

MARIA DE FÁTIMA CORREIA DE MIRANDA HENRIQUES

VULNERABILIDADE
PARA SÍFILIS CONGÊNITA:
ESTUDO DESCRITIVO EM MATERNIDADES
COM PROJETO NASCER EM PERNAMBUCO.

IMIP - 2008

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

INSTITUTO MATERNO INFANTIL PROF. FERNANDO FIGUEIRA – IMIP
PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE MATERNO INFANTIL

MARIA DE FÁTIMA CORREIA DE MIRANDA HENRIQUES

VULNERABILIDADE
PARA SÍFILIS CONGÊNITA:
ESTUDO DESCRITIVO EM MATERNIDADES
COM PROJETO NASCER EM PERNAMBUCO.

Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-Graduação do Instituto Materno Infantil Professor Fernando Figueira, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Saúde Materno-Infantil.

Área: Avaliação de Programas e Serviços de Saúde

Orientadora: Isabella Chagas Samico

Co-orientador: Paulo Germano de Frias

Co-orientadora: Maria Goretti de Godoy Sousa

Recife – 2008

Ficha catalográfica

Preparada pela Biblioteca do Instituto Materno Infantil Prof^o Fernando Figueira - IMIP.

Henriques, Maria de Fátima Correia de Miranda

Vulnerabilidade para Sífilis congênita: estudo descritivo em maternidades com projeto nascer em Pernambuco / Maria de Fátima Correia de Miranda Henriques. -- Recife: O autor, 2008.

102 f. : il.

Dissertação (mestrado) -- Colegiado do Curso de Mestrado em Saúde Materno Infantil do Instituto Materno Infantil Prof^o Fernando Figueira, IMIP.

Área de concentração: Avaliação de programas e serviços de saúde.

Orientadora: Isabella Chagas Samico

Co-orientador: Paulo Germano de Frias

Co-orientadora: Maria Goretti de Godoy Sousa

1. Sífilis congênita. 2. Vulnerabilidade. 3. Cuidado pré-natal. 4. Avaliação de serviços de saúde. I. Samico, Isabella Chagas, orientadora II. Frias, Paulo Germano de, co-orientadora. III. Sousa, Maria Goretti de Godoy, co-orientador. IV. Título. NLM WC 161

O conhecimento é importante porque favorece nossa autonomia,
que é o intermediário psicológico para a felicidade.

Se um navegante conhece a proximidade de um temporal,
pode mudar de rumo, desviar-se dele, refugiar-se no porto.

A ignorância ameaça nossa autonomia porque nos põe em perigo.

O erro não é liberdade, é vulnerabilidade.

José Antônio Marina

DEDICATÓRIA

Aos filhos Alexandre e Juliana, minhas obras primas e fontes de inspiração.

A Joaquín, quem me faz sonhar.

A meus pais (*in memorium*), com quem compartilho mais esta vitória.

Aos irmãos Múcio, Tereza, Ricardo e Selma, em especial a Cristina.

Aos sobrinhos e sobrinhos-netos, que trazem renovação e alegria à família.

A Rosele, mais que amiga, irmã que tive o privilégio de escolher

Às queridas “irmãs cajazeiras”, Ana Rosa, Márcia e Marília.

AGRADECIMENTOS

Ao IMIP e aos professores, com quem compartilho este trabalho.

Aos profissionais de apoio ao mestrado, em especial a Toinho.

Aos colegas do mestrado pela convivência, incentivo e cumplicidade.

Agradeço a Isabella Samico, pela competência em coordenar o grupo como um maestro rege a orquestra, facilitando a harmonia e aproveitando os melhores talentos de cada um de nós, orientadores e orientanda. Foi uma grande lição tê-la como orientadora, Isabella.

Agradeço a Paulo Frias, por ter sido de tudo: forte quando precisava; suave e encorajador quando eu estava a ponto de desistir; cuidadoso com os detalhes e antes de tudo, um profissional inteiro e pronto. Agradeço por tudo Paulo, hoje sei que tem o perfil ideal para conduzir pessoas em busca de conhecimentos.

Agradeço a Goretti Godoy, pelo estímulo na definição do tema, pela atitude exemplar de desapego aos “bancos institucionais” e pela tenacidade nas madrugadas, revendo detalhes infindáveis. Foi um privilégio compartilhar com você meses de aprendizado, Goretti. Aprendi algo mais do que usar o método científico.

Ao Professor Natal pela ajuda solícita durante a análise.

A François Figueiroa, por me favorecer abordar um tema tão relevante.

A Zuleide Wanderley e Zailde Santos, pelo apoio ao meu momento de crescimento.

Aos colegas da Secretaria de Saúde de Pernambuco e da Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba, pelas lições aprendidas juntos e desafios compartilhados.

A Emília Perez, pelo incentivo constante. É um privilégio poder trabalhar com você Emília, como o foi para muitas gerações.

A Fatinha e Isabel, companheiras “de primário”, e de jornada na vida e profissão.

Um agradecimento especial a Carminha, fortaleza nas horas difíceis, suave e amiga.

Aos amigos Lúcia, Maria, Meri, Cleane, Martinha, Cristiano, Vaneide, Raquel,

Aparecida e Hermano, pela compreensão durante os meses de ausência do convívio e incentivos permanentes.

A Siva, pelo carinho, caldinhos de feijão e todos os lanchinhos, sem os quais não teria sobrevivido às longas horas de computador.

A Linda Maria, pela companhia silenciosa.

SUMÁRIO

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS	I
LISTA DE FIGURAS E QUADROS	II
LISTA DE TABELAS	III
RESUMO	IV
ABSTRACT	V
1 INTRODUÇÃO	01
1.1 Infecção, Diagnóstico e Manejo Clínico-Epidemiológico	01
1.2 Cenário	03
1.3 Estratégias de Intervenção	06
1.4 Modelo Teórico	11
1.4.1 Relacionado à vulnerabilidade individual	12
1.4.2 Relacionado à vulnerabilidade programática	13
1.4.3 Relacionado à vulnerabilidade social	14
2 JUSTIFICATIVA	16
3 OBJETIVOS	18
3.1 Objetivo Geral	18
3.2 Objetivos Específicos	18
4 MÉTODOS	19
4.1 Desenho do Estudo	19
4.2 Área do Estudo	20
4.3 População do Estudo	21
4.4 Definição e Operacionalização das Variáveis	21
4.5 Processamento e Análise dos Dados	26
4.6 Aspectos Éticos	28
5 RESULTADOS	29
6 DISCUSSÃO	48

7 CONCLUSÃO	69
8 RECOMENDAÇÕES	72
9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	74
10 ANEXOS	82

SIGLAS E ABREVIATURAS

I

SC	Sífilis Congênita
RN	Recém-nascido
IgG	Imunoglobulina
MS	Ministério da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
NV	Nascidos Vivos
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
PHPN	Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento
VDRL	Veneral Diseases Research Laboratory
TPHA	Treponema pallidum Hemagglutination
RN	Recém nascido
HSH	Homens que fazem sexo com homens
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
EUA	Estados Unidos das Américas
PNESC	Projeto de Eliminação da Sífilis Congênita
OPS	Organização Panamericana de Saúde
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
SINAN	Sistema de Informações de Agravos de Notificação
PIB	Produto Interno Bruto

WHO	World Health Organization
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
OMS	Organização Mundial de Saúde

LISTA DE FIGURAS E QUADROS

Figura 1	Modelo teórico da Sífilis Congênita.	15
Figura 2	Atividades relacionadas ao pré-natal e às opções de intervenção para prevenir a perda de detecção e tratamento em gestantes com sífilis.	35
Figura 3	Opções de intervenção relacionadas a fatores de vulnerabilidade programática e barreiras de controle na sífilis congênita.	47
Quadro 1	Definição, categorização, tipo e fontes das variáveis do estudo, segundo características de vulnerabilidade individual.	22
Quadro 2	Definição, categorização, tipo e fontes das variáveis do estudo, segundo características de vulnerabilidade programática no pré-natal.	23
Quadro 3	Definição, categorização, tipo e fontes das variáveis do estudo, segundo características de vulnerabilidade programática no manejo hospitalar.	24
Quadro 4	Indicadores de vulnerabilidade social identificados para municípios selecionados, segundo características sócio-econômicas, de saúde e de nascimento.	25
Quadro 5	Características das condições de testagem e tratamento durante o pré-natal e parto, em gestantes soropositivas para sífilis, assistidas em maternidade do Projeto Nascer, Pernambuco, 2005.	44

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Características de vulnerabilidade individual, segundo aspectos sócio-econômicos e biológicos, em gestantes assistidas nas maternidades do Projeto Nascerc, Pernambuco, 2005.	29
Tabela 2	Características de vulnerabilidade individual, segundo aspectos reprodutivos, de conhecimentos sobre a sífilis, hábitos e comportamentos, em gestantes assistidas nas maternidades do Projeto Nascerc, Pernambuco, 2005.	31
Tabela 3	Características de vulnerabilidade programática durante o pré-natal, em gestantes assistidas em maternidades do Projeto Nascerc, Pernambuco, 2005.	34
Tabela 4	Perfil dos municípios selecionados, Pernambuco e Brasil, segundo indicadores sócio-econômicos, 2000-2006.	37
Tabela 5	Perfil dos municípios, Pernambuco e Brasil segundo alguns indicadores de nascimento/escolaridade e incidência de SC/1000 < 1 ano e proporção de casos informados ao SINAN.	39
Tabela 6	Características de vulnerabilidade individual, segundo aspectos sócio-econômicos e biológicos, em gestantes soropositivas para sífilis, assistidas nas maternidades do Projeto Nascerc, Pernambuco, 2005.	40
Tabela 7	Características de vulnerabilidade individual relacionadas a aspectos reprodutivos, de conhecimentos sobre a sífilis, hábitos e comportamentos, em gestantes soropositivas para sífilis, assistidas em maternidade do Projeto Nascerc, Pernambuco, 2005.	41

Tabela 8	Características de vulnerabilidade programática, relacionadas ao pré-natal em gestantes soropositivas para sífilis, assistidas em maternidade do Projeto Nascir, Pernambuco, 2005.	43
Tabela 9	Características de vulnerabilidade programática relacionadas ao manejo clínico em gestantes e recém-nascidos soropositivos para sífilis e procedimentos de vigilância, em mulheres assistidas em maternidade do Projeto Nascir, Pernambuco, 2005.	46

RESUMO

Introdução. A sífilis congênita (SC) permanece como um problema de saúde pública mundial nesse início de milênio. As ferramentas para a redução da carga da doença são conhecidas, simples e custo-efetivas. Entretanto, a doença continua com elevada prevalência e insuficiente priorização. **Objetivo.** Analisar aspectos da vulnerabilidade para a SC, em mulheres assistidas em maternidades com o Projeto Nascir, em Pernambuco. **Métodos.** Estudo descritivo, utilizando banco de dados secundários originado da Pesquisa “Avaliação do Projeto Nascir Maternidades em Pernambuco”, realizada entre mulheres assistidas no ano de 2005. A amostra envolveu 478 mulheres que foram entrevistadas e os respectivos prontuários analisados. Foram selecionados dados relativos à vulnerabilidade individual (*status* sócio-econômico, características de cognição e de comportamento das mulheres), programática (indicadores da assistência pré-natal e de manejo dos casos de SC) e social (indicadores sócio-econômicos e de saúde dos municípios de residência dos casos de sífilis). A análise descritiva dos achados foi confrontada com o modelo teórico para o adequado controle da SC. Avaliou-se a atenção pré-natal para o conjunto da amostra e o manejo clínico hospitalar e as ações de prevenção e controle preconizadas, para os casos de sífilis identificados na amostra. **Resultados.** O estudo identificou 3,5% de gestantes soropositivas para sífilis ao parto, achado sugestivo de transmissão comunitária e elevada ocorrência de infecção pelo *T pallidum* entre mulheres em idade fértil, nas áreas do estudo. Os principais aspectos de vulnerabilidade individual identificados: baixos níveis de escolaridade e de renda, insuficientes conhecimentos sobre as formas de transmissão da doença e práticas sexuais desprotegidas. Aspectos de vulnerabilidade programática, constatados quanto à atenção pré-natal: acesso tardio ao pré-natal, insuficiente testagem, tratamento de gestantes soropositivas e de parceiros. A testagem ao parto mostrou-se efetiva na identificação de casos de sífilis materna não diagnosticados no pré-natal. Verificaram-se casos identificados de SC e não notificados. Identificaram-se diferentes

aspectos de vulnerabilidade social entre os municípios de residência das gestantes. **Conclusões.** O resultado da análise conjunta dos aspectos de vulnerabilidade encontrados permitem sugerir que a assistência pré-natal prestada nos municípios do estudo, está relacionada ao perfil das gestantes assistidas e parece ser insuficiente para impedir o desfecho de interesse, a redução da incidência da sífilis congênita. Os resultados sugerem ainda, a necessidade de estudos avaliativos do pré-natal nessas áreas e a identificação de novas abordagens que contemplem a superação das barreiras identificadas, utilizando o controle integrado da sífilis com o HIV/AIDS e que sejam adequadas ao perfil de exclusão social identificado para as usuárias.

Palavras-chave: Sífilis congênita, vulnerabilidade, cuidado pré-natal, avaliação de serviços de saúde.

V

ABSTRACT

Introduction. Congenital syphilis (CS) persists as a world public health problem at the beginning of this millennium. The tools for reducing the impact of the disease are known, simple and cost-effective. However, the disease remains with high incidence and insufficient prioritization. **Objective.** To analyze aspects of vulnerability to the CS in women treated at the maternity wards with the Projeto Nascer in the state of Pernambuco, Brazil. **Methods.** This descriptive study uses the secondary databank created by the research entitled “Avaliação do Projeto Nascer Maternidades em Pernambuco”, conducted in women in 2005. The sample included 478 women that were interviewed and whose medical registers were analyzed. Data related to the individual vulnerability were selected (indicators of socioeconomic status, knowledge and behavior characteristics), program vulnerability (indicators of prenatal health care and case management of CS) and social vulnerability (socioeconomic and health indicators of the municipalities of the CS cases). The descriptive analysis of findings was compared to the theoretical model for adequate control of CS. The study evaluated the prenatal care for the sample group, the case management inside the hospital, the procedures for the prevention and early control for the cases of syphilis found in the sample. **Results.** The study identified 3.5% of pregnant seropositive women for syphilis upon giving labor which is suggestive of community transmission and high occurrence of infection by the *T pallidum* among women in fertile age in the areas of the study. The main aspects of individual vulnerability identified were: low literacy and economic levels, insufficient knowledge about the transmission of the disease and unprotected sex. Aspects of program vulnerability related to the prenatal care: late access to the prenatal care, insufficient testing, and treatment of pregnant seropositives women and of their partners. The testing during delivery proved

effective in the identification of cases of maternal syphilis nondiagnosed in the prenatal care. Identified and non-notified cases of CS were found. It also identified different aspects of social vulnerability among the areas where the pregnant women reside. **Conclusions.** Results of the combined analysis of vulnerability aspects suggest that the prenatal care given in the municipalities of the study are related to the profile of the pregnant women assisted and seems to be insufficient to prevent the final outcome, that is, the reduction in the incidence rate of congenital syphilis. Besides, the results suggest the need of evaluative studies of prenatal in these areas and the identification of new approaches that focus on overcoming of the barriers found using the integrated control of syphilis with the HIV/AIDS and adequate to the profile of social exclusion found for the users.

Key-words: congenital syphilis, vulnerability, prenatal care, evaluation of programs and health services.

1 INTRODUÇÃO

1.1 Infecção, Diagnóstico e Manejo Clínico-Epidemiológico

A sífilis congênita (SC) é transmitida por via transplacentária, da gestante infectada pelo *T Pallidum* e não tratada, para o recém-nascido, podendo ocorrer em qualquer fase da gravidez. A taxa de transmissão vertical da sífilis em mulheres não tratadas é de 50 a 85 %, nas fases primária e secundária da doença, reduzindo-se para 30 % nas fases latente e terciária.^{1,2}

Mais de 50% das crianças infectadas são assintomáticas ao nascimento, ocorrendo o surgimento dos primeiros sintomas geralmente aos 3 meses de vida. Ocorrem aborto espontâneo e recém-nascidos de baixo peso ou com infecções, em aproximadamente 40 %

das crianças infectadas, a partir de mães não tratadas, os quais estão associados ao risco aumentado de morte perinatal.^{1,2}

O rastreamento sorológico durante o pré-natal ou parto, se constitui na única forma de diagnóstico das formas primária e latente da doença, favorecendo a redução das altas taxas de letalidade, hospitalização e sequelas, em recém-nascidos (RN). O diagnóstico da SC é realizado com o VDRL, em amostra de sangue periférico dos RN, cujas mães apresentaram resultado reagente na gestação ou parto ou em caso de suspeita clínica de sífilis congênita, sendo recomendado o tratamento e notificação imediata desses casos.^{1,2}

O significado de testes positivos - treponêmicos ou não - no soro de recém nascidos é limitado em razão da transferência passiva de anticorpos IgG maternos, que tendem a declinar ao final de alguns meses. Na ocorrência de sífilis congênita, ao contrário, os títulos se mantêm ou ascendem, caracterizando uma infecção ativa. Por outro lado, a negatividade sorológica do recém-nascido não exclui a infecção, quando transmitida por parturiente ainda na fase de janela imunológica da sífilis da mãe.^{1,2}

O Ministério da Saúde (MS) recomenda para gestantes, um teste VDRL no primeiro trimestre da gravidez ou na primeira consulta, um segundo no início do terceiro trimestre da gravidez (28ª. semana) e um terceiro no momento da admissão ao parto. Na ausência de teste confirmatório (sorologia treponêmica), considerar para o diagnóstico, as gestantes com VDRL reagente com qualquer titulação, desde que não tratadas anteriormente ou tratadas incorretamente.²

Os testes rápidos para sífilis são exames práticos e de fácil execução, podendo ser utilizado em sangue de punção venosa ou digital. A obtenção do resultado ocorre em 10 a 15 minutos, sem uso de equipamentos e apresentam resultados com elevada sensibilidade e

especificidade. Sua utilização e critérios de exclusão seguem recomendações definidas pelo MS.²

O tratamento da sífilis em adultos, é simples e de baixo custo³. Considera-se tratamento adequado, quando feito com a penicilina G Benzatina e a dosagem total e quantidade de aplicação dependem do estadiamento da infecção. O tratamento adequado da sífilis, durante a gravidez, inclui o tratamento do parceiro.^{1,2}

A Sífilis Congênita é uma doença de notificação compulsória, para fins de vigilância epidemiológica, desde 1986 e medidas de controle devem ser desencadeadas diante das seguintes situações: crianças nascidas de mãe com sífilis (evidência clínica e/ou laboratorial), diagnosticada durante a gestação, parto ou puerpério; indivíduos com menos de 13 anos com suspeita clínica e/ou epidemiológica de sífilis congênita⁶. Houve no Brasil, três revisões da definição de casos de SC, a última delas em 2004, que recomenda a notificação de todos os casos de SC que se enquadrem na definição proposta.^{4,5}

1.2 Cenário

A sífilis é uma doença com mais de 500 anos de existência e sua origem é controversa entre os autores⁶. Conta com tratamento eficaz desde 1943, quando a penicilina foi utilizada pela primeira vez para o tratamento da enfermidade e esperava-se que a partir do século XX, deixaria de se constituir um problema de saúde para a humanidade.^{7,8}

Entretanto, a SC permanece como um dos mais relevantes problemas de saúde pública da atualidade⁴. Tem-se as ferramentas para prevenir a SC há décadas, e elas são efetivas, baratas, simples e custo-efetivas³. Continuam, entretanto, a ocorrer casos de sífilis

congênita, como um símbolo da falha dos sistemas de atenção pré-natal e do controle das doenças sexualmente transmissíveis.⁹

A sífilis durante a gravidez, também continua a ser um problema em muitos países desenvolvidos¹⁰ e estima-se que 2 milhões de mulheres grávidas sejam afetadas anualmente, em todo o mundo. O rastreamento sorológico em mulheres grávidas, é a intervenção recomendada para reduzir a carga da doença em ambos, gestantes e recém nascidos¹¹. Apesar de aparentemente simples, a inabilidade para controlar a sífilis materna e congênita é uma realidade em muitas regiões e deve-se, principalmente, ao baixo reconhecimento internacional e nacional da magnitude da sífilis³, o que resulta em programas de rastreamento insuficientes, na maioria dos países.

Em parte, isso se deve à dificuldade para se estimar com precisão a soroprevalência de sífilis entre gestantes, evidenciada pela grande disparidade de valores entre os países. Recente revisão de estudos, realizada pela Organização Mundial de Saúde sobre a eliminação mundial da SC¹¹, destaca a disparidade de valores encontrados para a soroprevalência de sífilis entre gestantes, no período de 1997 a 2003, variando de 0,03% na Escócia a 13,00% na Etiópia, e dentre eles vale ressaltar Moçambique (12,00%), África do Sul (8,40%), Nova Guiné (7,10%), Uganda (6,49%), Haiti (5,75%), Nigéria (2,35%), Brasil (2,15%), Argentina (1,60%), Finlândia (1,50%) e China (0,44%). A variedade de testes disponíveis para o diagnóstico da sífilis limita a interpretação dos dados.¹²

A freqüência da sífilis está aumentando em países como Inglaterra, França, Estados Unidos e Alemanha, principalmente entre homens que fazem sexo com homens (HSH), o que torna a erradicação da sífilis congênita e o combate ao HIV/Aids, estabelecidas pela ONU como metas do milênio até 2015, ainda mais remotos.^{13,14,15,16,17}

Igualmente na América Latina e Caribe, a sífilis segue tendo um impacto negativo, e são amplamente descritos os fatores que contribuem para a persistência da enfermidade na região¹⁸, dentre eles o surgimento da epidemia de Aids, que está pondo à prova a capacidade de resposta institucional dos governos da região e minimizado o enfoque nas DST, em muitos países. A soroprevalência de sífilis em gestantes na América Latina tem sido estimada em 3,9 %, maior que na África (1,9 %), Europa (1,5%), Ásia (1,4%) e Mediterrâneo (1,1%).¹⁹

Estima-se que nas regiões das Américas e Caribe, a cada ano mais de 100.000 crianças nasçam com SC, variando a incidência de 1,4/1000 NV em El Salvador, a 12,0 / 1000 NV em Honduras, em 2002.²⁰

Nos EUA observa-se uma tendência de aumento da doença, onde, após um declínio de 13 anos, a taxa de sífilis primária e secundária aumentou em 2004, comparada com 2003. Evidenciou-se um aumento das taxas da doença de 2,1 para 2,7/100 000 habitantes, no período de 2000 a 2004. Mais de 32.000 casos foram notificados em 2002, o que representa um aumento de 12,4% em relação a 2001^{21,22,23}. Estudo alerta para a possibilidade futura dessa tendência de aumento, também, nos países da América Latina e Caribe.¹⁸

No Brasil, a SC se mantém como um grave problema de saúde pública e a meta de eliminação ainda não foi alcançada (≤ 1 caso/1000 NV), embora prevista pelo Projeto de eliminação da Sífilis Congênita, desde 1993.^{3,24}

A incidência de SC no país, foi estimada em 1,4/1000 NV, para o período de 2000 a 2004, com cifras médias de 4047 casos/ano e tendência crescente, nos últimos anos (1,3/1000 NV em 2000). Em 2004 foi estimada em 1,6/1000 NV e as taxas não são

homogêneas entre os estados, variando de 0,6 no Acre a 8,1/1000 NV no Amapá. Estima-se que existam 14 a 17 mil novas infecções de sífilis congênita a cada ano, com base em 5540 casos novos notificados e uma incidência de 1,9/1000 NV, em 2005.^{25,26,27}

A prevalência de sífilis em parturientes, também é elevada e inquérito nacional realizado em 2004, estimou taxas de 1,5 % para o país, regiões norte (1,8%), nordeste (1,9%), sudeste (1,6 %), sul (1,4%) e centro-oeste (1,6%). O indicador reflete a proporção de mulheres grávidas, soropositivas para sífilis, com 15 a 49 anos, expressando indiretamente, o risco de ocorrência da sífilis congênita²⁹. Em 2005, a prevalência de sífilis em parturientes foi estimada em 1,6%, o que representa cerca de 50 mil gestantes infectadas e 15 mil casos novos de SC no período.²⁵

Em Pernambuco, a SC se configura, igualmente, um grave problema de saúde pública, onde existem 24 municípios com coeficiente médio de incidência de sífilis congênita acima da média do estado ($\geq 3,8$ por 1000/NV), no período de 2003-2006²⁸. O estado vem apresentando desfavorável perfil epidemiológico da SC, desde 2004, quando apresentou a maior taxa de incidência (3,7/1000 NV) entre os estados da região nordeste e a terceira maior taxa do Brasil, com taxas inferiores, apenas, às dos estados do Rio de Janeiro (5,4) e Espírito Santo (5,0)²⁶. Pernambuco contribuiu, nesse ano, com 40,7% dos casos de sífilis congênita notificados no nordeste e informou cifras médias de 444 casos/ano de SC, durante o período de 2000 a 2004.

1.3 Estratégias de Intervenção

No Brasil, os esforços para a eliminação da SC tiveram início em 1993, quando o MS lançou o Projeto de Eliminação da Sífilis Congênita (PNESC), que previa a redução da

incidência para ≤ 1 caso/1000 NV até o ano 2000, em todo o território nacional e em consonância com as metas internacionais propostas.^{3,24}

O Projeto tinha como objetivo prevenir a ocorrência de novos casos, em mulheres em idade fértil, interromper a transmissão vertical da sífilis e reduzir os danos ao recém-nascido infectado. Dentre outras atividades, previa a descentralização dos insumos para diagnóstico e tratamento, controle de qualidade de testes sorológicos, treinamentos em manejo da doença e realização de estudo multicêntrico de soroprevalência de sífilis em gestantes.³⁰

Em 1995, o Brasil reafirma novo compromisso junto à Organização Panamericana de Saúde (OPS) e iniciou a elaboração conjunta de um plano de ação visando a eliminação da sífilis congênita nas Américas, até o ano 2000, juntamente com outros seis países da América Latina e Caribe³¹. Preconizava-se à época, um coeficiente de incidência de até 0,5 caso por 1000 NV, tratamento de 95 % das gestantes com sífilis e coeficiente de prevalência da infecção em gestantes menor que 0,1%, meta reformulada, em 1997, para menor ou igual a 1 caso/ 1000 NV.³²

Mais recentemente, em outubro de 2007, o MS lançou nova estratégia visando a eliminação da SC, consubstanciada no Plano Operacional para a Redução da Transmissão vertical do HIV e da Sífilis no Brasil. O Plano está inserido num dos eixos do Pacto Nacional pela Vida (2006) e se prever que tenha um impacto potencial na redução da mortalidade materna e infantil, nos próximos anos.²⁵

Em consonância com o plano nacional, foi lançado em Pernambuco, à mesma época, o Plano Estadual Operacional para a Redução da Transmissão vertical do HIV e da

Sífilis, que define como metas, a eliminação da SC e a redução da transmissão vertical do HIV, até 2011. O Plano identifica como um dos níveis de prioridade, a implementação de ações articuladas das áreas técnicas, instâncias gestoras e da sociedade civil, entre 24 municípios prioritários.²⁸

Além dos planos nacionais de eliminação de SC é importante historiar os avanços no âmbito dos programas de atenção ao pré-natal e parto pela sua inter-relação com a redução da SC. A partir do ano 2000 o Programa Nacional de Assistência à Saúde da Mulher (PAISM) passa a ser revisto e elabora-se o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), como parte integrante desse programa. Recomendava-se, desde então, o rastreamento em gestantes, como a estratégia custo-efetiva para reduzir a carga de sífilis congênita e enfatizava-se, a nível internacional, a necessidade de intervenções focadas na assistência pré-natal e no cuidado com o recém nascido³³, fazendo supor que a instituição do PHPN, favoreceria as metas de eliminação da sífilis congênita.^{34,35}

O PHPN era, em alguns aspectos, uma proposta inovadora no país, fundamentada no direito à humanização da assistência obstétrica e neonatal, estabelecia critérios para qualificar a assistência e promover o vínculo entre a assistência ao pré-natal e o momento do parto, através de ações integradas e intervenções efetivas, vinculando incentivo financeiro ao cumprimento das normas³⁴. Dentre outras metas, recomendava o cálculo da incidência da SC como um dos indicadores de resultado do pré-natal e ainda, na atualidade, a baixa adesão dos municípios ao programa, em muitos estados, é um fator limitante do impacto projetado para o programa.³⁵

Considerando as limitações operacionais, ainda existentes na assistência pré-natal, o MS lançou em 2002 o Projeto Nascer Maternidades (PN)³⁶, que foi implantado visando reforçar as ações de prevenção e controle da morbimortalidade associada à SC e da transmissão vertical do HIV e melhorar a qualidade da assistência perinatal. Era dirigido a maternidades do Sistema Único de Saúde (SUS) em municípios com mais de 500 partos por ano e dentre as ações do projeto, destacam-se a capacitação das equipes multiprofissionais em acolhimento, aconselhamento, utilização de testes rápidos, manejo clínico de parturientes HIV positivas e crianças expostas ao risco, testagem e tratamento da sífilis, além das ações de vigilância epidemiológica da SC.³⁷

Dentre as metas propostas nesse projeto, destaca-se o aumento da cobertura de testagem para HIV e sífilis. Embora não substitua as ações recomendadas no pré-natal, a admissão ao parto é, para algumas mulheres, a única oportunidade de acesso ao aconselhamento, teste para a pesquisa do HIV e sífilis e tratamento quimioprolático da transmissão vertical.^{38,39}

Em 2004, o Projeto Nascer foi avaliado por meio de uma pesquisa nacional coordenada pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), com vistas a subsidiar as ações do Programa Nacional de DST/Aids e os respectivos programas estaduais⁴⁰. A pesquisa (em fase de relatório final) fornecerá informações acerca do grau de implantação do Projeto Nascer nos estados pesquisados e favorecerá o redirecionamento das ações de prevenção da transmissão vertical do HIV e a redução da morbimortalidade associada à SC.

Relatório preliminar⁴⁰, dessa avaliação nacional, identificou que o grau de implementação do programa de controle da transmissão vertical do HIV, no conjunto das 30 maternidades do PN avaliadas, foi insatisfatório, destacando-se como principais fatores

negativos, a insuficiente disponibilidade de recursos humanos e de kits para testes rápidos, a não conformidade das condições de realização do teste, do aconselhamento e da testagem na maternidade. Identificou-se o *status* econômico e a escolaridade, como fatores preditores da testagem para o HIV, durante o pré-natal.

Em Pernambuco, o Projeto Nascer Maternidades foi implantado a partir de 2002 e inclui, atualmente, 36 maternidades do estado, o que corresponde a uma cobertura de 46,1 % dos partos realizados no estado⁴¹. O primeiro estudo de avaliação da implantação do PN foi realizado em 2005, mediante projeto de pesquisa do qual participaram a Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco, o Instituto Materno Infantil Professor Fernando Figueira-IMIP e a Fundação Oswaldo Cruz . Adaptou-se, no estado, o quadro teórico e instrumentos de coleta, e acrescentou-se a entrevista com os profissionais de saúde.

A pesquisa avaliou a implantação das ações de prevenção e controle da transmissão vertical do HIV e da Sífilis, em 16 maternidades do estado. Observou-se que o grau de implantação foi satisfatório quanto à disponibilidade de insumos para sífilis, parciais para a oportunidade e conformidade das atividades de redução da morbimortalidade associada à SC, e crítica, em relação à implementação do aconselhamento, sobretudo no conglomerado interior do estado.⁴²

Em anos recentes, houve incorporação de novas tecnologias, que favorecem cada vez mais a eliminação da SC, a exemplo dos achados provenientes da identificação da sequência completa do genoma da espiroqueta da sífilis⁴³, e da disponibilização do teste rápido por imunocromatografia, já incorporado como arsenal diagnóstico aos planos internacionais e nacional de eliminação da SC¹¹. Entretanto, a eliminação da SC permanece fortemente dependente dos avanços institucionais nos programas de assistência pré-natal.

A penicilina continua a ser efetiva no tratamento da sífilis materna e congênita^{44,45}, estabelecendo-se, desta forma, um ciclo benéfico de condições favoráveis à eliminação da SC. Há também consenso, entre os especialistas, acerca das estratégias e tecnologia custo-efetivas, intervenções relativamente simples, focadas na atenção pré-natal e no cuidados com o recém-nascido, onde o acesso precoce da gestante é destacado pela maioria dos autores.^{3,9,10,12,44,46,47}

O consenso entre os especialistas, sobre as melhores práticas e evidências, reforça as chances de eliminação da SC com boas práticas na assistência pré-natal¹⁰, porém, nos remete a questões não resolvidas, dentre elas a baixa prioridade dos formuladores de política aos programas de eliminação da SC, a insuficiente sustentabilidade das ações e o não reconhecimento da extensão e consequências da sífilis, por parte das mulheres, das comunidades, dos profissionais de saúde e dos formadores de opinião.¹⁹

Recentemente, a OMS buscou respostas para algumas dessas questões, em estudos realizados em 13 países de características sócio-econômicas e epidemiológicas diversas, na tentativa de identificar padrões envolvidos na pouca resposta dos programas de eliminação da SC nessas regiões¹⁹. A principal recomendação deste estudo múltiplo é que, apesar dos pontos comuns, é necessário que cada país e região façam seu inventário específico de barreiras e obstáculos à eliminação da SC, favorecendo intervenções baseadas na comunidade e nos pontos críticos identificados¹¹. A eliminação da SC, parece depender de uma complexa rede de vulnerabilidades nos planos individual, social e programática, específica para cada localidade, estado e região.^{3,11,19,25,46}

1.4 Modelo Teórico

O modelo teórico deste estudo, toma por base o conceito de vulnerabilidade desenvolvido por Mann e Tarantola⁴⁸ e posteriormente modificado, no Brasil, por Ayres e colaboradores^{49,50}. Para estes autores, a vulnerabilidade está conformada por três dimensões interdependentes de determinação relativos aos indivíduos, aos programas, à política de saúde e ao social.

Para Ayres⁵⁰, o significado do termo vulnerabilidade relaciona-se à chance de exposição das pessoas ao adoecimento, colocando o indivíduo em sua dupla face, o indivíduo e sua relação com o coletivo. No marco conceitual proposto por Ayres a unidade analítica é o indivíduo-coletivo e a vulnerabilidade individual refere-se ao grau e à qualidade de informação que os indivíduos dispõem sobre problemas de saúde, sua elaboração e a aplicação na prática. A vulnerabilidade social avalia a obtenção de informações, o acesso aos meios de comunicação, a disponibilidade de recursos cognitivos e materiais, o poder de participar de decisões políticas e em instituições. A vulnerabilidade programática consiste na avaliação dos programas, para responder ao controle de enfermidades, além do grau e qualidade e de compromisso das instituições, dos recursos, da gerência e do monitoramento dos programas de saúde.

Wisner considera que a vulnerabilidade está relacionada intrinsecamente, à capacidade de luta e recuperação do indivíduo, seu nível socioeconômico, ocupação e acesso à informação, os quais, por sua vez, potencializam ou diminuem a vulnerabilidade.⁵¹

Considerou-se, na construção do modelo teórico deste estudo, que a conjunção dessas três dimensões - individual, programática e social - definiriam o grau de vulnerabilidade do indivíduo e da coletividade à infecção pelo *T Pallidum*. Incluíram-se na construção do modelo teórico, os seguintes fatores de vulnerabilidade:

1.4.1 Relacionados à Vulnerabilidade Individual.

Inclui-se dentre os fatores individuais, o baixo nível sócio-econômico que limita o acesso aos serviços; o baixo nível de escolaridade⁴⁵ da população que busca esses serviços e que contribui, sobremaneira, para uma menor compreensão dos fatores de risco para a sífilis congênita³⁹; a influência dos meios de comunicação na divulgação de mensagens que sugerem a sexualidade precoce; as práticas religiosas e as barreiras culturais, que por sua vez, determinam certos comportamentos de risco e sua continuação.⁵²

Destacam-se neste item, a resistência da população ao uso do preservativo devido à falta de percepção sobre as conseqüências das práticas sexuais desprotegidas; e o pouco conhecimento ou a falta de sensibilização da população de risco para a possibilidade de prevenir a doença.⁵³

1.4.2 Relacionados à Vulnerabilidade Programática

Compreendem fatores relacionados com a prestação e disponibilidade dos serviços de saúde e dos profissionais a saber: disponibilidade da rede e a forma de prestação de serviço; distribuição inadequada dos serviços de patologia clínica; dificuldade de acesso ao diagnóstico laboratorial para o VDRL, com baixa cobertura de solicitação deste exame e falhas identificadas na sua interpretação; dificuldade de acesso ao pré-natal e restrição de horários para consultas; menor disponibilidade de ações educativas para homens⁵⁴; baixo potencial de diagnóstico no parceiro e, conseqüentemente, inadequado ou não tratamento deste; baixo cumprimento das normas de prevenção e controle pelos profissionais de saúde; baixos investimentos em programas de prevenção das DST e insuficientes ações de planejamento familiar e prevenção de gravidez na adolescência.^{53,54,55,56}

Destacam-se ainda fatores relacionados à organização dos programas, como: deficiente inclusão da perspectiva dos usuários e dos formuladores de políticas municipais de saúde, limitando ações operativas e sustentáveis para a redução da sífilis materna e congênita⁴⁶, baixa visibilidade para o agravo e a deficiente organização dos serviços de assistência, vigilância e de apoio diagnóstico, retardando o alcance da meta de redução da sífilis congênita no país⁴⁷ e deficiente qualidade da atenção obstétrica e neonatal, contribuindo para o retardo no diagnóstico da sífilis materna e congênita.⁵⁴

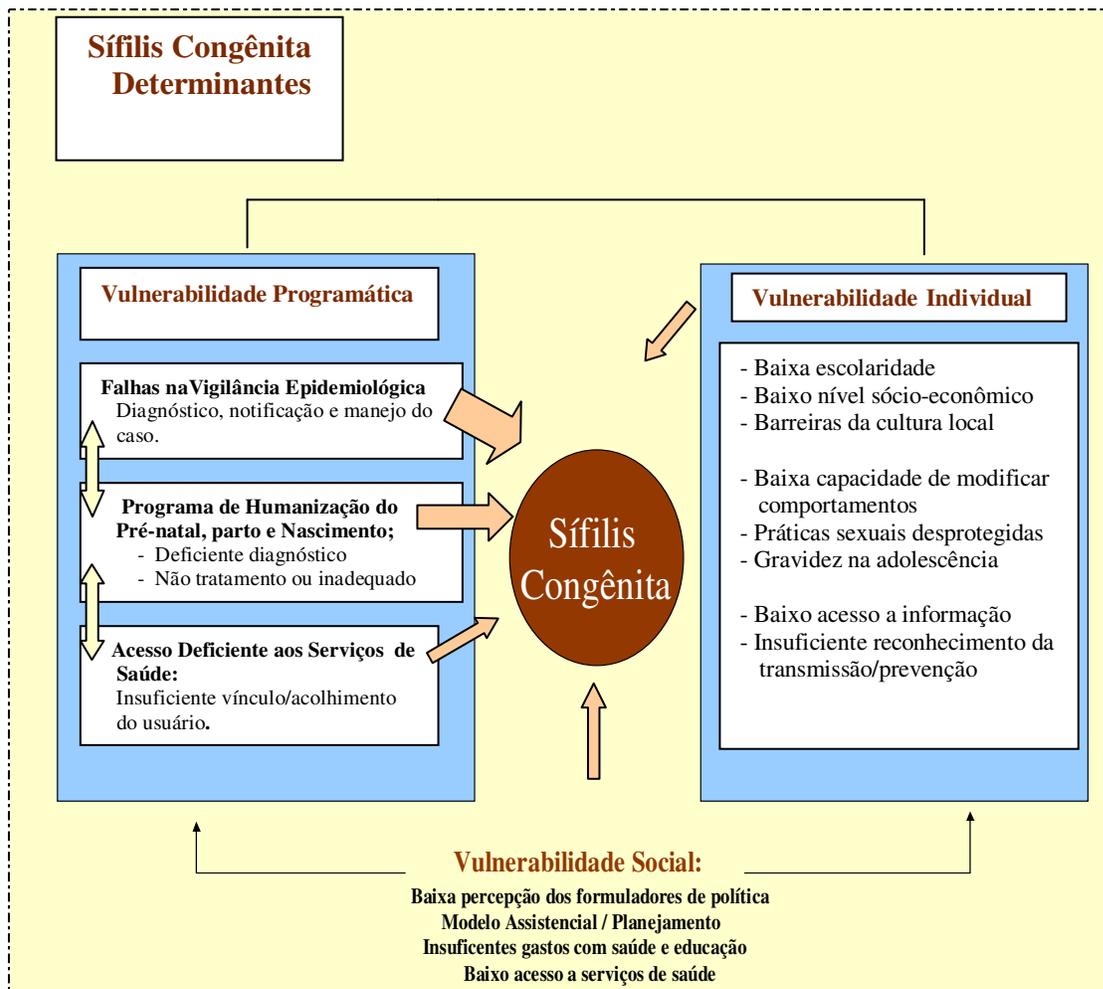
1.4.3 Relacionadas à Vulnerabilidade Social

Os aspectos sociais incluem baixo acesso aos meios de comunicação, escolarização, e serviços de saúde, que por sua vez levam a um conjunto de vulnerabilidades que operam em cadeia de obstáculos^{57,58}. Fatores sócio-econômicos são consideráveis obstáculos para a eliminação da SC e contribuem para a baixa capacidade de luta e recuperação do indivíduo, tornando-o pouco hábil a participar de decisões políticas; promovem limitação de recursos cognitivos e materiais para a adoção de comportamento de proteção frente a problemas de saúde.⁵⁰

A exclusão social de grupos populacionais promove a redução da capacidade de obter, processar e entender as informações em saúde e usar estas informações para tomar decisões apropriadas em relação à sua própria saúde e dificulta a adoção de medidas de prevenção em relação às DST, dentre outros agravos.^{18,59,60}

Os determinantes apresentados a seguir, estão agrupados em macro determinantes, baseados na vulnerabilidade individual, programática e social, categorizados segundo o grau de proximidade com o problema e distribuídos segundo o grau de importância, representado pela espessura das setas, conforme o diagrama (Figura 1).

Figura 1 - Modelo teórico da Sífilis Congênita



2 JUSTIFICATIVA

São inquestionáveis as conquistas relativas ao financiamento e à descentralização das ações de saúde ocorridos na última década, em Pernambuco, com destaque para a expansão da rede básica de saúde e a consolidação da estratégia saúde da família, implantada em 100% dos municípios e extensiva a cerca de 70% da população.

Esperava-se que tal expansão, potencializada pelos ganhos da iniciativa do PHPN, pudessem ser suficientes para elevar a capacidade de resposta dos municípios e promover a redução da sífilis materna e congênita. Entretanto, os indicadores epidemiológicos e operacionais continuam demonstrando baixa efetividade das medidas de controle da SC, quando não apresentam sinais de redução, e estão em desacordo com os avanços do atual quadro sanitário do Estado.

Este estudo pretende contribuir para uma melhor compreensão desse problema, mediante a identificação de alguns dos fatores críticos de vulnerabilidade que possam estar contribuindo na área do estudo, para o retardo no alcance da meta proposta de eliminação da SC.

O rastreamento sorológico em mulheres, é complexo, do ponto de vista da abordagem programática no pré-natal, exigindo avaliação e monitoramento constante dos programas de atenção à gestante. Por vezes requerem estudos especiais para suprir a falta de homogeneidade e baixa qualidade dos dados disponíveis nos registros dos serviços e programas. Esta lacuna é particularmente importante, pela baixa adesão dos municípios ao PHPN, além de limitações no sistema de informação do mesmo.

O presente estudo vem ao encontro dessa necessidade e pretende aprofundar o conhecimento acerca dos fatores de vulnerabilidade associados à morbimortalidade da SC e materna, em particular, sobre os fatores de processo na assistência pré-natal, nas áreas do estudo.

Algumas das informações desse estudo podem vir a complementar resultados de projetos realizados em maternidades com o Projeto Nascer (PN), ao distinguir as perspectivas inter-relacionadas entre o perfil das usuárias, da atenção pré-natal e da assistência ao parto, mediante a identificação de alguns pontos críticos comuns de vulnerabilidade entre eles.

Pretende-se, de uma forma ainda incipiente, que este estudo preencha lacunas no campo da avaliação de intervenções relacionadas à redução da ocorrência da SC, no que se refere a alguns aspectos da construção metodológica e de fundamentação teórica, que possam vir a favorecer, a identificação de intervenções baseadas no sinergismo de ações programáticas voltadas à eliminação da SC e redução da transmissão vertical do HIV.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral:

Analisar aspectos de vulnerabilidade para a sífilis congênita em mulheres assistidas nas maternidades com o Projeto Nascir, durante o período de Junho a Setembro de 2005, em Pernambuco.

3.2 Objetivos Específicos:

1. Descrever as características relacionadas à vulnerabilidade individual, programática e social, em mulheres assistidas nas maternidades com o Projeto Nascir.
2. Avaliar as características de assistência pré-natal, manejo clínico hospitalar e vigilância, dos casos de sífilis identificados no estudo.

4 MÉTODOS

4.1 Desenho do estudo

Realizou-se um estudo descritivo de corte transversal, que utilizou banco de dados secundário, originado da Pesquisa “ Avaliação do Grau de Implementação do Projeto Nascer Maternidades em Pernambuco, 2005”, disponibilizado pela Secretaria de Saúde de Pernambuco, em 2006.³⁸

As características da Pesquisa original serão descritas, a seguir, para melhor compreensão deste estudo.

Características da Pesquisa Original

Utilizou-se uma abordagem normativa, através de um estudo de casos múltiplos, com níveis de análise imbricados em três estratos: Recife, Região Metropolitana e Interior do Estado. As unidades de observação foram 16 maternidades integrantes do Projeto Nascer, em Pernambuco, localizadas em Recife (8), Olinda (2), Camaragibe (1), Cabo de Santo Agostinho (1), Vitória de Santo Antão (1), Caruaru (1), Garanhuns (1) e Petrolina (1), que, em conjunto, realizaram 33% dos partos ocorridos em Pernambuco, no ano de 2004.

O estudo foi realizado em dois momentos, um transversal, referente ao ano de 2005 (Junho a setembro) e outro, retrospectivo (janeiro a dezembro de 2004). Em ambos os momentos, foram coletados dados dos prontuários das parturientes assistidas nessas maternidades. No estudo transversal (2005) agregaram-se informações provenientes de entrevistas semi-estruturadas com as parturientes, realizadas no pós-parto.

A amostra foi de conglomerados, por estrato, baseada no total de nascidos-vivos dessas maternidades, em 2004, com probabilidade proporcional ao número de nascidos vivos em cada uma das unidades. Utilizou-se uma amostra aleatória simples, com base em um universo de 49.176 NV, totalizando 1537 NV. Desse total, 70% (1059) corresponderam à análise retrospectiva de prontuários, enquanto 30% (478) foram referentes à análise transversal, cujas parturientes foram entrevistadas e tiveram seus prontuários analisados.

Os dados foram obtidos a partir de questionários específicos (anexos 2 e 3). A coleta de dados foi realizada por profissionais de saúde de nível superior, treinados, e as entrevistas realizadas diariamente, inclusive feriados e finais de semana. A equipe permanecia nas instituições o tempo suficiente para atingir o número amostrado. As entrevistas foram aplicadas após consentimento livre e esclarecido das participantes.

4.2 Área do estudo

Dezesseis maternidades em Pernambuco, integrantes do Projeto Nascer no ano de 2005, distribuídas nos municípios de Recife (Instituto Materno Infantil de Pernambuco, Unidade Mista Prof. Barros Lima, Hospital Agamenon Magalhães, Hospital das Clínicas, Hospital Barão de Lucena, Centro Integrado de Saúde Amauri de Medeiros, Unidade Mista Prof. Bandeira Filho, Unidade Mista Policlínica A. Marques), Região Metropolitana (Cabo-Maternidade Pe. Geraldo Leite Bastos, Camaragibe-Maternidade Amiga da Família Olinda-Hospital Tricentenário e Maternidade Brites de Albuquerque) e interior (Vitória de Santo Antão- Hospital João Murilo, Caruaru- Hospital Jesus Nazareno, Garanhuns-Hospital Dom Malan e Petrolina- Hospital Dom Moura).

4.3 População do estudo

Refere-se às 478 parturientes, assistidas e entrevistadas em 2005, provenientes do estudo transversal da pesquisa de onde se originou o banco. A escolha pelo segmento de mulheres entrevistadas foi uma opção metodológica, considerando o elenco de variáveis que atendiam aos aspectos a serem analisados neste estudo, sobretudo pelo grau de completude das informações, em especial, os dados relativos à assistência pré-natal e características de hábitos e comportamentos.

4.4. Definição e operacionalização das variáveis

As variáveis de análise foram selecionadas, tomando-se por base o modelo teórico da SC, os objetivos do estudo e a disponibilidade dessas informações no banco de dados secundário. Para fins de análise, as variáveis foram agrupadas segundo as características de vulnerabilidade individual, programática e social.

Na caracterização da vulnerabilidade individual das mulheres assistidas, consideraram-se os aspectos sócio-econômicos, biológicos e também aspectos reprodutivos, de conhecimentos sobre a sífilis, hábitos e comportamentos (Quadro 1)

Para a identificação da vulnerabilidade programática avaliaram-se o pré-natal das gestantes assistidas e o manejo clínico hospitalar dos casos de sífilis (Quadro 2 e 3)

Para a caracterização da vulnerabilidade social nos municípios de residência das gestantes soropositivas trabalhou-se os indicadores listados no quadro 4.

Quadro 1 - Definição, categorização, tipo e fontes das variáveis do estudo, segundo características de vulnerabilidade individual.

ASPECTOS SÓCIO-ECONÔMICOS E BIOLÓGICOS				
Variável	Definição	Categorias	Tipo	Fonte
Idade	Idade em anos completos referida pela participante.	Categorizada para análise em faixas etárias de 10-19, 20-29 e 30 e mais anos.	Contínua	QM 11 (1)
Cor da pele	Cor da pele referida pela participante.	Branca, Preta, Parda, Amarela e Indígena.	Categórica policotômica	QM 18
Situação conjugal	Estado civil informado pela participante.	Solteira, ter companheiro/ser casado, divorciado/separado e viúvo.	Categórica policotômica	QM 17
Religião	Credo religioso adotado pela informante.	Católica, evangélica, espírita, não tem religião e outras	Categórica policotômica	QM 20
Ter trabalho remunerado atual	Ter ocupação atual remunerada em dinheiro, produtos, mercadorias ou benefícios e em qualquer tipo de produção.	Sim/ não.	Categórica dicotômica	QM 25
Ter Vínculo empregatício	Ter tido carteira assinada pelo menos uma vez na vida.	Sim / Não	Categórica dicotômica	QM 28
Renda mensal individual	Renda individual mensal auferida pela participante, incluindo pensão, aluguel de imóveis, bolsa escola e alimentação e outros rendimentos pessoais .	Menor que R\$ 300,00 – entre 300,00 e 400,00 – maior que 401,00	Numérica discreta	QM 29
Cômodos	Número de quartos e sala existentes no domicílio da participante.	Menor ou igual a 3 e maior que 3	Numérica discreta	QM 22
Presença de água no domicílio	Disponibilidade de água no domicílio da participante, fornecida através de companhia de abastecimento de água.	Sim/Não	Categórica dicotômica	QM 30
Escolaridade	Número de anos estudados e aprovados, conforme informação da participante	Nenhum/analfabeto, menor ou igual a 10 e maior que 10.	Numérica discreta	QM 24
ASPECTOS REPRODUTIVOS, DE CONHECIMENTOS SOBRE A SÍFILIS, HÁBITOS E COMPORTAMENTOS				
Idade à primeira relação sexual	Idade em anos da participante ao ter a primeira relação sexual.	Menor ou igual a 19 anos e maior que 19.	Numérica discreta	QM 40
Idade à primeira gravidez	Idade em anos da participante ao engravidar pela primeira vez	Menor ou igual a 14 anos, entre 15 e 19 e maior que 19 anos.	Numérica, discreta	QM 41
Gravidez anterior	Ocorrência de gravidez anterior à atual, referida pela participante.	Sim/Não Resultado diferente de zero	Categórica dicotômica	QM 52
Número de gestações	Número de gestação anteriores à atual, referida pela paciente.	Menor ou igual a 3 e maior que 3.	Numérica discreta	QM 52
Conhecimento sobre a sífilis	Informação pela participante, de que já ouviu falar sobre a sífilis.	Sim e não	Categórica dicotômica	QP 31 (2)
Conhecimento sobre a forma de transmissão da sífilis	Informação pela participante de que conhece algumas das formas de transmissão da sífilis.	Sim e não	Categórica dicotômica	QP 32
Formas de transmissão da sífilis conhecida	Informação livre da participante, sobre as formas conhecidas de transmissão da sífilis: objetos infectados, beijos e abraços, uso de banheiro, relação sexual desprotegida, transmissão vertical, uso de utensílios e transfusão de sangue infectado	Sim e não	Categórica policotômica	QP 33 A a G
Uso pessoal de droga	Informação de uso de drogas ilícitas pelo participante, pelo menos uma vez na vida.	Sim e não	Categórica dicotômica	QM 108
Uso de droga pelo parceiro	Informação de uso de drogas ilícitas injetável pelo parceiro.	Sim e não	Categórica dicotômica	QM 113
Número de parceiros sexuais	Número de parceiros sexuais relatados pela participante nos últimos cinco anos.	Um, dois e igual ou maior que três.	Numérica discreta	QM 114
Uso de preservativo	Uso de preservativo pelo parceiro ou por ela própria, durante as relações sexuais.	Sempre, frequentemente, às vezes e nunca.	Categórica policotômica	QM 46

Quadro 2 - Definição, categorização, tipo e fontes das variáveis do estudo, segundo características de vulnerabilidade programática no pré-natal.

Variável	Definição	Categorias	Tipo	Fonte
Realização do pré-natal	Realização ou não de pré-natal. Define-se ter realizado pré natal, a participante ter procurado o serviço de saúde pelo menos uma vez para receber cuidados relativos à gravidez atual.	Sim/Não	Catagórica dicotômica	QM 63
Trimestre de gestação à primeira consulta de pré-natal	Trimestre da gravidez em que se encontrava a participante, quando realizou a primeira consulta de pré-natal, na gravidez atual.	Primeiro, segundo ou terceiro trimestre de gravidez.	Variável discreta	QM 67
Número de consultas no pré-natal	Número de consultas realizadas no pré-natal da gravidez atual, informado pela participante.	Menor que 6 e maior ou igual a 6 consultas.	Numérica, discreta	QM 68
Aconselhamento em testagem da sífilis	Aconselhamento pelo médico ou enfermeiro, para realização de diagnóstico da sífilis, durante o pré-natal da gravidez atual.	Sim/Não	Catagórica dicotômica	QM 78
Testagem para sífilis	Realização de teste para o diagnóstico de sífilis, durante o pré-natal da gravidez atual, informada pela paciente.	Sim, não e não sabe.	Catagórica	QM 79
Resultado da testagem para sífilis	Possíveis resultados da testagem para sífilis durante o pré-natal da atual gravidez, informada pela paciente.	Positivo, negativo e não sabe.	Catagórica	QM 80
Realização de testagem para HIV/AIDS	Realização testagem para HIV durante o pré-natal da atual gravidez, informada pela participante.	Sim, não e não sabe	Catagórica	QM 75
Procedimentos clínicos/obstétricos realizados no pré-natal	Informação pela participante acerca da frequência com que foram realizados durante a gravidez atual, os procedimentos: medida de pressão arterial, tomada de peso, ausculta fetal, exame de mamas e medida da altura uterina.	Sempre, às vezes, nunca	Catagórica policotômica	QM 85
Realização de citologia oncótica	Informação pela participante da realização de citologia oncótica durante a gravidez atual.	Sim e não.	Catagórica dicotômica	QM 86
Realização de vacina	Informação pela participante da realização de vacina contra o tétano, durante a gravidez atual.	Sim e não	Catagórica dicotômica	QM 26
Realização de ultrasonografia	Informação pela participante da realização de ultrasonografia durante a gravidez atual.	Sim e não		QM 27
No. de ultrasonografias realizadas	Informação pela participante sobre o número de ultrasonografia realizadas durante a gravidez atual.	Um a dois, três a cinco, e maior que 6 vezes.	Numérica discreta	QM 28
Aconselhamento durante o pré-natal	Informação pela participante sobre a realização dos seguintes temas, durante as consultas do pré-natal: Assiduidade à consulta, manter alimentação saudável, não fumar, evitar bebidas alcoólicas, atividade sexual durante a gravidez, importância do aleitamento materno, cuidados com o RN, uso de métodos contraceptivos, sinais de parto, retorno para consulta pós-parto.	Sim e não	Catagórica dicotômica	QM 88
Auto-avaliação sobre o pré-natal	Avaliação pela participante sobre o pré-natal da última gravidez	Ótimo, bom, regular e ruim	Catagórica policotômica	QM 89
Doenças referidas durante a gravidez	Informação pela participante sobre as doenças que a acometeram durante a última gravidez.	Sim e não	Catagórica dicotômica	QM 89
Realização de tratamento para sífilis	Condição de ter realizado tratamento para sífilis durante o pré-natal da atual gravidez, informada pela participante.	Sim, não e não sabe.	Catagórica policotômica	QM 81
Realização de tratamento para sífilis no parceiro	Realização de tratamento para sífilis no companheiro da participante soro positiva, durante o pré-natal da atual gravidez, informada pela mesma.	Sim, não e não sabe.	Catagórica policotômica	QM 83

Quadro 3 - Definição, categorização, tipo e fontes das variáveis do estudo, segundo características de vulnerabilidade programática no manejo hospitalar.

Variável	Definição	Categorias	Tipo	Fonte
Portar cartão de pré-natal à admissão	Condição de portar cartão de pré-natal com informações da gravidez atual, informada pela participante	Sim e não	Catagórica dicotômica	QM 82
Ter cartão de pré-natal afixado no prontuário	Condição de ter o cartão de pré-natal afixado no prontuário médico, durante a pesquisa dos dados, observada pelo entrevistador.	Sim e não	Catagórica dicotômica	QM 84
Tratamento para sífilis ao parto	Informação de tratamento em gestantes soropositivas para sífilis, registradas no prontuário médico, durante a internação para o parto.	Sim e não	Catagórica dicotômica	QP 110
Tratamento adequado para sífilis	Informação disponível no banco de dados, a partir de comparação entre a prescrição médica e as normas vigentes de tratamento.	Sim e não	Catagórica dicotômica	QP 110
Encaminhada para seguimento	Condição de registro de encaminhamento das puérperas e recém nascidos diagnosticados como casos de sífilis na maternidade, para seguimento de tratamento e sequelas.	Sim e não	Catagórica dicotômica	QP 116/117
Recém- nascido sintomático	Condição informada para os pacientes nascidos de mães soropositivas, que apresentavam sintomas de SC, a partir de informações registradas no prontuário médico.	Sim e não	Catagórica dicotômica	QP 112
Apresentava malformação	Condição informada para os pacientes nascidos de mães soropositivas, que apresentavam mal formação, a partir de informações registradas no prontuário médico.	Sim e não	Catagórica dicotômica	QP 75
Título do VDRL em RN	Título de VDRL informado para os recém nascidos de mães soropositivas, a partir de informações registradas nos prontuários médicos.	Positivo, Não reagente, não informado	Catagórica policotômica	QP 105
Realização de raio X de osso longo e testagem de líquido	Condição informada para os pacientes nascidos de mães soropositivas, a partir de informações registradas nos prontuários médicos.	Sim e não	Catagórica dicotômica	QP 106/108
Rastreamento do parceiro	Condição registrada no prontuário como ter havido rastreamento de parceiros sexuais das gestantes soropositivas para sífilis diagnosticadas no parto	Sim, nã e não informado	Catagórica policotômica	QP 101
Notificação ao SINAN	Notificação ao Sistema Nacional de Agravos de Notificação dos casos de SC e de sífilis em gestantes diagnosticados ao parto.	Sim, não e não informado	Catagórica policotômica	QP 113/114

(1) QM= Questionário Mulher, entrevistas com puérperas.

(2) QP = Questionário Prontuário, coletados de prontuários.

Quadro 4 - Indicadores de vulnerabilidade social identificados para municípios selecionados, segundo características sócio-econômicas, de saúde e de nascimento.

INDICADOR	DEFINIÇÃO/INTERPRETAÇÃO	FONTE
Produto Interno Bruto per capita (PIB)	<p>É a renda gerada no território econômico de um país ou região, durante o processo produtivo, ao longo de um período definido, normalmente 1 ano.</p> <p>Conceito: Brasil, Ministério da Saúde, Indicadores Socioeconômicos. In Indicadores básicos de saúde no Brasil.: conceitos e aplicações. Rede interagencial de informações para a saúde. Ripsa. Brasília, Organização Pan Americana da Saúde, 2002- 299 pág.</p>	<p>PIB <i>per capita</i> dos municípios de Pernambuco - fonte : CONDEPE, ano 2004 - Agencia estadual de Planejamento e Pesquisas de Pernambuco (CODEPE-FIDEM). Pernambuco em dados. www.condepedidem.pe.gov.br acessado em 06.12.07</p> <p>Fonte PIB <i>per capita</i> de PE e BR Datasus, 2004 Brasil, DATASUS. www.datasus.gov.br acesso em 06.12.07</p>
Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)	<p>Mede o nível de desenvolvimento humano a partir de indicadores de educação (alfabetização e taxa de matrícula) , longevidade (esperança de vida ao nascer) e renda (PIB <i>per capita</i>)</p>	<p>www.pnud.org.br/idh/ acesso em 08/12/07</p>
Índice de GINI	<p>Mede o grau de desigualdade na distribuição dos indivíduos segundo a renda domiciliar per capita, variando de 0 a 1, quando a desigualdade é máxima. Mede o grau de concentração de renda em um determinado grupo.</p>	<p>Agencia estadual de Planejamento e Pesquisas de Pernambuco (CODEPE-FIDEM). Pernambuco em dados. www.condepedidem.pe.gov.br acessado em 06.12.07</p> <p>Maia, Alexandre Gori. Tansformação do mercado de trabalho e desigualdade social no Brasil. In: Cienc.Cult,2006; 58 (4), p 34-35.</p>
Indicadores de nascimento	<p>Relativo a mães com < 8 anos de escolaridade</p> <p>Relativo a mulheres que realizaram menos de 6 consultas de pré-natal.</p> <p>Relativo a nascimentos de gestações com menos de 37 semanas</p> <p>Relativo a conceptos com menos de 2500 gramas</p>	<p>Brasil, DATASUS. www.datasus.gov.br acesso em 06.12.07.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • % de mães com baixa escolaridade • % de mães com < 6 consultas no pré-natal • % de prematuridade; • % de baixo peso ao nascer 	<p>Número de médicos por 1000 habitantes</p>	<p>Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária do IBGE</p>
Serviços Básicos e bens de consumo	<p>Serviços Básicos: percentual de moradores servidos com rede geral de água e esgoto; Bens de Consumo: percentual de pessoas em domicílio com linha telefônica, geladeira ou freezer, automóvel e microcomputador.</p>	<p>MS\Datasus ; PNUD\Atlas de Desenvolvimento Humano do Brasil</p>

4.5 Processamento e análise dos dados

Os dados originais desta pesquisa foram digitados em banco de dados específico em Access, e exportados, para fins de análise, para o programa estatístico SPSS, versão 12.0.

A prevalência da sífilis, na amostra, foi calculada pela razão do total de exames positivos pelo total de exames realizados, com intervalo de confiança da 95 %. Utilizou-se para a análise estatística o programa Epi Info 6.04 D.

Utilizou-se, na análise, o referencial teórico da vulnerabilidade, categorizado em individual, programática e social, a partir do qual foram identificados os fatores críticos em cada uma das dimensões, comparando-se os procedimentos informados com os procedimentos preconizados e metas propostas nos documentos e planos de eliminação da sífilis congênita.

A avaliação da atenção pré-natal foi realizada comparando-se os procedimentos informados pelas entrevistadas, com os procedimentos normatizados pelo MS. Utilizaram-se os parâmetros do PHPN e das Diretrizes para o controle da Sífilis Congênita com as quais foram comparadas com os resultados encontrados: início do pré-natal até a 14ª. semana de gravidez; número mínimo de 6 consultas, solicitação de exames complementares obrigatórios, dentre eles a testagem para HIV (1ª. consulta) e VDRL (1ª. consulta e após a 28ª. semana de gravidez, devendo ser repetido no parto). Para o aconselhamento, considerou-se que os temas selecionados no estudo deveriam ser abordados durante o pré-natal, em 100 % das gestantes assistidas.

A realização do exame obstétrico, durante o pré-natal, utilizou como parâmetros: medida do peso materno, verificação da pressão arterial, medição da altura uterina e ausculta dos batimentos cardíacos fetais, citopatologia de colo uterino e exames de mamas

^{61,62}. Em relação à vacinação contra tétano (80%), utilizaram-se os parâmetros definidos pelo MS para a vigilância da doença.⁶³ Avaliou-se a frequência de realização de ultrassonografias no pré-natal.

Os parâmetros de testagem, para sífilis e AIDS, basearam-se nas recomendações da portaria do Projeto Nascer Maternidades: testar, para HIV, 100% das parturientes não testadas durante o pré-natal; testar, para a sífilis, 100% das parturientes atendidas no SUS.

64

As características de manejo em parturientes soropositivas e recém-nascidos, foram avaliadas, considerando-se os procedimentos recomendados pelo MS para o controle da SC, comparado-os com os procedimentos realizados durante a assistência hospitalar.⁶⁵

Para as metas relacionadas à vigilância da SC, foram utilizadas as recomendações da OMS, para países membros, e considerada a incidência da sífilis como resultado de interesse: > de 90% de gestantes com início do pré-natal preferentemente antes da 12 semanas de gestação; > 90% de gestantes de 15-24 anos testadas para sífilis; > 90% de gestantes soropositivas tratadas; > 90% das gestantes atendidas no pré-natal testadas para sífilis; 100% das gestantes soropositivas para sífilis tratadas; > 80% dos parceiros sexuais de gestantes soropositivas tratados⁴. Neste estudo, optou-se por adotar o parâmetro de testagem para gestantes de qualquer idade, uma vez que a iniciação sexual das mulheres no Brasil ocorre em idade precoce e há ocorrência de casos em maiores de 24 anos.

As 17 gestantes soropositivas para sífilis foram denominadas “casos” e para fins de vigilância, os 17 recém-nascidos, dessas mães, foram considerados casos de sífilis congênita, segundo definição atual do Ministério da Saúde.

Os casos de SC identificados no período do estudo, foram rastreados diretamente na base de dados do SINAN /SES/PE.

Para analisar a vulnerabilidade social nos municípios descreveram-se indicadores selecionados, disponibilizados por bases de dados nacionais. (Quadro 4)

O salário mínimo, à época do estudo, era R\$ 300,00 reais, equivalente a 124 dólares.
66,67

4.6 Aspectos Éticos

A pesquisa atendeu aos postulados da Declaração de Helsinque, emendada em Hong-Kong, e à resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do IMIP, sob o protocolo 894. O pesquisador adotou as medidas de proteção e confidencialidade dos registros e se comprometeu a publicar os resultados encontrados. Não houve, da parte do pesquisador, conflitos de interesse relativos à pesquisa.

5 RESULTADOS

A idade materna média identificada foi 23,5 anos (dp=5,7) variando de 12 a 43 anos. Os resultados mostraram que as mulheres apresentavam o seguinte perfil: menos de 10 anos de estudo (78,0%); analfabetas 6,5%; preta ou parda (78,5%); casadas ou viviam com companheiros (78,4%); católicas (55,0%); referiram ter trabalho remunerado, apenas 25,5 % das mulheres, e ter tido vínculo empregatício anterior ou atual (14,7%); viviam em casas com menos de 3 cômodos (71,9%) e servidas por abastecimento de água (80,3%). (Tabela 1).

Tabela 1 - Características de vulnerabilidade individual, segundo aspectos sócio-econômicos e biológicos, em gestantes assistidas nas maternidades do Projeto Nascer, Pernambuco, 2005.

Características	n	%
Faixa etária (n = 478)		
10-19	128	26,7
20-29	279	58,3
30 +	71	14,8
Raça/cor (n = 461)		
Branca	86	18,7
Preta	67	14,5
Parda	295	64,0
Amarela	11	2,4
Indígena	2	0,4
Situaçãoconjugal (n = 477)		
Solteiro	94	19,7
Companheiro/casado	374	78,4
Divorciado/separado	7	1,5
Viúva	2	0,4
Religião (n = 476)		
Católica	263	55,0
Evangélica	116	24,3
Espírita	4	0,8
Não tem	93	19,5
Outras	2	0,4
Trabalho remunerado (n = 478)		
Sim	122	25,5
Teve vínculo empregatício (n = 427)		
Sim	63	14,7
Número de cômodos no domicílio (n = 447)		
≤ 3	343	71,9
> 3	134	28,1
Presença de água no domicílio (n = 476)		
Sim	384	80,3
Anos completados de estudo (n = 463)		
≤ 10	361	78,0
> 10	102	22,0

Fonte: dados do estudo

A tabela 2 apresenta as características de vulnerabilidade individuais segundo aspectos reprodutivos, de conhecimento sobre a sífilis de hábitos e comportamentos.

Houve predominância do seguinte perfil, relacionado aos aspectos reprodutivos : tiveram a primeira relação sexual antes dos 19 anos (83,9%); engravidaram antes dos 19 anos (64,4%) e antes dos 14 anos (8,6%); tiveram menos de 3 gestações anteriores (79,6%).

O nível de conhecimento das gestantes sobre a sífilis, foi avaliado através de três perguntas. Informaram ter ouvido falar da sífilis (82,2%) e ter conhecimento sobre a transmissão da doença (54,9%). Quando solicitadas a mencionar, espontaneamente, sobre as formas de transmissão da sífilis, apenas 6,3% referiram a transmissão vertical, e 94,2 % referiram a relação sexual desprotegida. Foram ainda citadas como forma de transmissão conhecidas, transfusão de sangue infectado (19,3%), seringas e agulhas infectadas (8,1%).

Houve predominância do seguinte perfil, relacionado às características de hábitos e comportamentos: informaram já ter usado droga (5,4%); uso atual ou anterior de droga pelos parceiros sexuais (3,8%); ter tido até dois parceiros sexuais, nos últimos 5 anos (79,9%); usar preservativo nunca ou às vezes (78,8%). Informaram usar preservativos em todas as relações sexuais, 14,4 % das entrevistadas.

Tabela 2 - Características de vulnerabilidade individual, segundo aspectos reprodutivos, de conhecimentos sobre a sífilis, hábitos e comportamentos, em gestantes assistidas nas maternidades do Projeto Nascir, Pernambuco, 2005.

Características	n	%
Idade à 1ª. relação sexual (n = 399)		
≤ 19	335	83,9
>19	64	16,1
Idade à 1ª. gravidez (n = 405)		
≤ 14	35	8,6
15-19	223	55,8
> 19	144	35,6
Gravidez anterior (n = 472)		
Sim	287	60,4
Número de gestações anteriores (n = 472)		
≤3	228	79,6
>3	58	20,4
Ouviu falar da sífilis (n = 478)		
Sim	393	82,2
Conhecimento sobre a transmissão da sífilis (n = 406)		
Sim	223	54,9
Formas transmissão da doença (n= 223)		
Relação sexual desprotegida	210	94,2
Seringa e agulhas infectadas	18	8,1
Transmissão para o recém-nascido	14	6,3
Transfusão de sangue infectado	43	19,3
Beijos, abraços e carícias com pessoas infectadas	3	1,3
Compartilhamento de banheiro	5	2,2
Compartilhamento de copos, talheres e pratos	3	1,3
Uso pessoal de droga (n = 478)		
Sim	26	5,4
Uso de droga injetável pelo parceiro (n = 416)		
Sim	16	3,8
Número de parceiros sexuais em 5 anos (n = 468)		
1	264	56,4
2	110	23,5
≥ 3	94	20,0
Uso de preservativo (n = 403)		
Sempre	58	14,4
Frequentemente	27	6,7
Às vezes	202	50,0
Nunca	116	28,8

Fonte: dados do estudo

Utilizou-se, para avaliação das características de vulnerabilidade programáticas no pré-natal, uma amostra de 478 parturientes, incluindo-se as gestantes soropositivas para sífilis detectadas durante o atendimento ao parto. (Tabela 3)

Observaram-se os seguintes resultados: cobertura de pré-natal (95,8%); início do pré-natal até o primeiro trimestre de gestação (65,8%) e até o segundo (32,9 %); 6 ou mais consultas no pré-natal (59,8%).

Entre as gestantes que informaram ter conhecimento sobre a testagem, identificou-se menor proporção de testagem para sífilis (68,3%) do que para HIV (79,2%). Não sabem se foram testadas para sífilis, durante o pré-natal, 15,4% das gestantes e não sabem o resultado do teste realizado, 12,6% delas.

Os procedimentos clínico-obstétricos mínimos, e que devem ser pesquisados em todas as consultas de pré-natal foram realizados em geral, acima de 90% das vezes. Elevada proporção de mulheres referiu aferição da pressão arterial (97,4%), determinação da altura uterina (94,0%), aferição do peso (95,2%) e ausculta fetal (95,4%). A vacinação contra o tétano foi realizada em 94,7% das gestantes. O exame de mamas nunca foi realizado em 39,9 % das mulheres e a realização de citologia oncótica foi referida por 35,5% delas. A realização de 3 ou mais ultra-sonografias foi informada por 40,9% e não foi realizada em 5,3% das gestantes.

Os seguintes temas foram aconselhados em mais de 70% das gestantes, durante o pré-natal: manter uma alimentação saudável (80,8%), não fumar (78,1%), evitar bebidas alcoólicas (77,9%), importância da assiduidade às consultas (75,5%) e importância do aleitamento materno (74,5%). Foram temas menos frequentes: cuidados com o recém-nascido (62,2%), retorno à consulta de pós-parto (54,8%) e sinais iminentes do parto (51,7%). Temas relacionados à atividade sexual foram também aconselhados, com menor

frequência: aconselhamento para testagem da sífilis (66,8%), atividade sexual na gravidez (51,6%) e uso de métodos contraceptivos para prevenção de futura gravidez indesejada (50,4%).

Na auto-avaliação das gestantes, o pré-natal foi considerado como ótimo ou bom (79,3%). Referiram ter um pré-natal ruim, 4,0% das entrevistadas.

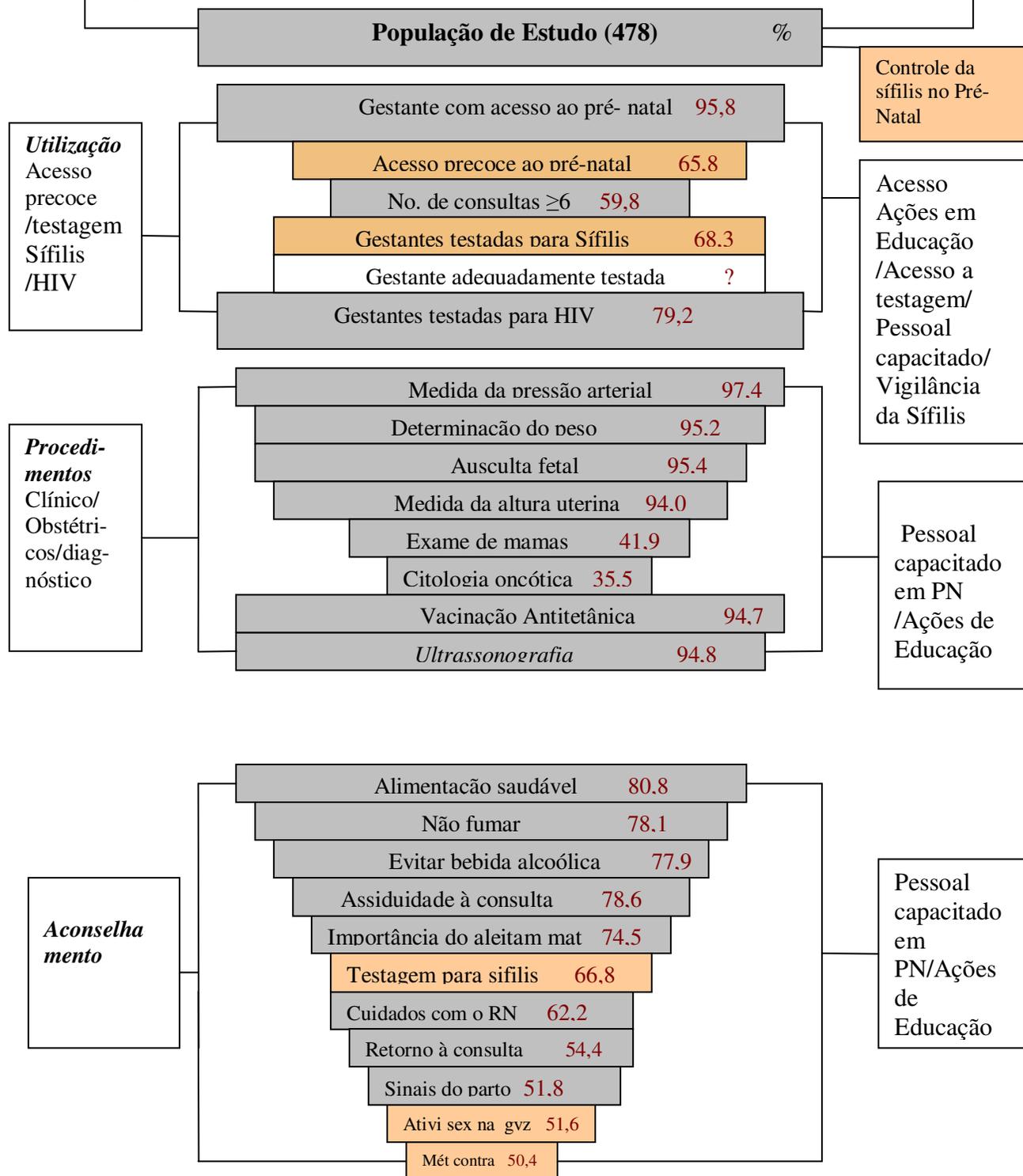
A figura 2 resume as atividades relacionadas ao pré-natal e às opções de intervenção para prevenir a perda de detecção e tratamento das gestantes com sífilis. Destacaram-se, em amarelo, as atividades de relevância na vigilância da SC no pré-natal, dentre elas o acesso precoce e a proporção de gestantes testadas. Em relação ao aconselhamento pelos profissionais de saúde, destacaram-se com a mesma cor, os temas relativos à sexualidade, reprodução e testagem para sífilis, os quais tiveram frequência de aconselhamento abaixo de 70%.

Tabela 3 – Características de vulnerabilidade programática durante o pré-natal, em gestantes assistidas em maternidades do Projeto Nascer, Pernambuco, 2005.

Utilização do Pré-Natal /Testagem	n	%
Realização do pré-natal (n=478)		
Sim	458	95,8
Início do Pré-Natal (n=456)		
1º. Tri	300	65,8
2º. Tri	150	32,9
3º. Tri	6	1,3
Número de consultas (n=453)		
≥ 6	182	59,8
<6	271	40,2
Testagem para Sífilis (n=457)		
Sim	310	68,3
Não	74	16,3
Não sabe	70	15,4
Sabe o resultado do teste para sífilis (n=310)		
Não	39	12,6
Testagem para HIV (n=457)		
Sim	362	79,2
Procedimentos clínico-obstétricos/axames		
Determinação do peso (n=445)	433	95,2
Medida da pressão arterial (n=458)	446	97,4
Ausculta fetal (n=452)	431	95,4
Medida da altura uterina (n=448)	421	94,0
Exame de mamas (n=441)		
Sempre	185	41,9
Às vezes	102	23,1
Nunca	154	39,9
Realização de citologia oncótica (n=451)	160	35,5
Vacinação contra o tétano (n= 496)	472	94,7
Realização de ultra-sonografia (n=475)		
1-2	256	53,9
3-5	178	37,5
>6	16	3,4
Não	25	5,3
Aconselhamento		
Assiduidade à consulta (n=440)	346	78,6
Aconselhamento para testagem de sífilis (n=452)	302	66,8
Manter alimentação saudável (n=458)	370	80,8
Não fumar (n=457)	357	78,1
Evitar bebidas alcoólicas (n=458)	357	77,9
Atividade Sexual na gravidez (n=457)	236	51,6
Importância do aleitamento materno (n=458)	341	74,4
Cuidados com o RN (n=458)	285	62,2
Uso de métodos contraceptivos (n=458)	231	50,4
Sinais de parto iminente (n=457)	237	51,8
Retorno para consulta pós parto (n=457)	251	54,9
Auto-avaliação do pré natal (n=457)		
Ótimo	147	32,2
Bom	225	47,1
Regular	66	13,8
Ruim	19	4,0

Fonte: dados do estudo

Figura 2 - Atividades relacionadas ao pré-natal e opções de intervenção, em gestantes assistidas em maternidade com o Projeto Nascer, Pernambuco, 2005.



Dentre as 478 entrevistadas, identificaram-se 17 gestantes soropositivas para sífilis, às quais denominamos de “casos” e para fins de vigilância, os 17 recém-nascidos, dessas mães, foram considerados casos de sífilis congênita, segundo definição atual do Ministério da Saúde. Identificou-se uma prevalência de 3,5% gestantes soropositivas para sífilis, na amostra estudada.

Os seguintes municípios foram identificados como locais de residência dessas gestantes (17): Recife (7), Jaboatão dos Guararapes (2), Ipojuca (2), Carpina (1), Moreno (1), Amaraji (1), Paulista (1), Garanhuns (1) e Olinda (1). As gestantes foram assistidas em maternidades do Recife, exceto uma delas, atendida em Garanhuns. Para a caracterização da vulnerabilidade social desses municípios, utilizou-se um conjunto de indicadores sócio-econômicos e indicadores de saúde selecionados. (Tabelas 4 e 5)

Dentre os indicadores, destacam-se: 66,6% dos municípios tem PIB *per capita* menor que o do estado; 55,5% deles tem IDH menor que o do estado; o estado de Pernambuco e 44% dos municípios têm índice de Gini maior que o do Brasil (0,61); baixa proporção de médicos exceto em Garanhuns e Recife; a proporção da população de 18 a 24 anos com menos de 8 anos de estudos, é maior do que a média do estado, em 44,4% dos municípios.

Tabela 4 - Perfil dos municípios selecionados, Pernambuco e Brasil, segundo indicadores sócio-econômicos, 2000-2006 – Percentual

Município	PIB <i>per capita</i> (R\$) 2004	IDH 2006	Índice de Gini 2000	Médico/ 1000 hab 2002	% pop de 18 -24 com < 8 anos escolaridade 2002	% Rede Geral de água 2000	% Rede Geral de esgoto 2000	% Linha Telefônica Instalada 2000	% Geladeira ou freezer 2000	% Micro- com- putador 2000	% Auto- Móvel 2000
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)
Amaraji	3.654,00	0,62	0,52	0,7	75,8	54,0	29,9	2,0	48,2	0,9	10,1
Carpina	4.072,00	0,72	0,67	1,5	54,9	83,2	1,3	23,2	78,3	3,2	17,4
Garanhuns	4.719,00	0,69	0,62	2,3	56,9	80,6	21,8	22,9	67,9	5,1	19,8
Ipojuca	43.251,00	0,66	0,55	1,6	66,6	51,4	22,1	6,2	75,6	1,3	8,3
Jaboatão	6.298,00	0,78	0,65	1,5	47,7	78,8	20,0	30,0	90,1	7,8	21,3
Moreno	3.972,00	0,69	0,51	1,5	60,0	75,9	13,6	6,8	75,1	1,2	11,1
Olinda	4.066,00	0,79	0,61	1,9	41,2	93,7	35,8	38,5	91,2	10,7	25,6
Paulista	3.481,00	0,62	0,56	1,2	75,5	92,6	48,0	31,6	93,9	7,9	25,5
Recife	9.604,00	0,80	0,68	6,8	40,1	88,5	41,1	44,1	90,9	15,7	31,1
Pernambuco	5.729,90	0,71	0,67	2,4	58,4	69,0	32,4	19,4	70,8	5,4	18,4
Brasil	9.728,80	0,77	⁵ 0,61	2,7	-	75,8	44,4	32,8	76,4	7,3	25,6

Fontes: PE\Condepe, municípios de Pernambuco (1); Datasus/MS PE e Br (1); PNUD-Atlas de Desenvolvimento Humano, Assistência Médico Sanitária (2) (3) (5) (8, 9, 10, 11 – Percentual de Pessoas em domicílio); MOG/IBGE (4) ; MS/Datasus (6) (7) Percentual de Moradores

No que se refere à existência de serviços básicos, a cobertura da rede de água é acima da média do estado, em 77,7% dos municípios e 63,7% dos municípios tem rede de esgoto, com cobertura populacional menor do que a média do estado. Pernambuco está abaixo da proporção nacional, em relação a todos os bens e serviços selecionados, e há uma grande diversidade entre os municípios estudados. (Tabela 4)

Em relação aos indicadores de nascimento, destacam-se os seguintes: todos os municípios apresentam proporção de gravidez, na adolescência, acima da média do estado (20,4%), exceto Paulista (20,3%); em 77,7% deles realizaram-se <6 consultas no pré-natal; a proporção de mães, com baixa escolaridade, é maior em Pernambuco do que no Brasil e em 33,3% dos municípios identificados. (Tabela 5).

Seis, dos nove municípios identificados, apresentam coeficientes de incidência de SC /1000 NV maior ou igual que a taxa média do estado (3,8), no período de 2002 a 2006: Ipojuca(12,5), Recife (9,7), Olinda (8,1), Amaraji (6,2), Jaboatão (4,3) e Paulista (4,0).

Em 2006, foram notificados ao SINAN 640 casos de SC, dos quais 56,9% concentram-se em três dos municípios identificados no estudo: Recife (40,2%), Jaboatão (9,7%) e Olinda (7,0%). Mais de 2/3 (65,9%) dos casos de SC notificados em 2006, são provenientes dos 9 municípios identificados no estudo.

Tabela 5 - Perfil dos municípios, Pernambuco e Brasil segundo alguns indicadores de nascimento/escolaridade e incidência de SC/1000 < 1 ano e proporção de casos informados ao SINAN.

Municípios Pernambuco Brasil	% de mães adolescentes (1) 2005	% de mães com baixa escolaridade (1) 2005	% de mães com < 6 consultas de pré-natal (1) 2005	% de prematu- ridade (1) 2005	% de baixo peso ao nasc (1) 2005	Incidência de SC /1000 < 1 ano(2) 2004-2006	% de casos de SC notificados (2) 2006
Amaraji	32,8	37,2	65,6	6,1	8,7	6,2	0,5
Carpina	24,1	16,4	54,3	5,4	5,9	2,4	0,0
Garanhuns	21,7	22,5	59,7	4,1	8,6	1,1	1,3
Ipojuca	32,9	18,0	67,3	6,7	7,5	12,5	3,0
Jaboatão	20,8	10,2	57,9	7,0	8,5	4,3	9,7
Moreno	25,2	21,4	43,2	5,8	8,9	2,8	0,5
Olinda	23,2	6,7	53,1	7,1	8,9	8,1	7,0
Paulista	20,3	6,4	52,5	6,7	8,6	4,0	3,3
Recife	23,9	6,6	48,4	7,9	9,2	9,7	40,2
Pernambuco	20,4	21,0	59,8	5,4	7,6	3,8	65,9
Brasil	21,8	13,4	45,6	6,6	8,1	-	-

Fonte: (1) MS\Datusus, 2005; (2) SES-PE, Coordenação Estadual DST/AIDS, 2004-2006

Utilizou-se, para compor o perfil de vulnerabilidade individual das mulheres soropositivas para sífilis, as variáveis sócio-econômicas e biológicas, características reprodutivas, de hábitos e comportamentos, e de conhecimentos relacionados à transmissão da SC. (Tabelas 6 e 7). A idade média das gestantes identificada foi 25 anos, variando de 16 a 42 anos. Mostraram o seguinte perfil predominante: menos de 10 anos de estudo (88,2%); cor preta ou parda (82,4%); casadas ou viviam com companheiros (76,5%); renda individual, mensal, menor que R\$ 300, 00 (100,00%), sendo que 10 delas (58,8%) informaram não ter renda individual e 2 (11,8%) informaram ter renda mensal, individual, de R\$ 15,00; referiram não ter trabalho remunerado 15 (88,2%) e não ter tido vínculo empregatício anterior ou atual 14 (82,3%); viviam em casas com menos de 3 cômodos (76,5%), servidas por abastecimento de água (70,6%). (Tabela 6)

Tabela 6 - Características de vulnerabilidade individual, segundo aspectos sócio-econômicos e biológicos, em gestantes soropositivas para sífilis, assistidas nas maternidades do Projeto Nascero, Pernambuco, 2005.

Características (n=17)	n	%
Faixa etária (anos)		
10-19	2	11,8
20-29	12	70,6
30 +	3	17,6
Cor da pele		
Branca	3	17,6
Preta	2	11,8
Parda	12	70,6
Sit.conjugal		
Solteiro	3	17,6
Comp/casado	13	76,5
Viúva	1	5,9
Religião		
Católica	10	58,9
Evangélica	4	23,5
Não tem	3	17,6
Trabalho remunerado atual		
Não	15	88,2
Teve vínculo empregatício		
Não	14	82,3
Renda individual (*)		
≤ R\$ 300,00	17	100
Número de cômodos no domicílio		
≤ 3	13	76,5
> 3	4	23,5
Presença de água encanada no domicílio		
Sim	12	70,6
Anos completados de estudo		
≤ 10	15	88,2
> 10	2	11,8

Fonte: dados do estudo

* Equivalente a um salário mínimo ou 124 dólares, à época do estudo

Avaliou-se no estudo, a vulnerabilidade individual relacionada a aspectos cognitivos e comportamentais associados à infecção pelo *T pallidum*, quantificando-se o grau de conhecimento das gestantes sobre a sífilis. (Tabela 7).

Informaram ter ouvido falar da sífilis, 17 (100%) e ter conhecimento sobre a transmissão da doença, 12 (70,6%). Quando solicitadas a mencionar, espontaneamente, quais as formas de transmissão da doença que conheciam, informaram: relação sexual desprotegida 11 (91,7%) e através de transfusão com sangue contaminado 1 (8,3%). A

transmissão vertical da sífilis não foi reconhecida por nenhuma das mulheres e cinco delas desconheciam alguma forma de transmissão da SC.

A vulnerabilidade individual, relacionada a aspectos comportamentais, foi avaliada através dos seguintes aspectos: uso pessoal de drogas, informado por 2 das gestantes (11,8%); uso de droga injetável pelos parceiros, em 3 (17,6%); um ou dois parceiros sexuais nos últimos cinco anos, 10 (58,8%); nunca usar preservativos nas relações sexuais, 7 (41,2%) e usar preservativos sempre, 3 (17,6%).

Tabela 7 - Características de vulnerabilidade individual relacionadas a aspectos reprodutivos, de conhecimentos sobre a sífilis, hábitos e comportamentos, em gestantes soropositivas para sífilis, assistidas em maternidade do Projeto Nascir, Pernambuco, 2005.

Características (n=17)	n	%
Idade à 1ª relação sexual		
≤ 19	15	88,2
>19	2	11,8
Idade à 1ª gravidez		
≤ 14	2	11,8
15-19	10	58,8
> 19	5	29,4
Gravidez anterior		
Sim	13	76,5
Não	4	23,5
Número de gestações anteriores		
≤3	12	70,6
>3	5	29,4
Ouviu falar da sífilis		
Sim	17	100,0
Tem conhecimento sobre transmissão da doença		
Sim	12	70,6
Formas de Transmissão que conhece (n=12)		
Relação sexual desprotegida	11	91,7
Transfusão de sangue infectado	1	8,3
Uso pessoal de droga		
Sim	2	11,8
Uso de drogas injetáveis pelo parceiro		
Sim	3	17,6
Número de parceiros sexuais em 5 anos		
1	7	41,2
2	3	17,6
≥ 3	7	41,2
Uso de preservativo		
Nunca	7	41,2
Às vezes	6	35,3
Sempre	3	17,6
Sem informação	1	5,9

Fonte: dados do estudo

Avaliou-se a vulnerabilidade programática mediante duas dimensões: relacionada à assistência Pré-natal e ao manejo clínico hospitalar/procedimentos de vigilância (Tabelas 8 e 9)

As características, relacionadas ao pré-natal desses “casos” de sífilis, foram: realizaram pré-natal 14 (82,3%); iniciaram o pré-natal até o terceiro mês, 11 (78,6%); realizaram seis ou mais consultas, 06 (42,8%); foram aconselhadas para a testagem de sífilis, 11 (64,7%); realizaram a testagem para sífilis, 13 (76,5 %). (Tabela 8)

Não realizaram pré-natal, 3 dos “casos”, e os motivos alegados foram: “teve preguiça, falta de paciência e acesso difícil”. Um dos 17 “casos” de sífilis, não sabia ter sido testada para sífilis no pré-natal, e um, dos 13 “casos” testados durante o pré-natal, desconhecia o resultado do exame.

Informaram ter realizado tratamento, 5 dos 6 “casos” (83,3%) identificados durante o pré-natal. O motivo do não tratamento de um dos “casos” foi a recusa dos profissionais de saúde em aplicar a “injeção de benzatina” (segundo informação) e que o não tratamento do companheiro deveu-se ao mesmo motivo. O tratamento dos parceiros foi realizado em 3 (50,0%), dos “casos” de sífilis identificados durante o pré-natal.

Tabela 8 - Características de vulnerabilidade programática, relacionadas ao pré-natal em gestantes soropositivas para sífilis, assistidas em maternidade do Projeto Nascir, Pernambuco, 2005.

Características do pré-natal	n	%
Realização n=17		
Sim	14	82,3
Início n=14		
1º. Trimestre	11	78,6
2º. Trimestre	03	21,4
Número de consultas n=14		
< 6	08	57,2
≥ 6	06	42,8
Aconselhamento para sífilis n= 17		
Sim	11	64,7
Não	3	17,6
Sem Informação	3	17,6
Testagem para Sífilis n=17		
Sim	13	76,5
Não	3	17,6
Não sabe	1	5,9
Resultado da testagem para sífilis n=13		
Positivo	6	46,1
Negativo	6	46,1
Não sabe	1	7,8
Tratamento da gestante n=6		
Sim	5	83,3
Tratamento do parceiro n=6		
Sim	3	50,0
Testagem para HIV n= 17		
Sim	12	70,6

Fonte: dados do estudo

Durante a internação nos hospitais do estudo, realizaram testagem 17 (100%) dos “casos”. A testagem ao parto identificou 9 (52,9%) casos de mulheres soropositivas, não identificadas durante o pré-natal, que podem ser considerados “ganhos” de detecção atribuídos à testagem suplementar ao parto, conforme pode-se observar no quadro 5.

Quadro 5 – Características das condições de testagem e tratamento durante o pré-natal e parto, em gestantes soropositivas para sífilis, assistidas em maternidade do Projeto Nascer, Pernambuco, 2005.

Condição no pré-natal	Condição no parto	n=12	Resultado *
Testada, resultado negativo, não tratada	Testada, resultado positivo, tratada	6	Incremento
Testada, resultado positivo, não tratada	Testada, resultado positivo, tratada	1	Incremento
Não testada, não informado resultado nem tratamento	Testada, resultado positivo, tratada	2	Incremento
Testada, resultado positivo, tratamento	Testada, resultado positivo, tratada	3	Retratada

* Inconclusivo para 05 dos “casos”, por insuficiência de informação.

O rastreamento da notificação dos casos, no SINAN, identificou 11 dos 17 casos de sífilis congênita. Seis de 17 casos (35,3%), não foram notificados ao sistema de informação, o que do ponto de vista da vigilância da SC, reduz para 3 o incremento favorecido pela estratégia do projeto nascer.

O manejo clínico dos “casos” apresenta as seguintes características: portavam cartão de pré-natal à admissão 12 (70,6%) e 5, dentre eles (41,7%), tinham seus cartões de pré-natal afixados no prontuário; testadas à admissão, 10 (58,8%); havia registro de tratamento, em 14 (82,3%) e todos foram tratados de acordo com as normas preconizadas pelo Ministério da Saúde; havia registro de encaminhamento para serviços de seguimento em 5 “casos” e recém nascidos (29,4%), todos direcionados ao serviço de egressos (SAE) do CISAM. Um dos “casos” referenciados, residia em Ipojuca e os demais, em Recife.

A tabela 9 apresenta as características de vulnerabilidade programática relacionadas ao manejo clínico das gestantes soropositivas ao parto e respectivos recém nascidos.

Quanto ao manejo clínico dos casos de sífilis congênita identificou-se: eram assintomáticos 15 (88,3%); não apresentavam malformação congênita 16 (94,1 %); foram testados para sífilis 16 (94,1%); tiveram títulos reagentes para sífilis 9 (52,9 %); realizaram

Raio X de ossos longos 6 (35,3%) e testagem para sífilis em líquido 12 (70,6%); foram adequadamente tratados 14 (82,3%) e encaminhados para seguimento 5 (29,4 %).

Os procedimentos de vigilância relacionados à prevenção e controle da SC apresentaram as seguintes características: houve informação sobre rastreamento do parceiro em 4 (23,5%); houve registro da notificação do caso em 8 (47,0%) para ambos, puérperas e recém-nascidos.

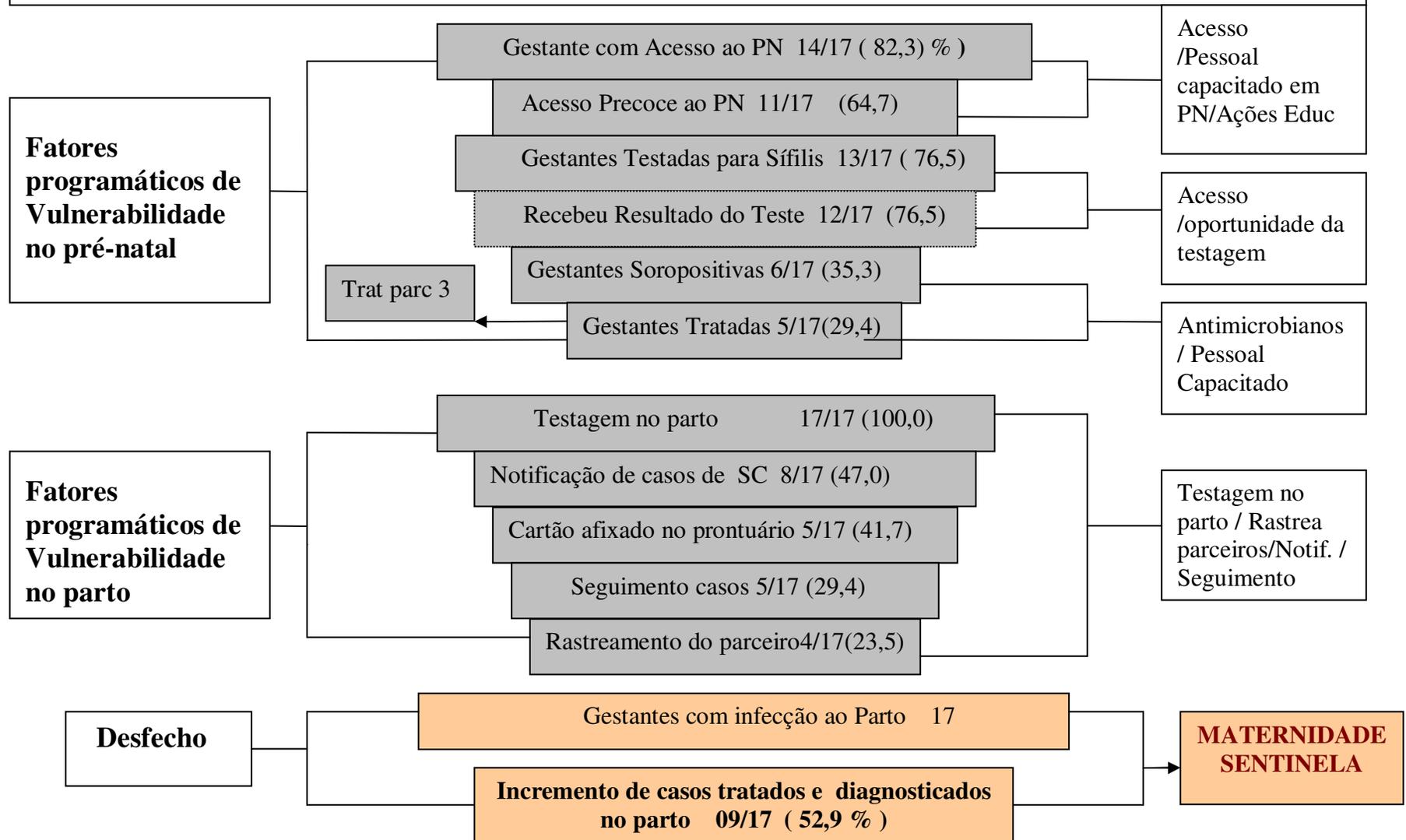
A figura 3 resume as opções de intervenção relacionadas aos fatores de vulnerabilidade programática e barreiras de controle na sífilis congênita. Foram destacados, em laranja, o desfecho identificado (17 gestantes com infecção ao parto) e o incremento de casos recuperados para diagnóstico e tratamento, favorecidos pela estratégia do Projeto Nascer (52,9 %).

Tabela 9 - Características de vulnerabilidade programática relacionadas ao manejo clínico em gestantes e recém-nascidos soropositivos para sífilis e procedimentos de vigilância, em mulheres assistidas em maternidade do Projeto Nascir, Pernambuco, 2005.

Características de manejo clínico das gestantes e recém nascidos soropositivos para sífilis e procedimentos de vigilância.	n	%
Manejo Clínico de gestantes soropositivas		
<i>Portava cartão de pré-natal à admissão n=17</i>		
Sim	12	70,6
Não	1	5,9
Não informado	3	17,6
Não tem cartão	1	5,9
<i>Cartão de pré-natal afixado no prontuário n=12</i>		
Sim	5	41,7
<i>Testagem nas gestantes n=17</i>		
Pré-parto	10	58,8
Pós-parto	07	41,2
<i>Tratamento nas gestantes n=17</i>		
Sim	14	82,3
Sem informação	3	17,6
<i>Tratamento adequado da gestante n=17</i>		
Sim	14	82,3
Sem informação	3	17,6
<i>Encaminhado para seguimento n=17</i>		
Sim	5	29,4
Manejo clínico dos casos de SC n=17		
<i>RN Sintomático</i>	02	11,8
<i>Presença de malformação</i>	1	5,9
<i>Testagem para sífilis n=17</i>		
Sim	16	94,1
Não informado	1	5,9
Título		
Positivo	9	52,9
Não reagente	5	29,4
Não informado	3	17,6
<i>Tratamento no RN n=17</i>		
Sim	14	82,3
Sem informação	3	17,6
<i>Tratamento adequado do RN</i>		
Sim	14	82,3
Não informado	3	17,6
<i>Exames complementares do RN n=17</i>		
Realizou Rx de ossos longos	6	35,3
Realizou testagem de líquido	12	70,6
Procedimentos de vigilância		
<i>Rastreamento do parceiro</i>		
Sim	4	23,5
Não	7	41,2
Não informado	6	35,3
<i>Notificação</i>		
<i>Gestante</i>		
Sim	8	47,0
Não	3	17,6
Não informado	6	35,3
<i>RN</i>		
Sim	8	47,0
Não	3	17,6
Não informado	6	36,3

Fonte: dados do estudo

Figura 3- Opções de intervenção relacionadas a fatores de vulnerabilidade programática e barreiras de controle na sífilis congênita (%), em mulheres assistidas em maternidades com Projeto Nascir, Pernambuco,2005.



Adaptado do The Global Elimination of Congenital Syphilis Rationale and Strategy for Action – WHO, 2007

6 DISCUSSÃO

A discussão desse estudo toma por base o referencial teórico da vulnerabilidade, entendendo-se que, a exemplo da AIDS, a sífilis apresenta uma complexa rede de causalidade, justificando-se uma abordagem que extrapole o conceito de risco. O simples uso de testes de hipóteses de associação causal, são por vezes, insuficientes para construir respostas e orientar práticas de saúde.^{48,49,50}

A partir da década de 80, alguns estudos sobre AIDS no Brasil, tem incorporado dimensões sociais, políticas, econômicas e culturais, não mais se restringindo a enfoques centrados na informação e na responsabilização individual das pessoas⁵⁰. A vulnerabilidade é definida Ayres, não como uma essência ou algo inerente apenas a algumas pessoas ou grupos, mas está relacionada a determinadas circunstâncias e condições sociais, que podem ser revertidas e minimizadas nos planos sociais, institucionais e individuais.

A opção pelo uso do conceito de vulnerabilidade em SC, considera a atual tendência da epidemia de AIDS no Brasil, que aponta um avanço da infecção pelo HIV⁶⁸ entre camadas da população de baixo *status* sócio-econômico, mulheres adolescentes e jovens de 13 a 19 anos, com base em série histórica de 1998 a 2004, sugerindo uma aproximação com os grupos populacionais descritos como de maior suscetibilidade ao *T Pallidum*.

Em Pernambuco, os ganhos relativos à organização e hierarquização dos serviços de saúde, parecem ter sido insuficientes para promover uma redução na carga da sífilis materna e congênita. A aplicação do conceito de vulnerabilidade ao modelo de causalidade da SC, pode vir a favorecer a identificação de determinantes chaves e barreiras, que possam estar impedindo a redução dos índices de infecção.

Optou-se por discutir, inicialmente, os fatores de vulnerabilidade individuais e programáticos relacionados à morbimortalidade da SC, a partir da caracterização das 478 mulheres estudadas.

As maternidades incluídas no estudo são em sua maioria, unidades hospitalares de referência para vários municípios, e em 2004 atenderam 33,0 % dos partos no estado, o que torna relevantes alguns dos resultados encontrados.

Identificou-se uma prevalência de 3,5% gestantes soropositivas ao parto, numa amostra de 478 mulheres assistidas, sugestivo de elevada prevalência comunitária de sífilis infecção entre adultos jovens nos municípios do estudo. Considera-se uma prevalência elevada, quando comparada ao Brasil (1,6 %) e região nordeste (1,9 %), em 2004⁷⁰. É superior à prevalência encontrada em estudo multicêntrico para estados do Brasil, em 1999 a 2000 (1,7%); e em estudo de base hospitalar em Caxias do Sul (1,8 %), no período de 1998 a 2002.⁴⁵

A elevada soroprevalência de sífilis detectada em gestantes, é provavelmente, potencializada pelo perfil de vulnerabilidade individual das mesmas. Vários autores^{59,71,72} discutem a aplicação do conceito de vulnerabilidade na área da saúde e associam algumas características sócio-econômicas dos indivíduos ao risco elevado para algumas doenças. Esses autores consideram que o conceito de vulnerabilidade amplia o enfoque da causalidade individual, relacionando o risco com exclusão social de grupos, o que os tornaria enfraquecidos em suas capacidades de reação e mais facilmente suscetíveis a agravos em saúde.

Analisaram-se as características de vulnerabilidade individual das mulheres que compõe a amostra, segundo aspectos sócio-econômico e biológico e identificou-se um perfil de exclusão individual e social semelhante ao descrito por esses autores. A idade materna média encontrada foi 23,5 anos (dp=5,7), variando de 12 a 43 anos, destacando-se a elevada proporção de gravidez na faixa etária de 10 a 19 anos (64,4%). Além de jovens, as mulheres apresentavam

como características comuns a baixa escolaridade (78,0%), cor preta ou parda (78,5%), não ter trabalho remunerado (74,5%) nem vínculo empregatício anterior ou atual (85,2%), e viver em casas com menos de 3 cômodos (71,9%).

Alguns autores confirmam a associação da sífilis em gestantes com pobreza, infecção pelo HIV, abuso de drogas e subutilização dos serviços de saúde, além dos fatores de risco individuais descritos (idade, história de prematuridade, baixa escolaridade, multiplicidade de parceiros, baixa percepção de risco relativa às DST).^{9,10,12}

Dentre os fatores de vulnerabilidade individual, identificados nesse estudo, a baixa escolaridade das mulheres merece um destaque. Relatórios da CEPAL estimam em 5,2 a média de anos de escolaridade na América Latina e Caribe, metade do necessário para que a educação possa cumprir um papel significativo na redução da pobreza, estimado pelos estudos em 10 anos de escolaridade.⁷³

O conceito de *health literacy* tem sido utilizado como preditor de risco, para algumas doenças, e reforça ainda mais, a importância da baixa escolaridade identificada no perfil de vulnerabilidade das mulheres estudadas. *Health literacy* é definida como a capacidade de obter, processar e entender as informações em saúde e usar essa informação para tomar decisões apropriadas em relação à sua própria saúde⁶⁰. Realizado em 2006, o estudo identificou que apenas 12% da população adulta, nos Estados Unidos, têm compreensão adequada, relacionada às questões de saúde. Utilizaram-se testes em serviços de saúde e identificaram-se como fatores de risco relacionados à habilidade de compreender informações, idade, etnia, grupo racial, nível educacional, linguagem e fatores sócio-econômicos. A limitada capacidade de compreensão, em saúde, foi o fator isolado mais fortemente associado a uma variedade de efeitos adversos na saúde, dentre eles a adoção de medidas de prevenção em várias condições de saúde como asma, cardiopatias, hipertensão arterial, diabetes e infecção pelo HIV.

Silva e Andrade, em abordagens utilizando terapia comunitária, reconhecem uma desvantagem familiar, além de individual. Identificam que a família contemporânea brasileira vem sofrendo, nos últimos anos, mudanças profundas em seu modelo de organização, gerando insegurança da mulher no mercado de trabalho, aumento de separações conjugais, uniões não formalizadas e famílias chefiadas por mulheres, o que repercute no grau de vulnerabilidade às DST e no abuso de drogas ilícitas.^{74,75}

No presente estudo, predominaram mulheres que nunca tiveram vínculo empregatício anterior e nem trabalho remunerado, o que eleva as chances de pertencerem às famílias com as características de vulnerabilidade já mencionadas pelos autores citados.

Perfil semelhante foi identificado por Braga, em estudo realizado com 9633 puérperas no Rio de Janeiro, que constatou uma persistente situação desfavorável em mulheres de pele preta ou parda, que são, na maioria, adolescentes com baixa escolaridade e sem trabalho remunerado, caracterizando uma dupla discriminação, a educacional e a racial.⁷⁶

Analisaram-se as características individuais, relacionadas a aspectos reprodutivos, de conhecimento, hábitos e comportamentos de interesse na transmissão da SC. Identificou-se, igualmente, um elevado grau de vulnerabilidade individual. Dentre as características reprodutivas são relevantes a predominância de iniciação sexual e de primeira gravidez, em mulheres com idade inferior a 19 anos (83,9% e 55,8 % respectivamente), caracterizando gravidez na adolescência (10-19 anos). Engravidaram antes dos 14 anos, 8,6 % das gestantes, confirmando-se a iniciação sexual e gravidez precoces.

Padrão semelhante de gravidez em adolescente, foi demonstrado em estudo multicêntrico (1999 a 2000, com 3233 puérperas)³⁹, onde 8,6 % das entrevistadas informou gravidez antes dos 14 anos, fator identificado como fortemente associado à positividade do

VDRL. A associação mostrou-se, igualmente significativa, para gravidez entre 15 e 19 anos. São amplamente descritos na literatura, a associação entre gravidez na adolescência e maior risco para DST, sífilis materna e início tardio do pré-natal ^{50, 51,66}, fechando-se o círculo de vulnerabilidades e reforçando a gravidez, na adolescência, como um marcador importante de maior suscetibilidade à infecção pelo *T pallidum*.

Dentre os fatores relevantes de causalidade na SC, a gravidez na adolescência requer uma análise mais ampla do que a individual e programática. Segundo estudos, estaria relacionada a um conjunto de fatores favorecidos por mudanças importantes no comportamento sexual e social da população jovem, dentre eles baixa escolaridade, deficiente vínculo com os pais, antecipação da menarca, menor controle das famílias sobre os adolescentes e exploração da sexualidade pela mídia. Concorre para reduzir a perspectiva de inserção dos jovens no mercado de trabalho e no acesso a bens e serviços, reforçando a vulnerabilidade social das famílias, por onerá-las com a manutenção dos filhos desses adolescentes, além de condená-los a se tornarem chefes de família precoces, num círculo vicioso de pobreza.^{76,77,78,79}

Em relação às características de hábitos e comportamento, usar preservativos, nunca ou às vezes (78,8%), foi predominante e se constitui uma prática sexual desprotegida e um comportamento de risco associado às DST. Apenas 14,4% das entrevistadas informaram usar preservativo em todas as relações sexuais, o que pode ser considerado um fator associado ao baixo reconhecimento da suscetibilidade à sífilis e limitada capacidade de modificação de comportamentos de risco, uma vez que 94,2% delas reconheceram como forma de transmissão da sífilis, a relação sexual desprotegida.

Um outro ponto crítico identificado, foi o baixo reconhecimento sobre a transmissão vertical da sífilis, informado pelas gestantes (6,3 %). Considera-se este achado um importante

determinante individual desfavorável à prevenção da infecção entre recém-nascidos. A deficiente informação sobre a transmissão da sífilis e sua repercussão sobre o feto podem ser minimizadas através de ações de educação em saúde e aconselhamento dos profissionais, porém inter-relacionam-se com a limitada capacidade de compreensão em saúde, sugerida pela predominância de mulheres com baixa escolaridade.

Estudos identificam maior dificuldade das mulheres jovens e de menor status sócio-econômico em negociarem o uso de preservativo com seus parceiros, sendo inclusive, em alguns casos, estimuladas pelos próprios pais a se relacionarem com homens de mais idade, com o propósito de manterem relacionamentos estáveis que minimizem as carências econômicas da família e transfiram as responsabilidades com a manutenção das adolescentes.^{76,78,79}

Identificou-se que apesar de elevada proporção de mulheres já terem ouvido falar da sífilis (82,2%) e informar conhecimentos sobre a transmissão da doença (54,9 %), apenas 6,3 % delas reconheceram a transmissão vertical como uma das formas de transmissão na SC. A deficiente percepção da transmissão da doença para o recém-nascido é um importante determinante individual desfavorável à prevenção da infecção entre recém nascidos e sugere que para esse grupo de mulheres a sífilis não se constitui um problema. Baixa percepção sobre a doença pode ser minimizada mediante ações de educação em saúde e aconselhamento. Entretanto, a baixa escolaridade das gestantes permanece como um fator limitante.

Segundo Hawkes, não levar em conta a perspectiva das diferentes partes interessadas no controle da SC, pode ser o principal motivo para a não existência de intervenções funcionais e sustentáveis⁴⁶. Dentre as partes interessadas, a autora inclui as grávidas, famílias e comunidades e chama a atenção para a discrepância entre a prevalência da doença e a percepção da comunidade. Identifica, como obstáculo ao controle da SC, a baixa percepção das grávidas

sobre a sífilis, que não a reconhecem como um problema e como uma doença a ser tratada. Cita que durante grupos focais realizados na África, gestantes nunca tinham ouvido falar na sífilis, não sabiam que era transmissível e tratável; refere estudo no Texas (1999), no qual identificou-se que ¼ das grávidas não sabiam se a doença era curável.

Fatores ambientais (macro sociais) e o comportamento individual têm sido descritos em estudos, como responsáveis por cerca de 70% das mortes prematuras⁸⁰. Juan Samaja sugere um modelo saúde-doença-cuidado⁵⁷ onde relaciona saúde e condições de vida, tomando por base matrizes de reprodução social, onde os problemas são hierarquizados, segundo fatores ecológico-políticos, econômicos, da consciência e conduta, e da reprodução biológica, com pesos diferentes e de acordo com o modelo de causalidade do agravo.

O perfil de vulnerabilidade individual identificado neste estudo, é sugestivo de risco aumentado para a infecção pelo *T pallidum*. A vigilância e busca ativa de gestantes com esse perfil, pode ser útil como marcador em áreas “silenciosas” e de baixa prevalência da sífilis. As características de vulnerabilidade programática foram igualmente analisadas para o conjunto da amostra do estudo, com base na atenção pré-natal prestada durante a gestação atual das entrevistadas.

A assistência pré-natal, demanda tempo e outros investimentos da mulher, dos profissionais e de organizações que se dedicam à oferta desse cuidado, sendo utilizada como um indicador de boa prática, assim como uma medida de qualidade de cuidados clínicos e de saúde pública³⁹. A avaliação do pré-natal, realizada neste estudo, teve como foco a redução da SC, sem perder de vista, porém, que a qualidade da assistência no pré-natal e no parto reflete no perfil da mortalidade dos neonatos, demonstrado em estudo de coorte de nascidos-vivos no IMIP, para o período de 2001 a 2003.⁸¹

Considera-se que a redução da carga da SC depende do aumento do acesso das gestantes aos serviços de pré-natal, identificado pela OMS, como o pilar número um da meta mundial de eliminação⁴. Segundo ainda essa organização, o rastreamento da sífilis, seguido do tratamento das gestantes e do parceiro infectado, são a base da implementação da vigilância da sífilis, complementados pelo monitoramento e avaliação dos programas.

Recentes pesquisas confirmam, mais uma vez, a importância decisiva do acesso precoce das gestantes ao pré-natal⁴³. Segundo Berman, conhece-se hoje a descrição precisa sobre a infecção fetal e a idade gestacional relacionada à morte fetal secundária à sífilis. Com base nestes achados, sugere o autor que os esforços programáticos para impedir a morte fetal devem se concentrar em fornecer tratamento às mulheres soropositivas antes do primeiro trimestre de gravidez.

Identificou-se neste estudo, uma cobertura de pré-natal de 95,8%, maior do que a meta proposta pela OMS (90 %), porém com acesso tardio das gestantes (34,2 % após o primeiro trimestre de gravidez) e baixa concentração de consultas (59,8 % com menos de 6 consultas). O acesso tardio ao pré-natal constitui-se um relevante fator de vulnerabilidade programática e pode ser minimizado com estratégias de busca ativa de gestantes no âmbito da rede básica de serviços.

O seguinte ponto de relevância programática avaliado foi o acesso à testagem, identificado pela OMS⁴ como o segundo nível de barreira na prevenção da sífilis congênita e está associado à precocidade e efetividade do tratamento da sífilis materna. O rastreamento sorológico é a intervenção recomendada e a meta proposta para eliminação mundial da SC é a testagem, em pelo menos, 90 % das gestantes.

Evidenciou-se no estudo, que 68,3% das gestantes realizaram testagem sorológica para sífilis, contra 79,2% testadas para a detecção de HIV. Destaca-se que 15,4 % das gestantes não

sabiam se haviam sido testadas para sífilis durante o pré-natal, e dentre as que informaram a testagem, 12,5% desconheciam o resultado do exame. Estes resultados, sugerem prováveis deficiências no fluxo de exames, baixa adesão dos profissionais às normas, além de insuficiente percepção das gestantes em relação à vulnerabilidade à sífilis. Segundo Hawkes, a identificação da percepção das usuárias, mediante entrevistas sistemáticas, é cada vez mais utilizada como um dos elementos-chaves a ser considerado nas estratégias de eliminação da SC.⁴⁶

Identificaram-se falhas nas ações programáticas de vigilância da SC no pré-natal e em particular, no aconselhamento para testagem. Maior testagem para HIV do que para sífilis é um dado significativo e pode estar relacionado à baixa prioridade e adesão dos profissionais às normas de vigilância e manejo da sífilis no PN. Deficiente avaliação e monitoramento do pré-natal por parte dos gestores e gerentes de programas podem estar contribuindo para a baixa testagem da sífilis.

A insuficiente testagem identificada torna-se mais relevante quando contrastado com o elevado percentual de mulheres (98,7%) que tiveram acesso ao pré-natal até o segundo trimestre da gravidez, portanto em tempo hábil para a realização de pelo menos uma testagem e tratamento das gestantes soropositivas e parceiros, evitando-se reinfecção e óbitos fetais. Os resultados permitem sugerir que o pré-natal realizado nos municípios do estudo, apesar da boa cobertura, favorecem a perda de detecção das gestantes infectadas, reduzindo assim a efetividade do cuidado pré-natal e impedindo o desfecho de interesse – a redução da sífilis congênita.

Quanto aos procedimentos clínico-obstétricos recomendados no pré-natal, avaliou-se que, em geral, mostraram-se parcialmente adequados (realizados em 90% das gestantes), adequado para a vacinação contra o tétano (94,7%) e inadequado para a realização de citologia oncológica (35,5%) e exame de mamas (41,9%).

Dentre as atividades de aconselhamento identificaram-se como ponto relevante de vulnerabilidade programática, os temas relacionados a atividade sexual na gravidez (51,6%) e uso de método contraceptivos para evitar futura gravidez (50,4%). Ambos foram temas negligenciados e caracterizam oportunidades perdidas de prevenção das DST. Foram igualmente insuficientemente aconselhados: aleitamento materno (74,4%), cuidados com o recém-nascido (62,2%), retorno à consulta de pós-parto (54,9%), sinais iminentes do parto (51,8%) e assiduidade à consulta (78,6%).

A percepção das usuárias sobre o pré-natal, foi avaliada como um indicador indireto da qualidade do mesmo. Elevada proporção de mulheres fez uma avaliação enquanto ótimo/bom (79,3 %), mesmo diante de deficiências da baixa testagem para sífilis, sugerindo que a dimensão técnico-científico não está sendo considerada no julgamento das mesmas, reforçando a hipótese de baixo reconhecimento da SC.

A figura 1 resume os pontos críticos de vulnerabilidade programática no pré-natal, relacionando-os com intervenções que favoreçam a redução da SC. O baixo acesso à testagem é um relevante ponto de vulnerabilidade programática, sugerindo a necessidade de reforçar a capacitação dos profissionais nas ações de vigilância e controle da sífilis. O acesso às ações de educação em saúde, pelas gestantes, poderia minimizar o baixo reconhecimento da SC como uma doença grave e que pode ser transmitida aos recém-nascidos. Identifica-se a necessidade de prover uma melhora na qualidade dos serviços de atenção pré-natal nos municípios do estudo. A análise da figura permite sugerir que coexistem uma boa condição de acesso e uma baixa qualidade da assistência pré-natal prestada, notadamente em relação as atividades de prevenção e controle da SC, o que aponta a necessidade de adequação do treinamento em manejo da sífilis no pré-natal.

A análise dos “casos” possibilitou identificar determinantes de vulnerabilidade relacionados à transmissão da sífilis congênita, analisados simultaneamente, em relação ao pré-natal, manejo hospitalar e ações de vigilância da SC. Utilizou-se para caracterizar a vulnerabilidade social, um conjunto de indicadores sociais dos municípios de residência dos “casos”, que representam no modelo de causalidade da sífilis, os condicionantes distais.

Caracterizou-se o perfil epidemiológico da SC nos municípios de residência das gestantes soropositivas, utilizando-se a média da incidência da SC/1000 <1 ano, no período de 2004 a 2006 e a proporção de casos informados no ano de 2006.²⁶ Seis, dentre nove municípios, apresentaram coeficientes médios de incidência acima da taxa do Brasil em 2004 (1,8/1000 < NV) e do estado (3,8/1000 < 1 ano), no período de 2004 a 2006: Ipojuca (12,5), Recife (9,7), Olinda (8,1), Amaraji (6,2), Jaboatão dos Guararapes (4,3) e Paulista (4,0). Estes municípios, estão classificados no Plano Estadual para Redução da Transmissão da Sífilis²⁸ como prioritários, para os quais se propõe uma meta de redução de 30% dos casos de SC, até 2009. Garanhuns (1,1), Carpina (2,4) e Moreno (2,8) apresentam taxas inferiores à do estado. Dos 640 casos de SC informados ao SINAN, em 2006, 56,9% são provenientes dos municípios de Recife (40,2%), Jaboatão (9,7 %) e Olinda (7,0%). Mais de 2/3 (65,9%) dos casos notificados, tiveram origem nos 9 municípios identificados.

Tal padrão de incidência, sequer permite classificar a sífilis congênita como um evento sentinela, tal a sua magnitude, e é sugestivo de transmissão comunitária mantida e elevada ocorrência de infecção pelo *T pallidum*, entre mulheres em idade fértil. Semelhante padrão foi descrito no município do Rio de Janeiro, pelos estudos que avaliaram as campanhas de eliminação da sífilis implementadas nesse estado.⁸²

Dentre os indicadores sócio-econômicos e indicadores selecionados de saúde, destacam-se as seguintes proporções de municípios, quando comparados com a média do estado: tem PIB

per capita menor que o do estado, (66,6%); IDH menor do que a média do estado de Pernambuco, (55,5%); o estado e 44% dos municípios, tem índice de Gini maior que o do Brasil (0,61); a proporção da população de 18 a 24 anos, com menos de 8 anos de estudos, é maior que a média do estado em 44,4% dos municípios; Pernambuco está abaixo da proporção nacional, em relação a todos os bens e serviços selecionados, e há uma grande diversidade entre os municípios estudados.

A pobreza dificulta o acesso real aos serviços e bens de consumo, e pode ser entendida como a principal dimensão da exclusão social⁸³, privando grupos sociais de equipamentos, julgados necessários a uma sobrevivência digna e dificultando a satisfação de necessidades sociais básicas, dentre elas a saúde.

Quando comparados com a média estadual, identificou-se uma elevada proporção de mães adolescentes, com baixa escolaridade, com <6 consultas no pré-natal, de recém-nascidos prematuros e proporção de recém-nascidos de baixo peso, sugerindo provável relação com a elevada prevalência identificada nos mesmos.

Dentre os fatores acima descritos, destaca-se a baixa escolaridade das mães e da população de 15 a 24 anos, na maioria dos municípios, corroborando a hipótese de vulnerabilidade do grupo social. Destaca-se a elevada frequência de gravidez em mulheres de 15 a 19 anos, faixa de idade com maior ocorrência de doenças sexualmente transmissíveis⁷⁸. Os municípios estudados, apresentam proporção de gravidez na adolescência, acima da média do estado (20,4%) e do Brasil (21,8%), exceto o município de Paulista (20,3%).

Estudos correlacionando níveis de vulnerabilidade social e AIDS identificaram expressiva expansão na região nordeste, e apontam para o risco futuro de agravamento da doença na região, na ausência de transformação na estrutura social^{84,85}. Baixa escolaridade foi associada a maiores chances de infecção pelo HIV, segundo diferentes regiões do país⁸⁴. Ainda relativo a

desigualdades de saúde, no Brasil⁸⁶, identificou-se que a maioria dos estados, onde se identificou mais de 6 consultas de pré-natal, apresentava um nível econômico mais elevado, e que a cada redução de 10 % na taxa de pobreza, havia um aumento de 7% na cobertura do pré-natal, ratificando o vínculo entre APN e renda, reforçando a evidência de que transformações macro estruturais, tem impacto conhecido na redução da carga de várias doenças, dentre elas as DST.

Identificou-se o perfil de vulnerabilidade individual dos “casos” de sífilis e buscou-se compará-lo com o perfil geral das mulheres amostradas, na tentativa de identificar fatores comuns entre os dois grupos.

Identificou-se, para os 17 “casos”, um padrão de vulnerabilidade individual semelhante à amostra geral e sugestivo de exclusão social, caracterizada por: idade materna média de 25,0 anos, variando de 16 a 42 anos; menos de 10 anos de estudo (88,2%); cor preta ou parda (82,3%); renda individual mensal menor que R\$ 300, 00 (100%); informaram não ter trabalho remunerado 15 (88,2%); ausência de vínculo empregatício anterior ou atual 14 (82,3%); viviam em casas com menos de 3 cômodos (76,5%). Comparando-se com a amostra geral, tinham idade média ligeiramente superior, menor escolaridade e menor proporção de trabalho remunerado, e resultados semelhantes para as demais características.

Em relação ao conhecimento sobre a sífilis, 70,6 % dos “casos” informaram conhecer sobre a transmissão da doença, ter um bom conhecimento sobre a transmissão através de práticas sexuais desprotegidas (91,7%), entretanto nenhuma delas reconheceu a transmissão vertical da sífilis. Embora em menor proporção nos “casos” o desconhecimento sobre a possibilidade de transmissão da infecção ao feto é um achado comum aos dois grupos. Esse parece ser o fator isolado de vulnerabilidade cognitiva mais significativo, em relação à prevenção da SC, uma vez que dificulta a tomada de decisões protetoras em relação ao feto.

Apesar de informarem bom conhecimento sobre a transmissão sexual da sífilis, apenas 17,6 % dos “casos” admitiram usar sempre preservativo nas relações, reforçando o descompasso entre a habilidade em compreender informações e adotar comportamentos que favoreçam a prevenção.

Considerando-se o conjunto das características de vulnerabilidades individuais, identificaram-se como relevantes: baixa escolaridade, prática desprotegida de sexo, início precoce da atividade sexual, gravidez na adolescência, baixo reconhecimento da transmissão vertical e baixo reconhecimento da suscetibilidade à doença.

As características individuais identificadas para as gestantes soropositivas, são muito semelhantes à da amostra, fazendo supor que estão relacionadas à clientela e grupo social ao qual pertencem as gestantes usuárias destes serviços e ao *status* sócio-econômico das mesmas.

Para a análise da vulnerabilidade programática dos “casos”, buscou-se relacionar as atividades realizadas no pré-natal e com o manejo hospitalar dos casos de sífilis identificados, além das medidas de prevenção e controle preconizadas. Identificou-se, entre os “casos”, um acesso tardio das gestantes (21,4% no segundo trimestre) e a cobertura do pré-natal para este grupo (82,3%), foi menor do que na amostra geral.

Estes resultados são compatíveis com estudos que identificam a renda como um preditor do acesso precoce, e indiretamente, da qualidade do pré-natal, reforçando a interdependência em ciclos de vulnerabilidades. Estudo realizado em Campinas (SP), de 2001 a 2002, em 31 unidades urbanas de atenção, demonstrou que as gestantes de menor renda iniciaram o pré-natal mais tardiamente e fizeram um menor número de consultas, e que as gestantes do grupo de renda inferior tinham menor escolaridade, eram, em sua maioria, adolescentes, pretas ou pardas e solteiras⁸⁷. Serruya, identifica o acesso, como um aspecto fundamental na avaliação da assistência pré-natal, considerado por ela como *locus* de vulnerabilidade da assistência, para

onde convergem outras variáveis como renda, região, localização, anos de estudo, potencializando a exclusão da mulher.³⁵

No atual estudo, chama a atenção os motivos citados por três dos “casos”, para a não realização do pré-natal – “teve preguiça”, “falta de paciência” e “acesso difícil “ – os quais remontam novamente a dois planos interdependentes de vulnerabilidade: um relacionado à vulnerabilidade individual das mulheres e um outro, relativo à dimensão programática.

Identificou-se a realização de 6 ou mais consultas em apenas 42,9%, inadequado quando comparado à meta (100%) e, provavelmente relacionado, ao início tardio do pré-natal . Identificou-se entre os “casos” insuficiente testagem para a sífilis (76,5%), quando comparado com a meta recomendada (> 90%), evidenciando falhas na detecção durante o pré-natal. Apenas 64,7% das gestantes foram aconselhadas ao teste, uma das gestantes não sabia se tinha sido testada e um, dos 13 casos testados desconhecia o resultado do exame realizado, caracterizando baixa adesão dos profissionais às normas de manejo. Insuficiente testagem está, provavelmente, associada às elevadas taxas de sífilis materna e congênita identificadas no Estado e justifica achado de subnotificação de casos de SC, descrito por Barbosa Júnior, em estudo utilizando o Sistema de Informações Hospitalares, em 2000.⁸⁸

A triagem sorológica em gestantes, é considerada um procedimento efetivo no controle da sífilis na comunidade, materna e neonatal, mesmo em populações com baixa prevalência da doença, principalmente quando associada ao rastreamento e tratamento dos parceiros sexuais.^{7,42}

Identificou-se ainda como vulnerabilidade programática, o insuficiente tratamento das gestantes soropositivas e de seus parceiros sexuais, o que pode favorecer a reinfecção das gestantes e limitar chances de redução da transmissão da sífilis entre adultos. Uma das seis gestantes soropositivas identificadas não foi tratada, reforçando o ciclo de fragilidades e falhas no manejo e vigilância da SC. A ausência de diagnóstico e tratamento, em 11 (64,8%) das

gestantes soropositivas ao parto, é um resultado preocupante, e sugere prováveis debilidades no treinamento das equipes de pré-natal, na disponibilidade de antimicrobianos e/ou no cumprimento das normas manejo e vigilância da SC.

Chama a atenção o motivo alegado por uma das pacientes soropositivas para a não realização do tratamento no pré-natal - recusa do profissional na aplicação da medicação injetável (“benzatina”) - e encaminhamento para outro serviço, segundo relato da entrevistada. Esta conduta, se comprovada, caracterizaria falha ética, por envolver risco de vida ao concepto. Avaliações sistemáticas poderiam nestes casos, identificar se trata-se de falha isolada no manejo da SC no pré-natal, ou inadequações relacionadas às normas de uso da medicação no âmbito das unidades básicas de saúde.

Ainda em relação ao tratamento, o estudo dos “casos” identificou que apenas 3 dos parceiros sexuais das gestantes soropositivas (6), foram tratados durante o pré-natal, caracterizando falha programática importante.

Vários estudos relacionam a qualidade de APN com a SC^{47,82}. Serruya, avaliando a incidência de casos por Brasil e regiões, em 2003, cotejando com o PHPN, identificou que o número de casos de SC foi igual para o grupo que realizou pré-natal e para o que não realizou.³⁵

De forma semelhante identificaram-se, no presente estudo, vários pontos de vulnerabilidade programática no pré-natal simultaneamente entre “casos” e na amostra geral (acesso, concentração de consultas e aconselhamento), sugerindo insuficiente qualidade do pré-natal na área do estudo. A ocorrência de sífilis dependeria mais da taxa de infecção comunitária da sífilis, do que do efeito protetor do pré-natal. Os resultados sugerem falhas relacionadas ao diagnóstico e manejo do caso de sífilis materna, além de reforçar a baixa adesão dos profissionais envolvidos na prestação da assistência pré-natal, o que o torna pouco efetivo como primeira barreira para detecção e tratamento da SC. Em pesquisa realizada entre médicos

em São Paulo, Duarte identificou que apenas 21,1 % deles demonstraram domínio básico adequado sobre interpretação de testes diagnósticos e 5,7 % dominavam o conhecimento sobre aspectos fisiopatológicos da sífilis.⁸⁹

A segunda dimensão da vulnerabilidade programática, analisada neste estudo relaciona-se ao manejo hospitalar e procedimentos de vigilância da sífilis (detecção, busca e tratamento de parceiros e notificação).

Recomenda-se, no PHPN, que as informações contidas no cartão do pré-natal sejam disponibilizadas à equipe hospitalar. Entretanto, apesar de 70,6% das gestantes portarem o cartão do pré-natal à admissão no hospital, apenas 5 dentre 12 (41,7%) tiveram os respectivos cartões afixados nos prontuários, o que sugere pouca valorização pelos profissionais, da história obstétrica das gestantes e insuficiente articulação entre as unidades de saúde e o nível hospitalar.

O tratamento adequado foi realizado em 14 (82,3%) dos “casos” e dos recém-nascidos, sugerindo regular aderência dos profissionais das maternidades a esta norma do manejo clínico. Em 3 dos casos, havia registro de ausência de informação, podendo o tratamento ter sido realizado posteriormente à coleta do estudo. Os pontos de vulnerabilidades no manejo clínico dos recém-nascidos foram insuficiente realização de: raio X de ossos longos (35,3%), testagem para líquido (70,6%) e encaminhamento para seguimento (29,4%), recomendado em todos os recém-nascidos de mães soropositivas para sífilis.

O tratamento dos parceiros, foi realizado em apenas 4 (23,5%) dos parceiros dos “casos”, apesar de ser considerado pela OMS¹¹ e pelo MS, como uma condição para a classificação de tratamento adequado da gestante, e uma das intervenções mais efetivas, na redução da prevalência da sífilis entre adultos. O achado sugere baixa adesão das equipes à

norma, que recomenda rastreamento e tratamento em pelo menos 80 % dos parceiros¹¹, repetindo-se o mesmo achado no pré-natal.

O insuficiente encaminhamento dos casos identificados nas maternidades, é também um ponto de vulnerabilidade no manejo hospitalar. Apenas 5 (29,4%) das gestantes e recém-nascidos foram encaminhados a serviços de saúde para repetição de testes sorológicos e avaliação de falhas terapêuticas, evitando-se sequelas. Os “casos” foram referenciados para serviços localizados em Recife (4), o que dificulta a adesão do seguimento para os não residentes nessa cidade, além de desfavorecer a contra referência para as unidades básicas de saúde, dificultando a monitorização de possível reinfecção, não-resposta à terapêutica ou transmissão vertical em futura gravidez. O achado sugere, que igualmente, neste aspecto, há uma falta de integração entre as unidades básicas de saúde e as maternidades.

Um dos achados relevantes do estudo foi a identificação de um incremento de 09 “casos” não identificados no pré-natal, e que representam ganhos favorecidos pela estratégia do “Projeto Nascer”. Esta constatação reforça o acerto da iniciativa, ratificando-a como uma estratégia potencialmente efetiva, na redução da subnotificação de SC no Estado, como também reforça o papel dos hospitais do estudo, como unidades sentinela no diagnóstico dos casos de sífilis não detectada no pré-natal.

Procedeu-se o rastreamento dos 17 casos de SC identificados no estudo, localizando-os na base de dados do SINAN/SES/PE. Identificou-se que 6 dos casos não foram notificados, falha relativa ao componente de vigilância das equipes das maternidades, que pode estar reforçando a sub notificação de casos no estado. Do ponto de vista da notificação, o aparente ganho de 9 casos, “recuperados” pela estratégia do projeto, resume-se a apenas 3, comprometendo o esforço de aumentar a visibilidade à doença. O sub registro de casos favorece a baixa prioridade à doença.

A figura 3 identifica os principais fatores de vulnerabilidade programáticas no pré-natal e parto, relacionando-os com as principais barreiras de controle. Em relação ao pré-natal identificou-se o não cumprimento das normas de vigilância da SC preconizadas pelo MS e OMS, em relação a acesso, testagem, tratamento de gestantes soropositivas, tratamento e rastreamento de parceiros, sugerindo a necessidade de reforçar as ações de educação em saúde e capacitação de equipes locais em pré-natal e vigilância da sífilis.

Durante o manejo hospitalar, identificaram-se, em desacordo com as normas os procedimentos de notificação e seguimento dos casos de SC, rastreamento dos parceiros, e exames complementares para diagnóstico de recém nascidos. O tratamento de gestantes e recém-nascidos esteve de acordo com as normas.

Os resultados sugerem que a redução da SC, nas áreas do estudo, necessita uma resposta programática ampla, baseada na identificação dos fatores de vulnerabilidade que inclua ações de manejo e vigilância no âmbito da assistência pré-natal e hospitalar. Ações programáticas sustentáveis e efetivas necessitam de uma abordagem que incluam as diferentes partes interessadas, dentre eles, os tomadores de decisões, gestores de programas, executores das ações, grávidas, familiares e comunidade. Avaliar a assistência pré-natal é o primeiro passo para identificar os obstáculos que impedem a eficácia do programa e a efetividade das medidas de prevenção e controle da SC.

Os resultados do estudo permitem apontar, ainda, que na área do estudo, a redução da SC depende intrinsecamente de fatores individuais e sociais de vulnerabilidade que extrapolam as potencialidades do setor saúde, por estarem relacionados a uma rede complexa de interações, que comportam as desigualdades sociais, distribuição da riqueza, exclusão social e diversidade cultural. Dependem portanto, de uma resposta social e passa pela reconstrução da identidade de grupos excluídos, aos quais precisam ser devolvidos os instrumentos de cidadania.

Estudos recentes apontam a necessidade de uma abordagem conjunta entre a redução da infecção por HIV e sífilis^{9,10,12,46}. Teorias advindas de várias áreas do conhecimento^{57,59,72,90} reconhecem a emergência de novos problemas que a tradição científica tem sido inadequada para explicar, relacionados a sistemas complexos emergentes, que necessitam de um novo paradigma “um novo olhar”. A emergência da AIDS, e mais recentemente, evidências de que a infecção pelo *T pallidum* potencializaria a infecção pelo HIV, identifica no controle da sífilis, as características de uma doença reemergente, do ponto de vista da estratégia institucional. Combater a sífilis na era da AIDS exige armas novas, para uma antiga doença. Faz-se necessário uma “nova estratégia”, que passa necessariamente pela incorporação dos êxitos obtidos no combate da pandemia de AIDS nos últimos anos.

7 CONCLUSÃO

Neste estudo identificaram-se fatores de vulnerabilidade para sífilis em 478 gestantes assistidas no ano de 2005 em maternidades do Projeto Nascer em Pernambuco, mediante avaliação da assistência pré-natal, do manejo clínico hospitalar e procedimentos de vigilância em 17 casos de sífilis e da análise das características sócio-econômicas dos municípios.

Identificou-se uma elevada prevalência de 3,5% gestantes soropositivas para sífilis, achado sugestivo de transmissão comunitária mantida e elevada ocorrência de infecção pelo *T pallidum* entre mulheres em idade fértil e adultos jovens, na área do estudo.

O uso do referencial teórico da vulnerabilidade favoreceu uma maior compreensão da complexidade da abordagem requerida para a eliminação da sífilis congênita, agregando aportes teórico-metodológicos que incluíram, além dos aspectos individuais, aspectos coletivos e contextuais, relacionados ao aumento da suscetibilidade à infecção pelo *T.pallidum*, mediante identificação de fatores individuais, programáticos e sociais.

O perfil de vulnerabilidade individual das gestantes sugere um padrão de exclusão social, além de individual, caracterizado por: baixo nível de escolaridade e de renda; insuficiente vínculo de trabalho; práticas sexuais desprotegidas; início precoce da atividade sexual; gravidez na adolescência e insuficiente reconhecimento das formas de transmissão e da suscetibilidade à sífilis.

Constatou-se importante vulnerabilidade programática na assistência pré-natal, evidenciada pelo não cumprimento das normas preconizadas pelo MS e OMS, relativas ao manejo clínico e vigilância da sífilis. Identificaram-se os seguintes pontos críticos: acesso tardio ao pré-natal, baixo acesso a testagem, insuficiente tratamento de gestantes soropositivas para sífilis, rastreamento e tratamento de parceiros.

Aos fatores de vulnerabilidade programática relacionados ao pré-natal, somam-se os relativos aos procedimentos de manejo hospitalar e vigilância da sífilis, dentre eles a baixa interlocução com a atenção básica, insuficiente tratamento dos parceiros, insuficiente encaminhamento para seguimento e subnotificação dos casos identificados ao SINAN, fechando-se um ciclo de barreiras que retardam a eliminação da SC na área do estudo.

Em contraposição, alguns dos aspectos da redução da morbimortalidade associada à SC, parecem estar sendo minimizados pela estratégia “Projeto Nascir”. Ao PN, pode-se presumivelmente, atribuir resultados favoráveis, ainda que parciais, os quais reforçam a relevância e oportunidade da estratégia. A testagem ao parto se mostrou efetiva na captação suplementar de casos não diagnosticados, durante o pré-natal. Entretanto, a baixa frequência de notificação dos casos identificados ao parto, parece reduzir o impacto da iniciativa do PN, e contribui para um menor conhecimento da morbidade perinatal associada à SC.

Identificaram-se graus diferenciados de vulnerabilidade social entre os municípios de residência das gestantes assistidas, destacando-se, como fatores críticos associados, a maior

vulnerabilidade de transmissão comunitária da SC, a baixa cobertura de serviços básicos e bens de consumo, a elevada frequência de gravidez na adolescência, a baixa escolaridade de mães e da população de 15 a 24 anos e a baixa concentração de consultas no pré-natal.

A qualidade da assistência pré-natal, prestada nos municípios estudados, parece ser insuficiente para impedir o desfecho de interesse, a redução da incidência da SC. Os resultados permitem ainda sugerir, que o impacto na redução, está relacionado a uma complexa rede de interações, que inclui os planos individuais, programáticos e sociais, o que o faz depender de uma resposta social que favoreça devolver a este grupo de mulheres instrumentos de cidadania mínimos, que proporcionem aos seus filhos a chance e o direito de uma vida sem incapacidades.

8 RECOMENDAÇÕES

Identificar estratégias locais que promovam a captação precoce das gestantes nas áreas do estudo e a qualidade dos serviços de pré-natal e de recém-nascido, com ênfase no rastreamento sorológico da sífilis, tratamento das gestantes soropositivas e seus parceiros, além de monitoramento dos indicadores de efetividade de acesso aos serviços de atenção à gestação e parto (óbitos fetais, perinatais, neonatais e mortes maternas).

Fortalecer o sistema de vigilância epidemiológico da sífilis congênita, mediante a vigilância ativa às gestante nas unidades básicas de saúde, diagnóstico e tratamento oportunos dos casos e parceiros sexuais, melhora no sistema de notificação, monitoramento sistemático dos casos de sífilis materna e congênita diagnosticados. Recomenda-se, quando possível, considerar a possibilidade de realização de busca ativa de casos nos municípios silenciosos e que apresentem os fatores de vulnerabilidade identificados.

Avaliar a necessidade de utilização de teste rápido em gestantes e parceiros de risco, seguido de tratamento imediato, naquelas áreas do estudo onde foram identificadas, simultaneamente, elevada prevalência de sífilis congênita e fatores críticos de vulnerabilidade individual, social e programática.

Ampliar a cobertura do “Projeto Nascer” em áreas estratégicas do estado, como uma barreira suplementar, com vistas a prevenir a perda de detecção e tratamento das gestantes com sífilis não diagnosticadas no pré-natal. Os resultados do estudo permitem sugerir a identificação de abordagens integradas de prevenção e controle da sífilis e HIV/AIDS, que incorporem o uso do arsenal de tecnologias ativas de conhecimento, técnicas inclusivas de grupos sociais e linguagem não convencional de comunicação, mais adequada ao perfil de risco individual e social das usuárias identificadas no estudo.

Recomenda-se ainda, com base nos resultados, que as estratégias de eliminação da sífilis congênita, por sua complexa rede de causalidade, incluam dentre outros, a realização de avaliações programáticas abrangentes e regulares, que permitam identificar as partes interessadas e as perspectivas interrelacionadas entre as partes, além de considerar o entorno sócio-econômico, cultural e político, do *locus* onde a intervenção irá ocorrer.

9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil, Ministério da Saúde, Diretrizes para o Controle da Sífilis Congênita. Coleção DST/Aids 2005; Série Manuais, 62.
2. Brasil, Ministério da Saúde, Protocolo para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV e Sífilis, título II, série 2007.
3. Schmid G. Economic and programmatic aspects of congenital syphilis prevention. Bull World Health Organ 2004; 82 (6): 402-409.
4. Brasil, Ministério da Saúde, Coordenação Nacional de DST/Aids, Nota Técnica em 01/12/06.
5. Leijdany CP et all. Nova definição de casos de sífilis congênita para fins de vigilância epidemiológica no Brasil 2004. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical 2005; 38 (5): 446-447.
6. Ramos Filho C, May SB. Aspectos Históricos das Doenças Sexualmente Transmissíveis. Saúde em Foco 1998; 17: 5-11.
7. Singh AE, Romanowski B. Syphilis: review with emphasis on clinical, epidemiological and some biologic features. Clin Microbiol Rev 1999; 12: 187-209.

8. Berdasquera CD, Alvarez MAL, Santana G, Belkeys M, González AG. Sífilis: pasado y presente. *Rev. Cub. Hig. Epidemiolo* 2004; 42: 45-49.
9. Saloojee, H *et al.* The prevention and management of congenital syphilis: a overview and recomendations. *Bull World Health Organ* 2004; 82(6): 424-30.
10. Walker D G, Walker GJA. Prevention of congenital syphilis: time for action. *Bull World Health Organ* 2004; vol.82 (6): 401-401.
11. WHO, The Global Elimination of Congenital Syphilis: rationale and strategy for action, 2007.
12. Mullick S, Broutet N, Htun Ye *et al.* Controlling congenital syphilis in the era of HIV/AIDS. *Bull World Health Organ* 2004; 82(6): 431-432.
13. Dupin N, Jdid R, N'Guyen YT, Gorin I, Franck N, Escande J P. Syphilis and gonorrhoea in Paris: the return. *AIDS* 2001; 15: 814-5.
14. Fenton K A, Nicoll A, Kinghorn, G. Resurgence of syphilis in England: time for more radical and nationally coordinated approaches. *Sex Transm Infect* 2001; 77: 309-10.
15. Hopkins S, Lyons F, Coleman C, Courtney G, Bergin C, Mulcahy F. Resurgence infectious syphilis in Ireland: an epidemiological study. *Sex Transm Dis* 2004; 31: 317-21.
16. Hughes G, Paine T, Thomas D. Surveillance of sexually transmitted infections in England an Wales. *Euro Surveill* 2001, 6: 71-80.
17. Ashton M, Sopwith W, Clark P, McKelvey D, Lighton L, Mandal D. An outbreak no longer: factors contributing to the return of syphilis in Greater Manchester. *Sex Transm Infect* 2003; 79: 291-3.
18. Valderrama J, Zacarias F, Mazin R. Sífilis materna y sífilis congênita en América Latina: un problema grave de solución sencilla, 2004. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 2004; 16 (3): 211-217.

19. Schmid MD, *et al.* The need and Plan for Global Elimination of Congenital Syphilis, Sexually Transmitted Diseases 2007; 34(7): 5-10.
20. PAHO. Disponível em URL: <http://paho.org/spanish/AD/FCH/A/sifiliscong.hi.pdf> [2007 Dez, 20].
21. Koumans EH, Farley TA, Gibson JJ, Langley C, Ross MW, McFarlane M, *et al.* Characteristics of persons with syphilis in areas of persisting syphilis in the United States: sustained transmission associated with concurrent partnerships. Sex Transm Dis 2001; 28: 497-503.
22. WHO, Primary and Secondary Syphilis United States, 2000-2004. MMWR 2006; 55: 269-273.
23. WHO, HIV/STD Risks in Young Men Who have Sex with Men who not disclose their sexual orientation – six US cities, 1999 a 2000. MMWR 2003; 52: 81-85.
24. Brasil, Ministério da Saúde. Projeto de Eliminação da Sífilis Congênita, 1993.
25. Brasil, Ministério da Saúde, Plano Operacional para a Redução da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis no Brasil, Programa Nacional de DST/Aids, 2007.
26. Brasil, Ministério da Saúde – Programa Nacional de DST/Aids. Boletim Epidemiológico DST/Aids 2004; Ano I (1).
27. Brasil, Ministério da Saúde – Programa Nacional de DST/Aids, Projeto Nascer 2003; Série F- Comunicação em Saúde.
28. Pernambuco, Secretaria de Saúde do Estado, Programa Estadual de DST/Aids. Plano Estadual para redução da Transmissão Vertical da sífilis e do HIV 2007.
29. Brasil, Ministério da Saúde - Programa Nacional de DST/Aids, Estudo Sentinela Parturientes 2004.
30. Brasil, Ministério da Saúde – Programa Nacional de AIDS/DST. Bases Técnicas para Eliminação da Sífilis Congênita 1993.

31. PAHO, Promotion Health in the Americas, 116Th Session of the Executive Committee 1995; CE 116 (R3): p. 3.
32. Brasil, Ministério da Saúde – Programa Nacional de DST/Aids. Boletim Epidemiológico AIDS/DST 2005; Ano II (1).
33. CDC- Center for Disease Control and Prevention. Congenital Syphilis, MMWR 1989. 38(48): 825-9.
34. Brasil, Ministério da Saúde – Portaria GM / MS, No. 569 de 1º de Junho de 2000.
35. Serruya SJ, Lago TDG, Cecatti JG. O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. Rev Saúde Matern Infant 2004; 4: 269-79.
36. Brasil, Ministério da Saúde, Portaria MS 2104, Brasília, 19 de Novembro de 2002.
37. Brasil, Ministério da Saúde, Programa Nacional de DST/Aids. Comunicação em Saúde 2003, Série F, 80 p.
38. Barbosa Júnior A, Souza Júnior PB, Pascom AR et all . Pesquisa de conhecimento, atitudes e práticas na população brasileira de 15 a 49 anos. Boletim Epidemiológico da AIDS/DST 2004; n. 1.
39. Lago EG, Rodrigues LC, Fiori RM, Stein AG. Congeital syphilis: identification of two distinct prifiles of maternal characteristics associated with risk. Sex Transm Dis 2004; 31(1): 33-37.
40. FIOCRUZ, ENSP (executora). Avaliação do grau de implementação do programa de contrôle de transmissão vertical do HIV em maternidades do Projeto Nascer. Relatório preliminar, 2007.
41. Pernambuco, Secretaria de Saúde do Estado. Programa Estadual DST/Aids. Boletim Informativo 2007; ano VII (1).
42. Sousa, MGG. Avaliação do Grau de Implementação do Projeto Nascer Maternidades em Pernambuco [dissertação de mestrado], FIOCRUZ, Escola Nacional de Saúde Pública; 2006.

43. Berman SM. Maternal syphilis: patho physiology and treatment. BWHO 2004; 82(6).
44. Peeling RW, Ye H. Diagnostic tools for preventing and managing maternal and congenital syphilis: an overview. BWHO 2004; 82(6): 405-413.
45. De Lorenzi DRS. Sífilis congênita como um indicador de assistência pré-natal. Rev.Bras.ginecol.Obstet 2001; 23(10): 647-652.
46. Hawkes S, Miller S, Reinchenback L *et al.* Antenatal syphilis control: people, programmes, policies and politics. BWHO 2004; 82(6): 417-423.
47. Saraceni V *et al.* Mortalidade perinatal por sífilis congênita: indicador da qualidade da atenção à mulher e à criança. Cad. Saúde Pública 2005; 21(4): 1244-1250.
48. Mann J, Tarantola DJM, Netter T. Como avaliar a vulnerabilidade à infecção pelo HIV e AIDS. A Aids no mundo 1993; Editora Relume Dumará: 276-300.
49. Ayres, J.R.C.M. Práticas Educativas e Prevenção de HIV/AIDS: lições aprendidas e desafios atuais. Comunic Saúde Educ 2000; 6(12): 11-24.
50. Ayres, J.R.C.M. Sujeitos, intersubjetividade e práticas de saúde. Ciênc Saúde Coletiva, 2001; 6(1): 63-72.
51. Wisner, B. Marginality and vulnerability. Appl Geogr : 18(1). Disponível em [URL:http://sciencedirect.com/science](http://sciencedirect.com/science) [2007, Set, 11]
52. Silva, D.A. Vulnerabilidades familiares, adolescentes e abuso de drogas. In Tarapia Comunitária: saúde educação e políticas públicas. São Paulo, Casa do Psicólogo (ABRACOM), Associação de Terapia Comunitária 2007; p. 105.
53. Almeida SDM, Barros MBDA. Equidade e atenção à saúde da gestante em Campinas (SP), Brasil. Rev Panam Salud Publica 2005; 17(1).

54. Donalísio MR, Freire JB, Mendes ET. Investigação da sífilis congênita na microrregião de Sumaré, Estado de São Paulo, Brasil-desvelando a fragilidade do cuidado à mulher gestante e ao recém-nascido. *Epidemiol Serv Saúde* 2007; 16(3): 165-73.
55. Rodrigues EHG, Guimarães MDC. Grupo Nacional de Estudo sobre Sífilis Congênita. Positividade para Sífilis em puérperas: ainda um desafio para o Brasil. *Rev Panam Salud Pública* 2004; 16(3): 168-75.
56. (54)Deperthes BD, Bidia DM, O'reilly A, Kevin *et al.* Maternal and congenital syphilis programmes: case studies in Bolivia, Kenya and South Africa. *BWHO* 2004; 82(6): 410-416.
57. Samaja J, A reprodução social e a saúde, Editora ISC, 2000; 102 p.
58. Miriam A. Juventude, violência e vulnerabilidade social na América Latina: desafios para políticas públicas, UNESCO, BID 2002; 192 pp
59. Palma A, Mattos UAO. Contribuições da ciência pós-normal à saúde pública e a questão da vulnerabilidade social. *História, Ciências, Saúde* 2001;VIII(3): 567-589.
60. Barry DW, Assessing Health Literacy in Clinical Practice, Accreditation Council for Continuing Medical Education (ACME), Disponível em URL [http:// www.medscape.com](http://www.medscape.com) [2007 Dez 28]
61. Brasil, Ministério da Saúde – Portaria GM / MS, No. 569 de 1º de Junho de 2000;
62. Brasil, Ministério da Saúde, Diretrizes para o Controle da Sífilis Congênita, coleção DST-aids 2005.
63. Brasil, Ministério da Saúde, Guia de Vigilância Epidemiológica, 2005; p. 708.
64. Brasil, Ministério da Saúde, Portaria GM/MS No. 2104, de 19 de Novembro de 2002.
65. Brasil, Ministério da Saúde, Diretrizes para o controle da Sífilis Congênita, coleção DST-aids 2005; manual 62.

66. DIEESE- Departamento intersindical de estatística e estudos sócio-econômicos, Disponível em URL <http://www.dieese.org.br> [2007 Nov/27]
67. Receita Federal, Ato declaratório no. 22, Disponível em URL <http://www.receita.fazenda.gov.br> [2007 Dez 01]
68. Brasil, Ministério da Saúde, Boletim Epidemiológico Aids/DST 2007: IV(1).
69. Pernambuco, Secretaria de Saúde do Estado, Gerência de Desenvolvimento de Políticas Públicas de Saúde/DST-Aids, Coordenação Estadual – Pernambuco.
70. Brasil, Ministério da Saúde, Boletim Especial Eliminassífilis, 2007. Disponível em URL <http://www.aids.gov.br> [2007 Dez 08].
71. Morin E, Introdução ao Pensamento complexo, 1990. Ed Lisboa, Instituto Piaget.
72. Funtowicz, S. Ciência pós-normal e comunidades ampliadas de pares face aos desafios ambientais, Manguinhos 1997; IV(2): p. 219.
73. CEPAL, Adolescencia y juventud en América Latina y el Caribe: problemas, oportunidades y desafios en el comienzo de un nuevo siglo. Santiago do Chile, Série Población y Desarrollo; n. 9
74. Silva, EA. Vulnerabilidades familiares, adolescentes e abuso de drogas. In Terapia Comunitária. Editora Casa do Psicólogo 2007; 105-109.
75. Andrade LOM. Construindo uma sociedade mais justa: políticas públicas para a família brasileira In Terapia Comunitária. Editora Casa do Psicólogo, 2007; 122-127.
76. Cunha CB, Leal MC, Gama SGN. Desigualdades raciais, sócio-demográfica e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. Rev Saúde Pública 2005; 39(1): 100-7.
77. Sanches, A.I.M. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva? Ciências & Saúde Coletiva 2007; 12: 319 -324.

78. Goldemberg P, Figueiredo MCT, Silva RS. Gravidez na adolescência, pré-natal e resultados perinatais em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. *Cad de Saúde Pública* 2005; 21(4):1077-86.
79. Cavasin S, Gravidez de adolescentes entre 10 e 14 anos e vulnerabilidade social: estudo exploratório em 5 capitais brasileiras. *Ecos Comunicação em Sexualidade*, 2004.
80. Healthy people 2010: understanding and Improving Health.
81. Frias PG, Carvalho PI, Pereira, PMH, Vidal SA, Figueiroa, JN. Mortalidade neonatal hospitalar na coorte de nascidos vivos em maternidade-escola na Região Nordeste do Brasil, 2001-2003. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* 2006; 15(4): 21-26.
82. Saraceni V Leal MC, Hartz, ZMA. Avaliação de campanhas de saúde com ênfase na sífilis congênita: uma revisão sistemática. *Rev Bras Matern Infant* 2005; 5(3): 263-273.
83. Dupas, G. Economia global e exclusão social: pobreza, emprego, Estado e o futuro do capitalismo, 1999, Editora Paz e Terra.
84. Pascom ARP *et al.* Diferenças regionais nas práticas sexuais e comportamentos relacionados à transmissão do HIV. In Brasil. Ministério da Saúde, SVS. PN DST/AIDS, 2006.
85. Barbosa LM, Sawyer DO. AIDS: A vulnerabilidade social e a evolução da epidemia nos municípios das regiões nordeste e sudeste do Brasil. *R. Bras. Est. Pop* 2003; 20(2).
86. Vianna, SM, Nunes JR, Barata RB. Medindo as desigualdades em saúde no Brasil : uma proposta de monitoramento, 2001. Brasília (DF); OPAS.
87. Silveira DS, Santos *et al.* Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo. *Cad. Saúde Pública* 2001; 17(1): 131-139.
88. Júnior, JBS *et al.* Sistema de informações Hospitalares – Fonte complementar na vigilância e monitoramento de doenças transmitidas por pessoas. *Informe Epidemiológico do SUS* 2000; 9 (2): 137-162.

89. Duarte G, Carvalho MJ et al. Sífilis- Conhecida, Desconhecida ou Esquecida? DST-J bras Doenças Sex Transm 2002; 14(3): 45.
90. Feijó MC, Assis SG. O contexto de exclusão social e de vulnerabilidade de jovens infratores e de suas famílias. Estudos de Psicologia, 2004; 9(1): 157-166.

10 ANEXOS

Anexo 1- Termo de Consentimento

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezada mãe,

Estamos pedindo seu consentimento para participar de uma pesquisa que está sendo desenvolvida pela Secretaria de Saúde de Pernambuco, o Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP) e a Fundação Oswaldo Cruz.

O estudo pretende avaliar se o Programa de Controle da Transmissão Vertical de AIDS e Sífilis estão funcionando adequadamente no pré-natal e durante o parto, com o objetivo de melhorar o atendimento à gestante e ao bebê.

A pesquisa abordará aspectos sobre suas condições de moradia, nível de instrução, história reprodutiva, atenção pré-natal que você recebeu e comportamentos que influenciam na sua saúde, bem como sobre a testagem de HIV e Sífilis durante a gravidez.

Você tem o direito de pedir outros esclarecimentos sobre a pesquisa e pode se recusar a participar ou interromper a sua participação nela a qualquer momento, sem que isto lhe traga qualquer prejuízo.

As informações que você nos der serão mantidas em sigilo e não serão divulgadas em qualquer hipótese. Os resultados do estudo serão apresentados em conjunto, não sendo possível identificar os indivíduos que dele participaram.

4. Entrevista em __ __ / __ __ / __ __	5. Entrevistador (nome) __ __
6. Revisado por	Data __ __ / __ __ / __ __
7. Digitado em __ __ / __ __ / __ __	8. Digitador __ __

II. Identificação da mulher e dados sócio-demográficos

Nós vamos fazer algumas perguntas sobre você, sua família e sua residência

9. Qual o seu nome?	
10. Qual a data de seu nascimento?	__ __ / __ __ / __ __
11. Qual a sua idade?	__ __ anos
12. Qual o seu endereço?	
13. Bairro	__ __ __ __
14. CEP	__ __ __ __ __ __ - __ __
15. Telefone para contato	__ __ __ __ - __ __ __ __
16. Município/UF	__ __ __ __ __ __
17. Qual a sua situação conjugal? 1. Solteira 2. Companheiro/casada 3. Divorciada/separada 4. Viúva	__
18. Qual a sua cor da pele? 1. Branca 2. Preta 3. Parda 4. Amarela 5. Indígena	__
19. <i>Na opinião do entrevistador, qual a cor da pele da respondente?</i> 1. Branca 2. Preta 3. Parda 4. Amarela 5. Indígena	__
20. Qual a sua religião? 1. Católica 2. Evangélica 3. Espírita 4. Não tem 5. Outra _____	__

21. Quem mora com você?					
Nome	Sexo	Idade	Parentesco	Ocupação	Renda mensal (R\$)

22. Quantos quartos e sala têm ao todo na sua casa?	<input type="text"/>
23. Você lê e escreve? (Se não, vá para questão 25) 1. Sim 2. Não	<input type="text"/>
24. Você completou até que série? (anos de estudos completos com aprovação) 1. Nenhuma/analfabeto 2. 1º grau incompleto (1 a 7 anos) 3. 1º grau completo (8 a 10 anos) 4. 2º Grau completo (11 anos e +) 5. Superior completo	<input type="text"/>
25. Excluindo o trabalho de dona-de-casa, você tem algum trabalho remunerado? (Se não, vá para questão 28) 1. Sim 2. Não	<input type="text"/>
26. Qual a sua ocupação atual?	<input type="text"/>
27. Você tem carteira assinada nesta ocupação atual? (Se sim, vá para questão 29) 1. Sim 2. Não 3. Não, funcionária pública	<input type="text"/>
28. Já teve carteira assinada alguma vez na vida? 1. Sim 2. Não	<input type="text"/>
29. Quanto você ganha por mês? (incluindo pensões, aluguéis, bolsa escola, bolsa alimentação ou outros rendimentos)	<input type="text"/>
30. Tem água encanada dentro da sua casa? 1. Sim 2. Não	<input type="text"/>

III. Conhecimento/Prevenção da Aids e da Sífilis

31. Você já ouviu falar da sífilis (cancro duro)? 1. Sim 2. Não (Se não, vá para questão 34)	_
32. Você sabe como a sífilis é transmitida? (Se não, vá para questão 34) 1. Sim 2. Não	_
<p>33. Quais são as formas de transmissão da sífilis que você conhece? <i>(não ler as opções)</i> 1. Sim 2. Não</p> <p>a. Através de seringas e agulhas infectadas? _ </p> <p>b. A gestante com sífilis pode transmitir a doença para o bebê? _ </p> <p>c. Através de beijos, abraços, carícias com pessoas infectadas? _ </p> <p>d. Compartilhando copos, talheres, pratos, etc. com pessoas infectadas? _ </p> <p>e. Usando o mesmo banheiro que uma pessoa infectada? _ </p> <p>f. Através das relações sexuais sem camisinha com parceiro infectado? _ </p> <p>g. Através de transfusão de sangue infectado? _ </p> <p>h. Outra opção _____ _ </p>	
34. Você já ouviu falar da Aids (HIV)? (Se não, vá para questão 39) 1. Sim 2. Não	_
35. Você sabe como o HIV/Aids é transmitido? (Se não, vá para questão 37) 1. Sim 2. Não	_

36. Quais são as formas de transmissão da HIV/Aids que você conhece? <i>(não ler as opções)</i>	1. Sim 2. Não	
a. Através de seringas e agulhas infectadas?		<input type="checkbox"/>
b. A gestante com HIV/Aids pode transmitir a doença para o bebê?		<input type="checkbox"/>
c. Através de beijos, abraços, carícias com pessoas infectadas?		<input type="checkbox"/>
d. Compartilhando copos, talheres, pratos, etc. com pessoas infectadas?		<input type="checkbox"/>
e. Usando o mesmo banheiro que uma pessoa infectada?		<input type="checkbox"/>
f. Através das relações sexuais sem camisinha com parceiro infectado?		<input type="checkbox"/>
g. Através de transfusão de sangue infectado?		<input type="checkbox"/>
h. Através da amamentação, caso a mãe seja portadora do HIV?		<input type="checkbox"/>
i. Outra opção _____		<input type="checkbox"/>
37. E você sabe como se prevenir do HIV/Aids? <i>(Se não, vá para questão 39)</i>	1. Sim 2. Não	<input type="checkbox"/>
38. Se sim, como pode se prevenir do HIV/Aids?		

IV. Dados da gestação atual e antecedentes obstétricos

Agora vamos fazer algumas perguntas sobre sua gravidez atual e gestações anteriores

39. Qual a sua idade quando sua regra veio pela primeira vez?	<input type="text"/>
40. Qual a sua idade quando teve sua primeira relação sexual?	<input type="text"/>
41. Qual a sua idade quando engravidou pela primeira vez?	<input type="text"/>
42. Qual o seu peso antes da gravidez atual?	<input type="text"/> <input type="text"/> Kg
43. Qual o seu peso ao final desta da gravidez?	<input type="text"/> <input type="text"/> Kg
44. Qual a sua altura?	<input type="text"/> <input type="text"/> m
45. Qual método anticoncepcional que você usava ?	1. Nenhum 2. Camisinha 3. Pílula 4. DIU 5. Diafragma 6. Tabela 7. Outro _____
46. Com que frequência você costuma usar camisinha? <i>(independente da questão anterior)</i>	1. Sempre 2. Frequentemente 3. Às vezes 4. Nunca
47. Quando ficou grávida, você:	1. Estava querendo engravidar 2. Queria esperar mais um tempo 3. Não queria engravidar

48. Depois que engravidou, você ficou satisfeita/feliz com a gravidez?	1.Sim	2.Não	<input type="checkbox"/>
49. Você utilizou algum método para interromper essa gravidez? (Se não, vá para questão 51)	1.Sim	2.Não	<input type="checkbox"/>
50. Qual método?			<input type="text"/>
51. Você sentiu-se apoiada pelo pai do bebê durante essa gravidez?	1.Sim	2.Não	<input type="checkbox"/>
52. Quantas vezes você já esteve grávida antes dessa gravidez? (Se nenhuma, vá para questão 63)			<input type="text"/>
53. Quantos filhos nasceram vivos?			<input type="text"/>
54. Quantos filhos nasceram mortos?			<input type="text"/>
55. Você já perdeu filhos depois de nascidos ?	1.Sim	2.Não	<input type="checkbox"/>
56. Quantos filhos?			<input type="text"/>
57. Alguma gravidez resultou em aborto? (Se não, vá para questão 60)	1. Sim	2. Não	<input type="checkbox"/>
58. Quantos foram espontâneos?			<input type="text"/>
59. Quantos foram provocados?			<input type="text"/>
60. Já teve algum bebê prematuro? (Se não, vá para questão 62)	1. Sim	2. Não	<input type="checkbox"/>
61. Quantos prematuros?			<input type="text"/>
62. Quando foi seu último parto, antes deste? (mês/ano)			<input type="text"/>

V. Assistência pré-natal

Agora vamos fazer algumas perguntas sobre o seu acompanhamento de pré-natal

63. Você fez pré-natal? (Se sim, vá para questão 65)	1. Sim	2. Não	<input type="checkbox"/>	
64. Por que você não fez o pré-natal? (Vá para questão 90)			<input type="text"/>	
65. Aonde você fez o pré-natal?			<input type="text"/>	
66. Trouxe o cartão do pré-natal para maternidade?	1. Sim	2. Não	3. Não tem o cartão	<input type="checkbox"/>
67. A partir de que mês de gestação começou o pré-natal?			<input type="text"/>	
68. Quantas consultas de pré-natal você fez?			<input type="text"/>	
69. Você fez as consultas de pré-natal até o final da gravidez? (Se sim, vá para questão 71)	1. Sim	2. Não	<input type="checkbox"/>	
70. Por que você abandonou as consultas de pré-natal?			<input type="text"/>	

71. O médico(a) ou enfermeira(o) que lhe acompanhou no pré-natal foi: 1. Sempre o mesmo 2. Às vezes o mesmo 3. Nunca o mesmo 4. Só foi a uma consulta 5. Outra _____	<input type="checkbox"/>																								
72. O lugar aonde você fez o pré-natal foi o mesmo do parto? 1. Sim 2. Não	<input type="checkbox"/>																								
73. O médico(a) ou enfermeira(o) que lhe acompanhou no pré-natal aconselhou sobre a realização de exames para diagnóstico da Aids? 1. Sim 2. Não	<input type="checkbox"/>																								
74. Você fez exames de sangue durante o pré-natal? 1. Sim 2. Não	<input type="checkbox"/>																								
75. Você fez exames para diagnóstico da HIV/Aids no pré-natal? (Se não, vá para questão 78) 1. Sim 2. Não 3. Não sabe	<input type="checkbox"/>																								
76. Qual foi o resultado do exame para HIV/Aids? (Se 2 ou 3, vá para questão 78) 1. Positivo 2. Negativo 3. Não sabe	<input type="checkbox"/>																								
77. Você iniciou o tratamento para HIV/Aids durante o pré-natal? 1. Sim 2. Não	<input type="checkbox"/>																								
78. O médico(a) ou enfermeira(o) que lhe acompanhou no pré-natal aconselhou sobre a realização de exames para diagnóstico da sífilis? 1. Sim 2. Não	<input type="checkbox"/>																								
79. Você fez exames para diagnóstico da sífilis? (Se 2 ou 3, vá para questão 85) 1. Sim 2. Não 3. Não sabe	<input type="checkbox"/>																								
80. Qual foi o resultado do exame para sífilis? (Se negativo, vá para questão 85) 1. Positivo 2. Negativo 3. Não sabe	<input type="checkbox"/>																								
81. Você realizou o tratamento para sífilis durante o pré-natal? (Se sim, vá para questão 83) 1. Sim 2. Não	<input type="checkbox"/>																								
82. Por que você não realizou o tratamento?																									
83. O seu companheiro recebeu tratamento para sífilis? (Se sim, vá para questão 85) 1. Sim 2. Não	<input type="checkbox"/>																								
84. Por que ele não realizou o tratamento?																									
85. Durante as consultas de pré-natal com que frequência foram realizados os seguintes procedimentos:																									
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Procedimento</th> <th>1. Sempre</th> <th>2. Às vezes</th> <th>3. Nunca</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a. Medida de pressão arterial</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>b. Tomada de peso</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>c. Ausculta do bebê na barriga</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>d. Exame das mamas</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>e. Medida da barriga (altura uterina)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	Procedimento	1. Sempre	2. Às vezes	3. Nunca	a. Medida de pressão arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b. Tomada de peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	c. Ausculta do bebê na barriga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	d. Exame das mamas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	e. Medida da barriga (altura uterina)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Procedimento	1. Sempre	2. Às vezes	3. Nunca																						
a. Medida de pressão arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																						
b. Tomada de peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																						
c. Ausculta do bebê na barriga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																						
d. Exame das mamas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																						
e. Medida da barriga (altura uterina)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																						
86. Você realizou exame de Papanicolau (preventivo) no pré-natal? 1. Sim 2. Não	<input type="checkbox"/>																								

87. Durante as consultas de pré-natal falaram com você sobre:		1. Sim	2. Não	
a. A importância de não faltar as consultas de pré-natal				<input type="checkbox"/>
b. Manter uma alimentação saudável, consumindo frutas e vegetais				<input type="checkbox"/>
c. Não fumar				<input type="checkbox"/>
d. Evitar bebida alcoólica				<input type="checkbox"/>
e. Atividade sexual na gravidez				<input type="checkbox"/>
f. A importância do aleitamento materno				<input type="checkbox"/>
g. Cuidados com o recém-nascido				<input type="checkbox"/>
h. Métodos para evitar outra gravidez				<input type="checkbox"/>
i. Os sinais da hora do parto				<input type="checkbox"/>
j. Importância de voltar ao médico depois do parto				<input type="checkbox"/>

88. Você teve algum destes problemas de saúde durante a gravidez ?		1. Sim	2. Não
a. Hipertensão			<input type="checkbox"/>
b. Diabetes			<input type="checkbox"/>
c. Diabetes gestacional			<input type="checkbox"/>
d. Pré-eclâmpsia/ eclâmpsia			<input type="checkbox"/>
e. Hemorragias			<input type="checkbox"/>
f. Sífilis			<input type="checkbox"/>
g. Hepatite B			<input type="checkbox"/>
h. Cardiopatia			<input type="checkbox"/>
i. Rubéola			<input type="checkbox"/>
j. Toxoplasmose			<input type="checkbox"/>
l. Infecção urinária			<input type="checkbox"/>
m. Tuberculose			<input type="checkbox"/>
n. HIV+			<input type="checkbox"/>
o. Anemia			<input type="checkbox"/>
p. Isoimunização Rh (problema Rh)			<input type="checkbox"/>
q. Outras _____			<input type="checkbox"/>

89. Você diria que o seu atendimento de pré-natal foi?	1. Ótimo	2. Bom	3. Regular	4. Ruim	<input type="checkbox"/>
90. Quantas ultra-sonografias você fez?					<input type="checkbox"/>
91. Durante a gravidez a senhora foi vacinada contra o tétano?	1. Sim, 1 dose	2. Sim, 2 doses	3. Sim, 3 doses	4. Não sabe o nº de doses	<input type="checkbox"/>
	5. Já era vacinada	6. Dose de reforço	7. Não tomou		
92. Você já foi vacinada contra a rubéola?	1. Sim	2. Não			<input type="checkbox"/>
93. Você sabe quais as doenças a mulher pode passar para a criança durante a gravidez? (Se não, vá para questão 95)	1. Sim	2. Não			<input type="checkbox"/>
94. Quais doenças?					<input type="checkbox"/>
95. Você tomou algum remédio durante a gravidez? (Se não, vá para questão 97)	1. Sim	2. Não			<input type="checkbox"/>
96. Quais remédios?					
97. Você já fez transfusão de sangue alguma vez na sua vida?	1. Sim	2. Não			<input type="checkbox"/>

VI. Dados comportamentais

Agora vamos fazer algumas perguntas sobre o uso de fumo, bebida alcoólica e, se você teve algum aborrecimento durante a gravidez.

98. Você tomou bebida alcoólica durante a gravidez? (Se não, vá para questão 102)	1. Sim 2. Não	<input type="checkbox"/>
99. Com qual frequência?	1. Nunca 2. Raras vezes 3. Nos finais de semana 4. Frequentemente 5. Diariamente	<input type="checkbox"/>
100. Que tipo de bebida?	1. Cerveja 2. Vinho 3. Cachaça/Vodca/Whisky 4. Outros _____	<input type="checkbox"/>
101. Você achava que deveria ter reduzido ou parado de beber durante a gravidez?	1. Sim 2. Não	<input type="checkbox"/>
102. Você fumava antes de engravidar? (Se não, vá para questão 108)	1. Sim 2. Não	<input type="checkbox"/>
103. Quantos cigarros você fumava por dia antes de engravidar?		<input type="text"/>
104. Há quantos anos você fumava?		<input type="text"/>
105. Você fumou durante a gravidez?	1. Sim 2. Não	<input type="checkbox"/>
106. Durante que período fumou? 10. Toda a gestação 2. Parou no _____ mês		<input type="text"/>
107. Quantos cigarros você fumou (média) por dia durante a gravidez?		<input type="text"/>
<i>“Hoje em dia é muito comum que as pessoas já tenham experimentado algum tipo de droga, como a maconha e a cocaína. As duas próximas perguntas são sobre o uso dessas substâncias. Essas questões são muito importantes para gente. Gostaria de lembrar que, como todo o resto do questionário, essas informações são confidenciais e somente serão usadas para a pesquisa”.</i>		
108. Você alguma vez na vida usou drogas? (Se não, vá para questão 113)	1. Sim 2. Não	<input type="checkbox"/>
109. Que tipo de droga ?		<input type="text"/>
110. Alguma vez na vida você usou droga na veia?	1. Sim 2. Não	<input type="checkbox"/>
111. E durante a gravidez usou algum tipo de droga?	1. Sim 2. Não	<input type="checkbox"/>
112. Que tipo de droga?		<input type="text"/>
113. Seu companheiro ou algum dos seus parceiros sexuais usa ou usou droga na veia?	1. Sim 2. Não 3. Não sabe	<input type="checkbox"/>
114. Nos últimos 5 anos, quantos parceiros sexuais você teve?		<input type="text"/>
115. Alguma vez você foi destratada verbalmente durante a gravidez? (Se não, vá para questão 117)	1. Sim 2. Não	<input type="checkbox"/>

116. Quem fez isso com você?		
117. Desde que você engravidou alguém lhe agrediu fisicamente? (Se não, vá para questão 121)		1. Sim 2. Não <input type="checkbox"/>
118. Quem fez isso com você?		
119. Quantas vezes isso aconteceu?		<input type="text"/>
120. A senhora poderia me dizer que tipo de agressão sofreu?		
	Ações	1. Sim 2. Não
a	Ameaça de maus-tratos ou agressão, inclusive com arma	<input type="checkbox"/>
b	Tapa, soco, chute, empurrão	<input type="checkbox"/>
c	Corte ou dor contínua	<input type="checkbox"/>
d	Espancamento	<input type="checkbox"/>
e	Queimaduras	<input type="checkbox"/>
f	Ferimento por arma	<input type="checkbox"/>
g	Outro	<input type="checkbox"/>

VII. Dados do pré-parto e parto

Agora vamos fazer algumas perguntas sobre os sinais do parto, sua chegada na maternidade e sobre a internação

121. O que fez você achar que estava na hora de ganhar o bebê? 1. Estourou a bolsa d'água 2. Teve contrações 3. Perda do tampão mucoso 4. Orientação médica 5. Outros _____		<input type="checkbox"/>
122. Que dia e hora você percebeu esses sinais?		1. Dia <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 2. Hora <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>
123. Você tentou ganhar o bebê em outro lugar antes deste? (Se não, vá para questão 125)		1. Sim 2. Não <input type="checkbox"/>
124. Onde? (Anotar o nome de todos os serviços de saúde procurados)		
125. Como você chegou nesta maternidade? 1. De táxi 2. De carro particular 3. De ônibus 4. De trem 5. De ambulância 6. Outros _____		<input type="checkbox"/>
126. Por que você veio a esta maternidade? 1. Indicação do médico de pré-natal 2. Indicação de um amigo/parente 3. É perto de casa 4. Não consegui vaga em outra instituição 5. Outra _____		<input type="checkbox"/>
127. Quanto tempo você esperou desde que chegou neste hospital até ser internada? 1. Minutos <input type="text"/> <input type="text"/> 2. Horas <input type="text"/> <input type="text"/> 3. Dias <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="text"/>
128. Com quem você veio para a maternidade? 1. Sozinha 2. Companheiro 3. Mãe/pai 4. Parente 5. Amigo(a)		<input type="checkbox"/>
129. Ficou alguém da sua família/amigo acompanhando você na maternidade? (Se sim, vá para questão 131)		1. Sim 2. Não <input type="checkbox"/>

130. Se não, por quê?					
131. Colheram seu sangue quando você chegou na maternidade?	1. Sim	2. Não		<input type="checkbox"/>	
132. Você sabe se foi realizado o exame para HIV/Aids?	1. Sim	2. Não		<input type="checkbox"/>	
133. Você sabe se foi realizado o exame para a sífilis?	1. Sim	2. Não		<input type="checkbox"/>	
134. Você foi informada sobre o porquê da realização desses dois exames?	1. Sim	2. Não		<input type="checkbox"/>	
135. Você foi examinada antes de ir para a sala de parto?	1. Sim	2. Não		<input type="checkbox"/>	
136. Escutaram o bebê na sua barriga?	1. Sim	2. Não		<input type="checkbox"/>	
137. Fizeram raspagem de pêlos (tricotomia)?	1. Sim	2. Não	3. Fez em casa	<input type="checkbox"/>	
138. Fizeram lavagem intestinal (enema)?	1. Sim	2. Não		<input type="checkbox"/>	
139. Precisou fazer um corte na sua vagina para ganhar o bebê (episiotomia)?		1. Sim	2. Não	<input type="checkbox"/>	
140. Quantos toques vaginais fizeram?				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
141. Durante o trabalho de parto você ficou:	1. O tempo todo na cama (por opção)	2. O tempo todo na cama (por recomendação médica)	3. Pode se levantar e andar	<input type="checkbox"/>	
142. O médico que a examinou no pré-parto também realizou o parto?	1. Sim	2. Não		<input type="checkbox"/>	
143. O seu bebê nasceu de parto: (Se 1, vá para questão 147)	1. Vaginal	2. Cesáreo		<input type="checkbox"/>	
144. Em que momento soube que seu parto seria cesáreo?	1. No pré-natal	2. Ao ser internada	3. Durante o trabalho de parto	4. Não fui informada	<input type="checkbox"/>
145. Qual foi o motivo da cesárea?				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
146. Você ligou as trompas? (Se não, vá para questão 148)	1. Sim	2. Não		<input type="checkbox"/>	
147. Você gostaria de ter ligado as trompas?	1. Sim	2. Não		<input type="checkbox"/>	
148. Houve algum problema com você durante o parto? (Se não, vá para questão 150)				<input type="checkbox"/>	
1. Sim	2. Não				
149. Quais problemas?				<input type="checkbox"/>	
150. Você diria que o atendimento ao parto foi ?	1. Ótimo	2. Bom	3. Regular	4. Ruim	<input type="checkbox"/>
151. Você se sentiu discriminada por algum motivo nessa maternidade? (Se não, vá para questão 153)		1. Sim	2. Não	<input type="checkbox"/>	
152. Qual o motivo?					

Entrevistador, em caso de óbito fetal ou natimorto, preencher com 8 até a questão 162

VIII. Dados do Bebê

Agora vamos fazer algumas perguntas sobre o seu bebê

174.	Data de nascimento	_ _ _ / _ _ / _ _
175.	Idade (anos)	_ _
176.	Escolaridade (<i>considerar anos de estudo com aprovação</i>) 1. Nenhuma/analfabeta 2. 1º grau incompleto (1 a 7 anos) 3. 1º grau completo (8 a 10 anos) 4. 2º Grau completo (11 anos e +) 5. Superior completo	_
177.	Situação conjugal 1. Solteira 2. Companheiro/casada 3. Divorciada/separada 4. Viúva	_
178.	Endereço	
179.	Bairro	_ _ _ _
180.	CEP	_ _ _ _ _ - _ _
181.	Telefone para contato	_ _ _ _ - _ _ _ _
182.	Município	_ _ _ _ _ _ _
183.	Possui plano de saúde? 1. Sim 2. Não	_

III. Dados da admissão

184.	Data de admissão	_ _ _ / _ _ / _ _
185.	Hora da admissão	_ _ : _ _
186.	Diagnóstico da internação	
187.	Procedência 1. Residência 2. Transferida/encaminhada de outro serviço de saúde	_
188.	Características da bolsa d'água no momento da admissão 1. Íntegra 2. Rota	_
189.	Tempo de Rotura 1. Até 24 horas 2. > 24 horas	_
190.	Dilatação uterina no momento da admissão	_ _ cm
191.	Idade gestacional atual: 1. DUM 2. Ultrassonografia 9. Não sabe critério	_ _ _ _ _ _

IV. Informações do pré-natal

192.	Realizou pré-natal (Se não, vá para a questão 44) 1. Sim 2. Não	_
193.	Nº de consultas	_ _
194.	Presença de cartão pré-natal no prontuário 1. Sim 2. Não	_
195.	Idade gestacional quando iniciou o pré-natal (em semanas)	_ _
196.	Trimestre de início de pré-natal 1. 1º Trimestre 2. 2º Trimestre 3. 3º Trimestre	_
197.	A gestação foi identificada como de alto risco? 1. Sim 2. Não	_

198.	Nº de exames realizados para Sífilis no pré-natal		<input type="text"/>
199.	Data do 1º exame (Sífilis)		<input type="text"/>
200.	Resultado do 1º exame (Sífilis)	1. Positivo/Título _____ 2. Negativo	<input type="text"/> <input type="text"/>
201.	Data do 2º exame (Sífilis)		<input type="text"/>
202.	Resultado do 2º exame (sífilis)	1. Positivo/Título _____ 2. Negativo	<input type="text"/> <input type="text"/>
203.	Nº de exames realizados para HIV no pré-natal		<input type="text"/>
204.	Data do 1º exame (HIV)		<input type="text"/>
205.	Resultado do 1º exame (HIV)	1. Positivo 2. Negativo	<input type="text"/>
206.	Data do 2º exame (HIV)		<input type="text"/>
207.	Resultado do 2º exame (HIV)	1. Positivo 2. Negativo	<input type="text"/>

V. Dados do trabalho de parto e parto

208.	Existe partograma no prontuário?	1. Sim 2. Não	<input type="text"/>
209.	O partograma está preenchido?	1. Completo 2. Parcialmente 3. Não	<input type="text"/>
210.	Existe evolução do trabalho de parto no prontuário?	1. Completa 2. Parcialmente 3. Não	<input type="text"/>
211.	Realizado exame para detecção de sífilis:	1. Sim, no pré-parto 2. Sim, no pós-parto 3. Não	<input type="text"/>
212.	Resultado sífilis	1. Positivo/Título _____ 2. Negativo 3. Sem resultado	<input type="text"/> <input type="text"/>
213.	Realizado exame para detecção de HIV:	1. Sim, no pré-parto 2. Sim, no pós-parto 3. Não	<input type="text"/>
214.	Resultado do exame HIV	1. Positivo 2. Negativo 3. Sem resultado	<input type="text"/>
215.	Data do parto		<input type="text"/>
216.	Hora do parto		<input type="text"/>
217.	Prescrição de ocitocina	1. Sim 2. Não	<input type="text"/>
218.	Prescrição de corticóide	1. Sim 2. Não	<input type="text"/>
219.	Realizado amniotomia (rotura artificial de membranas)	1. Sim 2. Não	<input type="text"/>
220.	Tipo de anestesia usada no parto:	1. Nenhuma 2. Loco-regional 3. Peridural 4. Raquiana 5. Geral	<input type="text"/>
221.	Tipo de parto	1. Vaginal 2. Cesárea 3. Fórceps	<input type="text"/>
222.	Realizado episiotomia	1. Sim 2. Não	<input type="text"/>

223.	Motivo da cesariana	1. Iteratividade (duas ou mais cesáreas) 2. Sofrimento fetal 3. DCP (desproporção céfalo-pélvico) 4. Distocia funcional (parada de progressão) 5. DPP (descolamento prematuro de placenta) 6. Amniorrexe prematura 7. Doença hipertensiva crônica ou gestacional 8. Apresentação pélvica 9. Prolapso de cordão 10. Eletiva por HIV ⁺ 11. Outras _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
------	---------------------	--	--

VI. Evolução do puerpério

224.	Destino da mulher após o parto: 1. enfermaria/quarto 2. U.I. 3. UTI 4. Transferida 5. Óbito	<input type="checkbox"/>
225.	Se transferida ou óbito. Qual o motivo ou a causa?	<input type="checkbox"/>
226.	Número de visitas médicas no pós-parto (com evolução)	<input type="checkbox"/>
227.	Número de visitas pelo enfermeiro no pós-parto (com evolução)	<input type="checkbox"/>
228.	Complicações no puerpério: 1. Nenhuma 2. Hemorragia 3. Convulsão 4. Hipertensão puerperal 5. Infecção 6. Outra _____	<input type="checkbox"/>

VII. Evolução do recém-nascido

229.	Tipo de gestação	1. Única 2. Gemelar 3. Tripla e +	<input type="checkbox"/>
230.	Natimorto	1 Sim 2. Não	<input type="checkbox"/>
231.	Peso ao nascer		<input type="text"/> g
232.	Comprimento		<input type="text"/> , <input type="text"/> cm
233.	Perímetro cefálico		<input type="text"/> , <input type="text"/> cm
234.	Sexo	1. Feminino 2. Masculino 3. Indeterminado	<input type="checkbox"/>
235.	Apgar no 1º minuto		<input type="checkbox"/>
236.	Apgar no 5º minuto		<input type="checkbox"/>
237.	Idade gestacional (escore somático)		<input type="text"/> sem <input type="text"/> dias
238.	Qual o método utilizado para avaliar a idade gestacional 1. Ballard 2. New Ballard 3. Capurro 4. Outros _____		<input type="checkbox"/>
239.	Presença de mal-formação congênita?	1. Sim 2. Não	<input type="checkbox"/>
240.	Qual?		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

241.	Destino do recém-nascido	1. Alojamento conjunto 3. Transferido	2. UTI/UI 4. Óbito	<input type="checkbox"/>
------	--------------------------	--	-----------------------	--------------------------

VIII. Dados sobre comportamento de risco para HIV/sífilis

242.	Há registro no prontuário sobre risco para HIV/sífilis? Se sim, qual? (Se não, vá para questão 83)	1. Sim	2. Não	<input type="checkbox"/>
243.	Usuária de droga injetável?	1. Sim	2. Não	<input type="checkbox"/>
244.	Parceiro infectado?	1. Sim	2. Não	<input type="checkbox"/>
245.	Trabalhadora do sexo ?	1. Sim	2. Não	<input type="checkbox"/>
246.	Outras _____	1. Sim	2. Não	<input type="checkbox"/>

IX. Resumo de alta

247.	Data da alta da mulher	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
248.	Data da alta do RN	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
249.	Nº da AIH da mulher	<input type="text"/>
250.	Nº da AIH do RN	<input type="text"/>
251.	Nº da DO da mulher	<input type="text"/>
252.	Nº da DO do RN/feto	<input type="text"/>
253.	Nº prontuário do RN	<input type="text"/>
254.	Nº da DNV do RN	<input type="text"/>

ATENÇÃO ENTREVISTADOR:
ESTES BLOCOS DEVERÃO SER PREENCHIDOS EXCLUSIVAMENTE PARA OS
CASOS DE PUÉRPERAS HIV⁺/AIDS E SÍFILIS CONGÊNITA E MATERNA

**IDENTIFICADOS PELA UNIDADE DE SAÚDE NO PERÍODO DE 01/01/2004 A
31/12/2004**

X. PARA MÃES HIV POSITIVAS NA ADMISSÃO, PARTO E PÓS-PARTO

255.	Carga viral no terceiro trimestre da gestação		<input type="text"/>
256.	Foi realizada inibição mecânica da lactação?	1. Sim	2. Não
			<input type="text"/>
257.	Em quanto tempo o resultado do exame confirmatório (Elisa) foi disponibilizado?		<input type="text"/>
	1. 8 a 12 h <input type="text"/>	2. 13 a 24 h <input type="text"/>	3. 24 a 48 h <input type="text"/>
			4. > 48 h <input type="text"/>
258.	Foi realizada inibição química da lactação?	1. Sim	2. Não
			<input type="text"/>
259.	A inibição química da lactação ocorreu quanto tempo após o parto?		<input type="text"/>
	1. < 12 h <input type="text"/>	2. 13 a 24 h <input type="text"/>	3. 24 a 48 h <input type="text"/>
			4. > 48 h <input type="text"/>
260.	Copie a prescrição da gestante incluindo data, horário de prescrição, horário de início da terapêutica, via de administração, se IV, gotejamento, fases, etc		<input type="text"/>
261.	Copie a prescrição do recém-nascido , incluindo data, tempo de vida na prescrição e no início da terapêutica.		<input type="text"/>
262.	Houve dispensação da fórmula infantil?	1. Sim	2. Não
			<input type="text"/>
263.	Houve dispensação do AZT-xarope?	1. Sim	2. Não
			<input type="text"/>
264.	Foi notificado o caso da gestante?	1. Sim	2. Não
			<input type="text"/>
265.	Foi realizado o rastreamento do parceiro?	1. Sim	2. Não
			<input type="text"/>
266.	Encaminhamento do recém-nascido (anote o nome do Serviço de Saúde).		<input type="text"/>
267.	Encaminhamento da puérpera (anote o nome do Serviço de Saúde).		<input type="text"/>

XI. PARA MÃES VDRL POSITIVAS NA ADMISSÃO AO PARTO

268.	Foi realizado o VDRL do recém-nascido?	1. Sim	2. Não
			<input type="text"/>
269.	Qual o título do VDRL do recém-nascido?		<input type="text"/>
270.	Foi realizado Raio X de ossos longos?	1. Sim	2. Não
			<input type="text"/>
271.	Laudo (copiar)		<input type="text"/>

272.	Foi realizada análise do líquido?	1. Sim	2. Não	<input type="checkbox"/>
273.	Copie o resultado			<input type="checkbox"/>
274.	Copie a prescrição da puérpera incluindo data, horário de prescrição, horário de início da terapêutica			<input type="checkbox"/>
275.	Copie a prescrição do recém-nascido , incluindo data, horário de prescrição, horário de início da terapêutica, via de administração, se IV.			<input type="checkbox"/>
276.	Trata-se de recém-nascido sintomático?	1. Sim	2. Não	<input type="checkbox"/>
277.	Foi realizada a notificação do caso (incluindo óbito neonatal e natimorto)?		1. Sim 2. Não	<input type="checkbox"/>
	278. Foi realizada a notificação do caso da gestante?		1. Sim 2. Não	<input type="checkbox"/>
	279. Foi realizado rastreamento do parceiro?		1. Sim 2. Não	<input type="checkbox"/>
280.	Encaminhamento do recém-nascido			<input type="checkbox"/>
281.	Encaminhamento da puérpera			<input type="checkbox"/>

Anexo 4 - Carta aos Serviços



Recife, 15 de Junho de 2005.

Sr. Diretor

Diretor do

De acordo com o nosso contato telefônico, envio-lhe o fax pedindo a permissão da entrada no Hospital de _____, para a execução do seu trabalho de Pesquisa. Pedindo também a presença das pessoas da área de Laboratório, Farmácia e Epidemiologia para melhor eficácia de seu Serviço. Ela irá ao Hospital no dia _____ de Junho de 2005 e ficará o tempo necessário para compor a Pesquisa.

Agradecemos imensamente a sua colaboração em nos receber.

Atenciosamente,

Dr. Paulo Germano de Frias

IMIP - Rua dos Coelhos, 300 – Bairro Coelhos – Recife – fone: 2122-4756

Dra. Maria Goretti de Godoy Sousa

Secretaria de Saúde de Pernambuco – Praça Oswaldo Cruz, s/n – Bairro Boa Vista – Recife – fone: 3412-6518

Anexo 5 - Carta de Apresentação dos Entrevistadores



Ilmo. Sr.
Dr.
Diretor do
Recife – PE

Tenho a satisfação de lhe apresentar os profissionais de saúde e que estão participando como entrevistadores da coleta de dados da investigação ‘Avaliação do Grau de Implantação do Projeto Nascer Maternidades em Pernambuco sob a nossa coordenação e que necessitarão do seu consentimento para entrevistar alguns profissionais de saúde sob a sua direção, bem como manusear prontuários e entrevistar gestantes e puérperas.

Na oportunidade comunico também que a referida pesquisa não deverá ultrapassar o período máximo de duas semanas buscando as informações necessárias ao estudo. A partir dos resultados desta investigação a Secretaria Estadual de Saúde pretende fazer as adequações necessárias para que o programa de controle da transmissão vertical do HIV e da sífilis alcance completamente os seus objetivos.

Esperando contar com a sua colaboração, colocamo-nos à sua disposição para quaisquer informações que se façam necessárias.

Atenciosamente,

Dr. Paulo Germano de Frias

IMIP - Rua dos Coelhos, 300 – Bairro Coelhos – Recife – fone: 2122-4756

Dra. Maria Goretti de Godoy Sousa

Secretaria de Saúde de Pernambuco – Praça Oswaldo Cruz, s/n – Bairro Boa Vista – Recife – fone: 3412-6428

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)