



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

**EPIDEMIOLOGIA DA SÍFILIS EM GESTANTES EM FORTALEZA,  
CEARÁ**

**ANA LUIZA DE ARAÚJO CAMPOS**

**FORTALEZA – CEARÁ  
2008**

# **Livros Grátis**

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

Milhares de livros grátis para download.

**ANA LUIZA DE ARAÚJO CAMPOS**

**EPIDEMIOLOGIA DA SÍFILIS EM GESTANTES EM FORTALEZA,  
CEARÁ**

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

Orientadora: Maria Alix Leite de Araújo

**Fortaleza – Ceará  
2008**

**ANA LUIZA DE ARAÚJO CAMPOS**

**EPIDEMIOLOGIA DA SÍFILIS EM GESTANTES EM FORTALEZA, CEARÁ**

Grupo de Pesquisa: Saúde da Mulher, DST/HIV, Educação em Saúde

Linha de Pesquisa: Análise da Situação de Saúde

Núcleo Temático: Epidemiologia

Data da Aprovação: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

Profa. Dra. Maria Alix Leite de Araújo  
Orientadora - UNIFOR

---

Prof. Dr. Adauto José Gonçalves de Araújo  
Membro Efetivo – FIOCRUZ/ENSP

---

Profa. Dra. Raimunda Magalhães da Silva  
Membro Efetivo - UNIFOR

---

Profa. Dra. Ana Paula Soares Gondim  
Membro Suplente - UNIFOR

**Aos meus pais, Ivan (*in memoriam*) e Maria Tereza**  
**Ao Marcelo, com amor e admiração**

**“Bom mesmo é ir a luta com determinação, abraçar a vida e viver com paixão, perder com classe e vencer com ousadia, porque o mundo pertence a quem se atreve, e a vida é muito para ser insignificante.”**

**Charles Chaplin**

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a todos, que de uma forma ou de outra possibilitaram a conclusão do meu mestrado. Em especial gostaria de manifestar a minha gratidão:

À Dra. Maria Alix Leite de Araújo, que além de orientadora tornou-se uma amiga, pelos agradáveis momentos de convívio, pela atenção, ensinamentos e incentivo constante.

Ao meu marido Marcelo, pelo companheirismo, cumplicidade, apoio irrestrito e estímulo constante.

À colega e amiga Simone Melo, pela disponibilidade e auxílio no início da pesquisa, pela amizade sempre demonstrada.

Às queridas amigas Iracema Bezerra, Juliana Guimarães, Adryana Gurgel e Marluclena Silva, a presença e amizade de vocês tornou este processo muito mais divertido.

À Socorro Cavalcante, do Núcleo de Vigilância Epidemiológica do Hospital Geral Dr. César Cals, pelo apoio sempre manifestado e pelo serviço consciencioso realizado com as gestantes com sífilis naquele hospital.

À Dra. Raimunda Magalhães da Silva, coordenadora do Mestrado em Saúde Coletiva, pela acolhida generosa.

Aos professores e aos colegas do mestrado, pela agradável convivência nestes dois anos de curso.

Aos funcionários da coordenação do mestrado, Tânia, Cleide, Marciliano, Abreu, Widson e Vítor, pela constante disposição em ajudar, pela atenção e simpatia sempre demonstrada.

À Funcap, pela bolsa de pesquisa.

A todos, minha sincera gratidão.

## RESUMO

Este é um estudo quantitativo, transversal e descritivo e teve por objetivo conhecer o perfil epidemiológico das gestantes com exame de VDRL reagente e avaliar o perfil sociodemográfico e algumas variáveis comportamentais do parceiro sexual destas gestantes, em Fortaleza, Ceará, Brasil, no ano de 2008. Durante os seis meses do estudo foram entrevistadas consecutivamente 58 gestantes no pós-parto imediato, internadas em cinco maternidades públicas do município; além do relato da gestante foram consultados as informações do prontuário e do cartão das gestantes. Verificou-se o percentual de gestantes e parceiros que foram considerados inadequadamente tratados e os motivos da inadequação do tratamento, de acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde. Foram avaliados dados sociodemográficos, obstétricos e variáveis relacionadas ao diagnóstico, comunicação ao parceiro e tratamento de gestante e parceiro. Apenas três (5,2%) gestantes foram consideradas adequadamente tratadas e o principal motivo da inadequação do tratamento foi a falta ou inadequação do tratamento do parceiro (89,6%) dos casos. Entre as 36 gestantes que tiveram conhecimento da sífilis durante o pré-natal, ou já tinham conhecimento prévio do diagnóstico, houve comunicação ao parceiro em 32 (88,9%) dos casos. Foi possível reafirmar a necessidade de um segundo VDRL no terceiro trimestre de gestação. Os dados evidenciaram a necessidade de um maior empenho, por parte dos serviços de saúde na captação dos parceiros para tratamento e também que o atendimento recebido pela gestante na assistência pré-natal não é suficiente para garantir o controle da sífilis congênita. Para isto, medidas devem ser tomadas no sentido de fazer com que os profissionais de saúde e gestores estejam mais comprometidos com a questão da sífilis gestacional.

**Palavras-chave:** Sífilis Congênita; Assistência Pré-Natal; Parceiros Sexuais.



## **ABSTRACT**

The aims of this cross-sectional study were to know the epidemiological profile of pregnant women with reactive VDRL test, in Fortaleza, Ceará, Brazil, in 2008, and analyze sociodemographic and some behavioral data from their partners. During the six month period of study, 58 women were consecutively interviewed following delivery, occurred in one of the five public maternities from the municipality. Data were also recovered from medical files and pregnancy cards. Sociodemographic and obstetric data, and information related to the diagnosis and treatment of syphilis from both pregnant woman and partner were analyzed. It was possible to verify the fraction of pregnant women with syphilis and of their partners, considered not correctly treated according Brazilian Health Authority's recommendations, and to assess the reasons for treatment inadequacy. Only three (5.2%) pregnant women have received adequate treatment. The main reason for inadequacy was lack of partner treatment (89.6% of cases). Between the 36 pregnant women who had known the diagnosis of syphilis during antenatal care or before the pregnancy, diagnosis had been communicated to the partner in 32 (88.9%) cases. A second VDRL test, to be done at the beginning of the third trimester of pregnancy, is strongly recommended. It was possible to assert the need for a better involvement of health system in drawing partners to be treated. Medical care currently provided did not warrant syphilis control in pregnant women. In order to achieve a better control of syphilis during pregnancy, it is necessary a deeper commitment from health care workers.

**Key words:** Congenital Syphilis; Antenatal care; Sexual Partners.

## SUMÁRIO

1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS .....	9
2. OBJETIVOS .....	15
3. ARTIGO 1 .....	16
3.1 Epidemiologia da sífilis gestacional em Fortaleza, Ceará: um agravo sem controle..	17
3.1.1 Introdução.....	19
3.1.2 Metodologia.....	20
3.1.3 Resultados.....	22
3.1.4 Discussão .....	23
3.1.5 Referências .....	28
4. ARTIGO 2 .....	36
4.1 Sífilis na gestação: aspectos epidemiológicos do parceiro.....	37
4.1.2 Introdução.....	39
4.1.3 Metodologia .....	40
4.1.4 Resultados.....	41
4.1.5 Discussão .....	42
4.1.5 Conclusão .....	44
4.1.5 Referências .....	45
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	51
6. REFERÊNCIAS.....	52
APÊNDICES .....	53
Apêndice 1: Instrumento de Coleta de Dados .....	54
Apêndice 2: Termo de Fiel Depositário .....	59
Apêndice 3: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	60
ANEXOS.....	61
Anexo 1: Declaração do Comitê de Ética Universidade de Fortaleza.....	62
Anexo 2: Declaração Comitê de Ética Hospital Geral César Cals .....	63

## 1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Em janeiro de 2007 iniciei o mestrado em Saúde Coletiva na Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Dentro das linhas de pesquisa dos orientadores do mestrado, escolhi a Análise da Situação de Saúde, na intenção de pesquisar sobre a sífilis gestacional. Este tema foi escolhido por sua relevância na área da Saúde Coletiva, tanto por sua magnitude como por sua transcendência. Apesar da grande quantidade de estudos existentes sobre o tema, e de alguns programas governamentais propostos nas últimas décadas, a sífilis gestacional ainda se apresenta com um grande problema para a Saúde Pública no Brasil e em muitos países.

A sífilis é uma doença infecciosa sistêmica de evolução crônica, causada pela bactéria *Treponema pallidum*, de transmissão sexual (forma adquirida) ou vertical (congênita). Quando o paciente não é tratado fica sujeito a surtos de agudização e períodos de latência. O risco de infecção em uma relação sexual não protegida, com parceiro que apresente lesões de cancro duro ou condiloma plano, é de 60% (BRASIL, 2006a; HELOU, 2002).

Na forma adquirida classifica-se em recente (menos de um ano de evolução), podendo ser primária, secundária e latente recente, e tardia (com mais de um ano de evolução), podendo ser latente tardia e terciária. Manifesta-se inicialmente por uma pequena úlcera nos órgãos genitais (cancro duro) e linfonodomegalia inguinal, surgidos entre a 2 e 3 semanas após o contágio. As úlceras e a linfonodomegalia não doem, não coçam, não ardem e não apresentam secreção purulenta. Este quadro entra em remissão após algumas semanas sem deixar cicatriz, o que leva a uma falsa sensação de cura. Sem tratamento a doença tende a avançar pelo organismo, podendo ocasionar lesões cutâneas em várias partes do corpo, inclusive nas regiões palmares e plantares, além de alopecia, amaurose, cardiopatias e acometimento do sistema nervoso, podendo até mesmo levar o paciente ao óbito (BRASIL, 2006a).

A sífilis congênita é a infecção do feto por *Treponema pallidum* através da placenta da mãe que esteja infectada, podendo a transmissão ocorrer em qualquer fase da gestação ou durante o parto. A bactéria está presente na circulação sanguínea da gestante infectada, penetra na placenta e chega aos vasos do cordão umbilical, multiplicando-se rapidamente por todo o organismo da criança que está sendo gerada (BRASIL, 2006a).

O risco de infecção do feto está relacionado ao estágio da doença da gestante. Infecções mais recentes implicam em maior quantidade de bactérias na circulação sanguínea da gestante tendo, portanto, maior risco de transmissão para o feto (BRASIL, 2005a; BARSANTI, 1999; SANTANA, 2006; MATIDA, 2004). A transmissão vertical da sífilis

chega a 70-100% nas fases primárias e terciárias, e aproximadamente 30% nas fases latentes e terciárias. Importante salientar que em cerca de 40% das infecções intra-uterinas não tratadas ocorre aborto espontâneo ou morte perinatal da criança. Estima-se que no Brasil a prevalência média da sífilis em parturientes varie entre 1,4 a 2,8% (BRASIL, 2005b).

A sífilis congênita é uma doença de notificação compulsória para fins de vigilância epidemiológica no país desde 1986. Apesar disto, estima-se que somente 17,24% dos casos de sífilis congênita sejam notificados (BRASIL, 2004). Desde julho de 2005 a sífilis na gestante também se tornou uma doença de notificação compulsória. Apesar da obrigatoriedade de notificação, as notificações encontram-se abaixo do número estimado para este agravo. Estes dados demonstram deficiências importantes na qualidade dos serviços de pré-natal e de assistência ao parto (BRASIL, 2004; SARACENI, 2005a).

A sífilis não tratada nas gestantes, ou inadequadamente tratada, pode ocasionar o óbito fetal (natimorto), quando o feto morre depois de 22 semanas de gestação ou que tenha peso igual ou maior do que 500 gramas, ou o aborto por sífilis, quando o abortamento ocorre antes de 22 semanas de gestação, ou com feto com peso menor do que 500 gramas. A criança infectada pode apresentar alterações em vários órgãos e sistemas, incluindo a pele, os ossos e o sistema nervoso (BRASIL, 2005b; SARACENI, 2005a). Contudo, a sífilis pode ser facilmente diagnosticada por exames sorológicos. Existem dois tipos básicos de exames, os testes não treponêmicos, que são mais simples e de menor custo sendo por isso mais utilizados como triagem e acompanhamento, e os testes treponêmicos, mais específicos e utilizados como testes confirmatórios (BRASIL, 2005).

O tratamento da sífilis é realizado com a penicilina G benzatina, variando a dosagem de acordo com o estágio da doença. O tratamento adequado durante a gestação é fundamental para afastar a possibilidade de infecção do feto (BERMAN, 2004). É considerada adequadamente tratada a gestante que usou a dose correta de penicilina e que finalizou seu tratamento pelo menos 30 dias antes do parto, tendo o parceiro sido tratado concomitantemente. É considerada não-adequadamente tratada a gestante que utilizar qualquer outro medicamento que não seja a penicilina, ou que tenha feito o tratamento com doses incorretas para a fase clínica da doença, ou cujo tratamento foi sendo realizado menos de 30 dias antes do parto, ou ainda que não apresente queda de títulos sorológicos após tratamento adequado. Inclui-se neste grupo as gestantes cujos parceiros não tenham sido tratados, ou que tenham sido inadequadamente tratados, ou quando não houver informação disponível a respeito (BRASIL, 2005a; BERMAN, 2004).

Uma assistência pré-natal de boa qualidade é o fator mais importante para o controle da sífilis congênita, assegurando que a gestante seja acompanhada desde o início da gestação e tenha um mínimo de seis consultas com atenção integral qualificada, garantindo a realização dos testes de VDRL no primeiro trimestre da gestação, na 28<sup>o</sup> semana e no momento do parto (CAREY, 2003). Garante ainda o correto preenchimento do cartão da gestante para documentação dos resultados das sorologias e, se for o caso, o tratamento e seguimento adequado das gestantes e dos parceiros. Uma boa assistência pré-natal também assegura o envolvimento dos profissionais na notificação dos casos de sífilis gestacional e congênita. Contando com exames, tratamento e protocolos de atendimento já bem estabelecidos, o sucesso do tratamento da gestante com sífilis funciona como um indicador da qualidade do pré-natal (LIMA, 2004; BRASIL, 2006a; DE LORENZI, 2001; CAVALCANTE, 2004).

A prevenção da sífilis deve ser feita através de educação em saúde e políticas públicas de saúde (HOOK, 2004; PAHO, 2004). Práticas sexuais mais seguras, diagnóstico precoce da infecção através de triagem sorológica em mulheres com intenção de engravidar e tratamento adequado dos parceiros sexuais são medidas fundamentais para o controle da sífilis gestacional (BRASIL, 2005b; SARACENI, 2003; SARACENI, 2005b; SARACENI, 2005c).

A expectativa é que ocorram mais de 500.000 mortes fetais por ano em todo mundo em decorrência da sífilis congênita (SCHMID, 2004). Entre 1998 e 2006 o Brasil apresentou 36.615 casos notificados e investigados de sífilis congênita em menores de um ano de idade. Destes casos, 18.740 (51,18%) encontravam-se na Região Sudeste, 10.221 (27,91%) na Região Nordeste, 2.714 (7,41%) na Região Centro-Oeste, 2.498 (6,82%) na Região Norte e 2.442 (6,69%) na Região Sul. Neste mesmo período, a maior proporção dos casos de sífilis congênita ocorreu em crianças cujas mães tinham entre 20 e 29 anos de idade (54%), sendo que 75,8% do total das mães infectadas realizaram o pré-natal. Dentre estas, 53,7% tiveram a sífilis diagnosticada durante a gestação. Os parceiros foram considerados adequadamente tratados em apenas 16,6% dos casos (BRASIL, 2006).

O risco de infecção do concepto está relacionado ao estágio da doença da gestante. Infecções mais recentes implicam em maior quantidade de bactérias na circulação sanguínea, havendo, portanto, maior risco de infecção transplacentária (BRASIL, 2005a; BARSANTI, 1999; SANTANA, 2006). A transmissão vertical da sífilis chega a 70-100% nas fases primárias e secundárias, e aproximadamente 30% nas fases latentes tardias e terciárias. Importante salientar que em cerca de 40% das infecções intra-uterinas não tratadas ocorre aborto espontâneo ou morte perinatal da criança. Estima-se que no Brasil a prevalência média da sífilis em parturientes varie entre 1,4 a 2,8% (BRASIL, 2005b).

Do total das crianças com sífilis congênita deste período, 30.284 (82,2%) eram menores de 7 dias por ocasião do diagnóstico, 29.591 (80,3%) nasceram com 36 ou mais semanas de gestação e 25.144 (68,2%) apresentaram infecção inaparente ao exame clínico. Do total de casos avaliados, 89,2% dos pacientes foram diagnosticados como casos de sífilis congênita recente, 1,0% como sífilis congênita tardia, 3,8% como natimortos por sífilis, 2,2% como casos de aborto por sífilis. Em 3,7% dos casos não havia informações (BRASIL, 2006b).

O projeto da dissertação foi desenvolvido nos moldes de um estudo quantitativo, do tipo descritivo. A pesquisa foi realizada em cinco maternidades públicas localizadas no município de Fortaleza, CE: Hospital Distrital Nossa Senhora da Conceição, Hospital Distrital Gonzaga Mota – Messejana, Hospital Distrital Gonzaga Mota – Barra do Ceará, Hospital Distrital Gonzaga Mota – José Walter e Hospital Geral Dr. César Cals, os quatro primeiros sob gestão municipal e o último, estadual.

Segundo dados do Ministério da Saúde (2007), houve no município de Fortaleza 39.707 partos em 2005. As maternidades que fizeram parte deste estudo contabilizaram aproximadamente 60% do total dos partos no período.

A população em estudo foi constituída pelas gestantes com sífilis da cidade de Fortaleza, usuárias das maternidades do SUS. Foi realizada uma amostragem com as gestantes que apresentaram o VDRL reagente e que estavam internadas para o parto, nos referidos hospitais durante o período de coleta dos dados. O cálculo amostral foi feito considerando a ocorrência de 40.000 partos por ano no município, uma prevalência estimada de sífilis em parturientes de 1,9% (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007), uma frequência estimada de 90% de gestantes não adequadamente tratadas (BRASIL, 2007), uma precisão de 10% e um nível de confiança de 95%, A amostra mínima necessária a ser avaliada foi de 33 gestantes. Foram entrevistadas 58 gestantes, quantidade superior ao número amostral mínimo.

O critério de inclusão foi o de gestantes com exame de VRDL reagente, em qualquer momento da gestação, que estivessem internadas nas referidas maternidades para realização do parto no período de coleta de dados. Foram excluídas as gestante não realizaram o pré-natal no município de Fortaleza.

Os dados foram coletados nos meses de junho a outubro de 2008. A pesquisa se realizou com a visita semanal da equipe de coleta, constituída por acadêmicas de enfermagem previamente treinadas, aos hospitais participantes para a aplicação de um questionário às mulheres, antes ou após o parto. O questionário continha perguntas sobre dados sociodemográficos, obstétricos e epidemiológicos da sífilis, assim como referentes à história

patológica pregressa da gestante e do seu parceiro (apêndice 1). Para complementar as informações fornecidas pela gestante foram utilizados o prontuário e o cartão da gestante, com a devida autorização da direção de cada hospital através da assinatura do Termo de Fiel Depositário (apêndice 2).

Os dados foram tabulados e analisados no programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS). As variáveis foram submetidas à análise univariada, considerando-se intervalo de confiança de 95%.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade de Fortaleza (UNIFOR) com o parecer de número 059/2008 (anexo 1) e passou pela apreciação do Comitê de Ética do Hospital Geral Dr. César Cals (anexo 2). As gestantes que aceitaram participar foram informadas dos objetivos da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (apêndice 3). A privacidade e o sigilo das informações dos indivíduos que fizeram parte deste trabalho serão rigorosamente respeitados por todos os pesquisadores e demais profissionais envolvidos na pesquisa. Os nomes dos indivíduos participantes não aparecerão em publicações nem serão acessíveis a terceiros.

Optamos por apresentar a dissertação na forma de dois artigos científicos, em função da praticidade e objetividade desta modalidade, que também permite uma divulgação mais rápida dos resultados. Vale ressaltar que a pesquisa contou com o financiamento da Fundação Cearense de Apóio à Pesquisa (FUNCAP), na forma de uma bolsa de estudos da qual fui beneficiária.

No primeiro artigo da dissertação fizemos uma descrição das gestantes com sífilis entrevistadas, levando em consideração dados sociodemográficos, histórico obstétrico, variáveis relacionadas à sífilis atual e história pregressa da infecção, além de informações sobre a adequação do tratamento da gestante e de seu parceiro. De acordo com os resultados obtidos ressaltamos alguns grandes desafios para o efetivo controle da sífilis congênita. Entre eles, a necessidade de uma melhoria qualitativa do atendimento pré-natal prestado às gestantes com sífilis, maior comprometimento dos profissionais de saúde neste atendimento, com o correto preenchimento do prontuário e cartão da gestante, e a necessidade fundamental de tratar adequadamente os parceiros na tentativa de evitar a reinfeção da gestante. Este artigo será encaminhado para o periódico *Cadernos de Saúde Pública*, e encontra-se formatado dentro das normas de publicação desta revista.

No segundo artigo abordamos aspectos relacionados ao parceiro, de acordo com o relatado pelas gestantes. Traçamos um perfil sócio-demográfico, histórico de infecções anteriores de sífilis, avaliamos as informações relativas ao diagnóstico da sífilis na gestante,

que foram comunicadas a eles durante a gestação, a realização de seu tratamento ou os motivos alegados para não fazê-lo. Diante da escassa informação sobre o parceiro de pacientes com doenças sexualmente transmissíveis (DST) na literatura científica nacional, acreditamos que estas informações sejam de grande relevância para a compreensão de um quadro mais amplo sobre a sífilis gestacional, e que possa auxiliar na elaboração de políticas públicas visando o adequado tratamento da doença. Este artigo será encaminhado para o periódico Revista de Atenção Primária à Saúde, e já se encontra formatado dentro das normas de publicação desta revista.



## **2. OBJETIVOS**

### **Objetivo Geral:**

- § Avaliar o perfil sociodemográfico, obstétrico e epidemiológico de gestantes com o exame de VDRL reagente.

### **Objetivos Específicos:**

- § Verificar o percentual de gestantes com VDRL reagente que não foram adequadamente tratadas.
- § Identificar os motivos pelos quais as gestantes com VDRL reagente não foram consideradas adequadamente tratadas.
- § Conhecer o perfil sociodemográfico e variáveis comportamentais dos parceiros sexuais das gestantes com VDRL reagente.

### **3. ARTIGO 1**

#### **Artigo 1: Epidemiologia da sífilis gestacional em Fortaleza, Ceará: um agravo sem controle**

Este estudo teve por objetivo verificar o percentual das gestantes com exame de VDRL reagente em qualquer período gestacional, ou na ocasião do parto, buscando identificar o percentual de gestantes que não foram adequadamente tratadas, bem como os motivos da não adequação do tratamento, e apresentar o seu perfil sociodemográfico, obstétrico e epidemiológico.

## **Epidemiologia da sífilis gestacional em Fortaleza, Ceará: um agravo sem controle**

### **Epidemiology of syphilis in pregnancy, in Fortaleza, Ceará: an uncontrolled disease**

Ana Luiza de Araújo Campos<sup>1</sup>, Maria Alix Leite Araújo<sup>2</sup>, Simone Paes de Melo<sup>3</sup>, Marcelo Luiz Carvalho Gonçalves<sup>4</sup>

1. Psicóloga, aluna do Mestrado em Saúde Coletiva na Universidade de Fortaleza - UNIFOR.
2. Enfermeira, professora do Mestrado em Saúde Coletiva na Universidade de Fortaleza - UNIFOR, doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará.
3. Enfermeira, aluna do Mestrado em Saúde Coletiva na Universidade de Fortaleza - UNIFOR.
4. Médico, professor do Mestrado em Saúde Coletiva na Universidade de Fortaleza - UNIFOR, doutor em Saúde Pública pela ENSP/FIOCRUZ.

#### **RESUMO**

Este estudo transversal teve por objetivo conhecer o perfil epidemiológico das gestantes com VDRL reagente, em Fortaleza, Ceará, Brasil, no ano de 2008. Verificou o percentual das gestantes com sífilis que foram consideradas inadequadamente tratadas e os motivos da inadequação, de acordo com as normas preconizadas pelo Ministério da Saúde. Foram entrevistadas consecutivamente 58 gestantes no pós-parto imediato, internadas em cinco maternidades públicas do município, e consultadas as informações do prontuário e do cartão das gestantes. Foram avaliados dados sociodemográficos, obstétricos e variáveis relacionadas ao diagnóstico e tratamento da gestante e do parceiro. Apenas três (5,2%) gestantes foram consideradas adequadamente tratadas. O principal motivo da inadequação do tratamento foi a falta ou inadequação do tratamento do parceiro (89,6% dos casos). Foi possível verificar a necessidade de um segundo VDRL no terceiro trimestre de gestação. Os dados evidenciaram que o atendimento recebido pela gestante não é suficiente para garantir o controle da sífilis congênita, e que medidas devem ser tomadas no sentido de fazer com que os profissionais de saúde e gestores estejam mais comprometidos com a questão da sífilis gestacional.

Gestantes; Sífilis; Sífilis Congênita; Assistência pré-natal

**ABSTRACT**

The aim of this transversal study was to know the epidemiological profile of pregnant women with reactive VDRL test, in Fortaleza, Ceará, Brazil, in 2008. It was possible to verify the fraction of pregnant women with syphilis considered not correctly treated, according Brazilian Health Authority's recommendations, and to assess the reasons for treatment inadequacy. Fifty-eight women were consecutively interviewed following delivery, occurred in one of the five public maternity from the municipality. Data were also recovered from medical files and pregnancy cards. Sociodemographic and obstetric data, and information related to the diagnosis and treatment of syphilis from both pregnant woman and partner were analyzed. Only three (5.2%) pregnant women have received adequate treatment. The main reason for inadequacy was lack of partner treatment (89.6% of cases). It was possible to assert that medical care currently provided does not warrant syphilis control in pregnancy. It is necessary for health care workers and health authorities to provide higher quality antenatal care in order to be successful in controlling syphilis.

Pregnancy; Syphilis; Congenital syphilis; Antenatal care.

## INTRODUÇÃO

A sífilis gestacional, apesar de diagnóstico simples e de tratamento eficaz, ainda apresenta prevalência alarmante, principalmente em países pobres ou em desenvolvimento <sup>1,2,3</sup>. O risco de transmissão vertical da sífilis varia de 30% a 100%, dependendo da fase clínica da doença na gestante. Em aproximadamente 40% das infecções intra-uterinas não tratadas, ocorre o aborto espontâneo ou a morte perinatal <sup>4</sup>.

Acredita-se que ocorram anualmente 12 milhões de casos novos de sífilis na população adulta em todo o mundo, 90% dos casos em países em desenvolvimento <sup>5</sup>. As estimativas apontam a sífilis congênita como responsável por mais de 500.000 mortes fetais por ano em todo o mundo <sup>3</sup>. Na região da América Latina e Caribe a prevalência da sífilis nos recém-nascidos é de 3,1%, oscilando entre 1,0 no Peru e 6,2% no Paraguai <sup>6</sup>. Na Bolívia, a prevalência de sífilis gestacional é de 7,2%, com taxa de transmissão vertical de 15,7% <sup>7</sup>. Na Bielorrússia, o percentual de gestantes com sífilis aumentou de 6,6% em 1994 para 10,5% em 2004 <sup>8</sup>. Estima-se que no Brasil a prevalência média da sífilis em parturientes varie entre 1,4 a 2,8% <sup>4</sup>, com uma taxa de transmissão vertical de 25% <sup>1</sup>.

Apesar da magnitude, estes números estão provavelmente subestimados, pois a falta de notificação é uma realidade em muitos países. Na América Latina estima-se subnotificação de 34,0% no Peru, 32,2% na Argentina, 26,0% no Chile e 22,2% na Venezuela <sup>8</sup>. No Brasil, apesar da sífilis congênita e a sífilis na gestante serem agravos de notificação compulsória desde 1986 e 2005, respectivamente <sup>9</sup>, apenas 32% dos casos de sífilis gestacional e 17,4% de sífilis congênita são notificados <sup>1,9</sup>. Estes dados refletem deficiências importantes na qualidade dos serviços da assistência no período pré-natal e ao parto <sup>9,10</sup>.

Paradoxalmente, a sífilis é uma doença sexualmente transmissível que pode ser facilmente controlada, levando-se em consideração a existência de testes diagnósticos sensíveis, tratamento eficaz e de baixo custo <sup>1</sup>. A ação mais consistente para controle da sífilis

congênita está na garantia de uma assistência pré-natal ampla e de qualidade, garantindo-se o diagnóstico precoce e tempo hábil ao tratamento.

Os fundamentos centrais do controle da sífilis congênita estão baseados na triagem sorológica das gestantes através de testes não treponêmicos, principalmente o *Venereal Disease Research Laboratory* (VDRL) e o tratamento adequado das gestantes e de seus parceiros sexuais<sup>11,12</sup>.

Este estudo teve por objetivo verificar o percentual das gestantes com exame de VDRL reagente em qualquer período gestacional, ou na ocasião do parto, que não foram adequadamente tratadas, buscando identificar os motivos da não adequação do tratamento, e apresentar o perfil sociodemográfico, obstétrico e epidemiológico destas gestantes.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo transversal e descritivo, realizado em cinco maternidades públicas localizadas no município de Fortaleza, CE: Hospital Distrital Nossa Senhora da Conceição, Hospital Distrital Gonzaga Mota - Messejana, Hospital Distrital Gonzaga Mota – Barra do Ceará, Hospital Distrital Gonzaga Mota – José Walter e Hospital Geral Dr. César Cals, os quatro primeiros sob gestão municipal e o último, estadual.

Foram convidadas a participar deste estudo todas as gestantes admitidas nas cinco maternidades para a realização do parto entre os meses de maio a outubro de 2008, e que tiveram o exame sorológico de VDRL reagente por ocasião do parto. Também foram incluídas as gestantes que não fizeram o exame no momento do parto, mas que apresentaram VDRL reagente em qualquer momento do período gestacional, condição identificada no cartão da gestante.

Todas as gestantes que preencheram os critérios de inclusão foram convidadas a participar do estudo, após esclarecimentos sobre os objetivos e metodologia da pesquisa. As

que aceitaram participar só foram incluídas no estudo após assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Em seguida foi aplicado às participantes um questionário com perguntas estruturadas, referentes às variáveis sociodemográficas, obstétricas e às relacionadas à infecção por *Treponema pallidum* e ao tratamento recebido. Os dados foram complementados com as informações disponíveis no cartão da gestante e no seu prontuário.

Foi considerado tratamento materno adequado todo tratamento completo e adequado à fase da doença, realizado com penicilina e finalizado pelo menos 30 dias antes do parto, tendo sido o parceiro concomitantemente tratado, de acordo com as normas do Ministério da Saúde para prevenção da transmissão vertical da sífilis <sup>1</sup>. Foi considerada queda na titulação do VDRL quando houve em exame subsequente queda de duas titulações ou de quatro vezes o valor da diluição.

Considerando a ocorrência de 40.000 partos por ano no município <sup>13</sup>, uma prevalência estimada de sífilis em parturientes de 1,9% <sup>14</sup>, uma frequência estimada de 90% de gestantes não adequadamente tratadas <sup>1</sup>, uma precisão de 10% e um nível de confiança de 95%, a amostra mínima necessária a ser avaliada foi de 33 gestantes. Foram entrevistadas gestantes em quantidade superior ao número amostral mínimo. Os dados foram tabulados e analisados no programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS). As variáveis foram submetidas à análise univariada, por meio de distribuições de frequências ou, quando aplicável, de medidas de tendência central e de dispersão.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade de Fortaleza com o parecer de número 059/2008, de acordo com a Portaria 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Assegurou-se o sigilo das informações em todas as etapas do estudo.

## **RESULTADOS**

No período de seis meses do estudo foram entrevistadas 58 gestantes com VDRL reagente no parto ou durante a assistência pré-natal. A média da idade foi de 23,8 anos,

variando de 14 a 39 anos (desvio padrão: 5,8). A Tabela 1 mostra a distribuição das gestantes com VDRL reagente, de acordo com as variáveis sociodemográficas, além da situação e tempo de relacionamento com o pai do recém-nascido. A Tabela 2 apresenta a distribuição das gestantes de acordo com as variáveis obstétricas avaliadas e a Tabela 3 mostra a distribuição das gestantes de acordo com variáveis relacionadas à sífilis e ao tratamento recebido.

Em 14 (24,1%) casos as gestantes informaram que os parceiros foram tratados, em 38 (65,5%) casos não houve tratamento do parceiro e seis (10,3%) não souberam informar. Entre os 14 casos relatados de tratamento do parceiro, em apenas seis (42,9%) foi relatado tratamento completo, correspondendo a 10,3% da amostra total.

Entre as 34 gestantes nas quais o diagnóstico de sífilis foi feito durante o pré-natal, nove (26,5%) tiveram o tratamento finalizado 30 dias ou mais antes do parto, em 16 (47,1%) o tratamento foi finalizado em menos de 30 dias da data do parto, em duas (5,9%) não foi realizado o tratamento e em sete (20,6%) não foi possível determinar a data do término do tratamento. Das 32 gestantes tratadas, sete (21,9%) relataram 2,4 milhões de UI de penicilina benzatina, cinco (15,6%) gestantes 4,8 milhões de UI, 17 (53,1%) gestantes 7,2 milhões de UI e uma (3,1%) gestante 9,6 milhões de UI de penicilina benzatina. Não foi possível verificar a fase da doença das 58 gestantes. Entre as 58 gestantes não há qualquer registro da realização de controle de cura.

Foram consideradas adequadamente tratadas apenas três (5,2%) gestantes, sendo que duas tiveram nove consultas de pré-natal e uma apenas quatro consultas. Duas destas gestantes iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre gestacional e a terceira no segundo trimestre. Todas as três foram tratadas com penicilina benzatina na dose de 7,2 milhões de UI.

Das 32 gestantes que tiveram o VDRL reagente durante o período pré-natal, 30 (51,7%) tinham títulos conhecidos, com a titulação variando entre 1:2 e 1:128, e mediana e



moda de 1:8. O VDRL foi reagente na ocasião do parto em 55 (94,8%) gestantes. Neste grupo, a titulação deste exame foi conhecida em 51 (87,9%) gestantes, com a titulação do VDRL variando entre 1:1 e 1:64, com mediana de 1:8 e moda de 1:16.

Foi possível realizar a comparação entre os títulos de VDRL realizado no pré-natal com o exame realizado por ocasião do parto em 19 (32,7%) gestantes, considerando-se um tempo mínimo de um mês entre os dois exames. Em duas (10,5%) desta 19 gestantes houve aumento dos títulos de VDRL. Uma delas foi medicada com 2,4 milhões de UI de penicilina benzatina durante o pré-natal e informou que o parceiro recebeu igual tratamento. A outra gestante foi medicada com 4,8 milhões de UI de penicilina benzatina durante o pré-natal e informou que o parceiro não foi tratado. A Tabela 4 mostra a situação sorológica das 58 gestantes em relação aos exames de VDRL realizados durante o pré-natal e na ocasião do parto.

Onze (18,96%) gestantes referiram conhecimento de diagnóstico de sífilis antes da gestação atual. Neste grupo de gestantes houve relato de abortamentos espontâneos em quatro (36,7%) e de natimortalidade em três (27,3%). Das 11 gestantes, três (27,3%) não realizaram pré-natal na gestação atual.

## **DISCUSSÃO**

O perfil sociodemográfico das gestantes neste estudo indica que a sífilis está ocorrendo em jovens, com algum grau de escolaridade, renda familiar menor do que um salário mínimo e com parceria sexual fixa, resultados semelhantes aos de diversos autores<sup>15,16,17,18,8,19,20</sup>. Observou-se um número elevado de adolescentes com sífilis gestacional (34,5%), provavelmente refletindo o perfil das gestantes do município.

Embora a infecção por *Treponema pallidum* não seja exclusiva das populações de baixa renda, observa-se que quase dois terços das gestantes com sífilis tinham renda familiar menor do que um salário mínimo.

Eram casadas ou mantinham união estável com o parceiro 39 (67,2%) das gestantes, sendo que 52 (89,7%) referiram o parceiro como pai do recém-nascido. A sífilis, neste contexto, pode ser conseqüência de relacionamentos extraconjugais, ou ter como fonte de infecção parceiros sexuais anteriores, já que 39 (67,3%) gestantes referiram tempo de relacionamento com o atual parceiro de menos de cinco anos. Apesar da transmissibilidade da sífilis por contato sexual estar relacionada à fase da infecção, e declinar ao longo do tempo, é possível ocorrer infecção mesmo alguns anos após a lesão primária, o que teoricamente poderia justificar a presença de infecção entre parceiros monogâmicos.

A assistência pré-natal é fundamental à saúde materno-infantil. Neste período devem ser desenvolvidas atividades relacionadas à promoção da saúde e identificação de riscos para a gestante e o concepto, permitindo assim a prevenção de inúmeras complicações, além de reduzir ou eliminar fatores e comportamentos de risco associados a vários agravos à saúde <sup>21,22,23</sup>. O Ministério da Saúde preconiza assistência de pré-natal com no mínimo seis consultas com profissionais de saúde, sendo pelo menos duas delas realizadas por médico. Aconselha ainda o início do atendimento no primeiro trimestre gestacional <sup>24</sup>. Os dados oficiais apontam alta cobertura de pré-natal no Brasil, onde quase 90% das gestantes são atendidas por profissionais qualificados <sup>24</sup>. Contudo é importante salientar que ainda assim os resultados são insuficientes para o controle da vários agravos à saúde relacionados à gestação, não havendo redução significativa dos coeficientes de mortalidade materna e perinatal <sup>25,26</sup>.

À semelhança de outros estudos <sup>9,16,23</sup>, a maior parte das gestantes (81,0%) relatou a realização do acompanhamento pré-natal, e com início no primeiro trimestre de gestação em 46,8% dos casos. As duas consultas realizadas com o médico durante o pré-natal não

asseguraram um desfecho mais favorável; 43 (63,8%) das gestantes tiveram pelo menos duas consultas com este profissional durante o período pré-natal. Verificou-se, com base nos dados deste estudo e nos realizados por outros autores<sup>9,16</sup>, que a garantia de um número mínimo de consultas de pré-natal não é suficiente para assegurar um atendimento de qualidade à gestante, o que torna as metas para o controle da sífilis congênita inalcançáveis com as práticas atuais.

Entre as gestantes que realizaram pré-natal, 22 (46,8%) realizaram a primeira consulta no primeiro trimestre de gestação, 21 (44,7%) no segundo trimestre e 4 (8,5%) somente no terceiro trimestre, resultado semelhante ao encontrado por Araújo *et al*<sup>28</sup>, Silveria *et al*<sup>29</sup> e Trevisan *et al*<sup>30</sup>. É de vital importância a utilização de marcadores da qualidade deste atendimento no planejamento, na gestão e na elaboração de políticas públicas relacionadas à saúde materno-infantil.

Apenas 41,4% das gestantes pesquisadas receberam pelo menos as seis consultas de pré-natal preconizadas pelo Ministério da Saúde, número próximo aos 46% encontrado por Saraceni no município do Rio de Janeiro<sup>27</sup>. Por outro lado, de acordo com os dados de Almeida e Pereira<sup>20</sup> ao avaliar o perfil epidemiológico da sífilis congênita em Salvador, Bahia, apenas 12% dos casos notificados realizaram mais de seis consultas de pré-natal. Talvez esta diferença seja consequência do tipo de estratificação realizada no número de consultas, maior de seis na pesquisa da Bahia, e seis ou mais nesta pesquisa e na do Rio de Janeiro. Outra possível explicação pode ser uma diferença real na cobertura de pré-natal entre os municípios avaliados.

Quando a sífilis nas gestantes não é tratada, ou é inadequadamente tratada, pode ocasionar abortamentos, prematuridade e a natimortalidade. Quando ocorre a infecção do concepto a partir de mães não tratadas, em aproximadamente 40% dos casos ocorre aborto espontâneo, natimorto ou óbito perinatal<sup>4</sup>. Neste estudo, 21 (36,2%) recém-nascidos foram considerados prematuros, com nascimento antes de 37 semanas de idade gestacional, valores

ainda maiores que os encontrados por De Lorenzi & Madi, em Caxias do Sul, onde ocorreu prematuridade em 29,6% dos casos de sífilis gestacional.<sup>17</sup>

Neste trabalho houve a ocorrência de um (1,7%) caso de natimortalidade; embora provável, não foi possível determinar se a causa do óbito estava relacionada à sífilis congênita. Houve histórico de abortamento espontâneo prévio em 16 (27,5%) gestantes. Estes números guardam grande proximidade com os encontrados por Saraceni *et al*<sup>10</sup> e Almeida & Pereira<sup>20</sup>. Entre as 39 (67,2%) gestantes multigestas, oito (20,5%) referiram sífilis em gestação anterior, o que pode refletir tratamento inadequado naquela ocasião ou ainda uma reinfecção posterior.

Neste estudo foi observado que em 23 (39,7%) gestantes o cartão não trazia as informações necessárias, e que em 17 (29,3%) dos casos a gestante não possuía o cartão. Araújo *et al*<sup>28</sup> e Lima<sup>31</sup> também evidenciam a falta de informações contidas em prontuários e cartões da gestante. Este fato pode estar relacionado à falta de qualidade no atendimento pré-natal, e é uma falta grave, pois o correto preenchimento do cartão da gestante é fundamental para que os profissionais de saúde possam realizar com segurança o seguimento do tratamento da sífilis na gestante.

De acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde, o exame de VDRL deve ser realizado logo no início da assistência pré-natal, repetido no 3º trimestre gestacional e no momento do parto. Os dois primeiros exames visam a garantir o diagnóstico precoce à gestante com sífilis e seu tratamento em tempo hábil, e o terceiro permite o tratamento precoce da criança<sup>32</sup>. Apesar desta recomendação, somente 32 (55,2%) das gestantes tiveram o diagnóstico ainda no período pré-natal, e 26 (44,8%) só na ocasião do parto. Não houve registro da realização do segundo VDRL nas gestantes. Importante ressaltar a necessidade da realização de um segundo VDRL por volta da 28ª semana de gestação, conforme preconizado. Houve quatro (6,9%) gestantes que apresentaram o único VDRL realizado no período pré-

natal não reagente, tendo perdido a oportunidade de serem adequadamente tratadas caso tivessem repetido o exame repetido. Estes números demonstram a fragilidade do atendimento pré-natal, fato igualmente verificado por outros autores<sup>29, 30, 19</sup>.

Para que a gestante com sífilis seja considerada adequadamente tratada, afastando a possibilidade de infecção do concepto, deverá ter sido medicada com penicilina G benzatina, nas doses apropriadas à fase da infecção, ter finalizado o tratamento pelo menos 30 dias antes do parto, e ter o parceiro concomitantemente tratado com o mesmo esquema terapêutico da gestante<sup>24,12</sup>. Neste estudo, apenas três (5,2%) gestantes foram consideradas adequadamente tratadas. A principal causa de inadequação do tratamento foi a falta de tratamento do parceiro. Estes foram devidamente tratados em apenas 14 (24,1%) casos. Embora alarmantes, estes números estão bastante próximos dos encontrados em outros estudos em diferentes regiões do país<sup>33,19,17,29</sup>. Ressalte-se que com as informações disponíveis não foi possível estabelecer a fase clínica da infecção da gestante. Desta forma, a avaliação da adequação do tratamento foi feita mediante a data de finalização do esquema terapêutico utilizado e a realização do tratamento completo do parceiro.

Este estudo evidenciou que a quantidade de consultas recebidas pela gestante em seu atendimento pré-natal não é suficiente para garantir o controle da sífilis. A diminuição significativa da sua incidência no período gestacional, e a conseqüente diminuição de casos de sífilis congênita, só poderá ser efetiva quando as medidas de prevenção e controle forem satisfatoriamente aplicadas. Para tanto é necessário que tanto os profissionais da saúde quanto os gestores estejam seriamente comprometidos com a qualidade dos serviços prestados na assistência pré-natal. Considerando a importância dos registros referentes ao acompanhamento da gestante, cabe ressaltar a necessidade de melhoria nas informações registradas nos prontuários e nos cartões das gestantes.

**REFERÊNCIAS**

- 1- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis – manual de bolso**. Brasília, 2007. 190 p.
- 2- PIRES, O. N.; PIMENTEL, Z. N. S.; SANTOS, M. V. S.; SANTOS, W. A. Vigilância epidemiológica da sífilis na gravidez no centro de saúde do bairro Uruará-Área Verde. **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**. v. 19, n. 3-4, p. 162-165. out./dez. 2007.
- 3- SCHMID, George. Economic and programmatic aspects of congenital syphilis prevention. **Bulletin of the World Health Organization**. v. 82, n. 6, p. 402-409. jun. 2004.
- 4- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Diretrizes para o controle da sífilis congênita**. Brasília, 2005. 52 p.
- 5- GALBAN, E.; BENZAKEN, A. S. Situación de la sífilis en 20 países de Latino América y El Caribe: año 2006. **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**. v. 19, n. 3-4, p. 166-172. ver mês. 2007.
- 6- VALDERRAMA, J.; ZACARIAS, F.; MAZIN, R. Sífilis materna y sífilis congénita en América Latina: un problema grave de solución sencilla. **Revista Panamericana de Salud Pública**. v. 16, n. 3, p. 211-217. set. 2004.
- 7- REVOLLO, R.; TINAJEROS, F.; HILARI, C.; GARCIA, S. G.; ZEGARRA, L.; DÍAZ-OLAVARRIETA, C.; CONDE-GONZÁLEZ, C. J. Sífilis materna y congênita em quatro províncias de Bolívia. **Salud Pública de México**. v. 49, n. 6, p. 422-428. nov./dez. 2007.
- 8- PANKRATOV, O. V.; SALUK, Y. V.; KLIMOVA, L. V. Epidemiology of syphilis in pregnant women and congenital syphilis in Belarus. **Acta Dermatovenerol APA**. v. 15, n. 1, p. 35-38. março. 2006.
- 9- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília, 2004. 48 p.
- 10- SARACENI, V; GUIMARÃES, M. H. F. S.; FILHA, M. M. T; LEAL, M. C. Mortalidade perinatal por sífilis congênita: indicador da qualidade da atenção à mulher e à criança. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 21, n. 4, p. 1244-1250. jul./ago. 2005a.
- 11- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Diretrizes para o Controle da Sífilis Congênita – Manual de Bolso**. Brasília, 2006. 70p.
- 12- BERMAN, S. M. Maternal syphilis: pathophysiology and treatment. **Bulletin of the World Health Organization**. v. 82, n. 6, p. 433-438. jun. 2004.

- 13- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Datasus. Indicadores de Dados Básicos do Brasil. Indicadores de cobertura. <http://w3.datasus.gov.br> (acessado em 13/out/2008).
- 14- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Datasus. Indicadores de Dados básicos do Brasil. Doenças de Notificação. <http://w3.datasus.gov.br> (acessado em 13/out/2008).
- 15- SÁ, R. A. M.; BORNIA, R. B. G.; CUNHA, A. A.; OLIVEIRA, C. A.; ROCHA, G. P. G.; GIORDANO, E. B. Sífilis e gravidez: avaliação da prevalência e fatores de risco nas gestantes atendidas na Maternidade de Escola - UFRJ. **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**. v. 13, n. 4, p. 6-8. jul./ago. 2001.
- 16- LIMA, B. G. C.; COSTA, M. C. N.; DOURADO, M. I. C. Avaliação da qualidade do rastreamento de HIV/aids e sífilis na assistência pré-natal. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. v. 17, n. 2, p. 123-127. abr./jun. 2008.
- 17- DE LORENZI, D. R. S.; MADI, J. M. Sífilis congênita como indicador de assistência pré-natal. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. v.23, n.10, p.647-652. nov./dez. 2001.
- 18- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico – Aids e DST**. Brasília, 2007. 48p.
- 19- FIGUEIRÓ-FILHO, E. A. *et al.* Sífilis congênita como fator de assistência pré-natal no município de Campo Grande – MS. **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**. v. 19, n. 3-4, p. 139-143. out./dez. 2007.
- 20- ALMEIDA, M. F. G.; PEREIRA, S. M. Caracterização epidemiológica da sífilis congênita no município de Salvador, Bahia. **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**. v. 19, n. 3-4, p. 144-156. out./dez. 2007.
- 21- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de saúde. **Implantação do programa de humanização no pré-natal e nascimento**. Brasília, 2000. 22p.
- 22- PUCCINI, R. F.; PEDROSO, G. C.; SILVA, E.M.K.; ARAÚJO, N.N. Eqüidade na atenção pré-natal e ao parto na área da Região Metropolitana de São Paulo, 1996. **Caderno de Saúde Pública**. v. 19, n. 1, p. 35-45. jan./fev. 2003.
- 23- KILSZTAJN, S.; ROSSBACH, A.; CARMO, M. S. N.; SUGAHARA, G. T. L. Assistência pré-natal, baixo peso e prematuridade no Estado de São Paulo, 2000. **Revista de Saúde Pública**. v. 37, n. 3, p. 303-310. jun. 2003.
- 24- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Vigilância em Saúde. **Plano Estratégico – Programa Nacional de DST e Aids**. Brasília, 2005. 121p.
- 25- KOFFMAN, M. D.; BONADIO, I. C. Avaliação da atenção pré-natal em uma instituição filantrópica da cidade de São Paulo. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. v. 5, n. supl. 1, p. 523-532. dez. 2005.

- 26- SERRUYA, S. J.; CECATTI, J. G.; LAGO, T. G. O programa de humanização no pré-natal e nascimento do ministério da saúde no Brasil: resultados iniciais. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 20, n. 5, p. 1281-1289. set./out. 2004.
- 27- SARACENI, V.; LEAL, M. C. Avaliação da efetividade das campanhas para eliminação da sífilis congênita na redução da morbi-mortalidade perinatal. Município do Rio de Janeiro, 1999-2000. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 19, n. 5, p. 1341-1349. set./out. 2003.
- 28- ARAÚJO, M. A. L.; SILVA, D. M. A.; SILVA, R. M.; GONÇALVES, M. L. C. Análise da qualidade dos registros nos prontuários de gestantes com exame de VDRL reagente. **Revista de Atenção Primária à Saúde**. v. 11, n. 1, p. 4-9. jan./mar. 2008.
- 29- SILVEIRA, D. S.; SANTOS, I. S.; COSTA, J. S. D. Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 17, n. 1, p. 131-139. jan./fev. 2001.
- 30- TREVISAN, M. R. *et al.* Perfil da assistência pré-natal entre usuárias do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. v. 24, n.5, p. 293-299. set./out. 2002.
- 31- LIMA, B. G. C. Abordagem da sífilis como indicador de qualidade da assistência pré-natal em Salvador. **Revista Baiana de Saúde Pública**. v. 28, n. 1, p. 9-18. jan./jun. 2004.
- 32- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico**. Brasília, 2005. 160p.
- 33- DONALÍSIO, M. R.; FREIRE, J. B.; MENDES, E. T. Investigação da sífilis congênita na microrregião de Sumaré, Estado de São Paulo, Brasil – desvelando a fragilidade do cuidado à gestante e ao recém nascido. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. v. 16, n. 3, p. 165-173. jul./set. 2007.



Tabela 1

Distribuição das gestantes com VDRL regente na gestação e/ou no momento do parto, de acordo com as variáveis sociodemográficas, situação e tempo de relacionamento com o pai do recém-nascido. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2008.

<b>Variáveis sociodemográficas, situação e tempo de relacionamento com o pai do recém-nascido</b>	<b>n</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
Faixa etária (em anos)			
11-20	20		34,5
21-30	31		53,4
31-40	7		12,1
Total	58		100,0
Escolaridade (em anos)			
0	4		6,9
1-3	11		19,0
4-7	23		39,7
8-11	19		32,8
≥ 12	1		1,7
Total	58		100,0
Estado civil			
Casada	6		10,3
União estável	33		56,9
Separada	2		3,4
Solteira	17		29,3
Total	58		100,0
Renda familiar (em salários mínimos)			
< 1	37		63,8
1-2	19		32,8
3-4	2		3,4
Total	58		100,0
Parceiro atual é o pai do RN			
Sim	52		89,7
Não	2		3,4
Ignorado	4		6,9
Total	58		100,0
Tempo de relacionamento o pai do RN (em anos)			
< 1	11		19,0
1-5	28		48,3
> 5	13		22,4
Sem relacionamento com o pai do RN	6		10,3
Total	58		100,0

Tabela 2

Distribuição das gestantes com VDRL regente na gestação e/ou no momento do parto, de acordo com variáveis obstétricas. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2008.

Variáveis obstétricas	Total	
	n	%
Realização de pré-natal		
Sim	47	81,0
Não	11	19,0
Total	58	100,0
Número de consultas de pré-natal		
0	11	19,0
1-5	23	39,6
> 6	24	41,4
Total	58	100,0
Número de consultas de pré-natal com médico		
0	13	22,4
1	2	3,5
≥ 2	37	63,8
Ignorado	6	10,3
Total	58	100,0
Início pré-natal		
1 <sup>o</sup> trimestre gestacional	22	46,8
2 <sup>o</sup> trimestre gestacional	21	44,7
3 <sup>o</sup> trimestre gestacional	4	8,5
Total	47	100,0
Idade gestacional no parto (em semanas)		
< 37	21	36,2
37-42	33	56,9
> 42	1	1,7
Ignorado	3	5,2
Total	58	100,0
Número de gestações		
1	19	32,8
≥ 1	39	67,2
Total	58	100,0
Quantidade de partos		
Primíparas	22	37,9
Multíparas	36	62,1
Total	58	100,0
Natimorto (gestação atual)		
Sim	1	1,7
Não	57	98,3
Total	58	100,00
Número de abortos espontâneos		
0	42	72,4
1	14	24,1
2	2	3,5
Total	58	100,0
Número de natimortos em gestações anteriores		

---

0	34	87,2
1	5	12,8
Total	39	100,0
Cartão da gestante devidamente preenchido		
Sim	16	27,6
Não	23	39,7
Não possui	17	29,3
Ignorado	2	3,4
Total	58	100,0

---

Tabela 3

Distribuição das gestantes com VDRL reagente na gestação e/ou no momento do parto, de acordo com variáveis relacionadas à sífilis. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2008.

Variáveis relacionadas à sífilis	Total	
	n	%
Momento do diagnóstico da sífilis na gestação atual		
Durante o pré-natal	32	55,2
Parto/puerpério	26	44,8
Total	58	100,0
VDRL no pré-natal		
Reagente	32	55,2
Não reagente	4	6,9
Não realizado	7	12,0
Ignorado	15	25,9
Total	58	100,0
VDRL no parto		
Reagente	55	94,8
Não realizado	2	3,5
Ignorado	1	1,7
Total	58	100,0
Adequação do tratamento da gestante		
Adequado	3	5,2
Não adequado/não realizado	50	86,2
Ignorado	5	8,6
Total	58	100,0
Adequação do tratamento do parceiro		
Sim	6	10,3
Não	46	79,4
Ignorado	6	10,3
Total	58	100,0
Motivos conhecidos da inadequação do tratamento*		
Não tratamento da gestante	2	3,4
Tratamento finalizado < 30 dias do parto	16	27,6
Tratamento finalizado em prazo ignorado	7	12,1
Parceiro não adequadamente tratado	46	79,3
Parceiro com tratamento ignorado	6	10,3
Total	58	-

\* Houve gestantes com mais de um motivo de inadequação do tratamento

Tabela 4

Comparação entre os resultados de VDRL no pré-natal e no momento do parto das gestantes.  
Fortaleza, Ceará, Brasil, 2008.

<b>Resultado do VDRL no pré-natal</b>	<b>Resultado do VDRL no parto</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Reagente	Reagente	29	50,0
Reagente	Não reagente	-	-
Reagente	Não realizado	2	3,4
Reagente	Ignorado	1	1,7
Não reagente	Reagente	4	6,9
Não realizado	Reagente	7	12,1
Ignorado	Reagente	15	25,9
Total		58	100,0

#### **4. ARTIGO 2**

##### **Artigo 2: Sífilis na gestação: aspectos epidemiológicos do parceiro**

Em vista da importância do tratamento adequado do parceiro das gestantes com sífilis, e considerando-se a escassez de informações sobre este importante elo na cadeia de transmissão da infecção, este estudo teve por objetivo analisar o perfil sociodemográfico e algumas variáveis comportamentais do parceiro das gestantes infectadas.

## **Sífilis na gestação: aspectos epidemiológicos do parceiro**

### **Epidemiological evaluation of partners of pregnant women with syphilis**

Ana Luiza de Araújo Campos<sup>1</sup>, Maria Alix Leite Araújo<sup>2</sup>, Simone Paes de Melo<sup>3</sup>, Marcelo Luiz Carvalho Gonçalves<sup>4</sup>

5. Psicóloga, aluna do Mestrado em Saúde Coletiva na Universidade de Fortaleza – UNIFOR.
6. Enfermeira, professora do Mestrado em Saúde Coletiva na Universidade de Fortaleza – UNIFOR, doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará.
7. Enfermeira, aluna do Mestrado em Saúde Coletiva na Universidade de Fortaleza – UNIFOR.
8. Médico, professor do Mestrado em Saúde Coletiva na Universidade de Fortaleza – UNIFOR, doutor em Saúde Pública pela ENSP/FIOCRUZ.

#### **RESUMO**

Este estudo transversal e descritivo teve por objetivo avaliar o perfil sociodemográfico e algumas variáveis comportamentais dos parceiros de gestantes com VDRL reagente, em Fortaleza, Ceará, Brasil, no ano de 2008, a partir das informações fornecidas pelas gestantes. Verificou-se o percentual de parceiros que foram considerados inadequadamente tratados e os motivos da inadequação do tratamento, de acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde. Durante os seis meses do estudo foram entrevistadas consecutivamente 58 gestantes no pós parto imediato. Foram entrevistadas para este estudo as 56 gestantes que referiram parceiro sexual fixo. A pesquisa ocorreu em cinco maternidades públicas do município. Em apenas seis (10,7%) dos casos o parceiro foi considerado adequadamente tratado. Entre as 36 gestantes que tiveram conhecimento da sífilis durante o pré-natal, ou já tinham conhecimento prévio, houve comunicação ao parceiro em 32 (88,9%) dos casos. Foi possível constatar a necessidade de um maior empenho, por parte dos serviços de saúde, na captação dos parceiros para tratamento. Para isto é necessário maior comprometimento dos profissionais de saúde para o controle da sífilis gestacional.

**Palavras-chave:** Sífilis; Sífilis Congênita; Parceiros Sexuais; Gestantes

**ABSTRACT**

The aim of this cross-sectional study was to analyze sociodemographic and some behavioral data from partners of pregnant women infected with syphilis, in Fortaleza, Ceará, Brazil, in 2008. Data were collected by interviewing pregnant women with syphilis. The frequency of partner's treatment adequacy was verified, according Brazilian Health Authority's recommendations. During the six month period of study, 58 women were consecutively interviewed following delivery, occurred in one of the five public maternity from the municipality. Only the 56 pregnant women with fix partner were included in the study. Only six (10.7%) partners have received adequate treatment. Between the 36 pregnant women who had known the diagnosis of syphilis during antenatal care or before the pregnancy, diagnosis had been communicated to the partner in 32 (88.9%) cases. It was possible to assert the need for a better involvement of health system in drawing partners to be treated. In order to achieve a better control of syphilis during pregnancy, it is necessary a deeper commitment from health care workers.

**Key words:** Syphilis; Congenital Syphilis; Sexual Partners; Pregnancy



## INTRODUÇÃO

A sífilis congênita é a infecção do concepto por *Treponema pallidum* por via transplacentária, a partir da mãe infectada que não tenha sido tratada, ou tenha sido inadequadamente tratada. A transmissão pode ocorrer em qualquer fase da gestação ou durante o parto (BRASIL, 2006), com uma taxa de transmissão que varia de 30% a 100% dependendo do estágio da sífilis na mãe (BRASIL, 2005a). A criança infectada pode apresentar alterações em vários órgãos e sistemas, incluindo a pele, os ossos e o sistema nervoso (BRASIL, 2005b; SARACENI *et al.*, 2005a).

Embora as informações sobre incidência da sífilis congênita sejam muito dependentes da qualidade das notificações e dos sistemas de vigilância epidemiológica de estados e municípios, os dados oficiais no Brasil registram, até 2004, as maiores taxas desse agravo na Região Sudeste. Em 2005, a maior incidência foi observada na Região Norte, superada em 2006 pela Região Nordeste, que apresentou uma taxa de 2,6 casos de sífilis congênita para cada 1.000 nascidos vivos (BRASIL, 2007a).

A possibilidade de erradicação da sífilis congênita encontra-se no diagnóstico precoce e tratamento adequado da sífilis gestacional, que embora seja de fácil diagnóstico e conte com tratamento barato e eficaz, ainda se mantém como um grave problema de saúde pública, principalmente nos países em desenvolvimento (BRASIL, 2007b; PIRES *et al.*, 2007; SCHMID, 2004).

O Ministério da Saúde preconiza que durante a assistência pré-natal toda gestante realize pelo menos dois exames de VDRL (*Venereal Disease Research Laboratory*), um por ocasião da primeira consulta e outro por volta da 28ª semana gestacional, visando garantir o tratamento em tempo hábil. Deve-se ainda realizar um VDRL no momento do parto, para garantir ao recém-nascido a possibilidade de tratamento precoce, caso a gestante não tenha sido tratada ou tenha se reinfestado após tratamento (BRASIL, 2005c).

Somente são consideradas adequadamente tratadas as gestantes que tenham sido medicadas com penicilina G benzatina, com dosagem adequada à fase clínica da doença, que o tratamento tenha sido concluído pelo menos 30 dias antes do parto e que seu parceiro tenha sido concomitantemente tratado (BRASIL, 2007b).

Os estudos realizados no Brasil reforçam a dificuldade no tratamento dos parceiros sexuais de gestantes com VDRL reagente. Pesquisas desenvolvidas em vários estados mostraram ser esse um dos maiores problemas para o controle da sífilis congênita, considerando o alto percentual de gestante que são consideradas inadequadamente tratadas em

decorrência da falta de informações acerca do tratamento dos parceiros. Os estudos de Saraceni *et al.* (2005), no Rio de Janeiro, e Rodrigues *et al.* (2004), num estudo de abrangência nacional, com respectivamente 49 e 840 gestantes com VDRL reagente, identificaram que 58% e 19,15% dos parceiros foram testados, sem contudo apontarem o número de tratados (SARACENI *et al.*, 2005b; RODRIGUES *et al.*, 2004). Estudos em vários outros estados brasileiros mostram igualmente alto percentual de parceiros não tratados. Em Salvador, Bahia, Almeida e Pereira (2007) detectaram que 96,2% dos parceiros das gestantes com sífilis não foram adequadamente tratados, considerando-se neste grupo também aqueles parceiros cujo tratamento foi desconhecido (ALMEIDA; PEREIRA, 2007). Esta frequência foi de 88% em estudo semelhante realizado em Campos, Rio de Janeiro (FERNANDES *et al.*, 2007), e de 60% em Campo Grande, Mato Grosso do Sul (FIGUEIRÓ-FILHO *et al.*, 2007). No ano de 2006, em todo o Brasil, segundo dados do Ministério da Saúde, em apenas 13,2% dos casos notificados de sífilis congênita os parceiros haviam sido tratados (BRASIL, 2007a).

Em vista da importância do tratamento adequado do parceiro das gestantes com VDRL reagente e a escassez de informações sobre este importante elo na cadeia de transmissão da infecção, este estudo teve por objetivo analisar o perfil sociodemográfico e algumas variáveis comportamentais dos parceiros de gestantes com VDRL reagente.

## **METODOLOGIA**

Este é um estudo transversal e descritivo, realizado a partir de uma pesquisa que teve por objetivo avaliar aspectos sociodemográficos e epidemiológicos de gestantes com exame de VDRL reagente, em Fortaleza, Ceará, buscando-se identificar os motivos da não adequação do tratamento. Neste artigo foram analisadas as informações referentes aos parceiros sexuais.

A coleta de dados foi realizada no período de maio a outubro de 2008, em cinco maternidades públicas localizadas no município de Fortaleza, Ceará, em 2008: Hospital Distrital Nossa Senhora da Conceição, Hospital Distrital Gonzaga Mota - Messejana, Hospital Distrital Gonzaga Mota – Barra do Ceará, Hospital Distrital Gonzaga Mota – José Walter e Hospital Geral Dr. César Cals, os quatro primeiros sob gestão municipal e o último, estadual.

Foram avaliadas os dados sobre os parceiros, obtidos a partir de um questionário aplicado à gestante durante sua internação para o parto. Considerou-se apenas os parceiros daquelas gestantes que referiram parceria sexual fixa, mesmo na eventualidade do parceiro atual não ser o pai do recém-nascido.

Foram incluídas na pesquisa todas as gestantes que apresentaram VDRL reagente no período de assistência pré-natal ou no momento do parto. As gestantes que preencheram os critérios de inclusão foram convidadas a participar do estudo, após esclarecimentos sobre os objetivos e os procedimentos a serem utilizados. As que aceitaram participar só foram incluídas no estudo após assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Em seguida foi aplicado às participantes um questionário com perguntas estruturadas, referentes às variáveis sociodemográficas e obstétricas, além de informações relacionadas à sífilis e ao parceiro. Todas as informações, inclusive as relacionadas aos parceiros, foram coletadas no pós-parto imediato.

Os dados foram tabulados e analisados no programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS). As variáveis foram submetidas à análise univariada, por meio de distribuições de frequências ou, quando aplicável, de medidas de tendência central e de dispersão.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade de Fortaleza com o parecer de número 059/2008, de acordo com a Portaria 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Assegurou-se o sigilo das informações em todas as etapas do estudo.

## **RESULTADOS**

No período de seis meses de estudo foram entrevistadas 58 gestantes com VDRL reagente, com 56 (96,6%) referindo parceiro sexual fixo. A média da idade do parceiro foi de 29,0 anos, variando de 18 a 54 anos (desvio padrão: 8,1). A Tabela 1 mostra distribuição dos parceiros sexuais, de acordo com as variáveis sociodemográficas, situação e tempo de relacionamento com a gestante.

A Tabela 2 apresenta a distribuição dos parceiros de gestantes com VDRL reagente, de acordo com as variáveis relacionadas à comunicação do diagnóstico de sífilis e a Tabela 3 apresenta a distribuição dos parceiros, de acordo com as variáveis relacionadas ao tratamento. De acordo com as informações fornecidas pelas gestantes, 14 (25,0%) parceiros receberam tratamento, mas em somente seis (10,7%) o tratamento foi considerado adequado. Entre as 36 gestantes que tiveram conhecimento da sífilis durante o pré-natal, ou já tinham conhecimento prévio, houve comunicação ao parceiro em 32 (88,9%) dos casos.

A Tabela 4 mostra a distribuição dos parceiros de gestantes com DVRL reagente de acordo com as variáveis relacionadas ao relacionamento. Em 38 (67,9%) casos a gestação não

foi planejada, contudo apenas 22 (39,3%) gestantes relataram fazer uso de anticoncepcional antes de engravidar.

Entre as 56 gestantes, 42 (75,0%) comunicaram o diagnóstico ao parceiro. Considerando as 36 (64,3%) gestantes que tinham conhecimento anterior de sífilis ou souberam da infecção durante o pré-natal, 32 (88,9%) comunicaram o diagnóstico ao parceiro. Neste grupo, apenas oito (22,2%) relataram uso do preservativo após o diagnóstico. Em cinco (8,9%) dos casos, as gestantes informaram que o parceiro já tinha adquirido sífilis anteriormente. Houve 16 (28,6%) gestantes que relataram que os parceiros tiveram atividade sexual fora do relacionamento. Destas 16, apenas duas (12,5%) relataram uso de preservativos nas relações. Segundo informações das gestantes, 28 (50%) parceiros faziam uso regular de bebidas alcoólicas e sete (12,5%) de drogas ilícitas.

## **DISCUSSÃO**

Há poucos dados na literatura sobre os parceiros das gestantes com sífilis. A maior parte dos trabalhos relacionados à sífilis gestacional analisa variáveis relacionadas às gestantes. As poucas informações referentes aos parceiros limitam-se à adequação ou não do tratamento recebido.

O perfil sociodemográfico dos parceiros sexuais das gestantes com sífilis deste estudo indica um parceiro jovem, com pouca escolaridade, com alguma atividade laboral e com renda familiar menor do que um salário mínimo, perfil similar à uma grande parcela da população.

Dentre os parceiros avaliados, 39 (69,6%) moravam junto com a gestante, casados ou em união estável, 39 (69,6%) tinham tempo de relacionamento inferior a cinco anos e em 52 (92,9%) casos, o parceiro atual era o pai do recém-nascido. Estes dados mostram uma certa estabilidade no relacionamento do casal, o que poderia contribuir para a elaboração de estratégias mais efetivas no controle da sífilis gestacional, uma vez que este parceiro pode ser localizado com facilidade pelo serviço de saúde.

Em 38 (67,9%) casos a gestação não foi planejada pelo casal. É possível que essas mulheres tenham tido dificuldade de acesso aos serviços de planejamento familiar. Saliente-se que 22 (29,3%) referiram uso de contraceptivo antes da gestação, o que pode mostrar mais uma vez a deficiência do serviço de saúde em prover informações e acompanhamento adequados à mulher.

Segundo relato das gestantes, cinco (8,9%) parceiros tiveram diagnóstico anterior de sífilis. Este fato reforça a importância do tratamento de todos os parceiros sexuais de um caso índice, uma vez que a reinfecção pode estar perpetuando a sífilis neste contexto. Saliente-se que era de conhecimento das gestantes que em 16 (28,6%) casos os parceiros tiveram atividade sexual fora do relacionamento.

Dentre as 56 gestantes, apenas sete (12,5%) referiam o uso de preservativos antes da gestação. Mesmo nas 16 gestantes que sabiam de atividade sexual do parceiro fora do relacionamento, o uso do preservativo foi referido por apenas duas (12,5%). Apesar de uma amostra pequena, pode-se inferir uso irregular ou inadequado dos mesmos, mostrando a necessidade de redirecionamento nas campanhas de prevenção das doenças sexualmente transmissíveis.

Entre as 36 (64,3%) gestantes que tinham conhecimento anterior de sífilis ou souberam do infecção durante o pré-natal, 32 (88,9%) comunicaram o diagnóstico ao parceiro. Dentre estas, em 27 (84,3%) dos casos a comunicação foi feita pela própria gestante e nos outros cinco (15,7%) casos, por um profissional de saúde a pedido da gestante. Estes dados mostram que o principal obstáculo ao tratamento do parceiro não é a comunicação do diagnóstico, mas o tratamento efetivo dos mesmos, reforçando a necessidade de implantação de medidas de esclarecimento sobre a importância do seu tratamento adequado.

Duas (3,6%) gestantes relataram ter sofrido violência física no momento que comunicaram o diagnóstico de sífilis ao parceiro. Este fato evidencia o grave problema da violência contra a mulher. No contexto da sífilis, o receio da reação do parceiro pode estar relacionado à não comunicação do diagnóstico e conseqüentemente à falha do tratamento da gestante. O uso de álcool e de drogas ilícitas, na medida em que pode estar associado a práticas sexuais de risco, aumenta a vulnerabilidade destes segmentos às DST.

Quarenta e nove (87,5%) gestantes relataram ter sido informada da importância do tratamento do parceiro a fim de evitar reinfecção e garantir a adequação de seu tratamento. Entretanto, é muito comum os profissionais não registrarem nenhuma informação sobre a convocação e tratamento dos parceiros, nos prontuários de gestante com sífilis, situação evidenciada em também em Fortaleza, Ceará (ARAÚJO *et al*, 2008).

Apenas em seis (10,7%) casos os parceiros realizaram o tratamento completo, sendo considerados adequadamente tratados pelos critérios do Ministério da Saúde (BRASIL, 2007b). Apesar de baixo, este número está próximo do encontrado em diversos outros trabalhos realizados em diferentes regiões do Brasil (DE LORENZI; MADI, 2001; FIGUEIRÓ-FILHO *et al*, 2007; SILVEIRA *et al*, 2001; DONALÍSIO *et al*, 2007).

Figueiredo (2005) e Pinheiro *et al* (2002) salientaram que os homens freqüentam menos os serviços de atenção primária à saúde do que as mulheres. Gomes *et al* (2007) relacionam tal fato a questões de gênero, pois geralmente é atribuído à mulher o papel do cuidado. Relacionam ainda questões diretamente envolvidas com o serviço de saúde, como dificuldade de acesso e a inexistência de unidades específicas voltadas para a saúde do homem (GOMES *et al*, 2007). Acrescente-se a isto a dificuldade percebida dos profissionais de saúde em abordar a temática das DST em ambos os sexos.

## CONCLUSÃO

Este estudo evidenciou que o tratamento do parceiro de gestantes com sífilis, apesar de complexo e multifacetado, vem sendo negligenciado pelos serviços de saúde. O controle adequado da sífilis congênita só será alcançado quando a abordagem do parceiro da gestante for efetivamente realizada. Há necessidade da implantação das normas já existentes para captação e tratamento dos parceiros, sem prejuízo ao adequado acompanhamento da gestante infectada.

Considerando que todos os parceiros avaliados neste estudo tinham residência conhecida e que em um grande número de casos a infecção na gestante foi diagnosticada ainda durante a assistência pré-natal, fica patente a inoperância e o descompasso dos serviços de saúde no controle da sífilis congênita.

Destaca-se a importância de mais estudos referentes à dificuldade de captação e de tratamento dos parceiros sexuais, que possam efetivamente contribuir para a elaboração de estratégias mais eficazes no controle da sífilis em gestantes.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, M. F. G.; PEREIRA, S. M. Caracterização epidemiológica da sífilis congênita no município de Salvador, Bahia. **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**. v. 19, n. 3-4, p. 144-156. out./dez. 2007.
- ARAÚJO, M. A. L.; SILVA, D. M. A.; SILVA, R. M.; GONÇALVES, M. L. C. Análise da qualidade dos registros nos prontuários de gestantes com exame de VDRL reagente. **Revista de Atenção Primária à Saúde**. v. 11, n. 1, p. 4-9. jan./mar. 2008
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Diretrizes para o controle da sífilis congênita**. Brasília, 2005a. 121p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Vigilância em Saúde. **Plano Estratégico – Programa Nacional de DST e Aids**. Brasília, 2005b. 121p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico**. Brasília, 2005c. 160p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico – Aids e DST**. Brasília, 2006. 52p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico – Aids e DST**. Brasília, 2007a. 48p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis – manual de bolso**. Brasília, 2007b. p. 177.

DE LORENZI, D. R. S.; MADI, J. M. Sífilis congênita como indicador de assistência pré-natal. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. v.23, n.10, p.647-652. nov./dez. 2001.

DONALÍSIO, M. R.; FREIRE, J. B.; MENDES, E. T. Investigação da sífilis congênita na microrregião de Sumaré, Estado de São Paulo, Brasil – desvelando a fragilidade do cuidado à gestante e ao recém nascido. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. v. 16, n. 3, p. 165-173. jul./set. 2007.

FERNANDES, R. C. S. C.; FERNANDES, P. G. C. C.; NAKATA, T. Y. Análise de casos de sífilis congênita na maternidade do Hospital da Sociedade Portuguesa de Beneficência de Campos, RJ. **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**. v. 19, n. 3-4, p. 157-161. out./dez. 2007.

FIGUEIREDO, W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 10, n.1 , p. 105-109. jan./mar. 2005.

FIGUEIRÓ-FILHO, E. A. *et al.* Sífilis congênita como fator de assistência pré-natal no município de Campo Grande – MS. **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**. v. 19, n. 3-4, p. 139-143. out./dez. 2007.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F.; ARAÚJO, F. C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 23, n. 3, p. 565-574. mar. 2007.

PINHEIRO, R. S., VIACAVA, F. TRAVASSOS, C.; BRITO, A. S. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 7, n.4 , p. 687-707. out./dez. 2002.

PIRES, O. N.; PIMENTEL, Z. N. S.; SANTOS, M. V. S.; SANTOS, W. A. Vigilância epidemiológica da sífilis na gravidez no centro de saúde do bairro Uruará-Área Verde. **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**. v. 19, n. 3-4, p. 162-165. out./dez. 2007.

RODRIGUES, C. S.; GUIMARÃES, M. D. C.; GRUPO NACIONAL DE ESTUDO SOBRE SÍFILIS CONGÊNITA. Positividade para sífilis em puérperas: ainda um desafio para o Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**. v. 16, n. 3, p. 168-175. set. 2004.

SARACENI, V.; GUIMARÃES, M. H. F. S.; FILHA, M. M. T.; LEAL, M. C. Mortalidade perinatal por sífilis congênita: indicador da qualidade da atenção à mulher e à criança. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 21, n. 4, p. 1244-1250. jul./ago. 2005a.

SARACENI, V.; VELLOZO, V. R. O.; LEAL, M. C.; HARTZ, Z. M. A. Avaliação das campanhas para sífilis congênita, no município do Rio de Janeiro, a partir de um modelo teórico-lógico. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. v. 5, supl. 1, p. 533-541. dez. 2005b.

SILVEIRA, D. S.; SANTOS, I. S.; COSTA, J. S. D. Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 17, n. 1, p. 131-139. jan./fev. 2001.

SCHMID, George. Economic and programmatic aspects of congenital syphilis prevention. **Bulletin of the World Health Organization**. v. 82, n. 6, p. 402-409. jun. 2004.



Tabela 1

Distribuição dos parceiros de gestantes com VDRL reagente, de acordo com as variáveis sociodemográficas, situação e tempo de relacionamento. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2008.

<b>Variáveis sociodemográficas, situação e tempo de relacionamento com a gestante</b>	<b>n</b>	<b>Total %</b>
<b>Faixa etária</b>		
11 a 20	8	14,3
21 a 30	29	51,8
31 a 40	14	25,0
Acima de 40	5	8,9
Total	56	100,0
<b>Trabalha</b>		
Sim	46	82,1
Não	10	17,9
Total	56	100,0
<b>Escolaridade (em anos)</b>		
0	3	5,3
1-3	6	10,7
4-7	19	33,9
8-11	13	23,2
≥ 12	4	7,1
Ignorado	11	19,6
Total	56	100,0
<b>Mora com a gestante</b>		
Sim	39	69,6
Não	17	30,4
Total	56	100,0
<b>Renda familiar (em salários mínimos)</b>		
< 1	26	66,7
1 a 2	12	30,8
3 a 4	1	2,5
Total	39	100,0
<b>Tempo de relacionamento com a gestante</b>		
< 1	11	19,6
1-5	28	50,0
> 5	13	23,2
Ignorado	4	7,2
Total	56	100,0
<b>É o pai do recém-nascido</b>		
Sim	52	92,8
Não	1	1,8
Ignorado	3	5,4
Total	56	100,0

Tabela 2

Distribuição dos parceiros de gestantes com VDRL reagente, de acordo com as variáveis relacionadas à comunicação do diagnóstico. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2008.

Variáveis relacionadas à sífilis	Total	
	n	%
Parceiro foi comunicado do diagnóstico de sífilis na gestante		
Sim	42	75,0
Não	14	25,0
Total	56	100,0
Quem comunicou o diagnóstico ao parceiro		
Gestante	33	58,9
Profissional de saúde (a pedido da gestante)	7	12,5
Já tinha conhecimento prévio	2	3,6
Não foi comunicado	14	25,0
Total	56	100,0
Quando foi comunicado do diagnóstico da gestante		
Pré-natal	23	41,1
Parto/puerpério	17	30,3
Já sabia que a gestante tinha sífilis antes da gestação	2	3,6
Ainda não foi comunicado, e tem intenção de contar	2	3,6
Não foi comunicado, e não tem intenção de contar	12	21,4
Total	56	100,0
Motivo alegado para não comunicar o parceiro		
Estão brigados	1	7,1
Não sabia da importância	1	7,1
Não respondeu	6	42,9
Ainda não esteve com o parceiro após o diagnóstico	6	42,9
Total	14	100,0
Foi violento após comunicação do diagnóstico		
Sim	2	5,0
Não	38	95,0
Total	40	100,0

Tabela 3

Distribuição dos parceiros de gestantes com VDRL reagente, de acordo com as variáveis relacionadas ao tratamento. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2008.

Variáveis relacionadas ao tratamento do parceiro	Total	
	n	%
Gestante informada da importância do tratamento do parceiro		
Sim	49	87,5
Não	5	8,9
Ignorado	2	3,6
Total	56	100,0
Parceiro recebeu tratamento		
Sim	14	25,0
Não	38	67,9
Ignorado	4	7,1
Total	56	100,0
Adequação do tratamento do parceiro		
Sim	6	10,7
Não	46	82,1
Ignorado	4	7,2
Total	56	100,0
Motivo alegado pelos parceiros para não tratamento		
Não aceita se tratar	7	25,0
Só agora soube do diagnóstico e vai se tratar	4	14,2
Não estar doente	2	7,1
O exame deu negativo	2	7,1
Ainda não fez os exames	1	3,6
Não ter documentos	1	3,6
Não ter tempo	1	3,6
O tratamento não funciona	1	3,6
Ter medo de injeção	1	3,6
Ignorado	8	28,6
Total	28	100,0

Tabela 4

Distribuição dos parceiros de gestantes com VDRL reagente, de acordo com as variáveis relacionadas ao relacionamento. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2008.

<b>Características relacionadas ao relacionamento do parceiro com a gestante.</b>	<b>n</b>	<b>Total</b>	
			<b>%</b>
Gravidez planejada			
Sim	18		32,1
Não	38		67,9
Total	56		100,0
Uso de método contraceptivo antes da gestação			
Sim	22		39,3
Não	34		60,7
Total	56		100,0
Método contraceptivo			
Contraceptivo injetável	2		9,1
Contraceptivo oral	13		59,1
Preservativo	7		31,8
Total	22		100,0
Uso do preservativo após diagnóstico			
Sim	8		22,3
Não	20		55,4
Não respondeu	8		22,3
Total	36		100,0
Atividade sexual fora do relacionamento			
Sim	16		28,6
Não	28		50,0
Não respondeu	1		1,8
Ignorado	11		19,6
Total	56		100,0

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo observou-se que 86,2% das gestantes com VDRL reagente avaliadas chegaram ao momento do parto sem o tratamento adequado. Os motivos mais frequentes desta inadequação foram o não tratamento adequado de seu parceiro e o fato de seu próprio tratamento não ter sido finalizado pelo menos 30 dias antes do parto.

Desta forma pode-se concluir que as gestantes com sífilis no Município de Fortaleza não vêm recebendo, na assistência pré-natal, os serviços que são preconizados pelo Ministério da Saúde. Esta inoperância do serviço de saúde vem acarretando muitos casos evitáveis de sífilis congênita. Apesar de muitas gestantes terem realizado o número mínimo de consultas de pré-natal preconizado pelo Ministério da Saúde, a qualidade do atendimento foi deficiente, refletindo no percentual de gestantes adequadamente tratadas.

Os resultados deste estudo sugerem que os profissionais de saúde envolvidos com a assistência pré-natal têm mostrado, com base nos dados obtidos, negligência no atendimento da gestante com sífilis. Isto fica evidente diante do alto número de cartões de gestantes sem as devidas anotações sobre os resultados dos exames de VDRL e sobre o tratamento prescrito a ela e ao parceiro. Outro dado que reflete o baixo envolvimento dos serviços de saúde é a falta de captação do parceiro, em que pese as dificuldades inerentes à convocação e tratamento dos mesmos. Neste estudo, apesar da grande maioria das gestantes terem parceiro fixo, a frequência de tratamento deles foi muito baixa.

O estudo lançou alguma luz sobre o parceiro da gestante com sífilis, na medida em que permitiu conhecer alguns dados comportamentais, apesar de terem sido obtidos pela ótica da gestante. Torna-se evidente a necessidade de estudos maiores e mais aprofundados, no sentido de se conhecer melhor este segmento populacional quase sempre pouco visível.

Para que seja possível alcançar o controle da sífilis congênita é fundamental que gestores e profissionais de saúde demonstrem maior comprometimento no tratamento das gestantes e de seus parceiros, colocando em prática as ações preconizadas pelo Ministério da Saúde.

## 6. REFERÊNCIAS

- BARSANTI, C; VALDETARO, F; DINIZ, E. M. A; SUCCI, R. C. M. Diagnóstico de sífilis congênita: comparação entre testes sorológicos na mãe e no recém-nascido. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**. v.32, n. 6, p. 605-611. nov./dez. 1999.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Vigilância em Saúde. **Plano Estratégico – Programa Nacional de DST e Aids**. Brasília, 2005a. 121p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Diretrizes para o controle da sífilis congênita**. Brasília, 2005b. 51p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico – Aids e DST**. Brasília, 2006. 52p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis – manual de bolso**. Brasília, 2007. 190 p.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Datasus. Indicadores de Dados Básicos do Brasil. Indicadores de cobertura. <http://w3.datasus.gov.br> (acessado em 13/out/2008).
- SANTANA, LR; PARAHYBA, MJPC; ALENCAR, MJ; MARQUES, DA. Teste VDRL para o diagnóstico da sífilis: avaliação dos resultados em uma unidade de atenção primária de saúde. **Revista Brasileira de Análises Clínicas**. v. 38, n. 2, p. 71-73. abr./jun. 2006.
- SCHMID, G. Economic and programmatic aspects of congenital syphilis prevention. **Bulletin of the World Health Organization**. v. 82, n. 6, p. 402-409. jun. 2004.

## APÊNDICES

**APÊNDICE 1 - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS****Epidemiologia da Sífilis em Gestantes em Fortaleza, Ceará.**

Ficha no: \_\_\_\_\_ Entrevistadora: \_\_\_\_\_ Data da entrevista: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Maternidade: \_\_\_\_\_

**Identificação da Gestante**

1. Nome: \_\_\_\_\_

2. Idade: \_\_\_\_\_

3. Escolaridade: ( ) Nenhuma ( ) De 1 a 3 anos ( ) De 4 a 7 anos  
( ) De 8 a 11 anos ( ) 12 anos ou mais ( ) Ignorado

4. Trabalha? ( ) Sim ( ) Não

5. Profissão: \_\_\_\_\_

6. Renda familiar: ( ) Menos de 1 salário mínimo ( ) De 1 a 2 salários mínimos  
( ) De 3 a 4 salários mínimos ( ) Mais de 4 salários mínimos7. Estado civil: ( ) Casada ( ) Solteira ( ) Separada ( ) Divorciada ( ) Viúva  
( ) União estável.

8. Se não for casada, tem algum relacionamento: ( ) Sim ( ) Não ( ) Ignorado

9. Se não for casada, vive com o parceiro: ( ) Sim ( ) Não ( ) Ignorado

10. O parceiro é o pai da criança: ( ) Sim ( ) Não ( ) Ignorado

11. Tempo (em anos) que está com o parceiro: \_\_\_\_\_

12. Parceiro único até o momento: ( ) Sim ( ) Não ( ) Ignorado

**Gestação Atual**

13. A gravidez foi planejada: ( ) Sim ( ) Não ( ) Ignorado

14. Utilizava algum método anticoncepcional antes da gravidez:  
( ) Sim ( ) Não ( ) Ignorado

15. Se sim: Qual? \_\_\_\_\_

16. Realizou pré-natal: ( ) Sim ( ) Não ( ) Ignorado

17. Se sim, local de realização do pré-natal:  
( ) Unidade básica de saúde. Qual: \_\_\_\_\_



Hospital. Qual: \_\_\_\_\_  
 Outro. Especificar: \_\_\_\_\_

18. Se sim, número de consultas:  
No 1 o trimestre: \_\_\_\_\_  
No 2 o trimestre: \_\_\_\_\_  
No 3 o trimestre: \_\_\_\_\_

19. Início do pré-natal:  No 1 o trimestre  No 2 o trimestre  No 3 o trimestre

20. Quantas consultas realizadas com o médico:  1  2  Acima de 2. Quantas: \_\_\_\_\_  
 Nenhuma  Ignorado

21. Diagnóstico de sífilis:  Antes do pré-natal  Durante o pré-natal  
 No parto  No puerpério

22. Fase da sífilis no momento do diagnóstico:  
 Primária  Secundária  Terciária  Latente  Ignorado

23. Tratamento prescrito:  
 Penicilina G benzantina 2.400.000 UI  
 Penicilina G benzantina 4.800.000 UI  
 Penicilina G benzantina 7.200.000 UI  
 Não realizado  
 Ignorado  
 Outro esquema. Qual? \_\_\_\_\_

24. Data de término do tratamento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

25. Tratamento recebido para a sífilis:  Adequado  Não-adequado  Ignorado

26. Momento em que a gestante foi informada do diagnóstico de sífilis:  
 No momento da consulta de pré-natal  No momento do parto  
 No puerpério  Já tinha conhecimento prévio do diagnóstico  
 Não foi informada  Ignorado

27. Quem orientou a gestante quanto à doença:  
 Médico  Enfermeira  Ignorado  Outros \_\_\_\_\_

28. Uso de preservativo após o diagnóstico:  Sim  Não  Ignorado

VDRL:

29. Antes da gestação atual:  Reagente  Não-reagente  Não realizado  Ignorado  
Titulação: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

30. No pré-natal:  Reagente  Não-reagente  Não realizado  Ignorado  
Titulação: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Mês gestacional \_\_\_\_\_

31. No pré-natal: ( ) Reagente ( ) Não-reagente ( ) Não realizado ( ) Ignorado  
 Titulação: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Mês gestacional \_\_\_\_\_

32. No parto: ( ) Reagente ( ) Não-reagente ( ) Não realizado ( ) Ignorado  
 Titulação: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

33. Controle de cura: ( ) Sim ( ) Não ( ) Ignorado  
 Titulação: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Teste treponêmico:

34. No pré-natal: ( ) Reagente ( ) Não-reagente ( ) Não realizado ( ) Ignorado  
 Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

35. Idade gestacional no momento do parto (em semanas): \_\_\_\_\_

36. Tipo de parto (para mulheres no pós-parto): ( ) Vaginal ( ) Cesárea

37. O cartão da gestante estava devidamente preenchido com as informações sobre a sífilis:  
 ( ) Sim ( ) Não ( ) A gestante não possui o cartão ( ) Ignorado

### **Histórico Obstétrico**

38. Número de gestações (considerar a atual): \_\_\_\_\_

39. Número de partos (considerar o atual, se for o caso): \_\_\_\_\_

40. Data dos partos (ano): \_\_\_\_\_

41. Número de abortamentos espontâneos: \_\_\_\_\_

42. Causa alegada: \_\_\_\_\_

43. Número de abortamentos provocados: \_\_\_\_\_

44. Data dos abortamentos (ano): \_\_\_\_\_

45. Número de natimortos: \_\_\_\_\_

46. Data do parto dos natimortos (ano): \_\_\_\_\_

47. Realização de pré-natal em gestações anteriores: ( ) Sim ( ) Não ( ) Ignorado  
 Em quais? \_\_\_\_\_

48. Diagnóstico anterior de sífilis em período gestacional:  
 ( ) Sim ( ) Não ( ) Ignorado Quando? \_\_\_\_\_

49. Diagnóstico anterior de sífilis fora de período gestacional:  
 ( ) Sim ( ) Não ( ) Ignorado Quando? \_\_\_\_\_

50. Diagnóstico de outra DST em período gestacional: ( ) Sim ( ) Não ( ) Ignorado

51. Se sim:

Qual: \_\_\_\_\_  
 Quando: \_\_\_\_\_  
 Qual o tratamento realizado: \_\_\_\_\_  
 Controle de cura: ( ) Sim ( ) Não ( ) Ignorado

52. Diagnóstico de outra DST fora de período gestacional: ( ) Sim ( ) Não ( ) Ignorado

53. Se sim:

Qual: \_\_\_\_\_  
 Quando: \_\_\_\_\_  
 Foi tratada?: \_\_\_\_\_  
 Controle de cura: ( ) Sim ( ) Não ( ) Ignorado

### **Histórico do Parceiro**

54. Idade: \_\_\_\_\_

55. Ocupação: \_\_\_\_\_

56. Escolaridade: ( ) Nenhuma ( ) De 1 a 3 anos ( ) De 4 a 7 anos  
 ( ) De 8 a 11 anos ( ) 12 anos ou mais ( ) Ignorado

57. A gestante foi informada da importância do tratamento do parceiro?  
 ( ) Sim ( ) Não ( ) Ignorado

58. Diagnóstico anterior de sífilis no parceiro: ( ) Sim ( ) Não ( ) Ignorado

59. Se sim:

Quando: \_\_\_\_\_  
 Tratamento: ( ) Sim ( ) Não ( ) Ignorado

60. Diagnóstico de outra DST: ( ) Sim ( ) Não ( ) Ignorado

61. Se sim:

Qual: \_\_\_\_\_  
 Quando: \_\_\_\_\_  
 Tratamento: ( ) Sim ( ) Não ( ) Ignorado

62. Quem comunicou ao parceiro?

- ( ) A gestante  
 ( ) O profissional de saúde a atendeu a paciente. Qual profissional? \_\_\_\_\_  
 ( ) O profissional de saúde a pedido da paciente Qual profissional? \_\_\_\_\_  
 ( ) O parceiro não foi comunicado  
 ( ) Ignorado

63. Quando o parceiro foi comunicado? \_\_\_\_\_

64. Caso o parceiro não tenha sido comunicado, qual o motivo alegado pela paciente?

65. Parceiro foi tratado:  Sim  Não  Ignorado

66. Parceiro realizou tratamento completo:  Sim  Não  Ignorado

67. Parceiro realizou tratamento igual ao da gestante:  Sim  Não  Ignorado

68. Data do término do tratamento do parceiro: \_\_\_\_\_

69. Caso o parceiro tenha sido comunicado, mas não tenha sido tratado, qual o motivo alegado pela paciente?

\_\_\_\_\_

70. Você sofreu algum tipo de violência após ter comunicado ao parceiro da necessidade do comparecimento à unidade?  Sim  Não  Ignorado

71. Se sim:

Violência física  Violência sexual  Violência psicológica

Outras: \_\_\_\_\_

72. O parceiro fez / faz uso de drogas (álcool inclusive):  Sim  Não  Ignorado

73. Se sim:

Qual: \_\_\_\_\_

74. O parceiro tem ou teve atividade sexual com mais alguém além de você, quando vocês já estavam juntos?  Sim  Não  Ignorado

**APÊNDICE 2 - TERMO DE FIEL DEPOSITÁRIO**

Eu, Ana Luiza de Araújo Campos, aluna do Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza (UNIFOR), estou realizando uma pesquisa intitulada “Epidemiologia da sífilis em gestantes em Fortaleza, Ceará”. Por esse motivo, solicito sua autorização para coletar os dados do cartão da gestante bem como de seu prontuário. Justifico que esse procedimento se faz necessário para o alcance do objetivos da pesquisa.

Esclareço que: (i) as informações coletadas a partir do cartão da gestante e do prontuário somente serão utilizadas para os objetivos da pesquisa; (ii) as informações ficarão em sigilo e que o anonimato das pessoas será preservado.

Em caso de necessidade de esclarecimentos, entrar em contato comigo, pesquisadora responsável, Ana Luiza de Araújo Campos, no endereço Av. Washington Soares, 1321, Mestrado de Saúde Coletiva, Bloco S, sala 01 Edson Queiroz Fortaleza-CE ou nos telefones 3477-3280/ 3477-3424.

Oportunamente, agradeço sua colaboração, de extrema importância para o desenvolvimento da pesquisa e para a aplicação dos seus resultados, que nos possibilitará conhecer melhor o perfil das gestantes com sífilis bem como a elaboração de estratégias para melhorar o tratamento das mesmas.

Assumo total responsabilidade pelo termo.

Local e data: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ana Luiza de Araújo Campos  
Mestrado em Saúde Coletiva – UNIFOR  
Fone: 3477-3280/ 3477-3424

Concordo com este Termo,

\_\_\_\_\_  
Direção do Hospital

### APÊNDICE 3 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidada para participar da pesquisa “Epidemiologia da sífilis em gestantes em Fortaleza - Ceará”. Sua participação é voluntária e a qualquer momento você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Você não receberá qualquer tipo de pagamento por sua participação. Esta pesquisa não envolve nenhum exame, ou qualquer procedimento que cause dor ou desconforto físico. Todas as informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação.

O objetivo deste estudo é identificar o motivo pelo qual as gestantes diagnosticadas com sífilis estão chegando ao parto sem o tratamento adequado. Você será entrevistada e responderá perguntas sobre gestações anteriores, número de partos e de abortos, tratamento realizado para a sífilis, realização de pré-natal, entre outras. Para algumas questões serão utilizados o cartão da gestante ou o seu prontuário médico.

Com os resultados desta pesquisa esperamos conhecer melhor a situação da sífilis entre as gestantes. Desta forma poderemos buscar orientações para que outras gestantes possam realizar o tratamento corretamente. Você receberá uma cópia deste termo de consentimento, onde consta o telefone e o local onde o pesquisador principal pode ser encontrado, podendo tirar suas dúvidas sobre a pesquisa e sobre sua participação, agora ou a qualquer momento.

Declaro que entendi os objetivos e benefícios de minha participação nesta pesquisa e concordo em participar.

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

---

Participante da pesquisa

---

Ana Luiza de Araújo Campos - Pesquisadora responsável

Orientadora: Profa. Dra. Maria Alix Leite de Araújo

Mestrado em Saúde Coletiva - UNIFOR - telefone (85) 3477-3280


Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFOR - telefone (85) 3477-3160

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

CEP: 60811-905

**ANEXOS**

## ANEXO 1



FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ  
UNIVERSIDADE DE FORTALEZA  
ENSINANDO E APRENDENDO

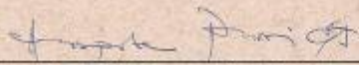
UNIVERSIDADE DE FORTALEZA  
VICE-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
Comitê de Ética em Pesquisa – COÉTICA

**PARECER N°. 059/2008**

**Projeto de Pesquisa:** Epidemiologia da Sífilis em gestante em Fortaleza, Ceará  
**Pesquisador Responsável:** Ana Luiza de Araújo Campos

**Data de apresentação ao COÉTICA:** 10/03/08  
**Registro no COÉTICA:** 08-051

**CAAE:** 0445.0.000.037-08  
**Parecer:** APROVADO na data de 28/03/08

  
\_\_\_\_\_  
**Prof. Dr. Haroldo Rodrigues de Albuquerque Júnior**  
**Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFOR – COÉTICA**

75.1511043-1  
Av. Washington Soares, 1321 - Bairro Edson Queiroz - Fone: (85) 3477 3000 - Fax: (85) 3477 3055  
Caixa Postal: 1258 CEP: 60811-905 - Fortaleza - Ce www.unifor.br



## ANEXO 2



SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ / SUS  
HOSPITAL GERAL CÉSAR CALS  
CENTRO DE ESTUDOS APERFEIÇOAMENTO E PESQUISA  
COMITE DE ÉTICA EM PESQUISA



## PARECER CEP

Of. No. 258/2008

Protocolo do CEP: 258/2008

Título do projeto: EPIDEMIOLOGIA DA SÍFILIS EM GESTANTE EM FORTALEZA-CE

Pesquisador responsável: Ana Luiza de Araújo Campos


Levamos ao conhecimento de V.Sa. que o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do **Hospital Geral Dr. César Cals**, dentro das normas que regulamentam a pesquisa em seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde - Ministério da Saúde, Resolução Nº. 196 de 10 de outubro de 1996 e Resolução Nº. 251 de 07 de agosto de 1997, publicadas no Diário Oficial, em 16 de outubro de 1996 e 23 de setembro de 1997 respectivamente, avaliou e **APROVOU** o referido projeto em reunião do 05/09/08.

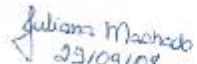
Sugerimos substituir o termo "ignorado" por "não informado" no Instrumento de Coleta de Dados.

Outrossim, informamos que:

1. O sujeito da pesquisa tem a liberdade de não participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra por ele assinado.
2. O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme estabelecido no protocolo.
3. O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo.
4. Qualquer modificação ou emenda ao protocolo deve ser apresentada ao CEP para nova avaliação.
5. Relatório parcial e final devem ser apresentados ao CEP.

Fortaleza, 05 de setembro de 2008

  
Dr. Antonio Luiz Carneiro Jerônimo  
P/Coordenador do CEP

  
Juliana Machado  
23/09/08.

# 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](#)