

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



“Sífilis Congênita: fatores associados ao tratamento das gestantes e seus parceiros”

por

Virna Liza Pereira Chaves Hildebrand

Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre Modalidade Profissional em Saúde Pública.

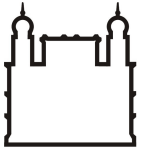
Orientadora: Prof.^a Dr.^a Valéria Saraceni

Rio de Janeiro, outubro de 2010.

Livros Grátis

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

Milhares de livros grátis para download.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Esta dissertação, intitulada

“Sífilis Congênita: fatores associados ao tratamento das gestantes e seus parceiros”

apresentada por

Virna Liza Pereira Chaves Hildebrand

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof. Dr. Marcos Augusto Bastos Dias

Prof.^a Dr.^a Mariza Miranda Theme Filha

Prof.^a Dr.^a Valéria Saraceni – Orientadora

Dissertação defendida e aprovada em 07 de outubro de 2010.

Catálogo na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

H642 Hildebrand, Virna Liza Pereira Chaves
Sífilis congênita: fatores associados ao tratamento das
gestantes e seus parceiros. / Virna Liza Pereira Chaves
Hildebrand. Rio de Janeiro: s.n., 2010.
x, 74 f., tab.

Orientador: Saraceni, Valéria
Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde
Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2010

1. Sífilis Congênita - terapia. 2. Sífilis Congênita -
epidemiologia. 3. Sífilis Congênita – prevenção &
controle. 4. Gestantes. 5. Coleta de Dados. 6.
Questionários. I. Título.

CDD - 22.ed. – 616.9513

Sumário

	Página
Dedicatória	
Agradecimento	
Resumo	x
Abstract.....	xi
1 - Introdução.....	1
2 - Referencial teórico.....	4
2.1. Conceitos de sífilis em gestante e SC	4
2.2. Aspectos epidemiológicos da sífilis no mundo	5
2.3. Aspectos epidemiológicos da sífilis no Brasil	6
2.4. Controle e eliminação da sífilis	8
2.5. Situação do atendimento às gestantes em relação ao diagnóstico da sífilis no município de Campo Grande	10
2.6. Diagnóstico da gestante e seu parceiro	13
2.7. Tratamento do casal	14
3 - Justificativa	16
4 - Objetivos	17
5 - Materiais e Métodos	18
5.1. Delineamento do estudo	18
5.2. Local, População do estudo e Período	18
5.3. Critérios de Inclusão e exclusão	19
5.4. Instrumento da pesquisa	19
5.5. Variáveis	20

5.6 Coleta de dados	25
5.7 Análises dos dados	26
5.8 Considerações éticas	27
6 - Resultados	28
7 Discussão	44
8 Considerações finais	58
9 Referências	60
10 Anexo 1	67
11 Anexo 2	69
12 Anexo 3	70

Lista de Figura e Tabelas

	Página
Figura 1 – Distribuição do tratamento das gestantes e seus parceiros	29
Tabela 1 – Distribuição das gestantes segundo localização dos endereços, Campo Grande, 2010	28
Tabela 2 – Características das mulheres entrevistadas que tiveram resultado positivo para sífilis na gestação, Campo Grande, 2008-2009	35
Tabela 3 – Características dos parceiros das mulheres entrevistadas que tiveram resultado positivo para sífilis na gestação, Campo Grande, 2008-2009	36
Tabelas 4 – Variáveis obstétricas e relativas ao acompanhamento pré-natal das mulheres entrevistadas que tiveram resultado positivo para sífilis na gestação, Campo Grande, 2008-2009	37
Tabela 5: Análise bivariada em relação ao desfecho tratamento das mulheres diagnosticadas com sífilis na gestação, variáveis candidatas ao modelo multivariado, Campo Grande, 2008-2009	40
Tabela 6 – Modelo final em relação ao desfecho tratamento das mulheres diagnosticadas com sífilis na gestação, Campo Grande, 2008-2009	41
Tabela 7 - Análise bivariada em relação ao desfecho tratamento dos parceiros das mulheres diagnosticadas com sífilis na gestação, variáveis candidatas ao modelo multivariado, Campo Grande, 2008-2009	42
Tabela 8 – Modelo final em relação ao desfecho tratamento dos parceiros das mulheres diagnosticadas com sífilis na gestação, Campo Grande, 2008-2009	43

Dedico este trabalho à minha família, em especial ao meu esposo João e meus filhos Cassiano e Breno, pelo apoio prestado e incentivo dado em todo o período do curso, compreendendo minha ausência, por saber da necessidade de eu me capacitar cada vez mais em prol do bom desempenho de minha profissão.

Agradecimentos

O sentimento de gratidão enobrece a alma e nos torna capazes de reconhecer, que na vida as vitórias somente ocorrem quando trabalhamos junto às pessoas que amamos. Assim, amigos e familiares fazem parte de tudo o que construímos, em especial deste estudo, em que cada pessoa foi essencial para minha conquista.

À Deus, por ser fonte de sabedoria e de compreensão e, por ter oportunizado meu desenvolvimento intelectual e profissional. Sem as suas bênçãos, esta realidade seria apenas um sonho.

Ao meu esposo João e filhos Cassiano e Breno agradeço o carinho e a compreensão, especialmente quando por conta da elaboração deste estudo, me demonstrei nervosa e nem sempre estive presente.

Aos meus familiares, em especial meus pais, Eliones e Nilson, por sempre acreditarem na minha capacidade e me apoiarem incondicionalmente. Amo vocês!

A todos os professores, pelo compromisso com o saber, pela dedicação ao ensinar, o que vem contribuir no meu aprendizado e na minha formação profissional.

Aos gestores e funcionários da Secretaria Municipal de Saúde Pública de Campo Grande pela contribuição durante o desenvolvimento dessa pesquisa.

À Coordenadoria e Direção da Escola de Saúde Pública Jorge David Nasser da SES/MS.

Aos colegas do Mestrado pela amizade e pelos momentos maravilhosos que compartilhamos.

A todos os meus amigos pelo carinho e apoio.

Aos Professores do Mestrado Profissional em Vigilância em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública ENSP/Fundação Oswaldo Cruz pelo valiosíssimo aprendizado.

À Professora Silvana Granado pela dedicação ao curso e aos alunos na condução do Mestrado Profissional em Vigilância em Saúde.

Aos Professores Marisa Theme e Marcos Dias pela atenção e preciosa contribuição na banca de pré qualificação e por ter aceitado em participar dessa banca de avaliação.

E finalmente, à minha orientadora Dra. Valéria Saraceni por ter acreditado na minha capacidade e tornado este trabalho mais fácil. A sua contribuição foi fundamental para a conclusão desse processo.

Resumo

Das várias doenças que podem ser transmitidas durante o período de gestação e parto, a sífilis é a que tem maior taxa de transmissão vertical, resultando em desfechos negativos devido à sífilis congênita (SC). Em 2008, Mato Grosso do Sul apresentou incidência de SC de 3,1/1.000 nascidos vivos e Campo Grande 2,3/1000. O não tratamento do parceiro implica em tratamento materno inadequado pelo risco constante de reinfecção da mãe, colocando em risco a vida fetal. Neste município o percentual de parceiros tratados para a doença tem sido menor que 30. Assim, o objetivo deste estudo transversal foi descrever os fatores relacionados ao tratamento da sífilis das gestantes e seus parceiros.

A população do estudo foi composta por 110 mulheres que estiveram grávidas no período de outubro de 2008 a setembro de 2009, residentes no município de Campo Grande, com diagnóstico laboratorial de sífilis confirmado por critério laboratorial do IPED/APAE. Foi utilizado um instrumento para coleta de dados do tipo formulário semi-estruturado, desenvolvido a partir da revisão de literatura, sendo que as variáveis sociodemográficas foram categorizadas seguindo o exemplo dos questionários da PNAD e IBGE e, as variáveis relacionadas à sífilis espelham-se no Projeto Nascer.

Os resultados mostraram que 84% das gestantes foram tratadas para a doença, porém apenas 63% de maneira adequada. Dentre as gestantes que não receberam tratamento, a razão alegada por 61% das entrevistadas foi a falta de prescrição médica. Para as variáveis relacionadas ao tratamento dos parceiros, 72% (66) realizaram o tratamento, com 56% tratados de maneira adequada e somente 18% foi tratado junto com a gestante. Dentre os motivos da não realização do tratamento destacaram-se o fato do VDRL estar negativo (20,5%) e ter medo de injeção (11,4%). Verificou-se que dos 18 parceiros das gestantes que não realizaram o tratamento, 9 não tiveram a oportunidade do tratamento por terem sabido da doença após o nascimento da criança e, outros 9 homens, não foram tratados porque o tratamento não foi sequer indicado para a gestante, totalizando quase 90% dos 18 parceiros sem tratamento porque não houve a prescrição médica.

Esteve associado positivamente ao tratamento da gestante o fato dela ser apoiada pelo parceiro na gestação, realizar mais de 6 consultas de pré-natal e receber explicação do profissional de saúde sobre a doença após saber do diagnóstico. Para o tratamento do parceiro as variáveis que estiveram associadas ao aumento das chances de tratamento foram ter emprego permanente, idade entre 20 a 29, ser parceiros de gestantes que receberam explicação sobre a doença e, de maneira mais expressiva, os parceiros que apóiam as suas mulheres na gestação tiveram uma chance 24 vezes maior de realizar o tratamento.

Conclui-se que o comprometimento dos profissionais de saúde com a saúde da população constituiu medida indispensável para assegurar a correta assistência às gestantes e seus parceiros, pois o tratamento adequado do casal é a maneira de evitar o caso de SC.

Palavras-chave: sífilis congênita; sífilis na gestação; tratamento dos parceiros.

Abstract

From all the infectious diseases that can be transmitted from mother-to-child during pregnancy and peripartum, syphilis has the highest rate of transmission, resulting in negative outcomes due to congenital syphilis (CS). In 2008, Mato Grosso do Sul State had a CS incidence of 3.1 cases/1,000 live births and the city of Campo Grande an incidence 2.3/1,000. The fact of not being able to reach and treat the male partners results in inadequacy of maternal treatment, once the woman is vulnerable to reinfection during intercourse, threatening the fetus. In our city, the proportion of male partners being treated remains below 30%. This study aims to describe the factor related to syphilis treatment to both partners in a couple.

The study population comprised 110 women who were pregnant between October 2008 and September 2009, living in the city of Campo Grande, found to be infected with syphilis according to the laboratory criteria of IPED/APAE. A semi-structured questionnaire was used for data collection, developed from the literature review, and sociodemographic variables were categorized following the example of the questionnaires from PNAD and IBGE, and as variables related to syphilis mirrored in the Projeto Nascir.

The results showed that 84% of the women were treated, but only 64% were considered adequate. Among those not treated, the main alleged reason (61%) was the lack of medical prescription. Regarding the male partners, 72 (66%) were treated, 56% considered adequate according to the current guidelines and only received the treatment at the same time of the spouse. Among the reasons for not being treated we found 20.5% with a negative VDRL and 11.4% were afraid of injections. Eighteen partners weren't treated, 9 because the communication of the woman being positive was revealed after birth, and the other 9 were married to women who didn't receive a medical prescription. In total, almost 90% of the not treated male group had in common the lack of prescription to the infected pregnant women.

Treatment of the women was positively associated with them reporting the partners' support during pregnancy, having more than 6 prenatal consultations and receiving information about syphilis from the healthcare worker after receiving the positive result. Looking at the variables associated with the male partner's treatment, we found that the odds of being treated increased with being employed, being in the age group of 20 to 29 years old, having spouses that received information after the diagnosis and, moreover, those who supported the women had a 24-fold increase in the odds of their own treatment.

The commitment of healthcare workers to the population's health is crucial to deliver the best prenatal care to the couple, because we need both adequately treated to avoid a CS case.

Key words: congenital syphilis, syphilis in pregnancy, partner treatment

1 Introdução

Das várias doenças que podem ser transmitidas durante o período de gestação e parto, a sífilis é a que tem maior taxa de transmissão vertical. Trata-se de uma doença infecto-contagiosa, de distribuição mundial, transmitida pelas vias sexual, parenteral e vertical, sendo causada pelo *Treponema pallidum*¹.

Nos últimos anos, tem ocorrido aumento da prevalência de sífilis em gestantes nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, com conseqüente aumento de taxa de sífilis congênita (SC)², apesar da doença ter apresentado diminuição nas décadas de 40 e 50 do século passado, com a descoberta da penicilina e seu uso no tratamento³.

No Brasil, a sífilis em gestante e a SC há muito tempo vêm representando grande preocupação para a saúde pública⁴. A transmissão da sífilis da mãe para a criança tem representado uma ameaça para a saúde pior do que a transmissão vertical do HIV⁵.

A sífilis materna, se não tratada adequadamente, pode resultar em desfechos negativos para o binômio mãe – filho, com repercussões psicológicas e sociais⁶. Estima-se que 40% das gestações das mulheres com sífilis resultem em perda fetal ou neonatal^{3, 7}.

Sendo a SC uma doença prevenível a partir do tratamento adequado da mãe durante o pré-natal, o governo brasileiro tem empreendido esforços constantes no controle da doença. Em 1993, o Ministério da Saúde desenvolveu estratégias para a eliminação da SC em conformidade com as propostas da Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). A meta era alcançar taxa de incidência igual ou menor a 1 caso/1.000 nascidos vivos até o ano 2000⁸. Como estratégia indicou o rastreamento da doença na gestação por meio do diagnóstico sorológico não treponêmico. No entanto, a meta não foi atingida. As taxas de incidência mantiveram-se em 1,9 por 1000 nascidos vivos nos anos de

2007 e 2008⁹. E ainda hoje a transmissão vertical da sífilis continua sendo um desafio na saúde pública que necessita ser enfrentado pelos gestores das políticas de saúde do Brasil.

Conforme um estudo de abrangência nacional realizado em 2004, estima-se no Brasil uma prevalência de 1,6% de parturientes com sífilis, o que resulta em aproximadamente 12 mil nascidos vivos com SC¹⁰. Em 2008 o estado de Mato Grosso do Sul registrou 545 casos de SC, representando incidência de 3,1/1.000 nascidos vivos⁹. Campo Grande para o mesmo ano apresentou 29 casos de SC e incidência igual a 2,3/1000 nascidos vivos¹¹. Figueiró-Filho e colaboradores¹² em estudo realizado em Campo Grande no ano de 2006, com 512 puérperas também encontraram incidência de SC 2,3/1000 nascidos vivos.

No período de 2000 a 2009, foram notificados 262 casos de SC no município de Campo Grande¹¹. Dentre estes, mais de 88% (215) das mães frequentaram o pré-natal. Entretanto, por diferentes motivos, foram perdidas as oportunidades do diagnóstico e tratamento adequado dessas mulheres durante a gestação¹¹.

Destaque deve ser dado ao tratamento do parceiro, verificando-se que apenas 8% destes, em 2009, foram tratados, entre casos de crianças com SC¹¹. Similarmente, o estado de Mato Grosso do Sul, apresenta baixo número de parceiros tratados, representando 26% das gestantes notificadas com sífilis em 2009⁹.

No contexto da luta contra a SC, a figura do parceiro da gestante, pessoa cujo tratamento é fundamental para o processo de cura da sífilis nas mesmas tem sido pouco lembrado nos estudos e nos serviços de saúde.

Alguns autores chamam a atenção para o problema da falta de tratamento desses^{6, 7, 13}. Todavia, quase nenhum estudo explora os motivos pelos quais os parceiros não foram adequadamente tratados.

As ações para destacar a sífilis nas gestantes e seus parceiros merecem mobilização urgente com foco na efetividade. No entanto, a peça chave para a resolução do problema está

diretamente agregada à qualidade do pré-natal, onde a abordagem dos parceiros é imprescindível, embora de difícil realização pelos profissionais de saúde⁶.

O objetivo deste estudo foi descrever os fatores relacionados ao tratamento dos parceiros e das gestantes com sífilis.

2 Referencial teórico

2.1 Conceitos de sífilis em gestante e SC

A sífilis é uma doença infecto-contagiosa, sistêmica, com evolução crônica, também denominada lues¹. É causada pela disseminação hematogênica do *Treponema pallidum*, que penetra na pele através das superfícies cutâneas e mucosas, em especial, na presença de soluções de continuidade no epitélio pelo contato direto com as lesões infectadas, em geral, por meio da relação sexual¹⁴.

A sífilis adquirida pode ser classificada como recente, quando diagnosticada com menos de 01 ano de evolução (formas primária, secundária e latente recente), e tardia quando com mais de 01 ano de evolução (formas latentes, tardia e terciária)¹.

A forma congênita da sífilis é uma infecção transmitida pela gestante infectada para seu concepto por via transplacentária, conhecido como transmissão vertical. Há possibilidade também de transmissão direta do *T. pallidum* pelo contato do recém-nato com lesões genitais maternas no canal de parto³.

A infecção do embrião pode ocorrer em qualquer fase gestacional ou estágio da doença materna sendo que a possibilidade de transmissão diminui com o aumento da idade gestacional¹⁴ apresentando taxa de transmissão de cerca de 40% na fase latente precoce e de 10% na fase latente tardia³.

A sífilis congênita precoce ocorre nos dois primeiros anos de vida da criança. Caracteriza-se por baixo peso ao nascer, anemia, icterícia, desconforto respiratório, choro débil, rinorréia sanguinolenta, linfadenopatia, trombocitopenia e pseudoesplenomegalia¹. O mesmo autor refere que, nessa fase, a neurosífilis pode ser encontrada em 40 a 60% das crianças.

Quando a sífilis congênita aparece após dois anos de idade é chamada de tardia e seus principais sinais são: ceratite intersticial, articulação de Clunton, envolvimento ósseo, surdez por lesão do oitavo par craniano e neurosífilis³.

A contaminação do feto pode resultar em abortamento, óbito fetal, morte neonatal, crescimento intra-uterino restrito e ainda, prematuridade^{1,2,13}.

No caso da sífilis adquirida durante a gestação, se não tratada resulta em morte perinatal em mais de 40% dos casos e se, adquirida durante os quatro anos que antecedem a gestação, pode, se não tratada, levar a infecção fetal em mais de 70% dos casos¹⁴.

2.2 Aspectos epidemiológicos da sífilis no mundo

Diversos autores fazem referência à diminuição da infecção pelo *Treponema pallidum* na população geral com a descoberta e uso da penicilina na década de 40, novamente a partir da década de 60 e, de maneira mais acentuada na década de 80 do século passado^{3,13}. Ou seja, a trajetória da sífilis é marcada por aumentos e recrudescimentos de casos. Outrossim, a queda acentuada foi tão expressiva, que se planejou sua erradicação até o ano 2000. No entanto, o interesse pelo controle da sífilis diminuiu, talvez porque muitos pensassem que a doença estivesse controlada. E também pela mudança de comportamento da sociedade a partir dos anos 60, em relação à liberdade sexual com o advento da pílula¹⁵.

Assim, o cenário mundial acerca da sífilis atualmente é outro e presencia-se o reaparecimento da sífilis entre a população em geral, e em especial a SC¹⁶.

Na América Latina e Caribe estima-se que em 2003 foram notificados 110 000 casos de SC, filhos de 330 000 gestantes que não receberam tratamento para sífilis durante o pré-natal¹⁷.

Na África, na Ásia e América Latina a sífilis continua endêmica e a incidência é alta¹⁸.

Dados do CDC (Centers for Disease Control) mostram que os Estados Unidos tiveram aumento de 100% dos casos de SC notificados entre 1987 e 1989. Após utilização de novas estratégias como a busca ativa dos casos, o tratamento dos parceiros sexuais, a aplicação de programas com foco na prevenção em larga escala, houve diminuição dos casos em até 90% a partir de 1990¹⁶.

Nos países da Europa, entretanto, o panorama é diferente. A partir dos anos 40 foi introduzido detecção de sífilis na gestação de maneira efetiva, refletindo hoje em uma prevalência muito baixa em gestantes e raros casos de SC¹⁸.

2.3 Aspectos epidemiológicos da sífilis no Brasil

A incidência de SC no Brasil passou de 1,4 casos por 1.000 nascidos vivos em 2000 para 1,9 casos por 1.000 nascidos vivos a partir de 2005 mantendo-se estável até 2008, porém com aumento da proporção de casos de SC em crianças menores de sete dias de vida⁹. Esta realidade pode ser devido ao aumento de notificações de SC.

No Brasil, o coeficiente de mortalidade por SC em menores de 01 ano, entre 1991 a 1999, manteve-se estável em cerca de 4 óbitos por 100.000 nascidos vivos, apresentando decréscimo em 2005, com 2,5 óbitos por 100.000 nascidos vivos seguidos de 3,2 para 2006, 2,6 para 2007 e 2,0 para 2008⁹.

Os dados acima citados não representam positividade das ações desenvolvidas até agora, em especial porque são números considerados elevados para este século⁵. Antes retratam a complexidade do problema e das intervenções necessárias para sua resolução, além de que as ações não estão sendo implementadas de modo a reverter a situação¹⁹.

Ao observar a evolução das notificações de sífilis em gestante no Brasil, nota-se um aumento considerável de notificações em 2007 quando comparados a 2006. O mesmo não

acontece ao comparar com o número de casos esperados que devesse corresponder a 1,6% das parturientes, mostrando que a subnotificação continua como um problema relevante⁹.

A sífilis adquirida acontece, com mais frequência, na população que apresenta maior vulnerabilidade social, ou seja, nos seguimentos mais desfavorecidos da sociedade⁵. Dentre os fatores associados à alta prevalência de sífilis encontram-se o baixo nível socioeconômico, presença de HIV, uso de drogas ilícitas, ter história de natimorto anterior, falta de pré-natal adequado e promiscuidade sexual^{12, 13, 20}. Um estudo entre mulheres grávidas identificou, dentre diversos fatores de risco para a sífilis, o rendimento familiar inferior a um salário mínimo⁶.

Os fatores aqui elencados, em conjunto com a ausência de contato com os parceiros das gestantes com sífilis e a falta de diagnóstico e tratamento dos mesmos corroboram para manutenção das taxas de incidência de SC²⁰.

A sífilis na gestação tornou-se um agravo de notificação compulsória desde a publicação da Portaria MS/SVS N°33, assinada em 14 de julho de 2005²¹. O Estado do Mato Grosso do Sul reafirma a obrigatoriedade da notificação por meio da implementação da Resolução n° 693 de 12 de dezembro do mesmo ano. Já a SC foi incluída entre as doenças de notificação compulsória há muito mais tempo, desde 1986 e, ao decorrer dos anos, com intuito de facilitar o diagnóstico e garantir o tratamento adequado, a definição de caso sofreu várias modificações^{12, 22}.

A notificação e vigilância desses agravos são necessárias para o monitoramento da transmissão vertical da sífilis, tendo sido inclusive pactuado na Programação das Ações de Vigilância em Saúde (PAVS) em 2008⁹.

Todo agravo de notificação compulsória é registrado no Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN) a partir de informações contidas em uma ficha de investigação preenchida no nível local²³.

Para fins de vigilância epidemiológica e, portanto, passível de notificação considera-se caso de SC²⁴:

“Toda criança ou aborto ou natimorto de mãe com evidência clínica para sífilis e/ou com sorologia não-treponêmica reagente para sífilis com qualquer titulação, na ausência de teste confirmatório treponêmico, realizada no pré-natal ou no momento do parto ou curetagem que não tenha sido tratada ou recebido tratamento inadequado;

• todo indivíduo com menos de 13 anos com as seguintes evidências sorológicas: titulações ascendentes (testes não-treponêmicos); e/ou testes não treponêmicos reagentes após 6 meses de idade (exceto em situação de seguimento terapêutico); e/ou testes treponêmicos reagentes após 18 meses de idade; e/ou títulos em teste não-treponêmico maiores que os da mãe.”

Botelho e colaboradores²⁵ encontraram em seu estudo sobre prevalência de agravos triados no Programa Estadual de Proteção à Gestante (PEPG) que a sífilis, juntamente com a clamídia e toxoplasmose, compõem as três doenças com maior ocorrência em Mato Grosso do Sul, destacando a sífilis como mais frequente nas cidades de fronteira e também naquelas com maior concentração populacional como Campo Grande.

2.4 Controle e eliminação da sífilis

Desde a década de 90, o Ministério da Saúde, por meio do Programa Nacional de DST/AIDS – PN-DST/AIDS vem implementando ações visando o controle da transmissão da sífilis como atividade prioritária^{26, 27, 28}.

Em 1993, lançou o projeto de eliminação da sífilis congênita, de acordo com a proposta de controle do agravo nas Américas formulado pela OMS e a OPAS²⁶.

Neste momento, propôs a erradicação da SC no Brasil até o ano 2000, assumindo o compromisso internacional da eliminação da doença no país^{12, 13, 27}.

Por refletir diretamente a qualidade da assistência perinatal, em particular a atenção pré-natal dispensada a cada gestante, o Ministério da Saúde passou a incluir oficialmente a taxa de SC como um indicador de avaliação da atenção básica à saúde de cada município¹³.

Em 2002, com o objetivo de reduzir a morbimortalidade por SC e AIDS, o Ministério da Saúde lançou o Projeto Nascer nas maternidades do Sistema Único de Saúde (SUS), localizadas em municípios considerados prioritários que atendem mais de 500 partos por ano²⁹. Foram desenvolvidas ações de capacitação de equipes multiprofissionais no acolhimento, testagem e indicação terapêutica para sífilis, além de vigilância epidemiológica⁸.

Com intuito de dar suporte à organização da rede de serviços do SUS, uma série de documentos oficiais foi publicada normatizando, em especial, a obrigatoriedade da solicitação do VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) para todas as gestantes na primeira consulta de pré-natal e 28^a semana gestacional, realização do VDRL nas maternidades, o financiamento dos métodos de diagnóstico complementares para sífilis, a utilização da penicilina e questões referente à humanização do atendimento^{24, 30, 31, 32}.

Recentemente, o Ministério da Saúde lançou o plano para a redução da transmissão vertical do HIV e sífilis, cuja proposta é a melhoria da qualidade da atenção à saúde da mulher e do seu filho durante a gestação e o puerpério, objetivando reduzir as taxas de incidência da SC/1.000 nascidos vivos de 3,2 para 2,24 e 1,57 nos anos de 2009 e 2011, respectivamente. Aposta que o sucesso da redução da incidência desse agravo encontra-se no tratamento adequado da gestante e do parceiro durante o pré-natal³³.

Além de impor tratamento imediato dos casos diagnosticados de sífilis para gestantes e parceiros, o Ministério da Saúde estabelece que o tratamento do parceiro deva ser realizado de

maneira imperiosa, mesmo na impossibilidade da realização do seu diagnóstico laboratorial e mesmo que o exame esteja negativo^{4, 10}.

No entanto, Saraceni⁷ refere que a convocação do parceiro ao local do pré-natal não é fácil, considerando fatores como incompatibilidade de tempo, não acreditar portar a doença, desinteresse em procurar conhecer de uma doença que não apresenta sintomas, entre outros.

Rodrigues & Guimarães, apud Pao D. e Bingham⁶ discutem que a notificação do parceiro deveria ser obrigatória quando a intenção é o controle da doença. E que apesar desta abordagem ser tarefa difícil para os profissionais de saúde, é necessário ser repensada e solidificada prontamente sempre que necessário.

2.5 Situação do atendimento às gestantes em relação ao diagnóstico da sífilis no município de Campo Grande

Em Campo Grande a elaboração de políticas de combate à SC tem avançado na busca da reorganização do serviço, na realização de capacitações aos profissionais de saúde e implantação do Comitê de Sífilis. Em 2009 foi criado o “Formulário de investigação de sífilis na gestante” (anexo 1). Trata-se de um impresso elaborado pela Coordenação Municipal de DST/AIDS, juntamente com as gerências técnicas dos distritos sanitários, com a finalidade de complementar a ficha de notificação compulsória de sífilis em gestante. Esse novo impresso, dentre várias informações, contempla o tratamento da gestante, do parceiro e da criança. Deve ser preenchida em duas vias, onde a primeira precisa ser encaminhada ao nível central, logo após a realização do tratamento do casal, e a segunda após o nascimento da criança.

A novidade desse formulário é a responsabilidade multiprofissional que ele exige. O enfermeiro ou responsável pelo preenchimento tem um espaço próprio para assinar, mas

também o médico tem um espaço exclusivo para assinar e carimbar assumindo o tratamento medicamentoso que prescreveu.

Ainda em 2009, preocupada com a subnotificação das UBS e com a não realização de busca ativa das gestantes que foram diagnosticadas com sífilis em 2008, a mesma equipe técnica do Programa municipal de DST/AIDS desenvolveu uma ficha de “Entrevista com mulheres de gestação positiva em 2008” (Anexo 2), contendo informações da mesma, do seu parceiro, da criança e dos filhos anteriores quando fosse o caso. Houve orientação para que esses outros filhos fizessem o exame VDRL a fim de diagnosticar outros casos prováveis de SC. Subsequentemente foi instituído o uso deste impresso para todas as gestantes com diagnóstico de sífilis.

Ambas as fichas devem ser preenchidas no nível local, pelo profissional de saúde que atendeu à gestante, e encaminhadas com a ficha de notificação compulsória de sífilis em gestante e a de SC, quando se aplica, ao nível central da Secretaria Municipal de Saúde.

Os profissionais de saúde foram capacitados em oficinas realizadas entre os meses de junho e setembro de 2009 para o atendimento específico de gestantes com sífilis, envolvendo as equipes de enfermagem, médica e da ESF (Estratégia de Saúde da Família), os gerentes das unidades de saúde, bem como os assistentes sociais.

Além disso, o Programa municipal de DST/AIDS, ainda preocupado com os indicadores da sífilis, solidificou suas ações na implantação do Comitê de Sífilis em 22 de setembro de 2009. Foram convidados para participar da discussão sobre formas de se evitar a transmissão vertical da sífilis representantes do Programa Municipal de DST/AIDS, Serviço de Doenças Transmissíveis, Serviço de Saúde da Mulher, Vigilância Epidemiológica, Centro de Doenças Infectoparasitárias (CEDIP), IPED/APAE (Ensino e Diagnósticos da Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais), Conselho Tutelar, Delegacia de Atendimento à Mulher,

dentre outros. As reuniões ordinárias ocorrem mensalmente. Este Comitê aguarda publicação da portaria que o institui.

Quanto ao atendimento das gestantes no município, em geral, a primeira consulta de pré-natal é realizado com o enfermeiro, que realiza o cadastro no SISPRENATAL, solicita os exames de rotina, faz o encaminhamento para a odontologia e para a imunização. Dos exames solicitados, glicemia de jejum, urina tipo I, urocultura, protoparasitológico de fezes, hemograma completo e tipagem sanguínea são realizados em postos de coleta descentralizados após agendamento na própria unidade de saúde onde a mulher foi atendida. Os demais exames sorológicos (toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus, sífilis, AIDS, doença de chagas, hepatites B e C, fenilcetonúria materna, HTLV, hipotireoidismo e clamídia) são realizados no momento da consulta com o enfermeiro ou após, com os técnicos de enfermagem. Trata-se do “teste do dedinho”, realizado com sangue coletado por punção digital ou venosa e colocadas em área demarcada (seis discos) de papel-filtro¹². O exame é recolhido, das unidades de saúde, por um motoboy cerca de 2 vezes por semana e encaminhado para o IPED/APAE, que realiza a leitura dos exames. Para casos alterados a confirmação diagnóstica ocorre no Laboratório Central (LACEN). Os resultados dos exames do IPED/APAE retornam às unidades de saúde pelo mesmo fluxo e na mesma frequência, cerca de duas vezes por semana. Os exames positivos ou indeterminados para quaisquer doenças são direcionados de imediato para o enfermeiro ou gerente das unidades de saúde. Demais são guardados em locais próprios para posterior entrega às gestantes. O intervalo de tempo entre a coleta do exame e a chegada do resultado dura em média quinze dias quando considerado sem nenhuma alteração. Caso esteja positivo para alguma das doenças avaliadas, esse tempo aumenta para aproximadamente vinte e cinco dias. E no momento da consulta a gestante é orientada sobre retornar após esse período e, mediante posse do resultado do exame levá-lo ao médico.

Cabe ao enfermeiro, e na ausência deste ao gerente, fazer a busca ativa das gestantes para seguimento dos exames alterados. A decisão de prescrever o tratamento ou encaminhar a gestante para ser tratada na referência do pré-natal de alto risco é de responsabilidade do médico. O enfermeiro deve monitorar o cumprimento das prescrições médicas pela gestante e seu parceiro, independente do local onde a prescrição foi realizada. Pois mesmo que a gestante seja referenciada a responsabilidade do monitoramento do tratamento do casal continua sendo da UBS da área de abrangência da gestante.

2.6 Diagnóstico da gestante e seu parceiro

O Ministério da Saúde preconiza para toda gestante a realização do exame VDRL no 1º e 3º trimestres de gestação³⁴. E ainda, a realização de um terceiro exame no momento do parto a fim de identificar reinfecções ou para diagnosticar sífilis em gestantes não testadas anteriormente³².

Assim, a gestante ao iniciar o acompanhamento pré-natal recebe a solicitação da coleta dos exames de rotina. Dentre eles está o da sífilis, que em Campo Grande, conforme já foi comentado anteriormente, é realizado pelo IPED/APAE. Este serviço faz parte do PEPG instituído em novembro de 2002, em consonância com o Ministério da Saúde²⁵. Conveniando com a Secretaria Estadual de Saúde, ele recebe o apoio das Secretarias Municipais de Saúde de todo o estado de Mato Grosso do Sul e atende 100% de seus municípios¹².

O exame da sífilis faz parte da triagem pré-natal, que é dividida em duas fases. Na primeira fase são realizados 16 exames que detectam 12 doenças: toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus, sífilis, AIDS, doença de chagas, hepatites B e C, fenilcetonúria materna, HTLV, hipotireoidismo e clamídia; e na segunda fase são feitos os exames de toxoplasmose IgM, HIV 1 e 2 e sífilis recombinante²⁵.

Para ambas as fases a coleta de sangue é realizada por punção digital ou venosa e colocadas em área demarcada (seis discos) de papel-filtro, também conhecido como papel *Guthrie*²⁵. O papel filtro faz parte de uma ficha que contém dados de identificação da gestante, bem como data, local da coleta e assinatura da mulher para realização do teste HIV¹². Decorrido o tempo de secagem – quatro horas ao ar livre – está pronto para ser posto em envelope e ser encaminhado ao laboratório do IPED/APAE³⁵. No laboratório o sangue seco é processado utilizando-se de *kits* específicos para cada tipo de exame a ser realizado²⁵.

Figueiró-Filho e colaboradores¹² referem que a metodologia utilizada para o exame de sífilis (papel filtro) teve validação por controle interno que apresentou sensibilidade de 98,9% e especificidade de 99,9%, ou seja, semelhantes aos métodos padrões.

Trata-se de um exame treponêmico realizado pelo método ELISA (IPED/APAE) e confirmado por VDRL e FTA-ABs (LACEN)³⁶.

Para as duas versões – sangue seco em papel filtro e soro como material biológico – a técnica usada é sempre ELISA²⁵.

Na presença de testes positivos ou indeterminados o laboratório do IPED/APAE solicita das unidades coletadoras a recoleta do material, dessa vez com amostra de soro. Neste caso, a nova coleta é encaminhada ao LACEN da Fundação de Serviços Estaduais de Saúde para contraprova e confirmação diagnóstica³⁵. Os casos confirmados retornam às unidades coletadoras a fim de dar início aos protocolos específicos de tratamento propostos pelo Ministério da Saúde¹².

Para as gestantes positivas para sífilis, o controle do tratamento e da cura deve ser realizado por meio de exames de VDRL mensais até o parto³⁰.

2.7 Tratamento do casal

Toda gestante infectada pelo *T. pallidum* deve ser tratada com penicilina G benzatina na dose de 2.400.000 UI para sífilis primária, 4.800.000 UI para sífilis secundária ou latente recente e 7.600.000 UI para a sífilis terciária ou tardia, respeitando o intervalo de 7 dias entre as doses³⁴. Para gestantes alérgicas à penicilina deve-se indicar a dessensibilização, devido à penicilina ser a única droga que atravessa a barreira placentária³⁷.

De Lorenzi & Madi¹³ encontraram em seu estudo 38,1% de parceiros de gestantes sem tratamento para a doença, embora elas tenham relatado terem feito consultas de pré-natal, enquanto que Figueiró-Filho e colaboradores¹² encontraram mais de 50% dos parceiros sem tratamento. Outro estudo realizado em Campo Grande encontrou 61% dos parceiros de puérperas, mães de bebês com SC, sem tratamento, embora 87% dessas mulheres tenham relatado realização de pré-natal³⁸.

Com o tratamento da gestante e do parceiro durante a consulta de pré-natal, é possível aumentar muito a chance de eliminar a SC como problema de saúde pública³³.

3 Justificativa

A existência de alta cobertura de pré-natal às gestantes³⁹, a oferta de diagnóstico realizado por meio de técnica simples, rápida, de baixo custo e a disponibilidade de tratamento efetivo por meio da penicilina não foram suficientes até os dias de hoje para promover a eliminação da SC.

É sabido que o não tratamento do parceiro implica em tratamento materno inadequado pelo risco constante de reinfecção da mãe, colocando em risco a vida fetal. No entanto, estudos mostram que menos de 50% dos parceiros são tratados^{12, 13, 38}.

Neste âmbito justifica-se a realização deste trabalho, de descrever os fatores associados ao tratamento da gestante com sífilis e seu parceiro, pois o tratamento adequado do casal é a maneira de evitar o caso de SC.

Além disso, as altas taxas de SC em Campo Grande fomentam a necessidade de avaliar como está sendo realizado o diagnóstico e tratamento desta patologia no contingente da gestação.

4 Objetivos

4.1 Objetivo geral

Descrever os fatores relacionados ao tratamento da sífilis das gestantes e seus parceiros.

4.2 Objetivos específicos

- Descrever as características socioeconômicas e demográficas das gestantes com diagnóstico de sífilis e de seus parceiros;
- Descrever as variáveis relativas ao pré-natal das gestantes;
- Descrever o tratamento das gestantes e de seus parceiros;
- Analisar os motivos que levaram os parceiros a não realizar o tratamento, quando isso ocorreu;
- Identificar se as variáveis socioeconômicas, demográficas e as relacionadas ao pré-natal se associam a ausência de tratamento ou ao tratamento inadequado para a sífilis nas gestantes e seu parceiro;
- Qualificar o tratamento da gestante em adequado e inadequado.

5 Materiais e Métodos

5.1 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo descritivo de caráter quantitativo a partir de dados de fonte primária.

5.2 Local, População do estudo e Período

Campo Grande está localizada na região central do estado de Mato Grosso do Sul, sendo o terceiro maior e mais desenvolvido centro urbano da região Centro-Oeste e a 23ª maior cidade do Brasil. Possui uma área total de 8.096,051 km², ocupando 2,26% da área total do Estado. Em 2008, a população total foi estimada em 755.104 habitantes, onde 51,7% são do sexo feminino.

Em se tratando de unidades de saúde pública soma-se um total de 58. Destas, 27 são unidades básicas de saúde (4 rurais) e 31 trabalham dentro da Estratégia de Saúde da Família, com 66 equipes, abrangendo 23% de cobertura populacional. Dentre outras unidades existentes destacam-se os 9 Centros Regionais de Saúde, que atendem casos de urgência e emergência em regime de 24 horas por dia.

A partir de abril de 2007, Campo Grande aderiu ao Pacto pela Saúde, reafirmando a gestão integral dos serviços de saúde do seu território, de acordo com a Portaria Ministerial Nº 399 de 22 de fevereiro de 2006.

Seguindo a lógica do Sistema Único de Saúde, no que se refere à descentralização da gestão dos serviços, Campo Grande está dividida em quatro Distritos Sanitários: Oeste, Leste, Norte e Sul.

A média anual de nascidos vivos soma-se um total de doze mil crianças, sendo 12 256, 12 796 e 12 378, respectivamente, para os anos de 2007, 2008 e 2009.

A população do estudo foi composta por todas as mulheres residentes no município de Campo Grande com diagnóstico de sífilis durante a gestação, visando obter a história de tratamento da própria e do parceiro, com foco nas condições de vida e trabalho dos mesmos, buscando identificar fatores relacionados à participação destes no diagnóstico e tratamento da sífilis.

A população do estudo compreendeu as mulheres que estiveram grávidas entre outubro de 2008 e setembro de 2009 e que tiveram diagnóstico de sífilis confirmado por exame laboratorial do IPED/APAE.

5.3 Critérios de Inclusão e exclusão

Os critérios de inclusão das participantes no estudo obedeceram aos requisitos previamente estabelecidos, a saber: mulheres que estiveram grávidas no período de outubro de 2008 a setembro de 2009, com endereço residencial no município de Campo Grande e ter diagnóstico de sífilis confirmado por critério laboratorial do IPED/APAE.

Foram excluídas as mulheres que no dia da entrevista não mais residiam em Campo Grande. Duas outras gestantes foram excluídas da lista de 2009, por terem entrado na lista de 2008, considerando que estiveram grávidas nos dois anos do estudo.

5.4 Instrumento da pesquisa

A partir de levantamento bibliográfico nacional e internacional acerca da sífilis em gestantes e SC, foi desenvolvido um instrumento para coleta de dados (anexo 3), do tipo formulário semi-estruturado, sendo que as variáveis sociodemográficas foram categorizadas seguindo o exemplo dos questionários da PNAD (Pesquisa Nacional de Amostra Domiciliar) e IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) e, as variáveis relacionadas à sífilis espelharam-se no Projeto Nascer⁸. Este foi preenchido pela pesquisadora após aplicação do

teste piloto.

5.5 Variáveis

Foram selecionadas variáveis em relação às mulheres e seus parceiros:

a) Variáveis de identificação da gestante:

*Data de nascimento: utilizada para quantificar a idade, variável contínua estabelecida em anos completos na data da entrevista e, posteriormente, estratificada em quatro faixas etárias (< de 20, 20 a 29, 30 a 39 e > = 40). Para fins de análise as faixas etárias foram agrupadas;

*raça/cor: incluindo as categorias: branca, parda, amarela e preta. Posteriormente transformada em variável dicotômica, agrupando não branca em um estrato, permanecendo branca no segundo estrato;

*situação conjugal: incluindo as categorias: com companheiro e sem companheiro;

*escolaridade: incluindo as categorias: 1 a 4 anos de estudo, 5 a 8, 9 a 11, 12 e mais. Posteriormente transformada em variável dicotômica, agrupando até 8 anos de estudo e 9 anos e mais.

*profissão/ocupação: coletada como variável categórica, posteriormente agrupada em três estratos: do lar, empregada nos serviços auxiliares e empregada em outras atividades. Para análise estatística foi também construída uma variável dicotômica: do lar e empregada.

b) Variáveis socioeconômicas da gestante:

*Renda per capita: coletada como variável contínua, posteriormente agrupada em três estratos: até 0,5 salários mínimos (SM), 0,6 a 1 e > 1. Para análise estatística foi construída uma variável dicotômica: até 0,5 SM e >0,6. Foi considerado o valor de SM vigente no país (R\$ 510,00).

*Número de pessoas que residem na mesma casa: coletada como variável categórica e utilizado para calcular a renda per capita.

*Quantidade de cômodos: coletada como variável categórica, posteriormente agrupada em três estratos: até 3, 4 a 7 e 8 ou mais. Para análise estatística foi construída uma variável dicotômica: 2 a 4 e 5 a 9, usando a mediana da amostra.

*Tipo de casa: incluindo as categorias: alvenaria, madeira aparelhada, taipa não-revestida, madeira aproveitada, palha e outro material. Porém, só houve dois tipos de resposta: alvenaria e madeira aparelhada.

c) Variáveis de identificação do parceiro:

*Data de nascimento, raça/cor, escolaridade: essas variáveis foram coletadas e estratificadas da mesma maneira como nas mulheres.

*Profissão/ocupação: segundo o modelo da PNAD e IBGE, e foi acrescentando a variável desempregado e presidiário. Posteriormente foram agrupadas em quatro estratos: empregado permanente ou conta própria nos serviços auxiliares, empregado permanente ou conta própria em outra atividade, empregado temporário e outros. Essa variável foi transformada em dicotômica, sendo uma das categorias constituída pelos homens que tinham ocupação definida e a outra pelos homens que não tinham ocupação definida ou não trabalhavam.

*Rendimento: coletada como variável contínua, posteriormente agrupada em três estratos: até 1 salário mínimo (SM), 1 a 2, > 2. Para análise estatística foi construída uma variável dicotômica: até 1 SM e >1. Foi considerado o valor de SM vigente no país.

*Carteira assinada nesta ocupação: incluindo as variáveis sim, não e autônomo. Posteriormente dicotomizadas em sim e não, com autônomo sendo considerado como não tendo carteira assinada.

*Quantidade de dias trabalhados habitualmente, por semana: coletada como variável categórica, posteriormente agrupada em quatro estratos: 6, 7, 5 e 1. Para análise estatística foi construída uma variável dicotômica: até 5 dias e > 5 dias.

*Período de trabalho: incluindo as categorias: matutino, vespertino, noturno, dia todo, dia e noite. Posteriormente foram agrupadas em três estratos: diurno, noturno e outros. Essa variável foi transformada em dicotômica: diurno e outros.

*Costuma viajar sozinho: sim ou não.

d) Variáveis obstétricas e relacionadas à sífilis:

*Método anticoncepcional utilizado antes da gravidez: incluindo as categorias: nenhum, preservativo, contraceptivo hormonal, DIU (dispositivo intrauterino), diafragma, tabela e outro. Posteriormente agrupada em quatro estratos: nenhum, contraceptivo hormonal, preservativo e outros. Para análise estatística foi construída uma variável dicotômica: sim e não.

*Uso de preservativo: incluído as categorias sempre, frequentemente, às vezes e nunca. Posteriormente dicotomizadas em sim (sempre) e não (as outras).

*Apoiada pelo parceiro durante a gestação: sim ou não.

*Número de gestações: coletada como variável categórica, posteriormente agrupada em três estratos: até 3, 4 a 5, > 6. Para análise estatística foi construída uma variável dicotômica: até 4 e > 4.

*Número de partos: coletada como variável categórica, posteriormente agrupada em três estratos: até 3, 4 a 5, > 6. Para análise estatística foi construída uma variável dicotômica: até 4 e > 4.

*Desfechos das gestações: incluindo as categorias aborto, natimorto e nascido vivo. Cada uma dessas coletadas como variável categórica e depois estratificadas. Para a variável aborto foram criados quatro estratos: nenhum, 1, 2 e 3. E depois foi

dicotomizada em sim e não. Também foi perguntada a natureza do aborto: espontâneo ou provocado. Para a variável natimorto foram criados três estratos: nenhum, 1 e 2. Posteriormente foi criada a variável dicotômica: sim e não. Para a variável nascido vivo também foram criados três estratos 1 a 3, 4 a 5 e > 5.

* Filhos prematuros: nenhum ou de 1 a 2. Posteriormente dicotomizada em sim ou não.

*Intervalo entre a penúltima e última gestação: coletada como variável categórica, posteriormente agrupada em quatro estratos: primigesta, <1 a 3, 4 a 7 e > 8.

*Local realização pré-natal: incluindo as categorias: ESF, UBS, referência para alto risco, serviço privado e ambulatório de hospital.

*Idade gestacional de início do pré-natal: coletada do cartão de pré-natal, sempre que possível como variável categórica, em semanas, posteriormente agrupada em três estratos: 1º trimestre, 2º trimestre e 3º trimestre.

*Número de consultas realizadas no pré-natal: coletada como variável categórica, posteriormente agrupada em três estratos: 1 a 3, 4 a 6 e 7 e mais. Essa variável foi transformada em dicotômica: até 6 e > 6.

*Profissional que acompanhou o pré-natal: incluindo as variáveis: sempre o mesmo, às vezes o mesmo e nunca o mesmo. Essa variável foi transformada em dicotômica: mesmo profissional: sim ou não.

*Idade gestacional quando soube da sífilis: coletada como variável categórica, posteriormente agrupada em três estratos: 1º trimestre, 2º trimestre e 3º trimestre.

*Conhecimento sobre a sífilis antes de receber o exame: sim ou não.

*Profissional que informou o diagnóstico: incluindo as variáveis: médico, enfermeiro, ACS e outros. Posteriormente agrupada em três estratos: médico, enfermeiro e outros.

*Se o profissional que contou sobre o diagnóstico explicou sobre a doença: sim ou

não.

* Realização de tratamento da gestante: sim ou não.

* N° de doses recebidas pela gestante de penicilina benzatina: coletada como variável contínua, posteriormente agrupada em cinco estratos: 2 doses (2400 000 UI), 4 doses (4800 000 UI), 5 doses (6000 000 UI), 6 doses (7200 000 UI) e 7 ou mais doses. Esta variável serviu para classificar se o tratamento da gestante foi adequado e identificar os motivos pelo qual foi inadequado.

* Realização de tratamento adequado da gestante: sim ou não. Esta variável foi criada a partir da pergunta anterior. Aqui foi classificado tratamento adequado a gestante que recebeu 3 doses de penicilina (7200 000 UI) com intervalo regular de 7 dias entre as doses e término do tratamento 30 dias antes do parto, em conformidade com a orientação técnica do Ministério da Saúde. Observo que nenhum caso identificou as fases clínicas da doença.

* Motivos do tratamento inadequado da gestante: para construção dessa variável foi perguntado sobre a data das doses administradas de penicilina e feito avaliação dos intervalos das administrações das mesmas. Posteriormente foi estratificado em três variáveis: número de doses insuficientes, intervalo entre as dose diferente de 7 dias e término do tratamento antes de 30 dias antes do parto.

* Realização de tratamento do parceiro: sim ou não.

*Realização de tratamento adequado do parceiro: sim ou não. Foi classificado tratamento adequado os homens que, na ausência de exame comprobatório para a sífilis, ou diante de VDRL positivo, receberam 3 doses de penicilina (7200 000 UI) com intervalo regular de 7 dias entre as doses, ou que recebeu uma dose de penicilina (2400 000 UI) na presença de exame VDRL negativo, conforme estabelece o Ministério da Saúde.

* N° de doses recebidas de penicilina benzatina pelo parceiro: coletada como variável contínua, posteriormente agrupada em quatro estratos: 2 doses (2400 000 UI), 4 doses (4800 000 UI), 5 doses (6000 000 UI) e 6 doses (7200 000 UI). Esta variável serviu para classificar se o tratamento do parceiro foi adequado e identificar os motivos pelo qual foi inadequado.

* Motivos do tratamento inadequado do parceiro: para construção dessa variável foi perguntado sobre a data das doses administradas de penicilina e feito avaliação dos intervalos das administrações das mesmas. Posteriormente foi estratificado em variável dicotômica: número de doses insuficientes e intervalo entre as dose diferente de 7 dias.

* Realização de tratamento juntos: sim ou não. Foi considerado tratamento junto aquele em que o casal recebeu a medicação no mesmo dia concomitantemente.

*Utilização de preservativo durante o tratamento: incluindo as variáveis sim, não e não tiveram relação sexual. Posteriormente foi estratificado em variável dicotômica: tiveram relação sexual desprotegida: sim ou não.

5.6 Coleta de dados

Os procedimentos referentes à coleta dos dados iniciaram imediatamente após aprovação do comitê de ética (16/03/2010), a fim de evitar o viés de memória e estendeu-se até maio do mesmo ano.

As entrevistas foram realizadas pela própria pesquisadora, em sua maioria na residência da mulher, conforme disponibilidade das depoentes, com data pré-agendada sempre que possível. Em algumas exceções a entrevista se deu nas UBS de referência da mulher, por elas assim preferirem.

O agendamento foi possível em poucos casos, uma vez que os telefones informados, na maioria das vezes, não existiam, ou estavam sempre desligados. Em situações, em que a pesquisadora já havia realizado a visita domiciliar por duas ou mais vezes sem sucesso, foi solicitado à equipe de saúde de referência da mulher que fizesse contato com a mesma a fim de verificar o melhor horário disponível para a entrevista.

Nas situações em que o parceiro estava com a mulher, no momento da entrevista, foi permitido sua participação apenas nas questões referentes à identificação. Nas demais foi convidado a se retirar, o que aconteceu, quando necessário, sem constrangimento.

Para a variável tratamento da mulher e do parceiro foi solicitado comprovação por meio da prescrição médica checada. Das entrevistadas que não possuíam a comprovação foi verificado junto ao prontuário eletrônico se havia alguma informação. E por fim, nos casos de ausência total de registro foi considerado adequabilidade do tratamento se o relato da mulher apresentasse coerência, ou seja, se mencionasse com clareza que recebeu 3 doses de penicilina, com intervalo de sete dias e com realização de duas aplicações no mesmo dia sendo uma em cada lado do glúteo.

5.7 Análises dos dados

Os dados foram armazenados e analisados com auxílio dos programas Epi Info versão 3.5 (2008) e o pacote estatístico Stata 9.0

Na análise estatística foi realizada distribuição de frequências das variáveis para construção do perfil das gestantes e dos parceiros. As variáveis contínuas foram categorizadas e feito os cálculos das média e mediana, para efetuar o ponto de corte. Após, foi realizada análise bivariada em relação ao tratamento da gestante, à adequação do tratamento da gestante e ao tratamento do parceiro, utilizando as variáveis independentes relativas às gestantes, aos parceiros e às relacionadas ao pré-natal.

Foi estimada a razão de chances (odds ratio, OR) com os seus respectivos intervalos de confiança de 95% (IC 95%), por regressão logística, entre a variável dependente e as outras variáveis independentes, que apresentassem um nível de significância de 0,20 na análise bivariada para entrar no modelo multivariado e de 0,05 para permanecer nele. Os modelos foram construídos tendo como variáveis dependentes a realização ou não do tratamento da gestante, a adequação ou não do tratamento da gestante e o tratamento ou não do parceiro, buscando identificar os fatores associados a esses desfechos. Os resultados foram apresentados por meio de figuras, tabelas e quadro.

5.8 Considerações éticas

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FIOCRUZ sob nº do protocolo 206/09.

A fim de manter o sigilo das informações contidas no instrumento de coleta de dados, em um instrumento separado, a pesquisadora registrou o número de ordem (conforme as mulheres respondiam ao formulário), o número do prontuário, bem como nome, endereço e telefone das mulheres para caso de perdas ou necessidade de retorno à casa para complementar alguma informação.

Foi explicado que os dados da pesquisa seriam apresentados de forma a não identificar as participantes.

Também foi solicitada autorização da Secretaria Municipal de Saúde para utilização na pesquisa dos dados nominais e de acesso restrito à vigilância epidemiológica.

6 Resultados

Das 129 gestantes que atenderam aos critérios de inclusão na pesquisa, 110 (85%) participaram da entrevista. A localização dos endereços de cada mulher foi um fator de dificuldade da pesquisa. O fato da maioria não possuir residência própria refletiu na necessidade de buscar essas mulheres por mais de uma vez. Conforme a tabela 1, das mulheres entrevistadas, apenas 60% (67) foram encontradas no primeiro endereço informado e, mais ainda, 5% delas já estavam residindo no quarto endereço procurado.

Tabela 1: Distribuição das gestantes segundo localização dos endereços, Campo Grande, 2010

Endereço	N	%
Primeiro	67	60,4
Segundo	34	30,6
Terceiro	4	3,6
Quarto	6	5,4
Total	110	100,0

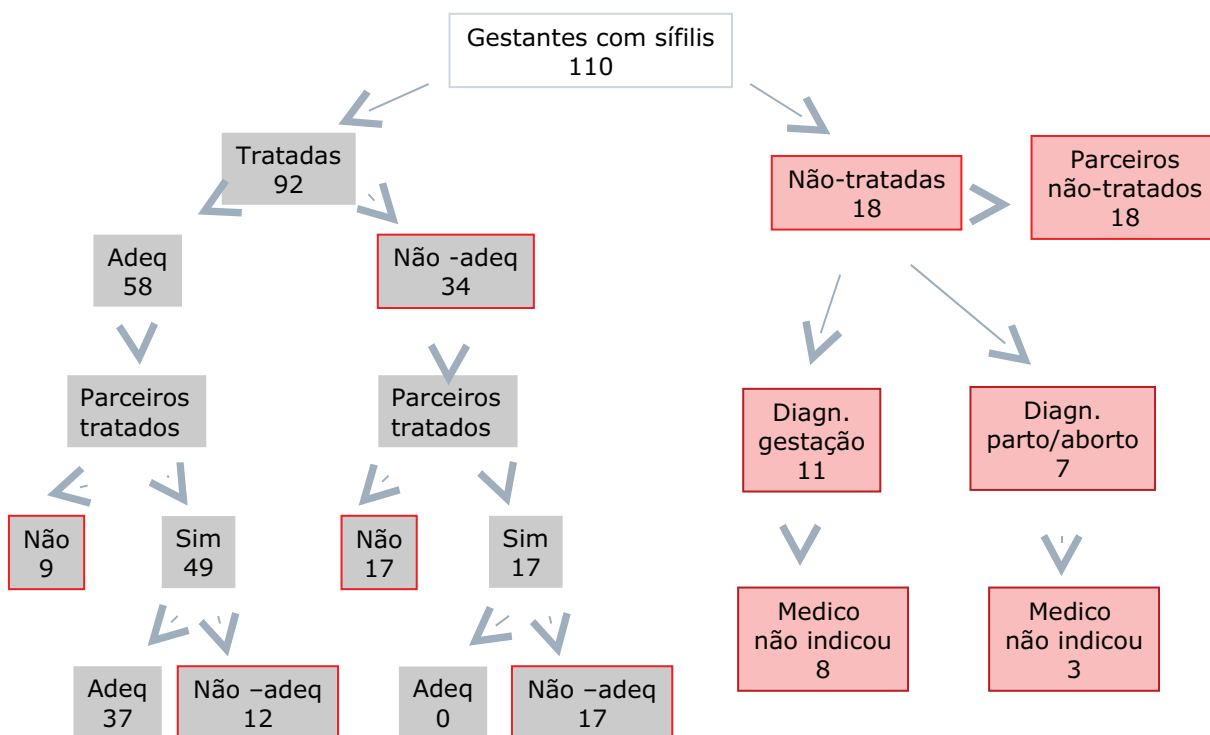
Das 20 gestantes que não participaram do estudo, uma foi identificada como não estando grávida (um caso de pseudociese), 9 haviam se mudado de Campo Grande, 2 se recusaram a participar, 3 apresentavam endereços incompletos e, em 4 casos, embora os endereços tenham sido encontrados, as mulheres haviam se mudado e ninguém sabia informar o destino.

Das 110 mulheres entrevistadas, 92 (84%) foram tratadas para a sífilis. Das 18 mulheres não tratadas, 9 tiveram o diagnóstico na gestação e, em 8, a razão do não tratamento informada pela mulher foi o “médico não indicou”. As outras 9 foram diagnosticadas no momento do parto ou do aborto e, em 3 casos, não foram tratadas pela mesma razão citada anteriormente (médico não tratou).

Portanto, ao nos debruçarmos sobre o tratamento do parceiro, verificamos que somente os parceiros daquelas tratadas durante a gestação poderiam ser incluídos na análise de fatores que influenciaram o tratamento dos parceiros de mulheres com sífilis diagnosticada

durante a gestação. Automaticamente, dos parceiros das 18 mulheres não tratadas, temos 7 incluídos na categoria de diagnóstico no parto, onde se pretende que o parceiro seja tratado, porém não inclui o parceiro nessa análise (pois não evita o caso de SC, embora o RN possa ser tratado) e 11 incluídos na categoria gestante e parceiro não tratados durante a gestação, sendo que, em 88,9% dos casos desta categoria não ocorreu a prescrição médica (Figura 1).

Figura 1 – Distribuição do tratamento das gestantes e seus parceiros



Da amostra elegível (n = 110), 49% das gestantes encontravam-se na faixa etária entre 20 e 29 anos, 58% eram de raça/cor parda, 70% com escolaridade \leq a 8 anos, 62% tinham como ocupação “do lar”, 88% viviam com companheiro, sendo que o atual parceiro não é o pai da criança em apenas 5 casos (Tabela 2).

Em se tratando das variáveis sociodemográficas, 56% das mulheres referiram ter de 2 a 4 pessoas residindo em sua casa e 51% relataram ter de 4 a 7 cômodos na casa. Sessenta e três por cento informaram que tinham renda per capita até 0,5 salário mínimo (Tabela 2).

Quanto às variáveis sociodemográficas dos parceiros das mulheres com diagnóstico de sífilis na gravidez, 79% estavam na faixa etária de 21 a 39 anos, 51% eram de raça/cor parda,

75% apresentavam escolaridade ≤ 8 anos, 86% tinham ocupação (profissão) definida, porém 53% não tinham carteira assinada. Setenta e sete por cento exerciam a atividade laboral em 6 ou 7 dias da semana e, em geral, 76% a realizavam no período diurno. Destacamos que 5 indivíduos estavam sem trabalho no momento. Trinta e oito por cento deles apresentaram necessidade de viajar sozinho a trabalho, segundo relato das mulheres (Tabela 3).

Quanto às variáveis relacionadas ao pré-natal, 56% das gestantes não utilizava nenhum método contraceptivo antes da gestação, 88% referiram não fazer uso de preservativos ou fazê-lo poucas vezes e 87% relataram sentirem-se apoiadas pelo parceiro durante a gravidez. Quarenta e nove por cento já engravidaram por até 3 vezes, 16% apresentavam história de natimorto anterior e 26% apresentaram partos de filhos prematuros. Em relação ao aborto, 35% das mulheres já haviam passado por esta experiência (Tabela 4).

A UBS foi o local mais procurado pelas mulheres para realização do pré-natal (70%). Mais de 67% iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre gestacional e 55% relataram ter feito 7 ou mais consultas, e 76% delas sempre com o mesmo profissional de saúde, como pode ser visto na Tabela 4.

Em relação ao conhecimento sobre a sífilis, apenas 53% sabiam algo sobre a doença antes de receberem o diagnóstico. Setenta e cinco por cento soube do resultado a partir do segundo trimestre de gestação, sendo o resultado revelado pelo profissional médico em 55% das vezes, e 86% referiram ter recebido explicações sobre a doença após receber o resultado do exame (Tabela 4).

Quanto ao número de exames realizados para sífilis, 35 (32%) mulheres relataram ter realizado apenas uma repetição da testagem para sífilis e somente 41% realizaram pelo menos três testagens para a doença durante o pré-natal (Tabela 4).

Das 110 gestantes com diagnóstico de sífilis na gestação, 92 (84%) foram tratadas. Dentre as gestantes que não receberam tratamento, a razão alegada por 61% das entrevistadas

foi a falta de prescrição médica. Das mulheres que referiram realização de tratamento, em apenas 63% dos casos o tratamento foi realizado de maneira adequada, pois as demais receberam doses inferiores a 7200 000UI de penicilina, com intervalo diferente de 7 dias ou com término de tratamento menor que 30 dias antes do parto (Tabela 4). Aqui deve ser pontuado que em nenhum dos casos estudados foi definido pelo profissional a fase clínica da doença.

Para as variáveis relacionadas ao tratamento dos parceiros, 72% (66) realizaram o tratamento, com 56% tratados de maneira adequada e somente 18% foi tratado junto com a gestante. Dentre os motivos da não realização do tratamento destacaram-se o fato do VDRL estar negativo (20,5%) e ter medo de injeção (11,4%). O restante das razões alegadas incluiu o fato de não se preocupar com a saúde, não ter sido informado da doença, achar que não tem a doença, não ter tempo para ir se tratar e referir alergia a penicilina. Esta última razão foi representada por um único homem, que também não foi tratado com outra medicação. Há também neste grupo outros 18 homens (43%) que não foram tratados ou porque receberam o diagnóstico no pós-parto ou porque a gestante não teve tratamento indicado (Tabela 4).

A tabela 5 mostra que a gestante que se sente apoiada pelo parceiro durante a gestação apresenta uma chance 5 vezes maior de ser tratada do que aquelas que não têm apoio do parceiro. De igual forma, as que realizaram mais de 6 consultas de pré-natal também tiveram suas chances de tratamento aumentadas em 5 vezes. fato de o profissional orientar sobre a doença após informar o diagnóstico aumentou em 4 vezes a chance do tratamento da gestante, em relação àquelas não orientadas. Ter recebido o diagnóstico no 3º trimestre mostrou-se negativamente associado com o tratamento da gestante. No entanto, deve-se considerar que há uma limitação na avaliação desta variável, pois o fato de o trimestre de diagnóstico só poder ser o mesmo ou o seguinte ao trimestre de entrada no pré-natal torna a variável condicionada à última.

Na regressão logística multivariada, quando agrupada as variáveis “ter recebido o diagnóstico no 3º trimestre” e “apoio do parceiro na gestação”, mantém-se a associação. No entanto quando acrescentado a variável “nº de consultas de pré-natal” ao modelo, a variável “diagnóstico no 3º trimestre” deixa de ter significância estatística. Depois acrescentou-se também a variável “após contar o diagnóstico o profissional explicou sobre a doença” e esta se mostrou estatisticamente significativa junto as outras.

No modelo final, as variáveis “gestante ser apoiada pelo parceiro na gestação”, bem como “realizar mais de 6 consultas de pré-natal” e “receber explicação do profissional de saúde sobre a doença após saber do diagnóstico” aumentaram as chances do tratamento (Tabela 6).

Levando em consideração o tratamento da gestante ser considerado adequado ou não, a única variável que mostrou alguma associação, ainda que fraca e negativa para tratamento adequado, foi ter recebido o resultado do tratamento no 2º trimestre [OR=0,18 (IC95% 0,04-0,87)].

Em relação ao tratamento dos parceiros, foco do presente estudo, temos que, dos 44 parceiros que não foram tratados, foram excluídos da análise estatística 18 por não terem tido a oportunidade de tratamento por motivos externos à sua vontade: em 11 casos o médico não indicou o tratamento para a gestante, 5 souberam do diagnóstico pós-parto e 2 parceiras tiveram o desfecho de aborto na gravidez, sem prescrição de tratamento da sífilis (Figura 1).

Não houve associação entre tratamento do parceiro e as variáveis sociodemográficas das gestantes, como idade, escolaridade, cor ou ocupação.

Quanto à associação do tratamento e as variáveis relativas ao próprio homem não encontramos associação para as variáveis: cor, escolaridade, viajar, dias trabalhados e período de trabalho, com todas apresentando valores de p superiores a 0,20 na análise bivariada. Quando o desfecho tratamento do parceiro foi relacionado com as variáveis do pré-natal,

também não foi encontrada associação entre trimestre em que soube do diagnóstico, pré-natal sendo realizado pelo mesmo profissional de saúde, local de realização do pré-natal e profissional que contou o diagnóstico.

As variáveis que apresentaram uma significância estatística para entrar no modelo multivariado de regressão logística para o desfecho realização de tratamento do parceiro foram: escolaridade da gestante estar entre 5 a 8 anos de estudo, ela ter cor branca, ele pertencer à faixa etária de 20 a 29 anos de idade, ter profissão definida, ter carteira assinada, dar apoio a mulher durante a gestação, realização de pré-natal pela parceira na rede privada, ter iniciado o pré-natal no 2º trimestre de gestação, ter recebido o diagnóstico da sífilis também no segundo trimestre, número de consultas de pré-natal realizadas ≥ 6 , ter recebido o diagnóstico do profissional médico e esta ter recebido explicação sobre a doença após saber do diagnóstico de sífilis (Tabela 7).

Nos modelos multivariados, com entrada de variáveis uma a uma e testando o melhor modelo explicativo para o desfecho tratamento do parceiro, foi encontrada associação com as variáveis: carteira assinada, faixa etária, explicação sobre a doença após contar o diagnóstico e apoiar a mulher na gestação.

Os parceiros que apresentavam carteira assinada (emprego permanente) tinham 2 vezes mais chance de se tratarem do que os que não tinham. Os parceiros mais jovens (20 a 29) tiveram quase 3 vezes mais chance de se tratarem do que os das outras faixas etárias. Já os parceiros de gestantes que receberam explicação sobre a doença apresentaram uma chance 4 vezes maior de se tratarem, quando comparados aos das que não receberam explicação do profissional de saúde. E de maneira mais expressiva os parceiros que apóiam as suas mulheres na gestação tiveram uma chance 24 vezes maior de realizar o tratamento, quando comparados com aqueles que não apóiam.

No modelo final, as variáveis que melhor explicaram a maior chance de tratamento dos parceiros estão descritas na Tabela 8.

Tabela 2 – Características das mulheres entrevistadas que tiveram resultado positivo para sífilis na gestação, Campo Grande, 2008-2009 (n=110)

Variáveis	N	%
Idade (anos)		
< 20	4	3,6
20 a 29	54	49,1
30 a 39	43	39,1
>= 40	9	8,2
Raça/cor		
Branca	33	30,0
Parda	64	58,2
Amarela	7	6,4
Preta	6	5,4
Escolaridade		
1 a 4 anos	37	33,7
5 a 8 anos	40	36,4
9 a 11 anos	27	24,6
12 anos ou mais	6	5,4
Ocupação		
Do lar	69	62,7
Empregada nos serviços auxiliares	27	24,5
Empregada em outras atividades	14	12,8
Situação conjugal		
Com companheiro	97	88,2
Sem companheiro	13	11,8
Atual parceiro é o pai da criança		
Sim	92	83,6
Não	5	4,6
Não tem parceiro	13	11,8
Número de pessoas residentes na casa		
2 a 4	62	56,4
5 a 9	48	43,6
Número de cômodos no domicílio (sala e quartos)		
1 a 3	54	49,1
4 a 7	56	50,9
Renda per capita do domicílio		
Até ½ SM	69	62,7
½ a 1 SM	34	30,9
> 1 SM	7	6,4

Tabela 3 – Características dos parceiros das mulheres entrevistadas que tiveram resultado positivo para sífilis na gestação, Campo Grande, 2008-2009 (n=110)

Variáveis	N	%
Idade (anos)		
< 20	3	2,7
20 a 29	49	44,6
30 a 39	38	34,6
>= 40	20	18,1
Raça/cor		
Branca	42	38,5
Parda	55	50,5
Amarela	7	6,4
Preta	5	4,6
Escolaridade		
1 a 4 anos	32	29,1
5 a 8 anos	50	45,5
9 a 11 anos	23	20,9
12 anos ou mais	5	4,5
Ocupação definida (profissão)		
Sim	94	85,5
Não	16	14,5
Tem carteira assinada		
Sim	51	46,4
Não	59	53,6
Dias da semana trabalhando		
Até 5	25	22,7
6 ou 7	85	77,3
Período de trabalho		
Diurno	83	75,5
Noturno	22	20,0
Sem trabalho no momento	5	4,5
Viaja sozinho a trabalho		
Sim	42	38,2
Não	68	61,8

Tabelas 4 – Variáveis obstétricas e relativas ao acompanhamento pré-natal das mulheres entrevistadas que tiveram resultado positivo para sífilis na gestação, Campo Grande, 2008-2009 (n=110)

Variáveis	N	%
Método contraceptivo antes da gestação		
Nenhum	62	56,4
Contraceptivo hormonal	27	24,6
Preservativo	15	13,6
Outros	6	5,6
Frequência da utilização do preservativo		
Às vezes	55	50,0
Nunca	42	38,2
Frequentemente	10	9,1
Sempre	3	2,7
Gestante sentia-se apoiada pelo parceiro		
Sim	96	87,3
Não	14	12,7
Número de gestações		
Até 3	54	49,1
>= 4	56	50,9
Natimortos		
Sim	17	15,5
Não	93	84,5
Filhos prematuros		
Sim	28	25,4
Não	82	74,6
História de abortamento		
Sim	38	34,5
Não	72	65,5
Local de realização de pré-natal		
ESF	26	23,6
UBS	51	46,4
Referência pública de alto risco	9	8,2
Hospital público	11	10,0
Serviço privado	13	11,8
Início do pré-natal		
1º trimestre	74	67,3
2º trimestre	33	30,0
3º trimestre	3	2,7
Número de consultas de pré-natal		
1 a 3	14	12,7
4 a 6	24	21,8
7 e mais	72	65,5
Mesmo profissional cuidou do pré-natal		
Sim	84	76,4
Não	26	23,6
Gestante sabia o que era sífilis antes do exame		
Sim	58	52,7
Não	52	47,3
Trimestre de gestação quando recebeu resultado da sífilis		
1º trimestre	18	16,4
2º trimestre	65	59,1

Parceiro tratado (n=92)		
Sim	66	71,7
Não	26	28,3
Tratamento adequado do parceiro (n=66)		
Sim	37	56,1
Não	29	43,9

Parceiro tratado junto com a gestante (n=66)		
Sim	12	18,2
Não	54	81,8

Razões para o não tratamento do parceiro (n=44)

VDRL negativo	9	20,5
Medo de injeção	5	11,4
“Não estava nem aí”	4	9,1
Gestante não contou	2	4,5
Não se achava doente	2	4,5
Não tinha tempo	2	4,5
Alergia à penicilina	1	2,3
Diagnóstico pós-parto/aborto	10	22,7
Gestante não foi tratada	9	20,5

Tabela 5: Análise bivariada em relação ao desfecho tratamento das mulheres diagnosticadas com sífilis na gestação, variáveis candidatas ao modelo multivariado, Campo Grande, 2008-2009

Variável	OR	IC 95%	p-valor
Ter recebido o diagnóstico no 3º Trimestre	0,2	0,1-1,2	0,065
O profissional que entregou, explicou o resultado	4,1	1,3-13,3	0,019
Gestante sentia-se apoiada pelo parceiro	5,3	1,6-17,8	0,008
Número de consultas pré-natal	5,1	1,7-14,9	0,003

Tabela 6 – Modelo final em relação ao desfecho tratamento das mulheres diagnosticadas com sífilis na gestação, Campo Grande, 2008-2009

Variável	ORa	IC 95%	p-valor
O profissional que entregou, explicou o resultado	4,0	1,1-15,3	0,041
Gestante sentia-se apoiada pelo parceiro	5,3	1,4-20,1	0,017
Número de consultas pré-natal	4,2	1,3-13,1	0,014

Tabela 7 - Análise bivariada em relação ao desfecho tratamento dos parceiros das mulheres diagnosticadas com sífilis na gestação, variáveis candidatas ao modelo multivariado, Campo Grande, 2008-2009

Variável	OR	IC 95%	p-valor
Escolaridade gestante 5-8 anos	2,5	0,8-8,1	0,126
Cor branca gestante	0,5	0,2-1,4	0,176
Estar na faixa etária de 20-29 anos	9,7	0,3-122,5	0,079
Ter profissão definida	4,4	1,4-14,5	0,013
Ter carteira assinada	3,1	1,1-8,3	0,027
Gestante sentia-se apoiada pelo parceiro	23,9	2,8-207,0	0,004
Ter feito pré-natal particular	5,1	0,5-48,0	0,151
Ter iniciado o pré-natal no 2º trimestre	0,2	0,1-1,0	0,046
Ter resultado da sífilis no 2º trimestre	0,1	0,02-0,9	0,036
Número de consultas pré-natal	2,5	0,9-6,6	0,064
Médico revelou o resultado	0,4	0,2-1,2	0,099
O profissional que entregou, explicou o resultado	4,7	1,2-18,2	0,027

Tabela 8 – Modelo final em relação ao desfecho tratamento dos parceiros das mulheres diagnosticadas com sífilis na gestação, Campo Grande, 2009-2010

Variável	Ora	IC 95%	p-valor
O profissional que entregou, explicou o resultado	5,5	1,3-23,1	0,019
Gestante sentia-se apoiada pelo parceiro	27,1	3,1-240,3	0,003

7 Discussão

Neste estudo verificou-se que 49% das mulheres que apresentaram diagnóstico de sífilis na gravidez encontravam-se na faixa etária entre 20 e 29 anos. O mesmo foi encontrado por De Lorenzi & Madi¹³ na região sul do Brasil, e esse achado está em concordância com os dados nacionais para gestantes com sífilis⁹. Outro estudo realizado em gestantes sergipanas encontrou como faixa etária predominante a de 20 a 34 anos⁴⁰ e a média de idade verificada em mulheres grávidas com sífilis em cinco municípios de São Paulo foi de 27,7 anos⁴¹. Divergindo um pouco desses resultados, em outro estudo, de abrangência nacional, a idade esteve na média de ≤ 23 anos⁶.

Chama a atenção neste trabalho o fato das gestantes com idade inferior a 20 anos representarem um percentual muito baixo (3,6%), uma vez que a PNDS – 2006 mostra que 29% dos partos ocorreram em gestantes na mesma faixa etária³⁹. Considerando que o mesmo relatório demonstra que mais de 83% das gestantes fizeram o pré-natal, inferimos que as

adolescentes podem não estar fazendo acompanhamento pré-natal. No entanto, faz-se necessário a realização de outro estudo para confirmação desta hipótese.

Em relação à raça/cor encontramos que 58% das mulheres eram pardas. Rodrigues & Guimarães⁶ igualmente encontraram em seu estudo multicêntrico uma população composta em sua maior parte por mulheres de cor parda (50%) e associação da cor preta/outra (vermelha ou amarela) com positividade para sífilis. O Boletim Epidemiológico de abrangência nacional mostra que 47% das gestantes que tiveram sífilis são da raça/cor parda⁹. Em contraste, outro estudo realizado também em Campo Grande, com coleta de dados por meio de entrevistas às puérperas, porém em período anterior, verificou apenas 33% de gestantes com raça/cor parda contra 50% brancas¹².

Das mulheres entrevistadas, 70% apresentavam baixo nível de escolaridade (\leq a 8 anos de estudo). Outros estudos encontraram o mesmo resultado^{6, 38, 42}. Em um estudo realizado na Bolívia, Revollo e colaboradores¹⁷ encontraram associação entre escolaridade \leq a 8 e a ocorrência de SC.

Quanto à ocupação das mulheres, a maioria referiu ser do lar. Este dado concorda com outro estudo realizado em 2006, também nesta capital¹². Um estudo realizado em Florianópolis, sobre puérperas com diagnóstico de sífilis, encontrou um número elevado (67%) de mulheres que declararam ser da profissão do lar⁴³.

Em relação ao estado civil, 88% viviam com companheiro neste estudo, diferindo do que foi encontrado no estudo multicêntrico nacional, onde 60% das mulheres eram solteiras⁶. Isso torna visível que a união estável não protege contra as DSTs (Doenças sexualmente transmissíveis).

A sífilis tem sido relacionada, em diversos estudos, com o baixo nível socioeconômico^{6, 12, 13, 23}. Em nosso estudo não se deu de maneira diferente, pois a maioria das mulheres apresentou renda per capita inferior a meio salário-mínimo. Outros estudos

encontraram baixa renda nesse grupo de mulheres e inclusive associação para positividade para sífilis^{6, 20}. Uma investigação realizada em Campo Grande mapeou a cidade a fim de demarcar a distribuição de SC nos bairros urbanos e descobriu que os casos estão localizados exatamente entre os bairros mais pobres e periféricos da cidade³⁸. Tudo isso mostra que é necessária atenção especial dos profissionais de saúde a essas pessoas, pois baixa escolaridade e/ou baixa renda podem ser marcadores de pouco acesso aos serviços de saúde².

Quanto aos parceiros das entrevistadas, a maioria estava na faixa etária entre 21 e 40 anos, eram de raça/cor parda e possuíam escolaridade ≤ 8 anos. Para a faixa etária de 20 a 29 anos foi encontrada associação para o tratamento dos homens, ou seja, homens nesta idade apresentaram três vezes mais chances de realizarem o tratamento quando comparados com os homens de outras faixas etárias. Em Porto Alegre, um estudo realizado com 309 adolescentes grávidas fez referência a escolaridade dos parceiros, encontrando 56% com escolaridade entre 5 e 8 anos⁴⁴, estando em concordância com o que verificamos.

Em relação às variáveis socioeconômicas dos parceiros, este estudo não encontrou associação das mesmas com o tratamento deles ou das gestantes. A literatura verificada mostrou-se bastante deficiente nesta abordagem.

Oitenta e oito por cento das mulheres relataram a não utilização ou uso irregular de preservativo, talvez porque a maioria relatou união estável. Em um estudo multicêntrico realizado no Brasil, encontrou-se que 54% das mulheres nunca utilizaram preservativo na relação sexual²⁰. Outro estudo realizado em São Paulo encontrou 66% das mulheres e 75% dos homens na mesma condição⁴⁵. É um dado preocupante, considerando os esforços realizados nas últimas décadas para controlar a epidemia de HIV/AIDS. Estes esforços enaltecem a atenção para o HIV, porém oferece menor atenção aos perigos da sífilis e outras DSTs⁵.

Durante a entrevista, 87% das mulheres informaram que foram apoiadas pelo parceiro

na gestação. Este fato foi relevante, uma vez que foi encontrada associação positiva desta variável com o tratamento para sífilis. As mulheres apoiadas por seus parceiros apresentaram cinco vezes maior chance de realizarem o tratamento, enquanto que nos homens essa chance aumentou em 24 vezes se comparado com os que não apoiaram suas parceiras. Poucos estudos realizaram esta abordagem acerca do apoio familiar ou do parceiro à gestante. Succi e colaboradores⁴⁶ relataram que a falta de apoio da família pode determinar o não seguimento do pré-natal. Já Abeche e colaboradores⁴⁴ referem que o apoio do parceiro é muito importante, uma vez que está relacionado à melhoria da condição psicossocial da mãe e do desenvolvimento do bebê. Os mesmos autores fazem menção à escassez de literatura sobre o tópico.

A sífilis na gestante, se não tratada ou inadequadamente tratada, pode resultar em desfechos negativos para o binômio mãe-filho, evidenciados nas gestações que culminam em abortos, natimortos e prematuridade^{1, 3, 6, 13, 47}. Este estudo mostrou que 15% das mulheres tinham história de natimorto anterior, 35% de aborto prévio e 26% de partos prematuros, estando de acordo com a literatura. Saraceni e colaboradores⁴⁸ encontraram no Rio de Janeiro, para desfechos conhecidos da gravidez de gestantes com diagnóstico de sífilis um total de 11% e 13% de gestações que culminaram em abortos (para os anos de 2003 e 2004) e 7% com finalização em óbito fetal para os mesmos 2 anos. Outro estudo, que mediu o impacto da sífilis materna no resultado da gravidez na Tanzânia, encontrou que, entre as mulheres rastreadas, 51% dos natimortos, 24% dos prematuros nascidos vivos e 17% de todos os resultados adversos da gravidez eram imputáveis à sífilis⁴⁹.

Rodrigues²⁰, em um estudo multicêntrico com puérperas realizado em hospitais, encontrou associação entre positividade para sífilis e história de natimorto anterior e prematuridade. Também Rodrigues & Guimarães⁶, no mesmo estudo multicêntrico encontraram associação entre desfecho de parto prematuro e natimorto com positividade para

sífilis e, ainda De Lorenzi & Madi¹³ verificaram no seu estudo realizado no sul do país prematuridade em 30% dos casos. Em um estudo descritivo realizado na Guiana francesa, com mulheres que apresentaram positividade para sífilis constatou-se que 18,8% dos partos foram de prematuros e 13% resultaram em natimortos. Destes últimos, 73% ocorreram nas gestantes que não foram tratadas⁵⁰.

Um grupo de trabalho, liderado pela OMS, identificou um conjunto de indicadores de processos e resultados que, juntos, refletem o impacto das ações para a eliminação da SC⁵¹. O mesmo grupo elegeu o indicador de proporção de óbitos fetais atribuíveis a sífilis da mãe, como o indicador de resultado mais promissor e recomendado para avaliação das intervenções realizadas. Este indicador deve ser inferior a 2%, pois representa o resultado tanto mais comum como o mais grave causado pela sífilis materna não tratada.

Em se tratando do início do pré-natal, verificou-se que 67% das gestantes tinham iniciado o acompanhamento no 1º trimestre de gestação. Conforme o estudo da PNDS – 2006 este valor está abaixo do encontrado na região centro-oeste que foi de 85,5%³⁹. Em outro estudo multicêntrico foi encontrado que 52% iniciaram o acompanhamento no 1º trimestre²⁰. Em estudo de abrangência nacional a situação apresentou-se mais crítica com apenas 33,5% das gestantes tendo iniciado pré-natal no 1º trimestre⁶. Para a identificação da sífilis nas gestantes, é relevante o início precoce no pré-natal, uma vez que a maioria das mulheres grávidas é assintomática e a detecção da doença só é possível por meio de triagem com testes sorológicos. E, mais ainda, a detecção precoce e o tratamento adequado da sífilis nas gestantes e seus parceiros sexuais é a maneira de prevenir a SC¹³. Benzaken e colaboradores⁵² ressaltam que as mães devem ser tratadas adequadamente, antes do início do 3º trimestre.

Quanto ao número de consultas de pré-natal, mais de 70% sinalizaram ter realizado sete ou mais consultas. Esta variável, neste estudo, associou-se ao tratamento da mulher, demonstrando que aquelas que fizeram sete ou mais consultas de pré-natal apresentaram

chance de tratamento cinco vezes maior quando comparadas com aquelas que fizeram menos consultas. Também o estudo da PNDS – 2006 apontou que 77% das gestantes brasileiras realizaram o mínimo de seis consultas pré-natais³⁹. Na Guiana Francesa um estudo verificou que 29 (34,1%) realizaram três ou menos consultas pré-natais e apenas 51 pacientes (60%) realizaram mais de três consultas⁵⁰.

Este estudo mostrou que pouco mais de 40% das mulheres repetiram a testagem para sífilis. Então, pode-se dizer que o número de mulheres que não repetiu o exame sorológico para sífilis foi alto, considerando-se o preconizado pelo Ministério da Saúde, de toda gestante realizar o primeiro exame para sífilis no primeiro trimestre, preferencialmente, na primeira consulta, e repeti-lo entre a 28^a e a 30^a semana de gestação³³. Rodrigues & Guimarães⁶ versaram em seu estudo que apenas 3,0% das mulheres realizaram exame VDRL no 1^o trimestre e outro no 3^o trimestre, enquanto que Succi e colaboradores⁴⁶, em outra investigação, realizada no município de São Paulo, embora tenha encontrado um aumento de unidades disponíveis para realização do teste de sífilis nas gestantes de 2000 para 2004, constatou que a proporção de mulheres grávidas que realizou dois testes continua abaixo do esperado (de 3,6% para 69%).

Um estudo na Guiana Francesa descobriu que em 50 pacientes (58,8%) o diagnóstico da sífilis foi feito no segundo trimestre, em 12 (14,1%) no primeiro trimestre e em 23 pacientes (27,1%) no último trimestre. Destes, em nove casos (10,6%), o diagnóstico foi realizado no momento do parto e em quatro casos (4,7%), menos de uma semana antes do parto⁵⁰. No Rio de Janeiro, outro estudo mostrou realização de VDRL no 1^o trimestre gestacional em apenas 17% e 20% das gestantes que realizaram pré-natal nos anos de 2003 e 2004, respectivamente⁴⁸. E ainda que a média da idade gestacional para o primeiro exame de VDRL esteve em 19 semanas, ou seja, no 2^o trimestre.

Em alguns países em desenvolvimento, em especial os da África, evidenciam-se dificuldades na disponibilidade do exame para detecção da sífilis¹⁸. No Brasil houve instalação de uma ampla rede de laboratórios de diagnóstico, bem como um investimento na rede de cuidados de saúde primários, por meio da implementação da ESF e o trabalho dos agentes comunitários de saúde⁵². No entanto, os mesmos autores referem que a distribuição desses serviços ainda é desigual nas diferentes regiões e sub-regiões brasileiras. Em Campo Grande, não há cota de exames para gestante, de maneira que é garantido a cada uma delas a realização de todos os exames que fazem parte da rotina do pré-natal. E, ainda, a solicitação dos exames pode ser feita tanto por médicos como por enfermeiros.

Em nosso estudo, a maioria das mulheres soube do diagnóstico da sífilis a partir do 2º trimestre gestacional, sendo 16% no 3º trimestre. Em mais de 60% das vezes o profissional enfermeiro não revelou o diagnóstico. De fato, Succi e colaboradores⁴⁶, em um estudo epidemiológico realizado em 12 UBS em São Paulo, encontram baixo número de consultas de gestantes com o enfermeiro, não passando de 30%.

Os resultados acima apontados demonstram a perda de oportunidades pelos profissionais de saúde no diagnóstico da sífilis, pois constatamos que a maioria das gestantes realizou mais de 7 consultas pré-natais e iniciou o acompanhamento no 1º trimestre. Certamente a definição de um fluxograma que garanta a realização da testagem para sífilis e o retorno das gestantes para pegar o exame em tempo hábil seja uma das estratégias que os serviços devam adotar para melhorar a qualidade do atendimento.

Na análise relativa ao conhecimento prévio sobre a sífilis, 53% das mulheres entrevistadas relatou que tinham algum conhecimento a cerca da doença. O fato de saber que quase metade das gestantes não tinha nenhum conhecimento, nos remete a importância dos profissionais de saúde esclarecer às mesmas sobre a doença no momento da revelação do diagnóstico. Deve-se considerar aqui que esse trabalho não quantificou o grau de

conhecimento da entrevistada. Logo, não podemos descartar que em alguns casos essa informação possa estar insuficiente ou distorcida. E isso deve direcionar o profissional a pautar seu atendimento na educação em saúde, como atividade integrada. A prescrição medicamentosa isolada não é garantia de realização do tratamento.

Houve associação positiva entre a gestante receber explicação do profissional de saúde sobre a sífilis após informação do diagnóstico e realização do tratamento. Neste estudo, 86% das gestantes referiram que receberam tais informações. E na regressão logística temos que aquelas que foram informadas apresentaram 4 vezes maior chance de serem tratadas do que as que não foram esclarecidas. O mesmo se repete para o tratamento dos parceiros.

Na África do Sul, um estudo revelou que a maioria das mulheres relatou nunca ter ouvido falar na palavra sífilis, embora o profissional de saúde tenha sinalizado no cartão da gestante a alteração do exame e prescrito o tratamento sem prestar-lhe qualquer informação¹⁸. No Quênia as gestantes receberam apenas algumas informações essenciais. E os profissionais de saúde justificaram que isso aconteceu devido à grande demanda de atendimento¹⁸. No Rio Grande do Norte, Dantas⁵³ versou em seu estudo que 30% dos profissionais de saúde, que realizam pré-natal na ESF, referiram não orientar as gestantes sobre a infecção do *T. pallidum*.

Oitenta e quatro por cento das gestantes realizaram o tratamento para a sífilis neste estudo. Todavia, apenas 63% o receberam de maneira adequada, ou seja, respeitando o protocolo do Ministério da Saúde³⁷. Há alguns países que tratam a sífilis de maneira diferente, porém contrário ao preconizado no Brasil pelo Ministério da Saúde. Na África do Sul o programa de triagem da sífilis recomenda tratar todas as gestantes positivas para a doença com três doses de 2,4 milhões de unidades de penicilina benzatina em intervalos semanais, desconsiderando a fase clínica da doença¹⁸. Institui ainda que o registro da medicação seja anotado no cartão da gestante, bem como a realização da notificação do parceiro. Donders⁵⁴

propõe que a sífilis na gestação deve ser tratada com pelo menos duas injeções de 2,4 milhões de unidades de penicilina benzatina administrado em intervalos de uma semana, também independentemente do estágio da doença.

Diferentes resultados foram encontrados em outras investigações. Por exemplo, em um estudo sobre prevalência de sífilis em gestantes realizado na região metropolitana de Vitória, foi encontrado que apenas 29% das puérperas mães de bebês com SC receberam tratamento com penicilina durante a gestação⁵⁵ e em Campo Grande um estudo revelou que 7% das puérperas estavam na mesma situação³⁸. Outro estudo de abrangência nacional verificou tratamento em 88% das gestantes²⁰. De Lorenzi & Madi¹³ relataram 91% das gestantes sem tratamento ou com tratamento inadequado na região sul do país. A disparidade dos resultados ocorre porque os dois trabalhos primeiros fazem referências apenas às gestantes mães de crianças classificadas como SC e os dois últimos referem-se ao tratamento de todas as gestantes com diagnóstico de sífilis.

Em um estudo realizado na Guiana Francesa⁵⁰, descobriu-se que 35% gestantes tiveram tratamento inadequado por terem realizado o tratamento tardiamente ou sem especificação das datas de administração das injeções. Quanto ao tempo entre o tratamento e o parto 62% das mulheres foram tratadas em até 30 dias antes do parto, 17% foram tratadas com menos de um mês antes do parto, 11% foram tratadas após o parto, e ainda 9% das mulheres não souberam especificar quando se deu o tratamento. Os dados refletem o tipo de população atendida neste serviço de saúde, com uma elevada proporção de pacientes estrangeiras (69%), muitas residentes do Suriname e Brasil. Ambos vão ao final da gravidez à Guiana para realização de partos em melhores condições. Conseqüentemente o resultado é um tratamento muito tarde ou inadequado da sífilis⁵⁰.

O tratamento do parceiro deve ser realizado junto ao da gestante, com intuito de evitar reinfeção. O não tratamento do parceiro implica em tratamento materno inadequado e a

criança será considerada caso de SC⁵⁶. Este estudo mostrou que dos casais que realizaram o tratamento, 18% o fizeram concomitantemente.

Uma possível explicação para a falta de tratamento oportuno das gestantes e seus parceiros é o despreparo das equipes de saúde diante de um resultado de sífilis positivo. Outra possibilidade seria o atraso no retorno do exame para o profissional médico, estando disponível apenas nas semanas subsequentes à solicitação do exame, o que não deveria inviabilizar a prescrição correta.

Cabana e colaboradores⁵⁷ discutem em seu trabalho o motivo pelo qual os médicos holandeses não seguem os protocolos. Entrevistou médicos entre 45 e 54 anos de idade e em seus resultados encontrou que muitos desses profissionais não seguem os protocolos por diversos motivos, a saber: por não o conhecerem na sua integralidade; por entender que a conduta preconizada não seja adequada para todos devido a heterogeneidade da população; devido a recomendação não coincidir com as preferências dos pacientes; por achar que as diretrizes são confusas, dentre outros. No entanto, conclui que a barreira mais importante foi a falta de acordo com as recomendações do protocolo, embora a maioria referisse conhecer os protocolos.

Dessa forma, esforços devem ser empreendidos pelas UBS na obtenção do sucesso no tratamento das gestantes e parceiros, pois esta é uma das atribuições da atenção básica¹⁰.

O Ministério da Saúde enfatiza as orientações de manter sexo seguro com utilização de preservativo durante o período de tratamento¹⁰. No entanto, parece que no presente estudo estas orientações não aconteceram ou não foram claras, pois 39% dos casais não utilizaram preservativo durante o tratamento. Dantas⁵³ em seu trabalho no Rio Grande do Norte verificou que 81% dos profissionais de saúde afirmaram não orientar a gestante com sífilis sobre sexo seguro.

Em relação ao tratamento dos parceiros, temos que apenas 66 homens o realizaram,

mas somente 63% destes de maneira adequada, segundo nos informaram as mulheres. Verificou-se que dos 18 parceiros das gestantes que não realizaram o tratamento, 9 não tiveram a oportunidade do tratamento por terem sabido da doença após o nascimento da criança e, outros 9 homens, não foram tratados porque o tratamento não foi sequer indicado para a gestante, totalizando quase 90% dos 18 parceiros sem tratamento porque não houve a prescrição médica. Lamentavelmente, verifica-se pelo relato das mulheres que os profissionais de saúde, e neste caso específico, os médicos são os maiores responsáveis pela manutenção da SC a números inaceitáveis. Claramente, entendemos que foram desperdiçadas as oportunidades de tratamento adequado da gestante e seu parceiro.

Em um primeiro estudo realizado em Campo Grande em 2006, Figueiró-Filho e colaboradores¹², encontraram uma menor quantidade de parceiros tratados (40%). Já no segundo estudo, realizado em 2009 retratou piora no tratamento de 9% dos parceiros³⁸. A discrepância dos dados pode estar relacionada à metodologia dos estudos, onde o primeiro foi realizado a partir de entrevistas com as puérperas e o segundo por meio das fichas de notificação de SC. Os primeiros autores referem que um dos motivos desse resultado seria a dificuldade dos profissionais de saúde em abordar questões de DST, interferindo na aderência dos parceiros ao tratamento. De Lorenzi & Madi¹³ verificaram em outro estudo 62% de parceiros tratados e, de maneira contrária, Donalísio e colaboradores⁴¹, ao avaliar as fichas epidemiológicas, encontraram em seu estudo um número extremamente baixo de parceiros tratados (4,4%).

O Estado de São Paulo, preocupado com a insuficiência de tratamento dos parceiros, elaborou uma nota técnica sobre abordagem dos parceiros sexuais de gestantes com sífilis, normatizando que seja solicitada e incentivada a participação desses homens no atendimento pré-natal de todas as gestantes, abordando as DSTs e o HIV, esclarecendo práticas de sexo seguro e realizando tratamento para sífilis, mesmo na impossibilidade de realização do

exame⁵⁸.

Vários estudos internacionais discutem sobre maneiras mais efetivas para alcançar o sucesso do tratamento do parceiro sexual que vão desde a convocação do mesmo para a consulta até o encaminhamento da prescrição medicamentosa pela parceria^{59, 60, 61}.

Dentre os outros motivos citados várias vezes pelas mulheres, como justificativa para a não realização do tratamento de seu parceiro foi a presença de VDRL negativo. Conforme já comentado anteriormente, mesmo com o exame negativo o parceiro deve ser tratado, pois em determinadas fases da doença é possível o exame ser negativo não significando, portanto ausência da doença³⁷.

Se em Campo Grande a prescrição do tratamento para sífilis tem sido atribuição exclusiva da classe médica, conclui-se que está havendo uma deficiência na atuação desse profissional no tratamento da sífilis gestacional. No Rio Grande do Norte, um estudo que avaliou as condutas de profissionais que realizam a consulta de pré-natal na ESF frente às gestantes com sífilis, encontrou que apenas 55% dos profissionais, na maioria médicos, declararam indicar o tratamento para sífilis conforme o protocolo do Ministério da Saúde⁵³. Santos e colaboradores⁶² testaram o conhecimento sobre sorologia de sífilis de 83 médicos, em sua maioria clínicos, e destacou que apenas 10 acertaram uma das questões de casos clínicos de lues. Enfoca que são poucas as escolas médicas do país que tem curso modular de DST no currículo. Da mesma maneira, Lima⁵⁵ infere que é necessário inserir o tema de forma mais sistemática nos currículos de escolas médicas e estimular a educação continuada dos profissionais envolvidos na assistência pré-natal.

Outro motivo da não realização do tratamento do parceiro está no fato da mulher não ter informado sobre a doença para o mesmo. Avelleira & Bottino¹⁵ ressaltam que é importante o aconselhamento à gestante procurando mostrar a necessidade da comunicação ao parceiro. É

sabido que a convocação do parceiro não é fácil, e isso já foi descrito anteriormente por Donders⁵⁴.

Para Peterman e colaboradores⁵⁹ a notificação do parceiro traz diversas vantagens, desde a oportunidade de tratamento do próprio parceiro à prevenção da reinfecção, até a redução da carga de doença na comunidade. Os mesmos autores analisam, em um estudo randomizado, três tipos de abordagens para notificação dos parceiros sexuais de pessoas com diagnóstico de DSTs. Concluem que a melhor abordagem para notificação do parceiro de pacientes com sífilis é convocá-lo para uma consulta, pois a detecção precoce da sífilis requer associação de exame sorológico e exame físico e o tratamento de escolha é administrado por injeção. Golden e colaboradores⁶¹ concordam que os parceiros tratados sem passar por um exame clínico podem ter infecções sexualmente transmissíveis simultâneas, identificáveis apenas na assistência médica. E ainda, que a vinda do parceiro ao serviço de saúde é uma oportunidade de identificar a existência de outros parceiros.

Algumas mulheres disseram que seu cônjuge não realizou o tratamento por ter medo de injeção. Avelleira & Bottino¹⁵, concordam que o desconforto gerado pela aplicação intramuscular da penicilina benzatina acaba por influenciar a aderência ao tratamento. Sugere que sejam tentadas alternativas de tratamento com outras drogas, como ceftriaxone e azitromicina, medicamentos ainda não citados no protocolo nacional⁵⁶. Outro estudo que comparou a administração da penicilina benzatina com dois diluentes, água estéril e cloridrato de lidocaína a 1%, conclui que o uso do último diluente não altera a concentração de penicilina em fluidos do corpo e reduz significativamente a dor da injeção, sugerindo que sua utilização pode melhorar a aderência ao tratamento⁶³. Neste município, onde a pesquisa foi realizada, a administração da penicilina associado à lidocaína só é realizado se estiver prescrito na receita, o que não é usual.

Kamb e colaboradores⁵¹ afirmam que a penicilina é uma das intervenções mais rentáveis da saúde pública, pois é um medicamento barato e efetivo no combate à sífilis, além de fazer parte da lista dos medicamentos essenciais em quase todo o mundo, mas que tem sido utilizado esporadicamente nos países com maior incidência em SC.

Outras duas mulheres relataram que seus parceiros não tinham tempo para realizar o tratamento. Certamente precisamos refletir que a medicação intramuscular, como é o caso da penicilina benzatina, não é autoadministrada e necessita de profissional qualificado para realizá-la. No entanto, essa foi a justificativa de apenas duas mulheres, o que permite inferir que os demais homens conseguiram se adequar aos horários de atendimento das unidades de saúde, embora a maioria dos trabalhasse o dia todo (76%) e mais de seis dias por semana (77%).

Neste município, todas as UBS estão treinadas e preparadas para administrar a penicilina benzatina, pois trabalham com profissionais tecnicamente preparados e são equipadas com kit de urgência e emergência para atender eventuais casos de reações adversas. Entretanto, há um fator de dificuldade: a medicação somente poderá ser administrada se houver a presença do profissional médico na UBS. Considerando que muitos desses profissionais vão embora após realização dos atendimentos, há um estreitamento do horário em que a UBS está disponível para administração do medicamento. Porém, existem outros 9 lugares disponíveis com atendimento 24 horas por dia. Estes estão localizados em pontos estratégicos na cidade e são constituído por 2 UPAs (Unidade de Pronto Atendimento) e 7 CRSs (Centro Regional de Saúde). Por outro lado, os serviços de saúde precisam se organizar na prestação do atendimento uniforme de maneira a acolher os usuários e garantir a acessibilidade a todos.

Uma única mulher referiu que o parceiro não foi tratado por apresentar alergia à penicilina. O Ministério da Saúde orienta, diante de alergia comprovada à penicilina, a

utilização de eritromicina (estearato) 500 mg, de seis em seis horas, todas por 15 dias na sífilis recente e 30 dias na tardia⁴. Os casos de reação à penicilina são em sua maioria de natureza benigna, com as reações anafiláticas ocorrendo entre 10 e 40 por 100.000 injeções aplicadas¹⁵.

Não obstante, se quisermos ter sucesso no controle da SC, é necessário a associação de parcerias sólidas entre todos os profissionais de saúde que trabalham na assistência ao pré-natal e as políticas de saúde da mulher. É imprescindível o entendimento pela comunidade médica da importância de evitar resultados adversos na gravidez causada pela sífilis. Enfim, é necessário a adesão de todos os profissionais de saúde aos protocolos e também o trabalho em equipe, valorizando ações de educação em saúde.

8 Considerações finais

Os resultados deste trabalho possibilitaram o conhecimento dos fatores socioeconômicos e demográficos das gestantes com diagnóstico de sífilis e de seus parceiros, bem como conhecer os fatores relacionados ao pré-natal das mesmas. Permitiu também analisar os motivos que as levaram e aos seus parceiros a não realizar o tratamento e, além disso, identificar a associação de variáveis estudadas à ausência de tratamento ou ao tratamento inadequado para a sífilis no casal.

Embora o processo de prevenção da SC seja tecnicamente fácil, por meio de ações simples e de baixo custo realizadas na triagem pré-natal, e o tratamento seja bem estabelecido, verificamos que o processo não acontece como previsto, provavelmente pela falta real da implementação das orientações do Ministério da Saúde.

Para reduzir a taxa de incidência de SC e os desfechos negativos por causa dessa doença é preciso avançar na organização dos serviços de saúde, qualificando as ações a essa

população mais vulnerável aqui apresentada. Também é necessário criar estratégias para aumentar a captação precoce das gestantes, mantê-las ligadas ao serviço de pré-natal e garantir uma assistência coerente, conforme estabelece o Ministério da Saúde, com oferta dos exames de rotina, tratamento rápido e adequado juntamente com seu parceiro na presença do exame positivo para sífilis e, por fim, que sempre seja realizado o aconselhamento sobre como prevenir a infecção.

Embora 53% das mulheres tenham informado possuir algum conhecimento prévio acerca da sífilis, apenas 86% referiram ter recebido explicações sobre a doença após receber o resultado do exame. Neste trabalho, o fato de o profissional orientar sobre a doença após informar o diagnóstico aumentou as chances de tratamento das gestantes e dos parceiros em até 4 e 5 vezes, respectivamente. No entanto, parece que os profissionais de saúde estão valorizando muito o conhecimento prévio das gestantes ou não estão valorizando a importância da prática de educação em saúde. Mais do que isso, estão apenas realizando a informação sem o devido aconselhamento.

Outra variável que apresentou associação positiva, colaborando para o aumento das chances de tratamento das gestantes em mais de 5 vezes, foi o fato das mesmas realizarem mais de 6 consultas de pré-natal. De igual maneira a variável “ser apoiada pelo parceiro durante a gestação” mostrou aumento de chances de tratamento para as gestantes em 5 vezes e, até mesmo para o tratamento do parceiro essa mesma variável representou aumento de chances de até 27 vezes mais.

Inferimos que o parceiro que apóia a esposa em um momento especial como o da gravidez é capaz de submeter-se ao tratamento com mais espontaneidade, uma vez que é mais provável que esteja interessado em numa gestação com desfechos positivos.

Destaca-se neste grupo outros 18 homens que não foram tratados ou porque as gestantes receberam o diagnóstico no pós-parto ou porque elas não tiveram o tratamento

indicado. Essa informação denota que o compromisso com a saúde reprodutiva do casal não está vinculada ao momento de gravidez. Mesmo depois do parto o compromisso ético do profissional é tratar o casal.

É lamentável verificar que os profissionais de saúde, à medida que perdem as oportunidades de realização de exames e de tratamento adequado do casal, estejam implicados como responsáveis pela manutenção das altas taxas de SC.

Não parece justo que, em um país como o Brasil, onde a prevalência de sífilis em gestante e incidência de SC se mantém em patamares inaceitáveis, existindo um protocolo estabelecido para o tratamento da sífilis, ainda encontremos casos onde os profissionais que prestam assistência pré-natal não prescrevam o tratamento estabelecido pelo Ministério da Saúde.

Conclui-se que o comprometimento dos profissionais de saúde com a saúde da população constituiu medida indispensável para assegurar a correta assistência às gestantes e seus parceiros.

Dessa forma, há necessidade contínua de treinamento, capacitação, atualização e formação dos profissionais de saúde no manejo da gestante com sífilis e seu parceiro, garantindo atendimento humanizado e adequado.

Lidar com parceiros sexuais das gestantes com sífilis e garantir a realização do tratamento tornaram-se grandes desafios para a saúde pública. Entretanto, acreditamos que a inclusão do parceiro nos programas de assistência ao pré-natal pode ajudar muito a melhorar o sucesso de sua adesão ao tratamento.

Espera-se que este trabalho suscite, principalmente nos profissionais de saúde, um ressurgimento da preocupação com o flagelo constante da SC e os levem a refletir sobre a importância do tratamento do casal para o bem da criança e da família.

9 Referências

1. Veronesi, R.; Focaccia R. Tratado de infectologia. 3 ed. Editora Atheneu. São Paulo: 2005. 1265-71.
2. Rodrigues CS, Guimarães, MDC; Cesar CC. Missed opportunities for congenital syphilis and HIV perinatal transmission prevention. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 42, n. 5, out. 2008.
3. Remington J. S.; Klein J. O. Infectious diseases of the fetus and newborn infant. 4 th ed. Rio de Janeiro: 1995. 529-57.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Curso básico de vigilância epidemiológica em sífilis congênita, sífilis em gestante, infecção pelo HIV em gestantes e crianças expostas / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.
5. Ramos Jr. AN, Matida LH, Saraceni V, Veras MASM, Pontes RJS. Controle da transmissão vertical de doenças infecciosas no Brasil: avanços na infecção pelo HIV/AIDS e descompasso na sífilis congênita. Caderno de Saúde Pública [periódico na Internet]. [citado 2009 Ago 07]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007001500005&lng=pt. doi: 10.1590/S0102-311X2007001500005.

6. Rodrigues CS, Guimarães MDC; Grupo Nacional de Estudo sobre Sífilis Congênita. Positividade para sífilis em puérperas: ainda um desafio para o Brasil. *Revista Panamericana Salude Pública* 2004; 16:168-75.
7. Saraceni, V. A sífilis, a gravidez e a sífilis congênita. Rio de Janeiro: 2005. Disponível em: <<http://www.saude.rio.rj.gov.br/aids/>>
8. Brasil. Programa Nacional de DST e AIDS, Ministério da Saúde. Projeto Nascer. Brasília: Programa Nacional de DST e AIDS; 2003a.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST/AIDS. Boletim epidemiológico AIDS e DST. Disponível em <http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMIS9A49113DPTBRIE.htm>. Acesso em 02 de setembro 2010.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área técnica da Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico. Brasília: 2006a.
11. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenadoria de DST/AIDS. Boletim epidemiológico DST/AIDS – 2º Trimestre de 2010. Campo Grande, MS, 2010.
12. Figueiró-Filho RVCG, Assunção LA, Costa GR, Periotto CRL, Vedovatte CA, Pozzobon LR. Sífilis Congênita como fator de Assistência Pré-natal no município de Campo Grande – MS. *DST – Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis*, Rio de Janeiro, 19 (3-4): 139-143. 2007.
13. De Lorenzi Dino Roberto Soares, Madi José Mauro. Congenital Syphilis as a Prenatal Care Marker. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 2001; 23(10): 647-652.
14. Couto JCF; Andrade GMQT. Infecções perinatais. Edward. Guanabara Koogan. Rio de Janeiro: 2006. 402-30.
15. Avelleira JCR, Bottino G. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. *Anais Brasileiro*, 2006; 81(2): 111-126.
16. Milanez H, Amaral E. Por que ainda não conseguimos controlar o problema da sífilis em gestantes e recém-nascidos?. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 2008; 30(7): 325-327.
17. Revollo R, Tinajeros FHC, García SG, Zegarra L, Díaz-Olavarrieta C et al . Sífilis materna y congênita en cuatro provincias de Bolivia. *Salude pública de México*, 2007; 49(6): 422-428.

18. Deperthes BD, Meheus A, O'Reilly K, Broutet N. Maternal and congenital syphilis programmes: case studies in Bolivia, Kenya and South Africa. Bull World Health Organ, junho de 2004; 82(6): 410-416.
19. Santos EM, Westman S, Reis AM, Alves RG. Avaliação do grau de implementação do programa de controle de transmissão vertical do HIV em maternidades do "Projeto Nascer". 2008.
<http://www.aids.gov.br/services/DocumentManagement/FileDownload.EZTSvc.asp?DocumentID=%7BE43AD660-0492-42CA-80DF-FF06610A1BD6%7D&ServiceInstUID=%7BB8EF5DAF-23AE-4891-AD36-1903553A3174%7D> (acessado em 07/Jul/2010).
20. Rodrigues, CS. Sífilis na gestação e puerpério: oportunidades estratégicas para a sua prevenção e controle, Brasil, 2000. 2005. 188 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2005.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/SVS N^o 33, de 15 de julho de 2005. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 15 jul. 2005a. Seção 1, p. 111.
22. Paz LC, Pereira GF, Matida LH, et al. Vigilância epidemiológica da sífilis congênita no Brasil: definição de casos, 2004. Bol Epidemiol AIDS-DST (Rio J.). 2004; 1:12-7.
23. Saraceni V, Guimarães MHFS, Theme FMM, Leal MC. Mortalidade perinatal por sífilis congênita: indicador da qualidade da atenção à mulher e à criança. Caderno de Saúde Pública, 2005b; 21(4): 1244-1250.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de vigilância epidemiológica / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – 6. ed. – Brasília : 2005b.
25. Botelho, CAO; Tomaz CAB; Cunha RV; Botelho MAO; Botelho LO; Assis DM; Pinho DLM. Prevalência dos agravos triados no programa de proteção à gestante do estado de Mato Grosso do Sul de 2004 a 2007. Revista de Patologia Tropical. Vol. 37 (4): 341-353. out.-dez. 2008.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Bases técnicas para eliminação da sífilis congênita. Brasília: Coordenação Nacional de DST/AIDS, Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília, 1993.
27. Brasil. Ministério da Saúde. Projeto de eliminação da sífilis congênita. Brasília: Coordenação Nacional de DST e AIDS, Ministério da Saúde. Brasília, 1997.
28. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. Projeto de eliminação da sífilis congênita. Manual de assistência e vigilância epidemiológica. Brasília, 1998.

29. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Ministerial nº. 2.104. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde/SUS, o Projeto Nascer. Diário Oficial da União 2002; 19 nov.
30. Brasil. Ministério da Saúde. Políticas para o controle das doenças sexualmente transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde; 2000b.
31. Brasil. Portaria nº. 822. Inclui na tabela de procedimentos especiais do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), dentre outros, a micro-hemaglutinação para o diagnóstico da sífilis. Diário Oficial da União 2003b; 27 jun.
32. Brasil. Portaria SAS/MS nº. 766. Torna obrigatória a execução do VDRL nas maternidades, tendo sua vigência redefinida a partir de março de 2005 (Portaria SAS/MS nº. 124, de 1 de março de 2005). Diário Oficial da União 2004; 21 dez.
33. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Assistência em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. Protocolo para prevenção e transmissão vertical do HIV e sífilis. Brasília: 2007.
34. Brasil. Ministério da Saúde. Assistência pré-natal: Manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde; 2000a.
35. Figueiró-Filho EA, Lopes AHA, Senefonte FRA, Souza JVG, Botelho CA, Duarte G. Infecção pelo vírus linfotrópico de células T humanas e transmissão vertical em gestantes de estado da Região Centro-Oeste do Brasil. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria, Dezembro de 2005.
36. Macedo Filho JV. Prevalência de sífilis em gestantes no estado de Goiás triadas pelo Programa de Proteção a gestante – janeiro de 2005 a dezembro de 2007, 2008. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Brasília, 2008.
37. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Diretrizes para o Controle da Sífilis Congênita. Brasília: Ministério da Saúde; 2005c.
38. Mauro, MPP. Caracterização da Sífilis Congênita no Município de Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil, 2009. Monografia - pós-graduação em Vigilância Epidemiológica de Doenças Transmissíveis. Escola de Saúde Pública Dr. Jorge David Nasser com cooperação técnica da UFMS, 2009.
39. Brasil. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança/ Ministério da Saúde, Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

40. Inagaki ADMelo, Oliveira LAR, Oliveira MFB, Santos RCS, Araújo RM, Alves JAB et al . Soroprevalência de anticorpos para toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus, sífilis e HIV em gestantes sergipanas. *Revista Sociedade Brasileira Medicina Tropical*, 2009; 42(5): 532-536.
41. Donalísio MR, Freire JB, Mendes ET. Investigação da sífilis congênita na microrregião de Sumaré, Estado de São Paulo, Brasil - desvelando a fragilidade do cuidado à mulher gestante e ao recém-nascido. *Epidemiologia Serviço Saúde*, 2007; 16(3): 165-173.
42. Saraceni V, Leal MC. Avaliação da efetividade das campanhas para a eliminação da sífilis congênita no Município do Rio de Janeiro, 1999 e 2000. *Caderno de Saúde Pública* 2003; 19: 1341-9.
43. Alves, SO. Sífilis congênita na maternidade do Hospital Universitário-UFSC, 2009. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) – Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Graduação em Medicina.
44. Abeche AM, Maurmann CB, Baptista AL, Capp E. Aspecto socioeconômico do parceiro da gestante adolescente, 2007. *Revista do Hospital de Clínicas de Porto Alegre*; 27 (1).
45. Bassichetto K C, Mesquita F, Zacaro C, Santos EA, Oliveira SM, Veras MASM. et al. Perfil epidemiológico dos usuários de um Centro de Testagem e Aconselhamento para DST/HIV da Rede Municipal de São Paulo, com sorologia positiva para o HIV. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 2004; 7(3): 302-310.
46. Succi RCM, Figueiredo EM, Zanatta LC, Peixe MB, Rossi MB, Vianna LAC, 2008. Evaluation of prenatal care at basic health units in the city of São Paulo. *Revista Latino-americana de Enfermagem* 6: 986–992.
47. Vaz AJ, Guerra EM, Ferratto LCC, Toledo LAS, Azevedo NRS. Sorologia positiva para sífilis, toxoplasmose e doença de Chagas em gestantes de primeira consulta em centros de saúde de área metropolitana, Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 1990; 24(5): 373-379
48. Saraceni V, Domingues RMSM, Vellozo V, Lauria LM, Dias MAB, Ratto KMN et al. Vigilância da sífilis na gravidez. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 2007; 16(2): 103-111.
49. Watson-Jones D, Chagalucha J, Gumodoka B, Weiss H, Rusizoka M, Ndeki L, et al. Syphilis in pregnancy in Tanzânia. I. Impact of maternal syphilis on outcome of pregnancy. *J Infect Dis*. 2002;186:940-7.
50. Carles G, Lochet S, Youssef M, Guindi WEI, Helou G, Alassas N, Lambert V. Syphilis and pregnancy Study of 85 cases in French Guyana. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 2008; 37(4), junho: 353-357.

51. Kamb ML, Newman LM, Riley PL, et al. A Road Map for the Global Elimination of Congenital Syphilis, 2010. *Obstetrics and Gynecology International*. Article ID 312798, 6 pages, 2010. doi:10.1155/2010/312798
52. Benzaken AS, Galbán GE, Sardinha JCG, Dutra JJC, Peeling R. Rapid tests for diagnosing syphilis: validation in an STD clinic in the Amazon Region, Brazil. *Caderno de Saúde Pública* [serial on the Internet]. [cited 2010 July 07]. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007001500013&lng=en. doi: 10.1590/S0102-311X2007001500013.
53. Dantas, JC. *Conduas de profissionais que realizam a consulta pré-natal na Estratégia Saúde da Família quanto à detecção, tratamento e acompanhamento da gestante com sífilis. Natal, 2008. 112 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2008.*
54. Donders GG. Management of genital infections in pregnant women. *Curr Opin Infect Dis*, Fevereiro de 2006; 19(1): 55-61.
55. Lima Lucia Helena Mello de, Viana Maria Carmen. Prevalence and risk factors for HIV, syphilis, hepatitis B, hepatitis C, and HTLV-I/II infection in low-income postpartum and pregnant women in Greater Metropolitan Vitória, Espírito Santo State, Brazil. *Caderno de Saúde Pública*, 2009 Mar; 25(3): 668-676.
56. Brasil. Portaria MS 156. Dispõe sobre o uso da penicilina na atenção básica à saúde e nas demais unidades do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* 2006b; 19 jan.
57. Cabana MD, Rand CS, Powe NR, et al. Why Don't Physicians Follow Clinical Practice Guidelines?: A Framework for Improvement. *JAMA*. 1999; 282 (15): 1458-1465.
58. Secretaria de Estado da Saúde SES-SP. Serviço de Vigilância Epidemiológica; Coordenação do Programa Estadual DST/Aids-SP; Coordenadoria de Controle de Doenças CCD. Sífilis congênita e sífilis na gestação. *Revista de Saúde Pública*, 2008; 42(4): 768-772.
59. Peterman TA, Toomey KE, Dicker LW, Zaidi QQ, Woroten JE, Carolina J. Partner Notification for Syphilis: A Randomized, Controlled Trial of Three Approaches. *Journals A-Z. Sexually Transmitted Diseases*. Vol 24 (9), October, 1997, pp 511-518.
60. Schillinger JA, Kissinger P, Calvet H, et al. Patient-delivered partner treatment with azithromycin to prevent repeated *Chlamydia trachomatis* infection among women: a randomized, controlled trial. *Sexual Transmission Disease*. 2003; 30(1): 49-56.
61. Golden MR, Whittington WL, Handsfield HH, et al. Effect of expedited treatment of sex partners on recurrent or persistent gonorrhoeae or chlamydial infection. *N England Journal Med*. 2005; 352(7): 676-685.

62. Santos JA, Andrade MG, Magalhães RF, Moraes AM, Velho PENF. Sorologia para sífilis: os médicos estão capacitados a interpretá-la?. Anais Brasileiro de Dermatologia, 2007; 82(2): 183-185.

63. Amir J, Ginat S, Cohen YH, Marcus TE, Keller N, Varsano I. Lidocaine as a diluent for administration of benzathine penicillin G. Pediatr Infect Dis J 1998; 17: 10. 890-893.

Anexo 1



Prefeitura Municipal de Campo Grande
Secretaria Municipal de Saúde Pública
 Coordenadoria Geral de Assistência à Saúde
 Serviço de Vigilância Epidemiológica –
 Coordenação de Assistência aos Programas de Saúde
 Coordenação Municipal de DST/HIV/Aids - DST

Formulário de Investigação de Sífilis na Gestante

Nº SisPrenatal:

Nome da Gestante:

Endereço Completo:

Escolaridade:	<input type="checkbox"/> Analfabeto	<input type="checkbox"/> 1º Incompleto	<input type="checkbox"/> 1º Completo
	<input type="checkbox"/> 2º Completo	<input type="checkbox"/> Superior Incompleto	<input type="checkbox"/> Superior Completo
Raça/Cor:	<input type="checkbox"/> Branca	<input type="checkbox"/> Preta	<input type="checkbox"/> Parda
			<input type="checkbox"/> Amarela
Idade:	Data Nascimento:		DPP:
Local do Pré-Natal			
VDRL:	<input type="checkbox"/> Positivo	se positivo, titulação:	<input type="checkbox"/> negativo
Se Positivo, realizou o teste:	IPED/APAE	<input type="checkbox"/> 1ª Fase	<input type="checkbox"/> 2ª Fase

UBS/UBSF () 1ª Fase () 2ª Fase
 Particular () 1ª Fase () 2ª Fase

Tratamento prescrito: (campo de preenchimento médico)

GESTANTE: () tratamento nesta gestação () Reinício do tratamento
 () tratamento anterior a gestação

Penicilina G Benzatina: (2 frascos) Uma Semana () Duas Semanas () Tres Semanas ()

Outro Esquema: Qual?

Eritromicina: (500 mg de 6/6h) 30 Dias ()

Outro Esquema. Qual?

Outro Antibiótico. Qual?

PARCEIRO (1ª consulta): () tratamento nesta gestação () história de tratamento anterior

Penicilina G Benzatina: (2 frascos) Dose única ()

Fez Exame? () Sim () Não () ignorado

Resultado? () Positivo se positivo, titulação: () Negativo

Não houve tratamento da gestante ou parceiro. Por que? _____

Médico responsável (assinatura e carimbo)

Acompanhamento: (campo de preenchimento pelo Enfermeiro)

2ª e 3ª semanas de tratamento			
GESTANTE	GESTANTE	PARCEIRO	PARCEIRO
1ª dose: __/__/__		1ª dose: __/__/__	() não compareceu
2ª dose: __/__/__	() não compareceu	2ª dose: __/__/__	() não compareceu
3ª dose: __/__/__	() não compareceu	3ª dose: __/__/__	() não compareceu
se a gestante não compareceu, fazer busca: se tratou, anotar e agendar retorno, se não, reagentes de tratamento.			
se o parceiro não compareceu, descreva abaixo o que foi realizado para solucionar o problema.			

Preencher este campo, apenas se a gestação for interrompida antes do final

Nome RN:

Ficou Internado? () Sim () Não () Ignorado

Qual?

Responsável pelo acompanhamento (assinatura e carimbo)

**OBS: Ao final do tratamento enviar este formulário ao Distrito. Caso haja interrupção no tratam
recomeçar outra.**

Anexo 2



**Prefeitura Municipal de Campo Grande
Estado de Mato Grosso do Sul
Secretaria Municipal de Saúde Pública
Coordenadoria de Atenção Básica**



ENTREVISTA COM MULHERES DE GESTAÇÃO SÍFILIS POSITIVA

Nome da Paciente: _____

Prontuário: _____

Idade: _____

Moradora de Campo Grande durante a última gestação: _____

Possui quantos filhos: _____

Local onde fez o Pré-Natal da última gestação: _____

Número de consultas realizadas: _____

Realizou quantas testagens de VDRL: _____

Em qual amostra o resultado foi positivo: _____

Após o diagnóstico, realizou o exame de VDRL todo mês: _____

Fez tratamento: _____

Qual: _____

Quantas doses foram aplicadas: _____

Quais as datas das aplicações: 1ª dose __/__/__ 2ª dose __/__/__ 3ª dose __/__/__

Em qual Unidade de Saúde foram aplicadas as injeções: _____

Durante a gestação, realizou o VDRL todo mês após o tratamento: _____

Foi realizado o VDRL antes do parto: _____ Resultado: _____

Após a alta fez consulta no Posto de Saúde: _____

Realizou algum exame: _____ Qual: _____

12. Quem mora com a senhora?				
Sexo	Idade	Parentesco	Ocupação	Renda mensal
13. Quantas pessoas dependem dessa renda? (Incluir somente as pessoas que moram na casa, inclusive as crianças)?				_ _
14. Quantos quartos e sala tem ao todo na sua casa?				_ _
15. Qual é o material que predomina na construção das paredes externas do seu domicílio? 1.Alvenaria 2.Madeira aparelhada 3.Taipa não-revestida 4.Madeira aproveitada 5.Palha 6.Outro material (especifique)				_
16. O seu domicilio é: 1.Próprio-já pago 2.Próprio-ainda pagando 3.Alugado 4.Cedido por empregador 5.Cedido de outra forma 6.Outra condição				_

C – Variáveis de identificação do parceiro

17. Qual a data de nascimento do seu parceiro?	_ _	/	_	/	_
18. Qual a idade dele?	_		anos		

19. Qual a cor/raça dele? 1.Branca 2.Preta 3.Parda 4.Amarela 5. Indígena	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Escolaridade: qual é a última série concluída com aprovação?	<input type="checkbox"/>	
21. Qual a ocupação/profissão atual dele? 1. Empregado permanente nos serviços auxiliares 2. Empregado permanente na agricultura, silvicultura ou criação de bovinos, bubalinos, caprinos, ovinos ou suínos 3. Empregado permanente em outra atividade 4. Empregado temporário 5. Conta própria nos serviços auxiliares 6. Conta própria na agricultura, silvicultura ou criação de bovinos, bubalinos, caprinos, ovinos ou suínos 7. Conta própria em outra atividade 8. Empregador nos serviços auxiliares 9. Empregador na agricultura, silvicultura ou criação de bovinos, bubalinos, caprinos, ovinos ou suínos 10. Empregador em outra atividade 11. Trabalhador não remunerado membro da unidade domiciliar 12. Outro trabalhador não-remunerado 13. Trabalhador na produção para o próprio consumo 14. Desempregado 15. Presidiário	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Ele tem carteira assinada nesta ocupação? (Se sim, vá para questão 27) 1. Sim 2. Não 3. Autônomo	<input type="checkbox"/>	
23. Esse emprego é no setor: 1. Privado 2. Público Municipal 3. Público Estadual 4. Público Federal 5. Militar	<input type="checkbox"/>	
24. Se emprego público é estatutário? 1. Sim 2. Não	<input type="checkbox"/>	
25. Quantos dias por semana habitualmente exerce esse trabalho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> dias
26. Quantos dias por mês habitualmente exerce esse trabalho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> dias
27. Qual a rendimento mensal que ganha nesse trabalho? Em reais.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/>
28. Ele é aposentado/pensionista de instituto de previdência federal (INSS), estadual ou municipal? (Se não, vá para questão 32) 1. Sim 2. Não	<input type="checkbox"/>	
29. Qual o valor que recebe? Em reais.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/>
30. Recebe normalmente rendimento de pensão alimentícia ou de fundo de pensão, abono de permanência, aluguel, doação, juros de caderneta de poupança, dividendos ou outro qualquer? (Se não, vá para questão 34) 1. Sim 2. Não	<input type="checkbox"/>	
31. Qual o valor que recebe? Em reais.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/>
32. Qual o período de trabalho dele? 1. Matutino 2. Vespertino 3. Noturno 4. Dia todo 5. Dia e noite	<input type="checkbox"/>	
33. Seu parceiro costuma viajar sozinho? 1. Sim 2. Não	<input type="checkbox"/>	

D – Variáveis Obstétricas e sobre a sífilis

34. Qual método anticoncepcional a Sra. usava antes de estar grávida? 1. Nenhum 2. Camisinha 3. Hormonal 4. DIU 5. Diafragma 6. Tabela 7. Outro	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------

35. Com que frequência a Sra. costuma usar camisinha? 1.Sempre 2.Freqüentemente 3. Às vezes 4. Nunca	<input type="checkbox"/>
36. A Sra. sentiu-se apoiada pelo pai do Bebê durante essa gravidez? 1.Sim 2.Não	<input type="checkbox"/>
37. Quantas vezes a Sra. já esteve grávida?	<input type="checkbox"/>
38. Quantos filhos nasceram vivos?	<input type="checkbox"/>
39. Quantos filhos nasceram mortos?	<input type="checkbox"/>
40. A Sra. já perdeu filhos depois de nascidos ? 1.Sim 2.Não	<input type="checkbox"/>
41. Quantos filhos?	<input type="checkbox"/>
42. Alguma gravidez resultou em aborto? (Se não, vá para questão 47) 1. Sim 2.Não	<input type="checkbox"/>
43. Quantos foram espontâneos?	<input type="checkbox"/>
44. Quantos foram provocados?	<input type="checkbox"/>
45. Já teve algum bebê prematuro? (Se não, vá para questão 49) 1. Sim 2.Não	<input type="checkbox"/>
46. Quantos prematuros?	<input type="checkbox"/>
47. Quando foi seu último parto, antes deste?	<input type="checkbox"/>
48. Aonde a Sra. fez o pré-natal? 1.ESF 2.UBS 3.Referência para alto risco 4.particular 5.Ambulatório de hospital	<input type="checkbox"/>
49. A partir de que mês de gestação começou o pré-natal?	<input type="checkbox"/>
50. Quantas consultas de pré-natal a Sra. fez?	<input type="checkbox"/>
51. A Sra. fez as consultas de pré-natal até o final da gravidez? (Se sim, vá para questão 57) 1. Sim 2. Não	<input type="checkbox"/>
52. Porque a Sra. abandonou as consultas de pré-natal?	<input type="checkbox"/>
53. O médico(a) ou enfermeira(o) que lhe acompanhou no pré-natal foi: 1.Sempre o mesmo 2.Às vezes o mesmo 3.Nunca o mesmo 4.Só foi a uma consulta 5.Outra	<input type="checkbox"/>
54. Qual foi o resultado do exame para sífilis? (Se negativo ou não sabe, encerrar o questionário) 1.Positivo 2.Negativo 3. Não sabe	<input type="checkbox"/>
55. Você sabia o que era sífilis antes do teste ser positivo? 1. Sim 2. Não	<input type="checkbox"/>
56. Quando você soube da doença estava grávida de quantos meses?	<input type="checkbox"/>
57. Quem lhe contou? 1.Médico 2.Enfermeiro 3.ACS 4.Outros	<input type="checkbox"/>
58. Após lhe contar do teste positivo esse profissional lhe explicou sobre a doença? 1. Sim 2.Não	<input type="checkbox"/>
59. N° de exames realizados para Sífilis	<input type="checkbox"/>
60. Data do 1° exame (Sífilis)	<input type="checkbox"/>
61. Resultado do 1° exame (sífilis) 1. Positivo/Título _____ 2. Negativo	<input type="checkbox"/>
62. Data do 2° exame (Sífilis)	<input type="checkbox"/>
63. Resultado do 2° exame (sífilis) 1. Positivo/Título _____ 2. Negativo	<input type="checkbox"/>
64. A Sra. fez tratamento? 1. Sim 2. Não	<input type="checkbox"/>
65. Qual?	<input type="checkbox"/>
66. Quantas doses foram aplicadas?	<input type="checkbox"/>

67. Quais as datas das aplicações? 1ª dose __ _ _ / __ _ _ / __ _ _ 1. Tratamento adequado 2ª dose __ _ _ / __ _ _ / __ _ _ 2. Tratamento inadequado 3ª dose __ _ _ / __ _ _ / __ _ _	<input type="checkbox"/>
68. O parceiro foi tratado? (Se não, vá para questão 78) 1. Sim 2. Não	<input type="checkbox"/>
69. Qual o tratamento?	<input type="checkbox"/>
70. Quantas doses foram aplicadas?	<input type="checkbox"/>
71. Quais as datas das aplicações? 1ª dose __ _ _ / __ _ _ / __ _ _ 1. Tratamento adequado 2ª dose __ _ _ / __ _ _ / __ _ _ 2. Tratamento inadequado 3ª dose __ _ _ / __ _ _ / __ _ _	<input type="checkbox"/>
72. Foi tratado junto com a Sra.? 1. Sim 2. Não	<input type="checkbox"/>
73. Usaram preservativos durante o tratamento? 1. Sim 2. Não 3. Não tiveram relação sexual 4. Não tem parceiro	<input type="checkbox"/>
74. Por quê não foi tratado?	<input type="checkbox"/>

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](#)