renda familiar (em salários mínimos)	Menos de 1	3	4,5	4,5
	Até 4	54	80,6	62,7
	Mais de 4	10	14,9	100
Mora com o parceiro	Sim	29	43,3	43,3
	Não	38	56,7	100
Número de gestações	1	13	19,4	19,4
	2 ou mais	54	80,6	100
Número de partos	Nenhum	16	23,9	23,9
	1	25	37,3	61,2
	2 ou mais	26	38,8	100
Número de abortamentos	Nenhum	47	70,1	70,1
	1	18	26,9	97,0
	2 ou mais	2	3,0	100
Número de natimortos em gestações anteriores	Nenhum	63	94,0	94,0
	1	3	4,5	98,5
	2 ou mais	1	1,5	100
Realizou pré-natal nas outras gestações	Sim	46	68,7	88,5
	Não	6	9,0	100

Tabela 2 - Distribuição das gestantes de acordo com as variáveis da gestação atual.
Brasília, DF, Brasil, 2010.

Variáveis		n	%	% Acumulado
Uso de métodos contraceptivos	Sim	14	20,9	20,9
	Não	53	79,1	100
Realizou pré-natal	Sim	61	91,0	91,0
	Não	6	9,0	100
Número de consultas	Nenhuma	6	9,0	9,0
	1-5	28	41,8	50,7
	Mais de 6	33	49,3	100
Início do pré-natal (em trimestre, n = 61)	1º	34	50,7	55,7
	2º	20	29,9	88,5
	3º	7	10,4	100
Diagnóstico de sífilis no pré-natal	Sim	52	77,6	77,6
	Não	15	22,4	100
Realizou teste treponêmico	Sim	47	70,1	70,1
	Não	18	26,9	97,0
	Não Informado	2	3,0	100
Tratamento realizado para sífilis	Esquema sífilis primária	25	37,3	37,3
	Esquema sífilis secundária	3	4,5	41,8
	Esquema sífilis terciária	25	37,3	79,1
	Não realizado	11	16,4	95,5
	Não informado	1	1,5	97,0
	Outro esquema	2	3,0	100
Término do tratamento até 30 dias antes do parto	Sim	33	49,3	49,3
	Não	30	44,8	94,0
	Não informado	4	6,0	100
Tratamento recebido	Adequado	28	41,8	41,8
	Não adequado	39	58,2	100
Momento em que foi informada sobre o diagnóstico (n = 65)	Pré-natal	40	59,7	61,5
	Parto	8	11,9	73,8
	Puerpério	3	4,5	78,5
	Tinha conhecimento prévio	14	20,9	100
Tipo de parto (n = 52)	Vaginal	34	50,7	65,4
	Cirúrgico	18	26,9	100
Cartão da gestante devidamente preenchido com informações sobre a sífilis	Sim	33	49,3	49,3
	Não	25	37,3	86,6
	Não possui cartão	9	13,4	100

DISCUSSÃO

Embora a sífilis seja uma doença conhecida há mais de meio século, tenha um agente etiológico bem definido, um tratamento eficaz e de baixo custo é grande a proporção de gestantes infectadas que não são sujeitas às ações profiláticas recomendadas pelo o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento em relação ao controle da transmissão vertical.

Os resultados demonstraram que a sífilis no período gestacional ocorre em mulheres jovens (média de idade de 28 anos), com pouca escolaridade e baixa renda. Sá *et al* (2001)¹⁵ em estudo sobre a prevalência e fatores de risco em gestantes de uma maternidade escola no Rio de Janeiro no período de 1994 a 1999 observou correlação entre o VDRL positivo, a idade e grau de instrução materna. O estudo multicêntrico nacional sobre soroprevalência da sífilis em puérperas realizado no período de 1999 a 2000 com uma amostra de 3.047 mulheres, mostrou que o maior risco para VDRL positivo estava associado, dentre outros fatores à renda familiar, idade materna e escolaridade⁵. Saraceni *et al* (2005)¹⁶ ao descrever a mortalidade perinatal por sífilis no Rio de Janeiro nos anos de 1999 e 2002 encontrou características de mães com sífilis semelhantes às encontradas em outros estudos^{17,18}. Em outros dois estudos, realizados no nordeste brasileiro e em São Paulo, os autores encontraram semelhante faixa etária^{19,20}.

A sífilis em gestantes tem sido relacionada ao baixo nível socioeconômico, embora não seja uma doença restrita às camadas menos favorecidas, estes resultados sinalizam que pouca escolaridade e baixa renda podem ser marcadores importantes de pouco acesso aos serviços de saúde^{21,22,23}. Viana *et al.* (2001)²⁴ em estudo sobre as desigualdades sociais em saúde no Brasil afirmam que existe uma relação inversamente proporcional entre a taxa de pobreza e a cobertura pré-natal.

A oferta de serviços de assistência pré-natal (APN) altera os desfechos das gestações e a sua ausência pode elevar a mortalidade perinatal em até cinco vezes; em países em desenvolvimento pode diminuir a mortalidade materna em até 26%²⁵.

No DF existem 68 centros de saúde, uma unidade mista de saúde e 10 maternidades, o percentual de gestantes que afirmaram não ter realizado pré-natal parece indicar uma falha na cobertura. A OPAS considera como adequada uma oferta de serviços de assistência pré-natal uma frequência a pelo menos seis consultas²⁶. Neste estudo, seis gestantes/puérperas não fizeram nenhuma consulta, 28 tiveram até cinco consultas e pelo menos três mulheres que disseram ter realizado alguma consulta de pré-natal não tinham

comprovação documental como o cartão da gestante o que demonstra uma inadequação na oferta e na qualidade dos serviços de APN.

O impacto de uma oferta adequada de serviços de saúde é tanto mais significativo quando se considera que é a intervenção de mais curto prazo em saúde pública (duração de nove meses), com alta efetividade dos resultados, prevenindo desfechos severos da gestação e diminuindo os gastos com a assistência ao RN. Para tanto precisa ser acessível e ter qualidade.

A qualidade dos serviços, para Donabedian (1988)²⁷ pode ser estimada pela análise da estrutura, do processo e do resultado, sendo o processo a melhor forma de investigar o conteúdo da atenção oferecida no primeiro nível da assistência.

De acordo com Silveira *et al* (2001)²⁸ os estudos que visem avaliar a qualidade dos serviços são escassos e em sua maioria limitam-se a descrever características da atenção médica como o número de consultas e tipo de parto. No Brasil, apenas um estudo (Takeda, 2003) investigou a qualidade desse cuidado empregando indicadores de adequação como o Índice de Kessner, algoritmo baseado no trimestre gestacional em que o cuidado pré-natal se inicia e no número de consultas, ajustado para a idade gestacional, sendo definido por três categorias de utilização: pré-natal adequado, intermediário e inadequado; e a verificação do conteúdo das consultas.

Halpern *et al* (1998)²⁹ em um estudo de coorte realizado em Pelotas/RS, demonstrou que apesar da alta cobertura pré-natal no município, existem desigualdades nos cuidados oferecidos às gestantes, em que as de maior risco gestacional apresentaram maior proporção de pré-natal classificado como inadequado ou intermediário, quando comparadas com as de menor risco, e aquelas que não receberam nenhum atendimento antes do parto eram mais pobres, adolescentes ou com idade acima de 40 anos e tiveram uma incidência de baixo peso ao nascer 2,5 vezes maior do que as do grupo de mães que realizaram cinco ou mais consultas.

À semelhança de outros estudos, a maior parte das gestantes/puérperas relataram acompanhamento pré-natal com início no primeiro trimestre^{14,30,31}. O início precoce da APN não assegurou um desfecho mais favorável, mesmo nas 33(44,9%) gestantes com mais de seis consultas uma vez que 39 mulheres (58,2%) foram consideradas inadequadamente tratadas. Estes dados demonstram que a garantia de um número mínimo de consultas de pré-natal pode não ser suficiente para assegurar uma assistência de qualidade.

A principal causa para a inadequação do tratamento da gestante foi a falta e/ou a inadequação do tratamento do parceiro. Achados semelhantes aos encontrados em outros estudos em diferentes regiões^{17,19,23,32}.

Em relação à sorologia treponêmica, 18 gestantes/puérperas (26,9%) não tiveram a confirmação do diagnóstico pelo FTA-abs ou TPHA, este fato pode ser justificado pela falta de insumo para a realização do exame durante um período da coleta de dados.

A sífilis em gestantes, quando inadequadamente tratada, pode levar a desfechos negativos para o conceito como abortamento, prematuridade e natimortalidade. Neste estudo, três gestantes tiveram como desfecho de suas gestações o aborto, contudo, a ausência dos laudos histopatológicos não sustenta a associação entre o desfecho e a reatividade materna positiva para a sífilis. Outros estudos já relataram casos de abortos espontâneos, no primeiro e segundo trimestre, cujos laudos histopatológicos revelaram a presença do *Treponema pallidum* no tecido fetal e placenta^{33,34}.

Neste trabalho ocorreram dois casos de natimortalidade sendo um associado à hipertensão gestacional e o outro não foi possível determinar se a causa do óbito estava relacionada à sífilis congênita.

Entre as gestantes/puérperas, 14 (20,9%) declararam conhecimento prévio da doença o que pode sinalizar um tratamento inadequado naquela ocasião, reinfecção posterior ou cicatriz sorológica.

A sífilis na gestante é considerada adequadamente tratada, afastando a possibilidade de infecção congênita, quando a mulher é medicada com penicilina nas doses apropriadas para a fase da infecção, o tratamento é finalizando em pelo menos 30 dias antes do parto e o seu parceiro é tratado concomitantemente com o mesmo esquema terapêutico da gestante (BRASIL; 2007). Embora trouxessem informações sobre o tratamento da mulher, os dados que constavam, tanto no cartão da gestante, quando disponível, quanto nas informações do prontuário, não faziam referência sobre o tratamento do parceiro. Esta, quando descrita, constava nas fichas de notificação compulsória da doença.

O não registro de informações importantes como, intercorrências, resultados de exames, tratamentos realizados e fatores de risco em um instrumento especialmente destinado para essa finalidade, como é o cartão da gestante, também demonstra uma deficiência na assistência pré-natal por não utilizar adequadamente um recurso que contempla parte do cuidado pré-natal.

CONCLUSÃO

Em 2006, como forma de fortalecer a gestão compartilhada entre as diversas esferas de governo, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) aprovou o Pacto pela Saúde. Por este instrumento, estados e municípios se comprometem a desenvolver as ações necessárias para o cumprimento de metas, de acordo a realidade local, de maneira que as prioridades estaduais e municipais também possam ser agregadas à agenda nacional.

Em um dos seus eixos, o Pacto pela Vida, aponta para a redução da mortalidade materna e infantil como uma das prioridades básicas e tem como um dos componentes para a execução dessa prioridade, a redução das taxas de transmissão vertical do HIV e da sífilis.

Os resultados obtidos neste estudo reforçam a necessidade de medidas mais efetivas de prevenção e enfatizam os pontos de fragilidade do sistema de saúde em nossa realidade, quanto ao controle da sífilis adquirida e conseqüentemente da sífilis na gestante e congênita.

As características sócio-demográficas da amostra não diferem de outros estudos e reforçam a necessidade da ampliação do acesso aos serviços de saúde a essa população, já socialmente menos favorecida.

A fixação da mulher no serviço de saúde pela captação precoce, oferta de rotina mínima de exames preconizados pelo MS, registros apropriados e garantia de tratamento oportuno e adequado, inclusive de parceiros, são estratégias para a organização do serviço, melhoria da qualidade e seguimento efetivo dos casos.

Os exames necessários e preconizados pelo MS para a triagem sorológica de gestantes são de baixo custo, baixa complexidade operacional e conta com recursos financeiros necessários para o abastecimento da rede de atenção.

A falta destes insumos distancia a SES/DF da meta preconizada pelo MS e descortina um descompasso entre a necessidade de melhoria de seus serviços com a implantação de metas e programas e a falha no abastecimento de insumos necessários e preconizados pelos mesmos.

O estudo também mostrou que a qualidade do pré-natal recebido pela gestante não é suficiente para garantir o controle da sífilis congênita e o atingimento da meta de controle da doença.

REFERÊNCIAS

1. Valderrama, J; Zacarías, F; Mazin, R. Sífilis materna y sífilis congênita em América Latina: um problema grave de solución sencilla. *Rev Panam Salud Publica*. 2004; 16(3): 211-17.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis – manual de bolso. Brasília, 2007. 190 p.
3. Paez, M; Riveros, M I R. Situación epidemiológica de la sífilis materna y congênita en el sub sector público a nível nacional, Paraguay – 2000-2004. *Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis*. 2006; 18(2):117-123.
4. Carvalho, J P P; Belda, W; Jorge, J C. Sífilis em gestantes atendidas na Agência Central do INAMPS de Florianópolis, Santa Catarina. *Anais Brasileiro de Dermatologia*. 1983; 58(2): 67-70.
5. Rodrigues, C S; Guimarães, M D C. Grupo Nacional de Estudo sobre Sífilis Congênita. Positividade para sífilis em puérparas: ainda um desafio para o Brasil. *Revista Panamericana del Salud Pública*. 2004; 16(3): 168-75.
6. Green, T; Talbot, M D; Morton, R S. The control of syphilis, a contemporary problem: a historical perspective. *Sex Transm Inf*. 2001; 77: 214-17.
7. Fernandes, R C S C; Fernandes, P G C C; Nakata, TY. Análise dos casos de sífilis congênita na maternidade do hospital da sociedade portuguesa de beneficência de Campos, RJ. *Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis*. 2007; 19(3-4):157-161.
8. World Health Organization. Global prevalence and incidence of selected curable sexually transmitted diseases: overview and estimates. Geneva: WHO; 2001 (WHO/CDS/CRS/EDC/2001.10). Disponível em http://www.who.int/hiv/pub/sti/who_hiv_aids_2001.02.pdf. Acesso em 08 de Junho de 2011.
9. Galban, E; Benzaken, A S. Situacion de la sífilis en 20 países de Latino América y El Caribe: año 2006. *Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis*. 2007; 9(3-4):166-172.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Diretrizes para o controle da sífilis congênita. Brasília, 2005. 52 p.
11. Araújo, E C et al. Importância do pré-natal na prevenção da sífilis congênita. *Revista Paranaense de Medicina*. 2006; 20(1).

12. Milanez, H; Amaral, E. Por que ainda não conseguimos controlar o problema da sífilis em gestantes e recém-nascidos? *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 2008; 30(7):325-7.
13. Araújo, MAL. *et al.* Análise da qualidade dos registros nos prontuários de gestantes com exame de VDRL reagente. *Revista Atenção Primária de Saúde*. 2008; 11(11):4-9.
14. Campos, ALA; Araújo, MAL; Melo, SP; Gonçalves, MLC. Epidemiologia da sífilis gestacional em Fortaleza, Brasil: um agravamento sem controle. *Cadernos de Saúde Pública*. 2010; 26(9): 1747-1756.
15. Sá, RAM *et al.* Sífilis e Gravidez: avaliação da prevalência e fatores de risco nas gestantes atendidas na Maternidade de Escola – UFRJ. *Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis*. 2001; 13(4): 6-8.
16. Saraceni, V *et al.* Mortalidade perinatal por sífilis congênita: indicador da qualidade da atenção à mulher e à criança. *Cadernos de Saúde Pública*. 2005; 21(9):1244-1250.
17. De Loranzi, D R S; Madi, J M. Sífilis congênita como indicador da assistência pré-natal. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet*. 2001; 23(10): 647-652.
18. Lago, E G; Rodrigues, L C; Fiori, R M; Stein, AT. Congenital syphilis: identification of two distinct profiles maternal characteristics associated with risk. *Sexually Transmitted Diseases*. 2004; 31(1):33-37.
19. Donalísio, M R; Freire, J B; Mendes, E T. Investigação da sífilis congênita na microrregião de Sumaré, Estado de São Paulo, Brasil – desvelando a fragilidade do cuidado à mulher gestante e ao recém-nascido. *Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2007; 16(3):165-173, jul/set.
20. Inagaki, A D M *et al.* Soroprevalência de anticorpos para toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus, sífilis e HIV em gestantes sergipanas. *Revista da Sociedade de Medicina Tropical*. 2009; 42(5): 532-536, set/out.
21. Hildebrand, V L P C. Sífilis congênita: fatores associados ao tratamento das gestantes e seus parceiros [dissertação]. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/Fio Cruz. Rio de Janeiro, 2010.
22. Rodrigues C S. Sífilis na gestação e puerpério: oportunidades estratégicas para a sua prevenção e controle no Brasil, 2000. [Tese]. Faculdade de Medicina da UFMG, 2005.

23. Figueiró-Filho, E A et al. Sífilis congênita como fator de assistência pré-natal no município de Campo Grande – MS. *Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis*. 2007;19(3-4):139-143.
24. Vianna, S M; Nunes, A; Santos, J R; Barata, R B. *Medindo as desigualdades sociais em saúde no Brasil: uma proposta de monitoramento*. Brasília (DF): OPAS, 2001.
25. Lima, B G C. Abordagem da sífilis como indicador de qualidade da assistência pré-natal em Salvador. *Revista Baiana de Saúde Pública*. 2004; 28(1):9-18.
26. REDE Interagencial de Informações para a Saúde. *Indicadores básicos de saúde no Brasil: conceitos e aplicações/Rede Interagencial de Informações para a Saúde – RIPSAs – Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde*. 2002, 299p.
27. Donabedian, A. 1988. The quality of care: How can it be assessed? [online] *JAMA*, 260(12):1743-1748.
28. Silveira, D S; Santos, I S; Costa, J S D. Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo. *Cadernos de Saúde Pública*. 2001; 17(1):131-139.
29. Halpern, R; Barros, F C; Victora, C G; Tomas, E. Atenção pré-natal em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 1993. *Cadernos de Saúde Pública*. 1998; 14(3):487-492.
30. Kilsztajn, S; Rossbach, A; Carmo, M S N; Sugahara, G T L. Assistência pré-natal, baixo peso, e prematuridade no Estado de São Paulo, 2000. *Revista de Saúde Pública*. 2003; 37(3):303-10.
31. Lima, B G C et al. Avaliação da qualidade do rastreamento de HIV/AIDS e sífilis na assistência pré-natal. *Revista Epidemiologia e Serviços de saúde*. 2008; 17(2):123-153.
32. Trevisan, M R; De Loranzi, D R S; Araújo, N; Ésber, K. Perfil da assistência pré-natal entre usuárias do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul. 2002, 24(5): 293-299.
33. Vieira, A A. Contribuição ao estudo epidemiológico de sífilis congênita no município de Carapicuíba-SP: ainda uma realidade em 2001. *Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis*. 2005; 17(1):10-17.
34. Temmerman M, et al. The role of maternal syphilis, gonorrhoea and HIV-1 infections in spontaneous abortion. *Sexually Transmitted Infections* [online]. 1992; 3:418-22.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho abordou aspectos relacionados à sífilis na gestação e o seu impacto no desfecho das gestações de mulheres inadequadamente tratadas. O primeiro artigo analisou as publicações científicas em relação aos aspectos históricos, clínico-epidemiológicos, tratamento e impacto na saúde da mulher grávida e seu conceito. O segundo artigo analisou as características sócio-demográficas e obstétricas de gestantes com VDRL reagentes atendidas em alguns serviços de saúde do DF.

A sífilis na gestação ainda é observada em parcela significativa de mulheres, o que favorece diretamente a ocorrência de sífilis congênita, Estas informações sugerem uma baixa qualidade da assistência pré-natal e a pouca importância que os profissionais de saúde e gestores têm dado ao diagnóstico e ao tratamento da sífilis.

Como evento sentinela, significa que sua presença e falta de controle indicam falhas no programa de Doenças Sexualmente Transmissíveis - DST (controle de sífilis adquirida) e no acompanhamento pré-natal (aumento do número de casos de SC).

A sífilis congênita constitui o mais grave desfecho adverso prevenível da gestação segundo a OMS e responde por aproximadamente 50% de recém-nascidos com sequelas físicas, sensoriais ou de desenvolvimento, quando não resulta em perda fetal e perinatal. E mesmo após tratadas, as mulheres que tiveram sífilis durante a gestação apresentam um risco maior para estes resultados adversos, quando comparadas com mulheres sem história de infecção.

A possibilidade de erradicação da sífilis congênita encontra-se no diagnóstico precoce e tratamento adequado da sífilis gestacional, que embora seja de fácil diagnóstico e tratamento de baixo custo e eficaz, ainda se mantém como um grave problema de saúde pública, principalmente em países em desenvolvimento como o Brasil.

ANEXOS

ANEXO 1 – FATORES ASSOCIADOS À SÍFILIS NA GESTAÇÃO EM UMA AMOSTRA DE GESTANTES DO DISTRITO FEDERAL.

Dados da gestante

1- Identificação: _____

2- Idade: _____

3- Escolaridade:

- 1.() Nenhuma 2.() Ensino Fundamental 3.() Ensino Médio
4.() Ensino Superior 5.() Não Informado

4- Exerce alguma atividade remunerada?

- 1.() Sim 2.() Não

5- Renda Familiar:

- 1.() Menos de 1SM 2.() De 1 a 2 SM
3.() De 3 a 4 SM 4.() Mais de 4SM

6- Estado Civil:

- 1.() Casada 2.() Solteira 3.() Divorciada
4.() Separada 5.() Viúva 6.() União Estável

7- Número de parceiros sexuais _____

Dados da gestação atual

8- Fazia uso de algum método contraceptivo:

- 1.() Sim 2.() Não 3.() Não Informado

9- Realizou pré-natal:

- 1.() Sim 2.() Não 3.() Não Informado

10- Número de consultas: _____

11- Início do pré-natal:

- 1.() 1º trimestre 2.() 2º trimestre 3.() 3º trimestre

12- Diagnóstico de sífilis no pré-natal:

- 1.() Sim 2.() Não 3.() Não Informado

13 – Realizou Teste Treponêmico:

- 1.() Sim 2.() Não 3.() Não Informado

14- Tratamento prescrito:

- 1.() Penicilina G benzatina 2.400.000UI
- 2.() Penicilina G benzatina 4.800.000UI
- 3.() Penicilina G benzatina 7.200.000UI
- 4.() Não Realizado
- 5.() Não Informado
- 6.() Outro Esquema.

15 – Término do tratamento 30 dias antes do parto:

- 1.() Sim
- 2.() Não
- 3.() Não Informado

16- Tratamento recebido para sífilis:

- 1.() Adequado
- 2.() Não-adequado
- 3.() Não Informado

17- Momento em que foi informada sobre o diagnóstico da sífilis:

- 1.() No momento da consulta pré –natal
- 2.() No momento do parto
- 3.() No puerpério
- 4.() Tinha conhecimento prévio
- 5.() Não foi informada
- 6.() Não informado

18- Tipo de parto:

- 1.() Vaginal
- 2.() Cirúrgico

19- Cartão da gestante devidamente preenchido com as informações sobre a sífilis:

- 1.() Sim
- 2.() Não
- 3.() Gestante não possui o cartão
- 4.() Não Informado

Antecedentes obstétricos

20- Número de gestações: _____

21- Número de partos: _____

22- Número de abortamentos: _____

23- Número de natimortos: _____

24- Realizou pré-natal nas gestações anteriores:

- 1.() Sim
- 2.() Não
- 3.() Não Informado

Dados referentes ao parceiro

25- Idade:_____

26- Exerce atividade remunerada:

1.() Sim 2.() Não 3.() Não Informado

27- Escolaridade:

1.() Nenhuma 2.() Ensino Fundamental
3.() Ensino Médio 4.() Ensino Superior 5.() Não Informado

28- O parceiro teve diagnóstico de sífilis:

1.() Sim 2.() Não 3.() Não Informado

29- Recebeu tratamento:

1.() Sim 2.() Não 3.() Não Informado

30- Tratamento recebido para sífilis:

1.() Adequado 2.() Não-adequado 3.() Não Informado

Dados do RN**Identificação:**

Sexo: () Masculino () Feminino

Data de Nascimento:___/___/___

Idade Gestacional ao Nascer:_____semanas

Peso ao Nascer:_____gramas

Dados clínicos e laboratoriais da criança ao nascer**Sinais clínicos de sífilis congênita:**

() Sim () Não () Ignorado

Se sim, quais?() Erupções bolhosas
() Lesões mucocutâneas (rash maculopapular no tronco, palmas e plantas)
() Condilomas planos anogenitais () Fissurasperiorificiais
() Rinites sanguinolentas () Lesões palmo plantares
() Sepses () Icterícia
() Hemorragia () Anemia
() Hepatoesplenomegalia () Hidropsia fetal
() Linfadenomegalia () Osteocondrite ou periostite

ANEXO 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidada para participar como voluntária da pesquisa “Fatores associados à sífilis na gestação em uma amostra de gestantes do Distrito Federal”, que tem por objetivo conhecer o perfil sócio-demográfico das gestantes com VDRL reagente usuárias das maternidades públicas do Distrito Federal. Após ser esclarecida sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Você será entrevistada e responderá perguntas sobre gestações anteriores, número de partos e de abortos, tratamento realizado para a sífilis, realização de pré-natal, entre outras. Para algumas questões serão utilizados o Cartão da Gestante e o prontuário médico. Esclareço que você não sofrerá nenhum tipo de exposição desnecessária ou procedimento que cause dor ou desconforto. Todas as informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e o sigilo de sua identidade será assegurado. Em caso de recusa você não será penalizada de forma alguma e a qualquer momento você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Em caso de dúvida sobre seus direitos você pode procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal – SES-DF, sito ao SMHN quadra 03, conjunto A, Bloco 1, Edifício Fepecs. CEP 70.710-907. Brasília/DF. Telefone: (61) 3325-4955.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Título do Projeto: **“Fatores associados à sífilis na gestação em uma amostra de gestantes do Distrito Federal.”**

Pesquisador responsável: Daniela Mendes dos Santos Magalhães

Telefone para contato: (61)8132 - 8707.

Eu, _____, RG _____, CPF _____, abaixo assinado, concordo em participar do referido estudo como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido pelo pesquisador sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Local e data: _____

Assinatura: _____

