



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO INTEGRADO EM
SAÚDE COLETIVA – PPGISC



MANOEL BASTOS FREIRE JÚNIOR

**OPORTUNIDADES PERDIDAS NO RASTREAMENTO DA SÍFILIS NO PRÉ-
NATAL: ESTUDO TRANSVERSAL DE MULHERES ATENDIDAS POR
TÉRMINO DA GRAVIDEZ EM UMA MATERNIDADE MUNICIPAL DA REDE
SUS DO RECIFE-PERNAMBUCO**

**RECIFE
2014**

MANOEL BASTOS FREIRE JÚNIOR

OPORTUNIDADES PERDIDAS NO RASTREAMENTO DA SÍFILIS NO PRÉ-
NATAL: ESTUDO TRANSVERSAL DE MULHERES ATENDIDAS POR
TÉRMINO DA GRAVIDEZ EM UMA MATERNIDADE MUNICIPAL DA REDE
SUS DO RECIFE-PERNAMBUCO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Integrada em Saúde Coletiva – PPGISC da Universidade Federal de Pernambuco - UFPE, como requisito para obtenção do título de mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Thália Velho Barreto de Araújo

RECIFE
2014

Ficha catalográfica elaborada pela
Bibliotecária: Mônica Uchôa, CRB4-1010

F886o Freire Júnior, Manoel Bastos.
Oportunidades perdidas no rastreamento da sífilis no pré-natal: estudo transversal de mulheres admitidas ao término da gravidez em uma maternidade municipal da rede SUS do Recife-Pernambuco / Manoel Bastos Freire Júnior. – Recife: O autor, 2014.
96 f.: il. ; tab. ; quadr. ; 30 cm.

Orientadora: Thália Velho Barreto de Araújo.
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2014.
Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Sífilis congênita. 2. Pré-natal. 3. Fatores de risco. 4. Estudos transversais. I. Araújo, Thália Velho Barreto de (Orientadora). II. Título.

614 CDD (23.ed.) UFPE (CCS2014-196)



RELATÓRIO DA BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO
DO(A) MESTRAND(O)A

MANOEL BASTOS FREIRE JÚNIOR

No dia 20 de agosto de 2014, às 14h, no Auditório do NUSP – Núcleo de Saúde Pública da Universidade Federal de Pernambuco, os professores: Ana Bernarda Ludermir (Doutor (a) do Departamento de Medicina Social da UFPE) Membro Interno, Pedro Israel de Lira (Doutor(a) do Departamento de Nutrição da UFPE) Membro Externo e Sandra Valongueiro Alves (Doutor(a) do Hospital das Clínicas - UFPE) Membro Interno, componentes da Banca Examinadora, em sessão pública, arguíram o(a) mestrando(a), Manoel Bastos Freire Júnior sobre a sua Dissertação intitulada: **“OPORTUNIDADES PERDIDAS NO RASTREAMENTO DA SÍFILIS NO PRÉ-NATAL: ESTUDO TRANSVERSAL DE MULHERES ATENDIDAS POR TÉRMINO DA GRAVIDEZ EM UMA MATERNIDADE MUNICIPAL DA REDE SUS DO RECIFE-PERNAMBUCO”**.

Ao final da arguição de cada membro da Banca Examinadora e resposta do(a) Mestrando(a), as seguintes menções foram publicamente fornecidas.

Profa. Dra. Ana Bernarda Ludermir

Prof. Dr. Pedro Israel de Lira

Profa. Dra. Sandra Valongueiro Alves

Profa. Dra. **Ana Bernarda Ludermir**

Prof. Dr. **Pedro Israel de Lira**

Profa. Dra. **Sandra Valongueiro Alves**

A minha mãe, por ser a maior inspiração na minha carreira estudantil.

Ao meu pai (*IN MEMORIAM*), pelo carinho e acompanhamento cedido no trajeto da minha vida.

A minha esposa, por compartilhar comigo os momentos bons e ruins da minha vida.

A minha filha, meu amuleto da sorte.

A minha segunda filha, que se encontra no ventre da minha esposa e está sendo aguardado com muito amor e carinho.

AGRADECIMENTOS

À Deus e a Nossa Senhora da Penha, por conduzir divinamente a minha carreira profissional.

À minha eterna professora Thália Barreto, por ter me proporcionado a maior experiência da minha vida acadêmica.

Aos demais docentes e funcionário do Programa de Pós-Graduação Integrado em Saúde Coletiva – PPGISC / UFPE, pelo acolhimento.

Aos meus colegas de mestrado, que por diversas vezes demonstraram união e engajamento para a conclusão desse sonho.

Às pacientes e funcionários da maternidade Barros Lima, por terem proporcionado as preciosas informações acerca do mundo chamado ciclo gravídico – parto – puerpério - nascimento.

A Autarquia de Ensino Superior de Arcoverde – AESA, por ter cedido às condições indispensáveis para a realização desse mestrado.

E ao meu povo Carnaubeirense, fonte de minha inspiração e renovação de forças para superação dos inúmeros obstáculos de vida enfrentados diariamente.

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo avaliar as oportunidades perdidas no rastreamento para sífilis na gravidez e identificar os fatores que estão associados com a não realização do teste do VDRL no pré-natal do município do Recife-PE. Trata-se de um estudo de corte transversal, que foi realizado na maternidade Barros Lima. A população de estudo foi composta por uma amostra de 460 mulheres atendidas por término da gravidez e que tinham realizado pelo menos uma consulta de pré-natal. Os dados foram coletados utilizando-se de entrevistas face a face com questionário estruturado e por consulta a documentos como cartão de pré-natal e prontuários, o período utilizado para executar esta fase ocorreu entre o dia 1º de agosto ao dia 27 de outubro de 2013. Os principais resultados encontrados foram: relato do agendamento da consulta do pré-natal em 76% dos casos; ocorreu transmissão vertical da sífilis em 55,5% dos recém-nascidos de mães VDRL positivo; apenas 50% dos casos de sífilis em gestantes foram diagnosticados no pré-natal; 17,9% das mulheres não fizeram o VDRL; os principais motivos elencados para não realizá-los foram não conseguir marcá-los, demora para recebê-los, falta de tempo e distância do laboratório; 3,9% foi a prevalência da sífilis na gestação. Para o cálculo da medida de prevalência do desfecho, considerou-se aquelas mulheres que não relataram e/ou não possuíam registro no cartão da gestante sobre o resultado do VDRL. Para medir a associação entre as variáveis preditoras e o desfecho, foi calculada a razão de chances (*Odds Ratio*). A regressão logística foi utilizada para controlar o efeito de confundimento e possíveis interações entre as variáveis. As variáveis que mostraram associação estatisticamente significativa com o desfecho do estudo, após esta etapa, foram: dificuldade para a realização do VDRL (OR 10,1; IC95% 2,9 – 34,6); realização da última consulta no primeiro ou segundo trimestre da gravidez (OR 5,4; IC95% 2,8 – 13); realização de cinco ou menos consultas (OR 3,7; IC95% 1,9 – 7,3), o não agendamento das consultas subsequentes (OR 2,3; IC95% 1,2 – 4,7) no pré-natal, ter 19 anos ou menos de idade (OR 2,89; IC95% 1,37 - 6,09) e ter tido três ou mais gravidezes (OR 2,4; IC95% 1,1 – 05). Os resultados mostram que a atenção pré-natal apesar de ter elevada cobertura precisa melhorar na qualidade. A eliminação da sífilis congênita ainda constitui um problema de saúde pública, cujo controle está longe de ser alcançado no município do Recife.

Palavras chave: Sífilis Congênita. Pré-Natal. Fatores de Risco. Estudos Transversais.

ABSTRACT

The aim was to evaluate the lost opportunities to screening for syphilis in pregnancy and to identify factors associated to not perform the VDRL during Antenatal care in municipality of Recife, Pernambuco. This cross-sectional study was conducted in a public hospital that cares for pregnant women with low obstetric risk. The study population comprised a sample of 460 women who had at least one prenatal consultation. Data collection consisted of interviews with puerperal women complemented with secondary data contained in medical records and in the prenatal care card, carried out the 1st day of August to 27 October of 2013. The main findings were: there was the report of the consultation schedule of prenatal care in 76% of cases; vertical transmission of syphilis occurred in 55.5% of infants born to mothers positive VDRL; only 50% of cases of syphilis in pregnant women were diagnosed prenatally; 17.9% of women who underwent prenatal did not VDRL; the main reasons mentioned for not perform them were not able to mark them, take to receive them, lack of time and distance from the laboratory; 3.9% was the prevalence of syphilis in pregnancy. To calculate the extent of prevalence of the outcome, it was considered as those who reported postpartum and / or have no record in prenatal care on the outcome of VDRL. To calculate the prevalence of the outcome measure all the women were considered, but for the analysis of the factors associated with do not perform the VDRL test were excluded all the women without the prenatal care card at the time of the interview. The association between independent variables and the outcome was measured by the odds ratio and their 95% confidence interval. Logistic regression was performed to control for confounding and to investigate statistic interactions. The variables that showed statistically significant association with the outcome of the study, after this step, were: difficulty to achieve the VDRL (OR 10.1; IC95% 2.9-34.6); realization of the last query in the first or second trimester of pregnancy (OR 5.4; IC95% 2.8-13); realization of five or less queries (OR 3.7; IC95% 1.9-7.3), the scheduling of subsequent not (OR 2.3; IC95% 1.2-4.7) in the prenatal care, have 19 years or less old (OR 2.89; IC95% 1.37-6.09) and have had three or more pregnancies (OR 2.4; IC95% 1.1-05). The results show that prenatal care despite having high coverage need to advance in quality. The Elimination of congenital syphilis is still a public health problem, whose control is far from being achieved in the city of Recife.

Keywords: Congenital Syphilis. Prenatal Care. Risk Factors. Cross-sectional Studies

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1 – Características socioeconômicas e demográficas de mulheres admitidas ao término da gravidez em uma maternidade pública municipal, em 2013. Recife/Pernambuco. 37
- Tabela 2 – Conhecimento sobre DST e adoção de práticas de sexo seguro de mulheres admitidas ao término da gravidez em uma maternidade pública municipal, em 2013. Recife/Pernambuco. 39
- Tabela 3 – Características relacionadas à gravidez atual e ao pré-natal de mulheres admitidas ao término da gravidez em uma maternidade pública municipal, em 2013. Recife/Pernambuco. 42
- Tabela 4 – Características relacionadas a orientações sobre a sífilis recebidas no pré-natal de mulheres admitidas ao término da gravidez em uma maternidade pública municipal, em 2013. Recife/Pernambuco. 45
- Tabela 5 - Características relacionadas à testagem do VDRL na gravidez atual de acordo com relatos de mulheres admitidas ao término da gravidez em uma maternidade pública municipal, em 2013. Recife/Pernambuco. 48
- Tabela 6 - Características relacionadas com a testagem do VDRL de acordo com registros constantes no cartão da gestante de mulheres admitidas ao término da gravidez em uma maternidade pública municipal, em 2013. Recife/Pernambuco. 53
- Tabela 7 - Características relacionadas com o desfecho da gestação de acordo com registros constantes no prontuário de mulheres admitidas ao término da gravidez em uma maternidade pública municipal, em 2013. Recife/Pernambuco. 56
- Tabela 8 - Comparações entre as mulheres com e sem cartão da gestante a cerca de diferencias estatísticas significantes das mulheres admitidas ao término da gravidez em uma maternidade pública pertencente à rede municipal. Recife/Pernambuco, 2013. 60
- Tabela 9 - Análise bivariada entre as variáveis e o desfecho sobre a realização ou não do VDRL durante o pré-natal, verbalizada pelas mulheres admitidas ao término da gravidez em uma maternidade pública municipal, em 2013. Recife/Pernambuco. 62
- Tabela 10 - Modelo final da analise multivariada: Fatores associados a não realização do exame VDRL no pré-natal entre mulheres admitidas ao término da gravidez em uma Maternidade pública municipal, Recife, Pernambuco, em 2013. 66

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

AIH – Autorização de Internamento Hospitalar

CDC – Centers for Disease Control – Centro de Controle de Doenças dos EUA

DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis

EUA – Estados Unidos da América

GERES – Gerência Regional de Saúde

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

OR – Odds Ratio – Razão de chances

PAHO – Pan American Health Organization – Organização Pan-Americana de Saúde

PHPN – Programa Nacional de Humanização do Pré-natal

SVS – Secretaria de Vigilância em Saúde

SC – Sífilis Congênita

SES/PE – Secretária Estadual de Saúde de Pernambuco

SIM – Sistema de Informação sobre Mortalidade

SINAN – Sistema Nacional de Informação sobre Agravos Notificáveis

SINASC - Sistema de Informações de Nascidos Vivos

SISPRÉ-NATAL - Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento

SUS – Sistema Único de Saúde

VDRL – Venereal Disease Research Laboratory

WHO – World Health Organization – Organização Mundial da Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
1.1 PROBLEMA	12
1.2 JUSTIFICATIVA	12
2. OBJETIVOS	13
2.1 OBJETIVO GERAL	13
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	13
3. REFERÊNCIAL TEÓRICO	14
3.1 MAGNITUDE DA SÍFILIS EM GESTANTE	14
3.2 TRANSMISSÃO VERTICAL DA SÍFILIS CONGÊNITA	17
3.3 DIAGNOSTICO DA SÍFILIS GESTACIONAL	19
3.4 CONTROLE DA SÍFILIS CONGÊNITA	22
4. METODOLOGIA	27
4.1 TIPO DE ESTUDO	27
4.2 LOCAL DO ESTUDO	27
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRAGEM	27
4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	30
4.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	30
4.6 DESFECHO PRINCIPAL	30
4.7 VARIÁVEIS PREDITORAS	31
4.8 COLETA DOS DADOS	31
4.9 PLANO DE ANÁLISE	32
4.10 LIMITAÇÕES DO ESTUDO	34
5 PROCEDIMENTOS ÉTICOS	34
6 RESULTADOS	35
6.1 CARACTERÍSTICAS DAS MULHERES ESTUDADAS	35
6.2 ANÁLISE BIVARIADA DOS DADOS	61
6.3 ANÁLISE MULTIVARIADA DOS DADOS	64
7 DISCUSSÃO	67
8 CONCLUSÃO	74
REFERÊNCIAS	75
APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO	80
APÊNDICE B – TCLE ADULTO	90
APÊNDICE C – TCLE MENORES DE 18 ANOS	93
ANEXO - CARTA DE ANUÊNCIA	96

1 INTRODUÇÃO

Breve levantamento de dados nacionais e regionais sobre a sífilis em gestante, conceitos do agravo e programas governamentais de prevenções.

A sífilis é uma doença infecto-contagiosa sistêmica, de evolução crônica, com manifestações cutâneas temporárias, sujeita a períodos de latência. A transmissão da sífilis adquirida é sexual, na quase totalidade dos casos. A ocorrência de sífilis tanto em gestantes como em recém-nascidos evidencia falhas dos serviços de saúde, particularmente da atenção ao pré-natal, pois o diagnóstico precoce e o tratamento da gestante são medidas relativamente simples e bastante eficazes na prevenção da doença (BRASIL, 2009).

De acordo com as normas do Programa Nacional de Humanização do Pré-natal – PHPN, do Ministério da Saúde, durante o ciclo gravídico-puerperal a gestante deve realizar três exames para detecção da sífilis, entre os quais o teste *Venereal Disease Research Laboratory* – VDRL, a ser realizado no primeiro trimestre gestacional, outro no terceiro trimestre e o último, no parto (BRASIL, 2005a).

A cidade de Recife em 2010 apresentou uma alta cobertura de 98,25% das gestantes que realizam pré-natal, e quase a totalidade dos partos (99,89%) ocorrem em ambiente hospitalar (BRASIL, 2010a), contando em 2011, com 92,05% das gestantes incluídas no programa de pré-natal no primeiro trimestre (BRASIL, 2011a).

É preciso ressaltar que a ausência de detecção da sífilis durante o pré-natal representa uma oportunidade perdida de intervenção durante o pré-natal, limitando as possibilidades de se reduzir a incidência dos casos de sífilis congênita (SZWARCOWALD et al., 2007).

Segundo a Organização Mundial de Saúde - OMS (WHO, 2007) a utilização da triagem para sífilis no pré-natal, é uma orientação política e universal, uma vez que é um procedimento de baixo custo, rentável, e pode ser executado em serviços primários de saúde. No entanto, a sífilis continua a persistir como problema de saúde pública até os dias atuais (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).

Uma das quatro estratégias propostas pela OMS (WHO, 2007) para eliminar a sífilis congênita é o aumento do acesso e a qualidade dos serviços de saúde para mães e recém nascidos, onde para o seu desenvolvimento é necessário:

- Aumentar a proporção de gestantes que realizam pré-natal no primeiro trimestre da gravidez;

- Melhorar a prestação da assistência à saúde materna e infantil;
- Maximizar o rastreamento a sífilis, em todas as mulheres em idade fértil;
- Ofertar capacitações aos profissionais de saúde;
- Promover educação em saúde para a comunidade sobre as doenças sexualmente transmissíveis e estabelecer parcerias com organizações não governamentais, no sentido de colaborar na expansão da cobertura dos serviços pré-natais para todas as gestantes.

Melo, Melo Filho e Ferreira (2011), corroboram com diversos autores (SERRUYA; LAGO; CECATTI, 2004; BRASIL, 2007; LIMA; COSTA; DOURADO, 2008), ao relatarem que embora o pré-natal tenha sido tradicionalmente avaliado pelo número de consultas e pela precocidade do início do acompanhamento, isto não discrimina que esteja ocorrendo uma ótima qualidade do conteúdo no interior do seu atendimento, aspecto este, que tem sido negligenciado na rede do Sistema Único de Saúde.

O estudo nacional, PROJETO SENTINELA PARTURIENTE, demonstrou para a região Nordeste, no ano de 2006, que das gestantes que foram acompanhadas por pré-natal, e as quais possuíam cartão da gestante no momento do parto, 18,7% não conseguiram realizar nenhum exame do VDRL no pré-natal, indicando que as recomendações do Ministério da Saúde não estão sendo seguidas adequadamente, na rotina destes atendimentos. Neste mesmo estudo, referente ao país como um todo, mesmo entre as gestantes com seis ou mais consultas de pré-natal, 8,5% delas não foram submetidas a nenhum teste de sífilis durante a gravidez (SZWARCOWALD et al., 2007).

Segundo Tavares e colaboradores (2012), é necessário conhecer e identificar falhas nas ações de prevenção e controle da transmissão vertical da sífilis, ocorridas durante o acompanhamento do pré-natal na rede pública de saúde.

Segundo o Sistema de Informação Nacional de Agravos de Notificação - SINAN, em 2011, a prevalência de sífilis gestacional em Recife foi de 8,8 por mil nascidos vivos, enquanto a prevalência no país correspondeu a 5,2 por mil nascidos vivos (BRASIL, 2011b), demonstrando uma prevalência mais elevada no nível municipal em comparação a estimativa nacional.

1.1 PROBLEMA/OBJETO

Qual a proporção de mulheres que não realizam o rastreamento para a sífilis no pré-natal e quais os fatores associados com a não realização do teste VDRL, no município do Recife?

1.2 JUSTIFICATIVA

Embora ocorra, em termo quantitativo, uma alta cobertura da assistência à saúde pré-natal no município do Recife, estas situações não impactam de forma direta, na redução dos casos de sífilis gestacional e congênita, tendo em vista que segundo o Sistema de Informação Nacional de Agravos de Notificação - SINAN, em 2011, a incidência de sífilis gestacional em Recife foi de 8.8 por mil nascidos vivos, enquanto a incidência no país correspondeu a 5.2 por mil nascidos vivos (BRASIL, 2011b), demonstrando uma incidência elevada a nível municipal, em comparação a estimativa nacional.

O monitoramento da sífilis durante a gravidez, enquanto ainda é possível intervir, é indispensável para o conhecimento e a efetivação do controle e prevenção desse agravo. (SARACENI et al., 2007).

Devido ao exposto, são imprescindíveis que sejam identificados quais os fatores que estão envolvidos com o não registro dos testes de rastreamento da sífilis na gravidez, no município do Recife-PE, propostos pelo Ministério da Saúde.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar as oportunidades perdidas no rastreamento para sífilis na gravidez e identificar os fatores que estão associados com a não realização de um ou mais testes do VDRL no pré-natal do município do Recife-PE

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Descrever as características das mulheres estudadas quanto: a) perfil sócio-econômico-demográfico; b) fatores relacionados com a gestação atual; c) fatores relacionados com a testagem para a sífilis gestacional;
2. Identificar quais dos fatores acima que estão associados com a não realização do exame do VDRL, durante o pré-natal;
3. Estimar a prevalência para a sífilis em gestante na maternidade municipal Barros Lima;
4. Identificar os motivos relatados pelas puérperas e mulheres no pós-abortamento para a não realização do teste do VDRL no decurso da gravidez atual.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 MAGNITUDE DA SÍFILIS EM GESTANTE

A Sífilis ainda persiste como um problema mundial com uma estimativa de 12 milhões de pessoas infectadas a cada ano, coabitando com a existência de medidas efetivas de prevenção, como preservativos e opções de tratamentos eficazes e relativamente baratos (WHO, 2007).

Segundo a OMS (WHO, 2011), no mundo, cerca de 2 milhões de mulheres grávidas são infectadas com sífilis a cada ano, doença esta que se mantém em atividade graças a dinâmica de sua transmissão por via sexual, na população em geral e, em especial, nas populações de alto risco (homossexuais, profissionais do sexo e usuários de drogas injetáveis).

A OMS (WHO, 2007), analisando diversos estudos sobre a prevalência da sífilis materna, publicados no período entre 1997 a 2003, realizados em 31 países, constatou que o Brasil possuía prevalência de sífilis gestacional em torno de 2,15, a cada 100 mulheres grávidas, indicador próximo a país com menor desenvolvimento econômico, como Gana (2,29%); Mali (2,0%); Nigéria (2,35%) e Vanuatu (2,42%).

A Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS (PAHO, 2005) definiu a eliminação da sífilis congênita como um problema de saúde pública, e para alcançar tal intento, é necessário que a sua incidência esteja no patamar de 0,5 ou menos casos por 1.000 nascimentos, até o ano de 2015.

Na primeira década do século vigente, foram realizados três estudos no Brasil, com abrangência nacional, os quais identificaram taxas de prevalência que variaram de 1,1% a 1,7% (RODRIGUES; GUIMARÃES, 2004; BRASIL, 2007; SZWARCOWALD et al., 2007).

O primeiro estudo multicêntrico envolveu 3.047 puérperas, representando 24 estados brasileiros, ocorrido no ano de 2000, onde detectou a prevalência de 1,7% para sífilis gestacional (RODRIGUES; GUIMARÃES, 2004).

No segundo estudo de caráter nacional realizado em parturientes, no ano de 2004, detectou prevalência de sífilis em gestante de 1,6%, com estimativa anual de 50.000 casos de gestantes infectadas e 12.000 nascidos vivos portando a doença (BRASIL, 2007).

De acordo com o terceiro estudo multicêntrico sentinela parturiente do Ministério da Saúde, que analisou 150 maternidades vinculadas ao SUS, concluído em 2006, refere resultados pertinentes à sífilis em gestantes, aferindo sua prevalência em 1,1% (SZWARCOWALD et al., 2007).

Desde julho de 2005, a sífilis em gestantes passou a ser de notificação compulsória, determinação da portaria n.º 33 de 2005, do Ministério da Saúde. (BRASIL, 2005b). Entre este momento até junho de 2012, foram notificados ao SINAN 57.700 casos de sífilis em gestantes, dos quais o Nordeste representou 14.828 (25,7%) dos casos, o que lhe garante a segunda posição em números de casos (BRASIL, 2012a).

A sífilis congênita é uma das primeiras doenças que passaram a ser de notificação compulsória no país, respaldada pela portaria n.º 542 de 1986, do Ministério da Saúde. (BRASIL, 1986). Entre 1998 e junho de 2012, foram notificados ao SINAN 80.041 casos de sífilis congênita em menores de um ano de idade. Novamente, o Nordeste retém a segunda posição com 25.133 (31,4%) casos (BRASIL, 2012a).

A taxa de detecção da sífilis em gestantes no Brasil como um todo, em 2011, observou-se uma taxa de 5,0 casos notificados por 1.000 nascidos Vivos. (BRASIL, 2012a). A taxa de incidência de sífilis congênita no país, em 2011, observou-se uma taxa de 3,3 casos notificados por 1.000 nascidos vivos, sendo que a região Nordeste apresentou a maior taxa nesse ano, correspondente a 3,8 por 1.000 nascidos vivos (BRASIL, 2012a).

Com relação aos óbitos por sífilis congênita, com base nas declarações de óbito processadas pelo Sistema de Informação sobre Mortalidade - SIM, nesse mesmo ano, foi possível encontrar um coeficiente de mortalidade de 3,9 por 100.000 nascidos vivos. De acordo com a região de residência, verificou-se um coeficiente de mortalidade de 4,6 por 100.000 nascidos vivos para a região Nordeste. Este dado revela que esta região ocupa a primeira posição, no ano de 2011 (BRASIL, 2012a).

O boletim epidemiológico direcionado especificamente a sífilis do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012a) indica que as maiores proporções de gestantes com sífilis encontram-se na faixa etária entre 20 e 29 anos (52,4%), predominando o nível de escolaridade da 5ª à 8ª série (22,1%). Com relação à cor da pele, os casos se concentram na cor parda (46,5%). Acrescentam a estas informações a alta proporção destas gestantes com estado civil declarada como solteira (82,6%) (HOLANDA et al., 2011).

As mães adolescentes apresentaram-se em maior proporção, em detrimento as demais mães de filhos diagnosticados com sífilis congênita, possivelmente, devido à

maior chance de possuírem um companheiro instável e por serem mais vulneráveis à assistência pré-natal inadequada (MELO; MELO FILHO; FERREIRA, 2011).

Em Campo Grande/MS, um estudo transversal com 512 puérperas, encontrou uma associação de sífilis congênita com a baixa escolaridade materna (FIGUEIRÓ-FILHO et al., 2007).

Em relação à cor da pele, as mulheres negras apresentam menos oportunidades de acesso ao pré-natal adequado (LEAL; GAMA; CUNHA, 2005). E, portanto, o que torna menos provável a detecção e tratamento da sífilis durante a gravidez (MELO; MELO FILHO; FERREIA, 2011).

Estudo realizado no Recife, entre os anos de 2004 a 2006, envolvendo 700 casos de sífilis congênita, descreveu o perfil das parturientes com sífilis, onde revela que essas mulheres são jovens, com escolaridade e condições socioeconômicas baixas, e com menor acesso a atenção pré-natal adequada (MELO; MELO FILHO; FERREIA, 2011).

Rodrigues e Guimarães (2004) também sinalizaram o extrato mais empobrecido da população brasileira como o detentor da maior ocorrência de casos de sífilis congênita.

Saraceni e colaboradores (2007) argumentam que a parcela da população usuária do serviço público, pertencentes a condições socioeconômicas desiguais, é importante na manutenção da transmissão da sífilis.

No Recife-PE, foi constatado que o risco do surgimento da sífilis congênita é elevado em comunidades onde as genitoras e seus conceitos encontram-se excluídos socialmente (MELO; MELO FILHO; FERREIA, 2011). Corroborando com este enunciado, Lima, Costa e Dourado (2008), afirmam que mulheres com nível de renda menor, tiveram menor chance de iniciar precocemente a atenção ao Pré-natal, realizaram menor número de consultas e tiveram dificuldades em realizar os testes de rastreamento do HIV e da sífilis ainda no primeiro trimestre, conforme recomendações do Ministério da Saúde.

Os mesmos atores apontam que para erradicar a sífilis congênita, e por consequente a redução da morbimortalidade infantil, faz-se necessário promover assistência a saúde materna e infantil de boa qualidade a toda população, incluindo estratégias para o melhoramento do acesso dos segmentos sociais menos privilegiados (LIMA; COSTA; DOURADO, 2008).

Rodrigo e Guimarães (2004), utilizando análise multivariada mostraram que o maior risco de positividade para VDRL está associado à:

- Renda familiar menor do que um salário mínimo;
- Idade menor que 14 anos na primeira gravidez;
- História de sífilis e de doenças sexualmente transmissíveis anteriores a atual gravidez;
- Tratamento para sífilis na presente gravidez;
- Histórico de parto pré-termo e feto natimorto.

Em relação ao perfil das gestantes quanto a não realização dos exames do VDRL, Tavares e colaboradores (2012) estudando 3.726 gestantes do Distrito Federal-DF, no ano de 2010, constataram que a maior proporção da não realização do VDRL, durante a gravidez, engloba as gestantes analfabetas (35% delas sem VDRL); com renda entre 1,5 a 3 salários mínimos (13,2%); com menos de 15 anos (21,1%); e negras (15,9%).

Corroborando com estas informações, Schrag e colaboradores (2003) analisando 5.144 questionários auto respondidos por puérperas, referentes a seis estados dos Estados Unidos das Américas, no período de 1998 a 1999, concluíram que fatores sócio-demográfico, como a cor negra, exposição ao pré-natal inadequado e residentes em periferias de regiões urbanas, são condições preditoras importantes da não realização de testes de rastreamento de doenças de transmissão vertical no pré-natal.

Em relação à razão de chances (OR) para aquelas mulheres que não realizaram o VDRL durante o pré-natal, Rodrigues, Guimarães e Cesar (2008) estudando 2.145 puérperas, em 24 estados do país, entre os anos de 1999 a 2000, detectaram que os maiores riscos para a não realização do exame VDRL e do HIV, estavam associados ao não relato de ter tido sífilis anteriormente, OR=4,53 (1,8 – 11,4); no primeiro trimestre ter ocorrido a última consulta do pré-natal, OR=4,43 (1,2 – 15,5); possuir renda familiar abaixo de um salário mínimo, 3,44 (2,3 – 5,2) e ter realizado até três consultas de pré-natal, OR=3,2 (2 – 5).

3.2 TRANSMISSÃO VERTICAL DA SÍFILIS

A Sífilis Adquirida é uma doença de transmissão predominantemente sexual: aproximadamente, um a cada três indivíduos expostos a um parceiro sexual com sífilis contraíra a doença (BRASIL, 2010b).

O *Treponema pallidum subsp pallidum*, é uma bactéria, espiroqueta, não cultivável e é patógeno exclusivo do ser humano. (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).

A sífilis congênita é transmitida pelo *Treponema pallidum* por via transplacentária, da gestante infectada e não tratada para o recém-nascido, podendo ocorrer em qualquer fase da gravidez ou estágio clínico da doença materna (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006; HOLANDA et al., 2011; BRASIL, 2010b).

O *T. pallidum*, quando presente na corrente sanguínea da gestante, atravessa a barreira placentária e penetra na corrente sanguínea do feto. (BRASIL, 2010b).

A resposta imune, que se desenvolve na criança portadora de sífilis congênita, não impede nova implantação do *T. pallidum*, nem previne sua disseminação, com o conseqüente aparecimento de manifestações determinadas pela reação do hospedeiro à presença de antígenos treponêmicos nos tecidos corporais (BRASIL, 2009).

A história natural da sífilis mostra evolução que alterna períodos de atividade com características clínicas, imunológicas e histopatológicas distintas, podendo ser classificada em sífilis primária, secundária ou terciária (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).

A probabilidade de transmissão é diretamente relacionada ao estágio de sífilis materna durante a gravidez, ou a fase da gravidez quando a infecção é adquirida. (WHO, 2011). Quanto mais recente for a infecção materna, mais probabilidades há do bebê ser afetado. A transmissão é mais frequente nos dois últimos trimestres (SCHMID, 2004; WHO, 2007).

Entretanto a transmissão vertical da sífilis pode ocorrer por todo o período gestacional. (BRASIL, 2010b; WHO, 2011), uma vez que a espiroqueta pode atravessar a placenta em qualquer idade gestacional (SCHMID, 2004; WHO, 2007).

O risco de transmissão vertical da sífilis pode variar de 30 a 100% (BRASIL, 2006a).

Em estudo coordenado por Saraceni e colaboradores (2007), realizado no período entre 1999 a 2004, a transmissão vertical da sífilis em mulheres grávidas não tratadas é alta, de 60,6%, em 1999, e de 45,8%, em 2004.

A OMS (WHO, 2011) estima que, em média, 50% das mulheres com sífilis não tratada transmitirá a infecção ao feto.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2010b) refere à transmissão da doença na gravidez, de acordo com a fase clínica; onde 100% de transmissibilidade na fase primária; e 90% de transmissibilidade na secundária. Ambas as fases possuem elevada

carga treponêmica circulante, ocasionando um maior comprometimento do feto. Enquanto na fase terciária, 30% das mães infectadas transmitirão a sífilis aos seus filhos, esta proporção menor, é devido à redução da carga treponêmica causada pela resposta imunológica da mãe.

A transmissão vertical da sífilis apresenta-se com consequências calamitosas para a saúde da mulher e da criança, resultando em abortos espontâneos e óbitos fetais. (SARACENI, et al., 2007).

A OMS (WHO, 2000) apontou as seguintes consequências nos fetos / recém-nascidos de mães soropositivas, em porcentagem: 20% resultam em aborto espontâneo; 20% em morte perinatal; 15% em baixo peso ao nascer ou prematuridade; e 20% em outras infecções neonatais.

Devido ao comprometimento do binômio mãe-filho, a sífilis gestacional, dentre outras doenças infecciosas de transmissão vertical, estão incluídas no rol de condições que definem uma gravidez de alto risco (BRASIL, 2010c).

3.3 DIAGNÓSTICO DA SÍFILIS EM GESTANTES

A identificação da sífilis em mulheres gestantes é uma das intervenções com maiores possibilidades de impacto sobre a saúde perinatal, pois possibilita o tratamento adequado a fase clínica da doença na mãe e previne a transmissão ao feto (LIMA; COSTA; DOURADO, 2008; SARACENI, 2007). Esta ação é constituída por meio de testes não treponêmicos, principalmente o *Venereal Disease Research Laboratory* – VDRL (CAMPOS et al., 2010; BRASIL, 2010b).

A Triagem para sífilis é extremamente rentável e acessível, uma vez que o custo para tratar a sífilis em gestante é 20 vezes maior, do que preveni-la. (HIRA et al., 1990) Claramente, a prevenção da sífilis congênita por triagem das mulheres no início da gravidez e respectivo tratamento, possuem preferência imediata (WHO, 2007).

Os testes não treponêmicos, utiliza-se como antígeno a cardiolipina, proteína presente na parede celular do *T. pallidum*, a qual em contato com as reaginas (anticorpos inespecíficos IgM e IgG) do soro do paciente infectado por sífilis, promove o desenvolvimento de floculações, visíveis ao microscópio (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).

Sorologia não treponêmica - VDRL (*Venereal Disease Research Laboratory*) são exames qualitativos e quantitativos, sendo utilizados para a triagem em grupos

populacionais, diagnóstico e o seguimento pós-terapêutico (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006; BRASIL, 2006a).

Os testes não treponêmicos são os mais usados na triagem sorológica da sífilis em gestante e da sífilis adquirida, dada a sua alta sensibilidade, e por permitirem o acompanhamento sistemático do tratamento, pois ocorre redução progressiva dos títulos (BRASIL, 2005a; 2010b; ROTTA, 2005).

De acordo com o preconizado pelas diretrizes para o controle da sífilis congênita do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005a), o exame de VDRL deve ser realizado logo no início da assistência pré-natal (na primeira consulta), repetido no terceiro trimestre gestacional (30^a semana) e no momento do parto ou pós-aborto. Os dois primeiros exames visam a garantir o diagnóstico precoce à gestante com sífilis e seu tratamento em tempo hábil, e o terceiro permite o tratamento precoce da criança (BRASIL, 2006b).

De acordo com o artigo 1^a da portaria da Secretária de Assistência a Saúde - SAS n.º 766 de 2004, do Ministério da Saúde, orienta a expansão para todos os estabelecimentos hospitalares integrantes do SUS, a realização do exame VDRL para todas as parturientes internadas, com registro obrigatório deste procedimento na Autorização de Internamento Hospitalar - AIH de partos (BRASIL, 2004). Devido a esta obrigatoriedade, e ao fato da proporção de sífilis encontrada entre as parturientes ser mais alta do que entre as mulheres do pré-natal, leva a evidências que há deficiências no diagnóstico durante o pré-natal (SARACENI et al., 2007).

A definição utilizada para notificação de casos de sífilis em gestantes, segundo o guia sobre doenças infecciosas e parasitárias do Ministério da Saúde (BRASIL, 2010b), refere-se a toda gestante que durante o pré-natal apresente evidência clínica de sífilis, com sorologia VDRL reagente, com teste treponêmico positivo ou não realizado.

No manual técnico do pré-natal e puerpério do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006b), estabelece que o VDRL reagente com título abaixo de 1:8, deve-se solicitar teste treponêmico. Havendo positividade para o teste treponêmico e histórico de tratamento adequado, deve-se classificar o caso como cicatriz sorológica; não ocorrendo o tratamento ou havendo o desconhecimento do mesmo, deve-se considerar como caso de sífilis, e a gestante e seu(s) parceiro(s) deverão receber tratamento imediato.

No estudo sentinela-parturiente do Ministério da Saúde de 2006, utilizou-se como critério metodológico para o diagnóstico de sífilis em gestante, ter a titulação do teste não treponêmico igual ou acima de 1:2 e o teste treponêmico reagente (SZWARCOWALD et al., 2007).

A sensibilidade do teste é de 78%, na fase primária, elevando-se nas fases secundária para 100% e estabilizando em cerca de 96% na fase terciária. A especificidade do teste é em torno de 98% (BRASIL, 2010b; WHO, 2007).

O VDRL tende a tornar-se reativo em torno de 50 dias após o contágio, e sofre uma elevação do seu título ao longo do tempo, havendo o tratamento correto, observa-se a queda dos títulos após algumas semanas. A negatificação geralmente ocorre entre nove a doze meses (BRASIL, 2006a).

Dos 295 casos do total de 311 casos de sífilis congênita diagnosticado ao SINAN, ocorridos em Natal-RN, onde houve o registro da titulação do VDRL, 68,1% das ocorrências ficaram iguais ou acima de 1:8 (HOLANDA et al., 2011). Já os estudos de Saraceni e colaboradores (2007) apontaram 33,3% a proporção de gestantes com VDRL maior do que 1:8. Porém em mulheres que deram à luz natimortos, esse dado aumenta para 78,2%. Portanto, gravidez que evolui com titulações altas, como descritas acima, necessita de uma maior atenção dos serviços de saúde (SARACENI et al., 2007).

Títulos baixos podem representar doença muito recente ou antiga, tratada ou não. As dúvidas poderão ser esclarecidas pela anamnese, exame físico e repetição mensal dos testes não treponêmicos e/ou testes treponêmicos. Dois títulos baixos em um teste não treponêmico, com intervalo de trinta dias ou mais, excluem sífilis recente (BRASIL, 2006a).

O tratamento para a sífilis é considerado satisfatório, quando há o declínio de duas titulações do VDRL após seis meses de ser instituído. Em caso de interrupção, ou se houver quadruplicação dos títulos, o tratamento precisa ser iniciado (BRASIL, 2006a).

Quando se utiliza o resultado do VDRL, precisam ser considerados dois aspectos: os casos falso-positivos e as cicatrizes sorológicas (SZWARCOWALD et al., 2007). Devido à reação não ser específica, pode estar positiva em várias situações. As reações falso-positivas transitórias negativam em seis meses, podendo ocorrer nos seguintes casos: malária, gravidez, mononucleose infecciosa, viroses e tuberculose. As reações persistentes permanecem positivas além de seis meses, incluindo os casos de hanseníase virchowiana e doenças autoimunes (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).

A cicatriz sorológica pode ser definida como a persistência de baixos títulos em pacientes tratados corretamente, podendo o paciente persistir com o VDRL positivo com titulações baixas por muitos anos (BRASIL, 2010b; ROTTA, 2005).

3.4 CONTROLE DA SÍFILIS CONGÊNITA

Ao contrário de muitas infecções neonatais, a sífilis congênita pode ser eficazmente prevenida por meio de testes e tratamento de mulheres grávidas (PAHO, 2010; WHO, 2007). Desde que ocorra o mais precocemente possível e de forma adequada, envolvendo imprescindivelmente o tratamento do(s) parceiro(s) (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006; BRASIL, 2006a). Tal prevenção induziria a redução do número de abortos espontâneos, natimortos, prematuros e nascimentos com baixo peso, e mortes perinatais (WHO, 2007).

A sífilis ainda persiste como grave problema de saúde pública no mundo (HOLANDA et al., 2011). Mesmo sendo facilmente factível o seu controle, levando-se em consideração a existência de testes diagnósticos sensíveis, com tratamento eficaz, sendo ambos de baixos custos (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006; BRASIL, 2007b).

Melo, Melo Filho e Ferreira (2011) afirmam que no país, o controle da sífilis congênita ainda necessita de grandes esforços para ser alcançado, que para tanto deve ser incorporado como uma questão ética e moral. No entanto, tal problema continua invisível à opinião pública (SARACENI et al., 2007).

Na sua forma congênita, a sífilis no Brasil constitui um evento sentinela da qualidade do pré-natal de alta magnitude que precisa haver medidas de atenção à saúde, em busca da sua evitabilidade (HOLANDA et al., 2011; MELO; MELO FILHO; FERREIRA, 2011). Evento sentinela é a detecção de um agravo prevenível, cuja ocorrência serve como um sinal de alerta de que há deficiências nas ações de prevenção e há a necessidade de adoção de novas estratégias de controle (BRASIL, 2009). Nesse sentido, a vigilância epidemiológica em nível local deve coletar dados e gerar informações de qualidade para a programação das ações de controle (HOLANDA et al., 2011).

A vigilância de agravos de transmissão vertical deve ser realizada no período onde a intervenção ainda é possível, que no caso da sífilis congênita, seria no período gestacional (SARACENI et al., 2007).

Oportunidade perdida de intervenção contra a disseminação da sífilis congênita será todas às vezes, quando ocorrer à ausência de detecção da sífilis durante o pré-natal (SZWARCOWALD et al., 2007).

Avelleira e Bottino (2006) acreditam que para prevenir novos casos de sífilis congênita deverá ocorrer: o envolvimento de toda a população; efetivação de educação

em saúde; atenção especial as populações mais vulneráveis (homossexuais, profissionais do sexo e usuários de drogas intravenosas); o aconselhamento ao paciente; comunicação ao parceiro; e estímulo ao uso dos preservativos na relação sexual.

De acordo com Ministério da Saúde (BRASIL, 2006a; 2010b), as estratégias para a prevenção da sífilis em gestantes baseiam-se em três momentos: antes da gravidez – ampla educação em saúde; promoção do uso de preservativos; aconselhamento e orientações ao paciente com DST; integralização de atividades com outros programas de saúde; desenvolvimento de sistemas de vigilância municipais; diagnóstico em todas as mulheres em idade reprodutiva e seu parceiro; tratamento imediato de casos detectados.

Durante a gravidez – início precoce do pré-natal; VDRL no primeiro e segundo trimestre e tratamento adequado. E após a gravidez – VDRL na parturiente e investigar a doença no recém-nascido, realizando o tratamento quando indicado. Em todos os momentos devem ser praticados a notificação dos casos de sífilis congênita e em gestantes (BRASIL, 2006a; 2010b).

Para evitar a sífilis congênita, é necessário haver o afloramento da consciência de toda a população, envolvendo os políticos, profissionais e prestadores de serviços de saúde, usuários e a mídia de massa (WHO, 2007).

A OMS (WHO, 2007; 2011), acredita que para eliminar a sífilis congênita os governos devem se utilizar de quatro estratégias: I – Sustentação e compromisso político; II – Aumento ao acesso e a qualidade dos serviços de saúde maternos e neonatais; III – Examinar todas as mulheres grávidas e tratar todos os casos positivos; e IV – Adotar sistemas de vigilância, monitorização e avaliação dos serviços de atenção primária (estabelecer dados de referência e notificação eficazes; desenvolver indicadores de cobertura dos serviços; detecção e tratamento efetivos).

Algumas recomendações para a resolutividade dos serviços de saúde para eliminar a sífilis congênita – SC poderá ser adquirida mediante:

- 1) As mulheres precisam ser encorajadas a consultar os serviços de cuidados de saúde no início da gravidez.
- 2) É preciso que o diagnóstico e o seguimento sejam eficazes, pois há serviços que disponibilizam os resultados dos testes no decorrer de quatro semanas;
- 3) Dar prioridade a formação e supervisão aos trabalhadores de saúde, para aquisição de conhecimentos sobre a sífilis congênita e seu devido tratamento;
- 4) Ofertar a disponibilidade de medicamentos, cartões de gestantes e demais insumos;

- 5) Incentivar ações que orientem as gestantes sobre os cuidados e as consequências dos efeitos da sífilis em seus filhos;
- 6) Motivar o papel dos homens como cuidadores e frequentadores das unidades de saúde (WHO, 2007; SARACENI et al., 2007).

Para tanto a OMS (WHO, 2007) propôs o seguinte indicador, para avaliar o início do pré-natal, sendo o número de mulheres grávidas atendidas antes das 12 semanas de Gravidez dividido pelo número total de mulheres grávidas atendidas. Para este dado, a meta é que, no mínimo, 90% das mulheres grávidas sejam atendidas antes de completarem 12 semanas de gestação.

A prevenção é a modalidade desejável, pois mesmo depois de tratadas às mulheres que têm sífilis durante a gravidez, ainda têm um risco 2,5 vezes maior de complicações obstétricas em comparação com mulheres não infectadas. (SCHMID, 2004). Rodrigues e Guimarães (2004), também detectaram tal informação, onde revela que esse valor corresponde a 6,1, após a aplicação de análise multivariada.

De acordo a portaria n.º 569 de 2000, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2000), que instituiu a Política de Humanização no Pré-natal e Nascimento – PHPN, em seu anexo I, item I, é considerado atividades imprescindíveis para o adequado acompanhamento do pré-natal: a realizar da primeira consulta de pré-natal antes do quarto mês de gestação; realização de, no mínimo, 6 consultas de acompanhamento pré-natal, mais uma consulta no puerpério; realização dos seguintes exames laboratoriais (classificação sanguínea; dosagem de hemoglobina; dois exames de glicemia de jejum; dois exames de sumário de urina; VDRL, um exame na primeira consulta e o segundo na trigésima semana de gestação; testagem anti-HIV; aplicação de vacina antitetânica em dose imunizante e realização de atividades educativas) (BRASIL, 2000).

Neste sentido, Serruya, Cecatti e Lago (2004), conduziram um estudo nacional, utilizando-se dos dados gerados pelo sistema nacional de informações sobre o pré-natal - SIS-PRENATAL, onde detectaram no ano de 2002, que apenas 5% das gestantes foram acompanhadas de forma adequada durante o pré-natal. Em 2004, na cidade do Recife, Carvalho e Araújo (2007), encontraram que 17,8% das 103 gestantes que realizaram consultas de pré-natal, tiveram esta assistência classificada como adequada.

Analisando os casos de sífilis congênita notificados ao SINAN, ocorridos no Brasil, durante o período de 1998 a 2008, pode-se constatar que entre as mães desses recém-nascidos que realizaram pré-natal, pouco mais da metade (54,3%) receberam diagnóstico de sífilis durante a gravidez. (BRASIL, 2008). Holanda e colaboradores

(2011) analisaram 311 casos de sífilis congênita notificados ao SINAN, residentes no município de Natal-RN, onde expuseram que somente 34,7% das pacientes receberam o diagnóstico durante a gravidez.

Domingues, Hartz e Leal (2012), entrevistando 2.353 gestantes, na cidade do Rio de Janeiro, entre 2007 a 2008, encontraram que 55,4% destas gestantes iniciaram o pré-natal antes das 16 semanas de gestação e tiveram a solicitação do VDRL feita na unidade de saúde, destas 87,2% conseguiram realizar o teste do VDRL, e a partir da realização do mesmo, 83,4% obtiveram o devido resultado.

Analisando dados da Coordenação de Doenças Transmissíveis da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, sobre gestantes acompanhadas no pré-natal pela rede municipal, foi possível detectar que cerca de 20% destas não realizaram nenhum exame de VDRL (SARACENI et al., 2007).

Nesta mesma direção, Rodrigo e Guimarães (2004), coordenando um estudo nacional em 2000, constataram que 51% das gestantes estudadas não conseguiram realizar sequer um VDRL no percurso da gestação. Em Fortaleza-CE, durante o ano de 2008, foram coletadas amostras sanguíneas de 58 puérperas que na gravidez haviam sido VDRL reagente, e naquela ocasião, excetuando os casos ignorados, em 16,3% delas não foi constatada a realização do VDRL na gestação (CAMPOS et al., 2010).

Carvalho e Araújo (2007), entrevistando 612 puérperas de duas maternidades da cidade do Recife, no ano de 2004, constataram que a proporção de realização de pelo menos um VDRL durante o pré-natal, foi na ordem de 69,6%.

Excetuando-se os casos ignorados, em Natal-RN, no período entre 2004 a 2007, Holanda e colaboradores (2011), estudando as informações de 311 casos de sífilis congênita, encontram apenas 27,3% das gestantes com o segundo teste do VDRL.

O adequado controle da transmissão vertical da sífilis, apenas se dará se houver a realização do segundo teste para sífilis durante o pré-natal (SZWARCOWALD et al., 2007).

O relatório para a eliminação mundial da sífilis congênita da OMS constatou que um teste inicial negativo do VDRL não garante a ausência da infecção na gestação (WHO, 2007).

Diversos estudos sinalizam que os testes do VDRL são feitos em uma idade gestacional avançada (LIMA; COSTA; DOURADO, 2008; HOLANDA et al., 2011). Saraceni e colaboradores (2007) a partir das informações produzidas durante o pré-natal pelas 103 unidades básicas de saúde somadas a 8 maternidades do município do Rio de

Janeiro-RJ, no período entre 1999 a 2004, estimaram a idade gestacional em 19 semanas, em média, quando da realização do primeiro VDRL. No entanto, a vigilância de agravos de transmissão vertical deve ser realizada o mais precocemente possível, visando à intervenção em tempo hábil (BRASIL, 2005a; SARACENI et al., 2007).

Além da solicitação do VDRL, também é importante lembrar o dever do profissional de saúde no aconselhamento da gestante, no sentido de melhorar a compreensão dessas pacientes sobre a doença e para o encorajamento da realização do exame (SARACENI et al., 2007).

O caderno sobre HIV/Aids, hepatites e outras DST, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006a), propõe um indicador para avaliar a cobertura da testagem para sífilis em gestantes, que compreende o número de gestantes testadas em determinada área dividido pelo número de gestantes total da respectiva área. O qual detém como meta atingir, no mínimo, 90% de mulheres grávidas realizando o teste de detecção para sífilis (WHO, 2007; 2011).

O relatório sobre métodos de vigilância e monitoramento para eliminação da sífilis congênita da OMS (WHO, 2011), propõe como indicador fundamental a realização do teste para sífilis na primeira consulta do pré-natal, o qual engloba o número de gestantes testadas na primeira consulta de pré-natal em determinada área dividido pelo total de gestantes que realizaram o VDRL na respectiva área. Esta informação é precisa para averiguar se todas as mulheres grávidas estão sendo suficientemente testadas e tratadas no início da gravidez. No mínimo 95% das gestantes que realizaram o VDRL, deveriam tê-lo feito na primeira consulta, tal meta é sinalizada pela Organização Pan-Americana de Saúde (WHO, 2011).

A conclusão que se assimila é que a diminuição significativa da incidência da sífilis no período gestacional e a conseqüente diminuição de casos de sífilis congênita só poderão ser efetivas quando as medidas de prevenção e controle forem satisfatoriamente aplicadas (RODRIGUES; GUIMARÃES; CÉSAR, 2008).

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Estudo de corte transversal. Neste tipo de estudo é possível obter informações a cerca da dimensão dos problemas de saúde em nível populacional e identificar agravos frequentes, desvendando subgrupos mais vulneráveis e possibilidades de acesso aos serviços de saúde (SANTANA; CUNHA, 2012).

4.2 LOCAL DE ESTUDO

O município do Recife localiza-se na Região metropolitana do estado de Pernambuco, sendo a sede da capital, possuindo 1.537.704 habitantes, de acordo com o censo de 2010 (IBGE, 2010). De acordo com a Secretária Estadual de Saúde do estado de Pernambuco (SES-PE) (2011a), em 2011, o numero total de nascidos vivos de mães residentes no município registrados no SINASC correspondeu a 22.218.

O estudo foi realizado na unidade mista Prof. Barros Lima (maternidade Barros Lima), o qual é público e gerido pela prefeitura da cidade do Recife, onde se integra a 69 leitos totais, distribuído em 05 leitos cirúrgicos em ginecologia, 06 para clinica geral, 12 para neonatologia e 46 obstétricos (BRASIL, 2013). A unidade, em 2011, foi a que registra o maior numero de partos (4.246) na capital (SES-PE, 2011b).

4.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO E AMOSTRA

A população de estudo foi composta por uma amostra de 460 mulheres que realizaram pelo menos uma consulta de pré-natal, puérperas e mulheres atendidas por abortamento, admitidas em uma maternidade do SUS, da rede municipal do Recife, em 2013. Para alcançar o tamanho de amostra calculado, foi efetuado censo de mulheres elegíveis, internadas no período entre o 1º dia de setembro a 27 de outubro de 2013, na maternidade que sediou o estudo. A amostra estudada permite inferir os resultados para as mulheres assistidas em 2013 na maternidade sede do estudo.

4.3.1 CÁLCULO DO TAMANHO DA AMOSTRA PARA ESTIMAR A FREQUÊNCIA DA NÃO REALIZAÇÃO DO EXAME VDRL

Do total de nascidos vivos por mães residentes no Recife, 12,25% nasceram na maternidade sede do estudo em 2011, correspondendo a 2.722 partos nesta unidade de mãe residentes no Recife. (SES-PE, 2011b). Dentre essas 2.722 puérperas, estima-se que, aproximadamente, 2.674 tenham realizado pré-natal, dado que, em 2010, a cobertura do pré-natal no Recife foi de 98,25%, segundo o Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos – SINASC (BRASIL, 2010a).

Utilizando o “*sample size & power*”, “*population survey*” do módulo *Statcalc* do EPI INFO 3.5.2 (CDC, 2010), e pressupondo uma população aproximada aquela acima citada (de 2.674 puérperas), com a frequência de não realização dos exames de VDRL no pré-natal de 18,7%, como indicado pela pesquisa de Szwarcwald e colaboradores (2007), e o erro tolerável de 5%, com um intervalo de confiança de 95%, o tamanho da amostra calcula será em torno de 218 puérperas. Aplicando 10% de perdas de dados, a amostra final desejada a ser estudada de puérperas será de 240 casos.

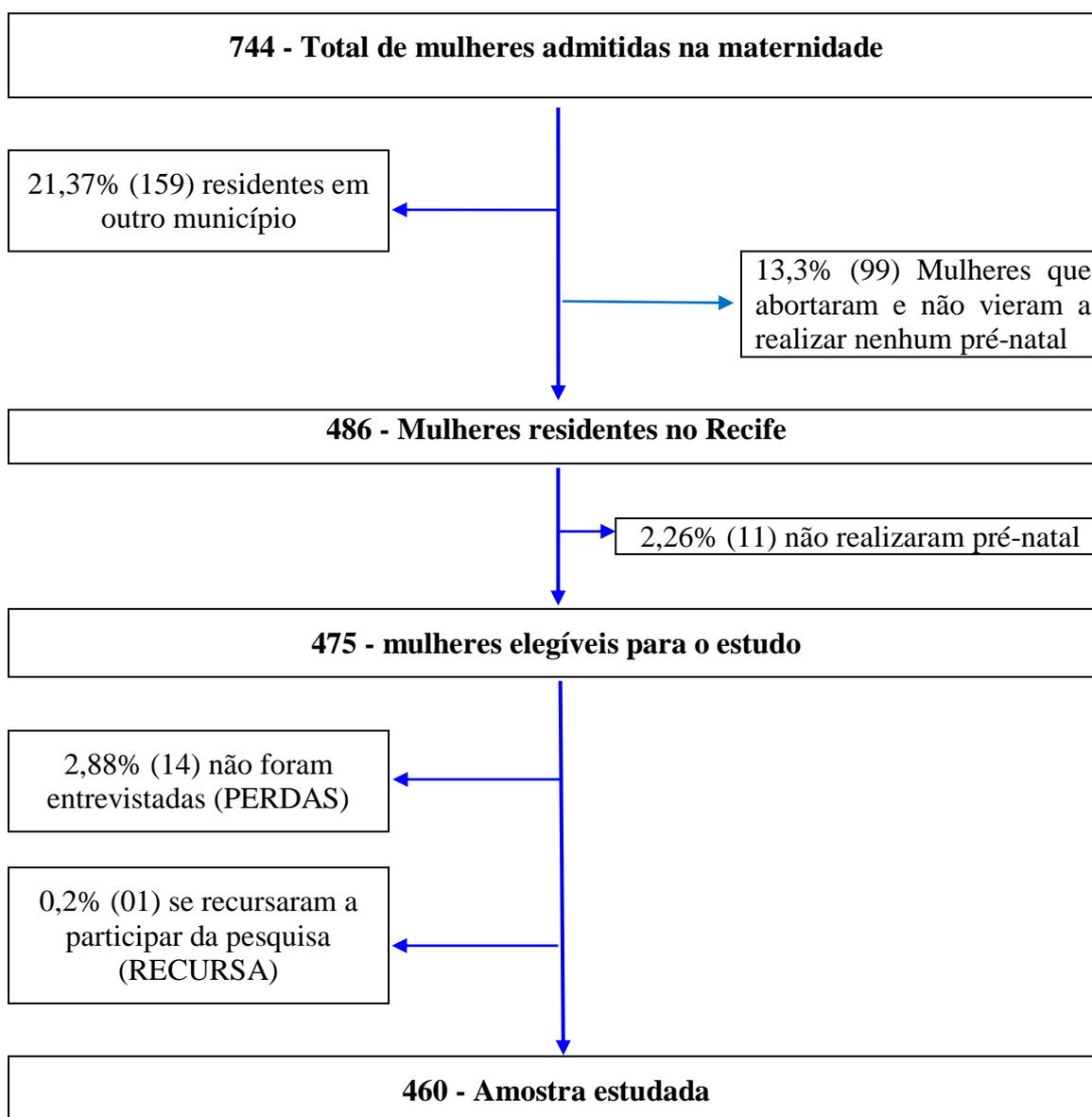
4.3.2 TAMANHO DA AMOSTRA PARA ESTIMAR ASSOCIAÇÕES ENTRE VARIÁVEIS PREDITORAS E DESFECHO PRINCIPAL

Utilizando o “*sample size & power*”, “*cohort or cross-sectional*” do módulo *Statcalc* do EPI INFO 3.5.2 (CDC, 2010), e admitindo um intervalo de confiança de 95%, poder estatístico de 80%, proporção do desfecho entre os exposto de 50% e o valor do *Odds Ratio* (OR) de 2, esperou-se que o tamanho da amostra para se estimar as associações entre as variáveis desse estudo seja de 400 mulheres, com a previsão de 10% de perdas, obtêm-se o quantitativo de 440 mulheres, vindo a ser coletado informações de 460 mulheres ao todo.

4.3.3 MULHERES ELEGÍVEIS PARA A AMOSTRA DO PRESENTE ESTUDO

O fluxograma 1 abaixo, retrata a quantidade de mulheres admitidas na maternidade do estudo, para o parto ou por abortamento, no período da pesquisa, levando em consideração as mulheres que residiam na época da pesquisa no Recife; as que foram admitidas por aborto e que chegaram a realizar alguma consulta de pré-natal; as puérperas que realizaram o pré-natal e o quantitativo de recursas e perdas.

Fluxograma 1 - Mulheres elegíveis para a amostra do presente estudo referentes às pacientes admitidas ao término da gravidez em uma maternidade pública municipal, em 2013. Recife/Pernambuco



4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

A participação na presente pesquisa se dará nas seguintes condições:

- Ter sido admitida por parto ou por abortamento na maternidade Barros Lima;
- Residir no município de Recife, no ano de 2013;
- É necessário que tenha realizado o pré-natal, independente do número de consultas.

4.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Toda e qualquer mulher que não possua os critérios de inclusão acima.

4.6 DESFECHO PRINCIPAL

Para a análise dos fatores associados a não realização do rastreamento para sífilis, o qual foi considerado como desfecho (variável dependente), levando em consideração os registros no cartão da gestante da gestação atual. Para tanto, as mulheres estudadas foram classificadas em dois grupos:

GRUPO 1 – Com desfecho – Aqueles casos sem registro no cartão da gestante, sobre o resultado do VDRL.

GRUPO 2 – Sem desfecho – Aqueles casos com um ou mais registros no cartão da gestante, referente ao resultado da sorologia do VDRL, durante o pré-natal.

Nessa etapa do estudo foram consideradas 408 mulheres que estavam de posse do cartão da gestante quando da entrevista, representando 88,7% do total de mulheres incluídas na etapa descritiva do estudo. Optou-se por incluir apenas as mulheres com cartão da gestante, pois de acordo com estudo conduzido por Santos Neto e colaboradores (2012), realizado na região metropolitana de Vitória-ES, no ano de 2007, o nível de concordância destas duas fontes de dados (teste de Kappa igual a 0,10; com intervalo da confiança entre 0,05 a 0,15; p-valor igual a 0,001) foi considerado ruim para as informações produzidas a respeito do primeiro teste do VDRL na gestação, e razoável referente ao segundo exame.

4.7 VARIÁVEIS PREDITORAS

Seguem a relação das variáveis a serem analisadas no presente estudo, por grupo de fatores, elaboradas a partir do referencial teórico e da experiência profissional dos pesquisadores:

Fatores sócio-econômicos e demográficos: idade, escolaridade, endereço residencial, religião, renda, estado conjugal, ocupação.

Fatores relacionados com a gestação atual: paridade, dificuldades para realizar o pré-natal, época do início do pré-natal, época da última consulta de pré-natal, local de realização do pré-natal, número de consultas de pré-natal, profissional de saúde que realizou o pré-natal, conhecimento referido sobre sífilis, histórico de doenças sexualmente transmissíveis - DST's, participação de palestras sobre o assunto, recebeu visita domiciliar durante a gravidez do agente comunitário de saúde.

Fatores relacionados com a testagem do VDRL: solicitação do exame de rastreamento da infecção para sífilis, realização do exame de rastreamento da infecção para sífilis, motivos por não ter feito o primeiro e/ou segundo teste do VDRL, idade gestacional em que fez o primeiro e/ou segundo teste do VDRL, dificuldades para a realização do teste, houve recebimento do resultado da primeira e/ou segunda sorologia para sífilis, valor do resultado do primeiro e/ou segundo VDRL no pré-natal, valor do resultado do VDRL na maternidade, tempo transcorrido entre a realização e o recebimento do exame, aconselhamento pré e pós-teste.

4.8 COLETA DOS DADOS

Os dados foram coletados pelo pesquisador do estudo, diariamente, no alojamento conjunto da maternidade, onde há uma sala para evolução médica, a qual esteve disponibilizada pelo serviço para os fins da entrevista proposta.

O entrevistador antes de iniciar as entrevistas, consultava o registro de pacientes da sala de parto mais a lista de admissão na enfermaria do alojamento conjunto, para certificar da ocorrência do parto naquele dia, e após a identificação da mulher, explicava os motivos pelos quais a presente pesquisa se faz necessária, pronunciava o termo de consentimento livre e esclarecido - TCLE, e após as pacientes concordarem com a pretensão, assinavam o TCLE e a partir de então dar-se-ia a entrevista. Foi salientado que a entrevistada poderia retirar o seu consentimento dado a qualquer momento.

A coleta procedeu com entrevista individual com as mulheres internadas, usando um questionário para registrar as informações verbais da paciente e anotações inscritas no respectivo cartão da gestante, além da obtenção do resultado do VDRL realizado na maternidade, que foram transcritos no prontuário hospitalar. Estes dados estão arquivados no software EPI INFO 3.5.2. (CDC, 2010).

Logo após o preenchimento de cada questionário, conferia-se se todas as questões tinham sido registradas.

Para a confecção do referido questionário, utilizando-se a revisão de questionários utilizados em pesquisas anteriores sobre a sífilis e DST's na região, tais como Carvalho (2011) e Pedrosa (2012).

Antes do início da pesquisa propriamente dita, houve a aplicação de 20 questionários pilotos, referente às puérperas que não estiveram inclusas na amostra a ser estudada, este quantitativo de questionários corresponde a 5% da amostra estudada.

A digitação dos dados ocorreu no *Epiinfo* versão 3.5.2, havendo posteriormente a análise da completitude e consistência dos números introduzidos no banco, a cada questionário digitado.

4.9 PLANO DE ANÁLISE

Com os dados coletados foi desenvolvida análise descritiva e analítica dos mesmos.

O plano descritivo desse trabalho revelou além dos fatores sócio-econômico-demográficos das entrevistadas, a proporção de mulheres que iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre; número de gravidezes; número de consultas de pré-natal; a proporção de mulheres que não foram rastreadas ou que realizaram o 1º e/ou 2º teste do VDRL no pré-natal; e destas gestantes com VDRL, qual a porcentagem que o fizeram na primeira consulta do pré-natal; idade gestacional da realização dos exames; dificuldades encontradas; intervalo de tempo entre a solicitação e a realização do exame; e deste para a entrega do resultado do mesmo; conhecimento da mulher sobre o resultado; proporção de gestantes que foram esclarecidas para a necessidade de realização do exame; qual(is) o(s) profissional(is) que forneceram tais explicações; e a prevalência da sífilis na gravidez atual. Das que não fizeram o VDRL, qual(is) o(s) motivo(s) declarado(s).

O número de participantes nesta etapa correspondeu a todas as mulheres entrevistadas, ou seja, o universo de 460 mulheres, exceção era feita quando não havia dados referentes às determinadas variáveis de exposição, porém, era sinalizada a respectiva quantidade de dados perdidos no rodapé da tabela em questão.

Na análise uni e bivariada, as variáveis independentes quantitativas foram categorizadas utilizando-se critérios clínicos e/ou outras referências bibliográficas ou guiadas pela distribuição de frequência encontrada para as variáveis independentes. Em etapa posterior, foi realizada análise bivariada, seguida da multivariada.

Foram incluídos na análise bivariada, apenas os dados das 408 mulheres que possuíam o cartão da gestante, pois se tratavam de dados registrados e livres de viés de memória.

A medida de associação usada entre o desfecho e cada variável independente foi a razão de chances/Odds Ratio (OR), com intervalo de confiança de 95% e com nível de significância estatística igual ou inferior a 0,05, referido pelo teste do qui-quadrado Mantel-Haenszel, ou pelo teste exato de Fisher's, quando houve valor esperado igual ou inferior a cinco para uma ou mais caselas.

Na análise multivariada, optou-se pelo modelo de regressão logística, pois o desfecho aqui estudado é dicotômico. A quantidade de participantes continuou sendo as 408 mulheres que detinham o cartão da gestante. Nessa etapa, as variáveis (que apresentaram anteriormente ponto de corte definido) foram transformadas em dicotômicas. A pretensão desta etapa foi ajustar o efeito de confundimento e investigar a presença de interação entre as variáveis, para identificar quais os fatores que possuíam associação estatisticamente significativa (variáveis preditoras) com o desfecho principal – a não realização de VDRL, calculando a sua respectiva razão de chance com intervalo de confiança de 95%.

Foram incluídas nessa etapa, apenas as variáveis que se mostraram associada ao desfecho na análise bivariada com p-valor para a associação igual ou menor do que 0,20. Em ambas a etapas acima elencadas foram utilizados os softwares EPI INFO 3.5.2 e SPSS *Statistical Package for the Social Sciences*, versão 20.

4.10 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

- 1 – Em estudos de corte transversal, há limitações referentes à obtenção de informações ocorridas no passado, podendo gerar um viés de memória, no entanto, para superá-lo, a informação obtida na entrevista era complementada utilizando-se o cartão da gestante.
- 2 – O viés de informação foi minimizado, pois se teve o cuidado de elaborar perguntas claras e pronunciadas compassadamente, utilizando-se linguagem acessível.
- 3 – Todas as mulheres elegíveis foram abordadas, porém apenas uma mulher se recusou a participar da pesquisa e houve número reduzido de perdas (14).

5. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O presente projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética do Centro de Ciência da Saúde da UFPE, sendo aprovado pelo parecer consubstanciado de número 390.216.

6 RESULTADOS

Foram entrevistadas 460 mulheres em uma maternidade pública municipal, localizada no município do Recife/PE, entre os dias 1º de setembro ao dia 26 de outubro de 2013.

6.1 Características das mulheres estudadas

6.1.1 Características socioeconômicas e demográficas das mulheres

A tabela 1 refere-se às características socioeconômicas e demográficas das puérperas e mulheres no pós-abortamento. A média da idade das participantes do estudo esteve em torno de 32,6 anos, enquanto a faixa etária que compreendeu ao intervalo entre 13 a 19 anos de idade, aglomerou 31,09% (143) das entrevistadas; entre 20 a 34 anos, envolveu 60,65% (279); e a partir dos 35 anos, o quantitativo de 8,26% (38) pessoas.

Houve o relato de residência em 57 bairros, os quais foram divididos pelos distritos sanitários (DS) da secretaria municipal de saúde do Recife, entre os quais o DS II, correspondeu a 36% (166) das entrevistadas que residiam em bairros pertencentes a este distrito; o DS III, com 52,6% (242); o DS IV, com 6,52% (30) puérperas.

Apenas 1,1% (05) das mulheres declararam que não sabem ler ou escreve. A média dos anos de escolaridades ficou em torno de 8,8 anos de estudos, 36,52% (168) estudaram entre 05 a 08 anos, entre 09 a 11 anos de frequência escolar correspondeu a 53,69% (247).

Referente à raça/cor da pele, se autodeclararam como parda 44,1% (203), branca 30% (138), e como preta 25,9% (119). Relativo à filiação religiosa, se autodeclararam sem religião 24,1% (111), consideraram ser evangélica 38,3% (176), destas 65,34% citaram pertencerem ao evangelho pentecostal, às católicas representaram 35% (161).

Quanto à situação conjugal, afirmaram que possuem um companheiro em união estável 75,22% (346), as que não possuem união estável ou viviam sem ninguém atualmente são 24,78% (114).

As que relataram que possuíam algum trabalho remunerado, 17,4% (80) exerciam com carteira assinada, 7,17% (33) por conta própria, 5,65% (26) trabalham sem carteira assinada. Entre as entrevistadas que não tinham nenhum trabalho

remunerado, 52.4% (241) afirmavam que estavam desempregadas, 11,74% (54) eram estudantes, 5,43% (25) eram donas de casa.

A mediana da renda bruta mensal familiar declarada pelas entrevistadas foi representada por R\$ 820,00. 33,26% (153) puérperas informaram que tiveram como renda familiar bruta mensal o valor abaixo de 01 salário mínimo, acima de um salário mínimo correspondeu a 62,17% (286). Não souberam ou não quiseram responder 4,56% (21).

Tabela 1 – Características socioeconômicas e demográficas de mulheres admitidas ao término da gravidez em uma maternidade pública municipal, em 2013. Recife/Pernambuco.

VARIÁVEIS	% (n)
Idade	
13 a 19 anos	31,09 (143)
20 a 34 anos	60,65 (279)
35 e +	8,26 (38)
Distritos Sanitários de residência	
DS III	52,6 (242)
Demais Distritos	47,4% (218)
Anos de estudo	
Não sabia ler ou escreve	1,3 (06)
01 a 04 anos	4,35 (20)
05 a 08 anos	36,52 (168)
09 a 11 anos	53,69 (247)
12 anos e +	4,13 (19)
Raça / cor da pele	
Parda	44,1 (203)
Branca	30,0 (138)
Preta	25,9 (119)
Religião	
Sem religião	24,1 (111)
Evangélica	38,3 (176)
Católicas	35,0 (161)
Outras	2,6 (12)
Situação conjugal	
União estável	75,22 (346)
Não possui união estável ou sem companheiro	24,78 (114)
Condição de Emprego	
Desempregada	52,4 (241)
Carteira assinada	17,4 (80)
Por conta própria	7,17 (33)
Sem carteira assinada	5,65 (26)
Servidora pública	0,2 (01)
Estudante	11,74 (54)
Dona de casa	5,4 (25)
Renda bruta mensal em salário mínimo	
Abaixo de 01	33,26 (153)
Entre 01 a 04	60,65 (279)
Acima de 04	1,52 (07)
Não soube/quis informar	4,56 (21)

6.1.2 Conhecimento sobre DST e adoção de práticas de sexo seguro

A tabela 2 referente ao conhecimento sobre alguma doença sexualmente transmissível (DST) e adoção de práticas de sexo seguro. 7,83% (36) disseram que nunca ouviram falar ou não conheciam alguma DST. Entre as que disseram conhecer alguma DST, 86,52% (398) mencionaram o HIV/AIDS como sendo uma das DST, a sífilis/cancro duro foi referida por 49,78% (229) entrevistadas, a gonorreia/bleenorragia/benor por 15% (69).

Solicitadas a opinar sobre o grau de risco que uma pessoa tem de adquirir uma DST, através de relações sexuais desprotegidas, 86,7% (399) das entrevistadas afirmaram que o risco era alto, 11,1% (51) este risco era médio.

Perguntada se alguma vez tinha sido comunicada por médico ou outro profissional de saúde do diagnóstico de alguma doença sexualmente transmissíveis, inclusive na gravidez atual, 91,3% (420) responderam que nunca, 5,7% (26) afirmaram que sim, foram ou estão portadoras de DST. Entre as puérperas que responderam que portavam alguma DST, 3,48% (16) citaram que possuem/tiveram a sífilis.

Tabela 2 – Conhecimento sobre DST e adoção de práticas de sexo seguro de mulheres admitidas ao término da gravidez em uma maternidade pública municipal, em 2013. Recife/Pernambuco.

VARIÁVEIS	% (n)
DST que conhecem ou ouviram falar^(a)	
Não conhecem	6,96 (36)
HIV/AIDS	86,52 (398)
Sífilis/cancro	49,78 (229)
Gonorreia/blenorragia/benor	15,0 (69)
HPV/crista de galo	8,04 (37)
Hepatite	5,87 (27)
Outras doenças	5,43 (25)
Não soube responder	0,65 (03)
Opinião sobre alguém adquirir DSTs com sexo desprotegido	
Risco alto	86,7 (399)
Risco médio	11,1 (51)
Risco baixo	0,4 (02)
Não há risco	0,2 (01)
Não soube responde	1,5 (07)
DSTs que tem ou teve diagnosticada	
Sem DST	91,3 (420)
Sífilis	3,48 (16)
Não soube responder	2,4 (11)
Não quis responder	0,65 (03)

^(a) Era aceita uma ou mais respostas.

6.1.3 Características relacionadas com a gestação atual e realização do pré-natal

A tabela 3 refere-se às características relacionadas com a gestação atual das mulheres. A média do número de gravidez resultou em 2,2. Estava na primeira gravidez, foi relatada por 41,1% (189) participantes, com duas ou mais gravidezes, resultou em 58,9% (271). Sobre o planeamento para a gestação atual, 359 (78%) engravidaram sem planejar, 101 (22%) relataram que planejaram.

Sobre a época da realização da primeira consulta de pré-natal, 96,74% (445) entrevistadas responderam a este questionamento, onde 69,2% (308) sinalizaram que iniciaram as consultas do pré-natal nos três primeiros meses da gestação, 28,3% (126) no segundo trimestre, apenas 2,5% (11) nos três últimos meses.

Quando ao número de consultas de pré-natal, das 421 mulheres que responderam a este questionamento, 32,78% (138) informaram que fizeram até cinco consultas; acima de seis pré-natais foi referida por 67,22% (283).

Referente à época da realização da última consulta de pré-natal, das 452 entrevistadas que responderam a este questionamento, 10,84% (49) relataram que concluíram o pré-natal no primeiro e segundo trimestre, a maioria, 89,2% (403) o concluíram no último trimestre da gravidez.

A maioria das mulheres fez o pré-natal nas unidades do Programa Saúde da Família - PSF, com 79,1% (364) registros, os hospitais públicos com 18,9% (87), 9,8% (45) fizeram as consultas nos centros de saúde/policlínicas. Dos 364 relatos de realização do pré-natal nas unidades do PSF houve o relato de 101 unidades. Mais de dois terços (83,9%) das puérperas relataram que permaneceram na mesma unidade durante todo o pré-natal, em contra partida as 16,1% (74) puérperas que relataram a realização do pré-natal em até duas unidades de saúde.

A maioria das mulheres (75,87%) relatou não ter enfrentado nenhuma dificuldade para a realização do pré-natal; entretanto, para 13,48% (62) a unidade de saúde ficava muito longe de sua casa; 3,48% (16) não podiam faltar ao trabalho ou escola, 3,04% (14) alegaram dificuldades de acesso, 2,6% (13) não tinham com quem deixar os filhos, 1,95% (9) disseram conhecer casos de mulheres que foram humilhadas ou mal tratadas na unidade de saúde.

Para 349 (75,9%) entrevistadas, o serviço de saúde onde fizeram o pré-natal possuía agendamento com a data da próxima consulta. Por outro lado, 14,1% (65) das mulheres marcavam por conta própria e 9,3% (43) através do agente de saúde.

Um número reduzido de mulheres (20,2%) relatou que o parceiro esteve presente em alguma das consultas de pré-natal. 94,6% (435) puérperas relataram que durante as consultas havia oportunidade suficiente para tirar dúvidas sobre alguma doença ou assunto, apenas 5,4% (25) referiram que não dispuseram de oportunidades.

No entendimento de 62,6% (288) participantes não houve problemas para a realização das consultas de pré-natal, entretanto, 37,4% (172) mulheres declararam que não foi possível à realização da consulta, em pelo menos uma ocasião, devido a: falta de médicos ou enfermeiros, segundo relatos de 26,52% (122), 5,65% (26) por falta de vagas, para 5,22% (24) encontraram a unidade de saúde fechada no dia agendado e 2,4% (11) devido à falta de equipamentos/materiais no posto de saúde.

Segundo relatos das puérperas, menos da metade dos ACS, 44,8% (206), executam as suas visitas domiciliares mensalmente, enquanto 48,3% (222) declararam que os ACS não as realizavam.

Tabela 3 – Características relacionadas à gravidez atual e ao pré-natal de mulheres admitidas ao término da gravidez em uma maternidade pública municipal, em 2013. Recife/Pernambuco.

VARIÁVEIS	% (n)
(continua)	
Nº gestação	
01 gravidez	84,8 (390)
02 ou +	15,2 (70)
Gravidez atual	
Não planejada	78,0 (359)
Planejada	22,0 (101)
Época do início do pré-natal ^(a)	
1º trimestre	69,2 (308)
2º trimestre	28,3 (126)
3º trimestre	2,5 (11)
Nº consultas ^(b)	
1 a 5 consultas	32,78 (138)
6 ou +	67,22 (283)
Época do término do pré-natal ^(c)	
1º trimestre	6,2 (28)
2º trimestre	4,6 (21)
3º trimestre	89,2 (403)
Local de realização do pré-natal (*)	
Unidades do PSF	79,1 (364)
Hospitais públicos	18,9 (87)
Centros de saúde	9,8 (45)
Clínicas privadas	3,26 (15)
Nº de unidades onde realizou o pré-natal	
01 unidade	83,9 (386)
02 unidades	16,1 (74)
Dificuldades para realização do pré-natal*	
Sem dificuldades	75,87 (346)
Posto longe de casa	13,48 (62)
Falta no trabalho/escola	3,48 (16)
Dificuldade de acesso	03,0 (14)
Filhos ficavam sós	2,83 (13)
Casos de mal tratadas	1,95 (09)
Sem dinheiro passagens	0,43 (02)
Sem permissão do marido	0,22 (01)
Outras dificuldades	1,09 (05)
Agendamento de consultas	
Com agendamento	75,9 (349)
Marcava por conta própria	14,1 (65)
Através do ACS	9,3 (43)
Não soube responder	0,7 (03)
O parceiro esteve presente em alguma consulta	
Não	79,8 (367)
Sim	20,2 (93)

(conclusão)	
VARIÁVEIS	% (n)
Havia oportunidade para tirar dúvidas	
Sim	94,6 (435)
Não	5,4 (25)
Motivos para não ter realizado alguma consulta (*)	
Sem intercorrências	62,6 (288)
Falta de profissionais	26,5 (122)
Sem vagas na unidade	5,65 (26)
Unidade estava fechada	5,2 (24)
Falta de equipamentos	2,4 (11)
Tempo elevado de espera	1,3 (06)
Outros	0,65 (03)
Recebem visitas mensais dos ACS	
Sim	44,8 (206)
Não	48,3 (222)
Não há ACS	07 (32)

^(a) 15 mulheres não responderam.

^(b) 39 mulheres não responderam.

^(c) 8 mulheres não responderam.

^(*) Era aceita uma ou mais respostas.

6.1.4 Características relacionadas a orientações sobre a sífilis recebidas no pré-natal

A tabela 4 refere-se às características relacionadas a orientações sobre a sífilis recebidas no pré-natal. Das entrevistadas, 66,1% (304) não receberam nenhuma informação de algum profissional de saúde sobre a sífilis, para 32,8% (151) houve o repasse destas informações.

Entre as 32,8% (151) participantes que receberam informação, 82,12% (124) as obtiveram por intermédio dos enfermeiros, 35,76% (54) de médicos, 16,55% (25) citaram os agentes comunitários de saúde - ACS como os responsáveis. Outros profissionais de saúde foram citados por 4,6% (07) entrevistadas.

Este mesmo grupo de 151 mulheres, quando indagadas sobre de que forma estas informações foram repassadas, houve as seguintes afirmações: 61,59% (93) disseram que foram através de orientações individuais, 44,4% (67) através de palestras.

Das 347 mulheres que responderam que algum profissional de saúde solicitou-lhes o VDRL, 57,9% (201) afirmaram que receberam informação sobre a importância de se realizar o VDRL durante a gestação antes de se submeter ao exame; quase a metade (41,8%) não recebeu essa informação.

Entre as 338 participantes que afirmaram ter realizado um ou dois VDRL na gravidez atual, quando indagadas sobre ter recebido alguma explicação sobre o resultado do exame, 44,7% (151) mulheres responderam que sim e 47% (159) que não.

Tabela 4 – Características relacionadas a orientações sobre a sífilis recebidas no pré-natal de mulheres admitidas ao término da gravidez em uma maternidade pública municipal, em 2013. Recife/Pernambuco.

VARIÁVEIS	% (n)
Informações sobre sífilis adquirida no pré-natal	
Nenhuma informação	66,1 (304)
Receberam	32,8 (151)
Não soube responder	1,1 (05)
Qual foi o profissional que repassou estas informações (*)	
Enfermeiro	82,12 (124)
Médicos	35,76 (54)
ACS	16,55 (25)
Outros profissionais	4,6 (07)
Forma de repasse destas informações (*)	
Orientação individual	61,59 (93)
Palestras com Cartazes	37,75 (57)
Palestras com Vídeos	6,62 (10)
Outras formas	0,66 (01)
Informação sobre a importância de realizar o VDRL (a)	
Sim	57,9 (201)
Não	41,8 (145)
Não soube responder	0,3 (01)
Recebeu alguma explicação sobre o resultado (b)	
Sim	44,7 (151)
Não	47,0 (159)
Não soube responder	8,3 (28)

(a) 347 mulheres que responderam que algum profissional de saúde solicitou-lhes o VDRL.

(b) 347 mulheres que responderam que algum profissional de saúde solicitou-lhes o VDRL, 09 mulheres não conseguiram realizar a coleta de sangue.

(*) Era aceita uma ou mais respostas.

6.1.5 Características relacionadas com a testagem do VDRL no pré-natal de acordo com relatos das mulheres

A tabela 5 contempla as variáveis referentes aos fatores relacionados com a testagem do VDRL de acordo com relatos das mulheres. Do total de mulheres, 58,9% (271) desconheciam tal exame e 41,1% (189) disseram já ter ouvido falar no exame do VDRL. Das 189 entrevistadas que conheceram o exame do VDRL, apenas 14,8% (28) citaram que este exame é utilizado para detectar a sífilis, 11,1% (21) enunciaram outras doenças e a maioria, 74,1% (140), não soube indicar para qual doença seria recomendado o VDRL.

Quando questionadas sobre a realização do VDRL sem estar grávida, apenas 7,2% (33) das participantes, informaram que fizeram esse exame, 90,9% (418) não tiveram esta oportunidade.

Das 347 entrevistadas que afirmaram ter feito o exame VDRL na gravidez atual, para 79% (274) o exame foi solicitado na primeira consulta de pré-natal, 20,2% (70) não tiveram esta chance.

Dos profissionais solicitantes do exame para sífilis, 73,77% (256) foram referidos como enfermeiros, 34,87% (121) como médicos.

A coleta da amostra sanguínea para 54,75% (190) ocorreu em laboratório, para 27,66% (96) em uma unidade do programa saúde da família, 22,48% (78) em um hospital ou centro de saúde, 2,6% (09) não foi coletado.

O tempo médio após coleta do sangue para recebimento do resultado do VDRL foi de 16,8 dias. Para recebimento do resultado, o intervalo de tempo foi de 2 a 15 dias para 63,9% (200) mulheres e 36,1% (113) relataram que o tempo gasto foi igual ou acima de 15 dias.

Para a realização dos exames solicitados no pré-natal, 39,35% (133) relataram que não encontraram nenhuma dificuldade, e as demais 60,65% (205) relataram alguma dificuldade. Destas 205, 33,72% (114) se queixaram que a unidade de coleta ficava muito distante de suas residências, 27,22% (92) referiram que houve demora para marcar ou receber os resultados dos exames e 14,8% (50) que as filas para marcar os exames eram imensas.

Os motivos elencados pelas 87 puérperas que não tiveram a oportunidade de realizar o teste do VDRL foram os seguintes: para 33,3% (29) declararam que o profissional que solicitou o exame não a informaram corretamente sobre o mesmo, para

27,58% (24) participantes o motivo foi às dificuldades com a marcação dos exames VDRL, pois tentaram marca-los e não conseguiram.

22,98% (20) citaram a demora em recebê-los, outras 19,54% (17) alegaram a falta de tempo, para 17,24% (15) a distancia ao laboratório foi crucial para não realização desses exames, sete (8%) referiram estar com alguma doença ou impossibilidade física ou psicológica, cinco (5,75%) se queixaram que não tinham com quem deixar seus filhos, quatro (4,6%) não deram importância para este ato, duas (2,3%) alegaram vergonha, uma (1,15%) imaginava ser dolorido e para nove (10,34%) entrevistadas ocorreram outros motivos.

Tabela 5 - Características relacionadas à testagem do VDRL na gravidez atual de acordo com relatos de mulheres admitidas ao término da gravidez em uma maternidade pública municipal, em 2013. Recife/Pernambuco.

VARIÁVEIS	% (n)
(continua)	
Desconhecimento do VDRL	
Conhece ou já ouviu falar	41,1 (186)
Nunca ouviu falar	58,9 (271)
Indicação do VDRL ^(a)	
Para sífilis	15,1 (28)
Outras doenças	11,1 (21)
Não souberam responder	74,1 (140)
Relato de realização do VDRL sem estar grávida	
Sim	7,2 (33)
Não	90,9 (418)
Não souberam responder	1,7 (08)
Não quis responder	0,2 (01)
Solicitação do VDRL ^(b)	
Sim	80,14 (347)
Não	6,93 (30)
Não souberam responder	12,7 (55)
Solicitação do VDRL na 1ª consulta ^(c)	
Sim	78,96 (274)
Não	20,17 (70)
Não souberam responder	0,86 (03)
Profissionais solicitantes do VDRL (*)	
Enfermeiros	73,77 (256)
Médicos	34,87 (121)
Não souberam responder	1,44 (05)
Local de coleta do VDRL (*)	
Laboratório	54,75 (190)
Unidade Básica Saúde	27,66 (96)
Hospital ou centro saúde	22,66 (78)
Não foi coletado	2,6 (09)
Tempo de recebimento do VDRL ^(d)	
≤ 15 dias	63,9 (200)
≥ 16 dias	36,1 (113)
Dificuldades para realização do VDRL(*)	
Sem dificuldades	39,35 (133)
Unidade de coleta distante	33,72 (114)
Demora receber os exames	27,2 (92)
Filas imensas	14,8 (50)
Falta de materiais no laboratório	1,48 (05)
Não foram bem tratadas	1,18 (04)
Outros motivos	2,6 (09)

(conclusão)	
VARIÁVEIS	% (n)
Motivos para não realização do VDRL^(c)(*)	
Não foi informada corretamente sobre o exame	33,3 (29)
Não conseguiram marcar	27,58 (24)
Demora em receber	22,98 (20)
Falta de tempo	19,54 (17)
Distancia ao laboratório	17,24 (15)
Portadora de alguma enfermidade	08,0 (07)
Não tinha com quem deixar os filhos	5,75 (05)
Não deu importância	4,6 (04)
Vergonha	2,3 (02)
Pensou que iria ter dor	1,15 (01)
Outros motivos	10,34 (09)

^(a) 186 mulheres que conhecem ou já ouviram falar no VDRL.

^(b) 27 mulheres referiram não ter realizado nenhum exame.

^(c) 347 mulheres que responderam que algum profissional de saúde solicitou-lhes o VDRL.

^(d) Das 347 mulheres que responderam que algum profissional de saúde solicitou-lhes o VDRL, 34 mulheres não responderam esta pergunta.

^(e) Refere-se a 87 mulheres que havia declarado não ter realizado o VDRL ou não possuíam registro do VDRL no cartão da gestante.

(*) Era aceita uma ou mais respostas.

6.1.6 Características relacionadas com a positividade do VDRL de acordo com relatos das mulheres

Na figura 1 está as características relacionadas com a positividade do VDRL de acordo com relatos das mulheres. No que diz respeito à gravidez atual, 94,1% (433) mulheres afirmaram que fizeram algum exame de sangue durante a gravidez. Destas, 80,1% (347) aludiram o exame para sífilis, entre esses exames 19,6% (85) não souberam informar se este exame tinha sido solicitado ou realizado.

Excluídas nove participantes que apesar dos exames de VDRL ter sido solicitado, não chegaram a coletá-los, dentre as (338) que realizaram o VDRL, 56,2% (190) realizaram dois exames, 38,8% (131) apenas um e 5% (17) não souberam responder o número de VDRL realizados.

Das 321 mulheres que souberam informar o número de VDRL realizados, 93,1% (299) declararam que receberam o resultado do primeiro exame do VDRL.

Desse grupo que receberam o primeiro VDRL (299), quando indagadas sobre o resultado desses exames, 97% (290) afirmaram que os mesmos foram negativos e 2,7% (08) foram positivos. Não houve relatos de resultados reagentes.

Das 190 participantes que realizaram os dois exames do VDRL, 83% (158) receberam os respectivos exames. Dessas, 96,2% (152) afirmam que o teste foi negativo e 2,5% (04) foram positivos. Os oito casos VDRL positivo no primeiro exame, resultaram nestes quatro casos.

6.1.7 Características relacionadas com a testagem do VDRL de acordo com registros constantes no cartão da gestante

A tabela 6 refere-se às características relacionadas com a testagem do VDRL de acordo com registros constantes no cartão da gestante. No momento da entrevista 88,7% (408) estavam portando o cartão da gestante e 11,3% (52) estavam sem os respectivos cartões. Das 408, havia 82,1% (335) registros de um ou dois VDRL e 17,9% (73) sem anotações sobre este exame.

Tendo como base de cálculo a data da última menstruação, das 335 mulheres que realizaram pelo menos um VDRL, 44,78% (150) conseguiram realizar o VDRL no primeiro trimestre da gravidez, 43,58% (146) no segundo e 11,64% (39) apenas no terceiro trimestre.

Das 408 participantes, 43,13% (176) das mulheres iniciaram a consulta do pré-natal no primeiro trimestre da gravidez, 49,26% (201) no segundo e 7,6% (31) apenas no terceiro trimestre. 3,2% (13) afirmam que a última consulta de pré-natal foi realizada no primeiro trimestre, 8% (33) no segundo e a maioria, 88,8% (362), no terceiro.

A média do número de consultas no pré-natal foi 6,5. De acordo com registros constantes nos 408 cartões de gestantes, 35,3% (144) mulheres concluíram até cinco consultas e 64,7% (264) seis ou mais.

Não foi observado nenhum registro no cartão da gestante, sobre execução de algum teste rápido para a sífilis.

Tabela 6 - Características relacionadas com a testagem do VDRL de acordo com registros constantes no cartão da gestante de mulheres admitidas ao término da gravidez em uma maternidade pública municipal, em 2013. Recife/Pernambuco.

VARIÁVEIS	% (n)
Posse do cartão da gestante	
Sim	88,7 (408)
Não	11,3 (52)
Início do pré-natal	
1º trimestre	43,13 (176)
2º trimestre	49,26 (201)
3º trimestre	7,6 (31)
Última consulta do pré-natal	
1º trimestre	3,2 (13)
2º trimestre	08,0 (33)
3º trimestre	88,8 (362)
Nº de consultas do pré-natal	
≤ 5 consultas	35,3 (144)
6 e ou +	64,7 (264)
Realização do VDRL (registro no cartão)	
Sim	82,1 (335)
Não	17,9 (73)
Período de realização do 1º VDRL^(a)	
1º trimestre	44,78 (150)
2º trimestre	43,58 (146)
3º trimestre	11,64 (39)

^(a)335 Mulheres que realizaram um ou dois VDRL.

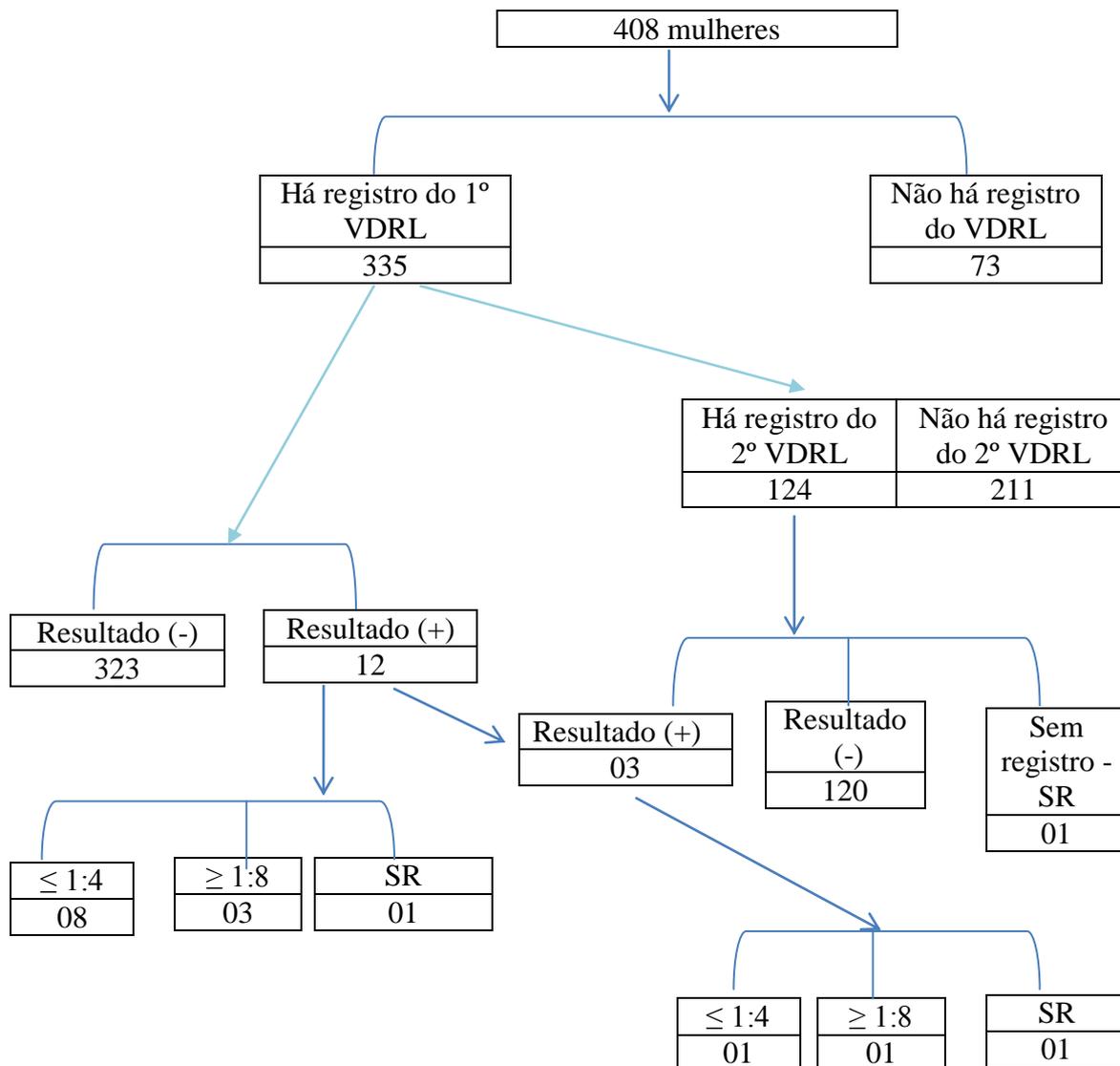
6.1.8 Características relacionadas com a positividade do VDRL de acordo com registros constantes no cartão da gestante

A figura 2 refere-se às características relacionadas com a positividade do VDRL de acordo com registros constantes no cartão da gestante. Das 335 mulheres com o registro da realização do VDRL, 82% (335) realizaram apenas um teste do VDRL e 37% (124) conseguiram realizar os dois VDRL no curso da gravidez.

Entre as 335 entrevistadas que fizeram o primeiro VDRL, 3,6% (12) tinham o resultado reagentes. Entre estes 12 registros positivos, oito (66,6%) estavam com a titulação igual ou abaixo de 1:4, três (25%) com a titulação igual ou maior de 1:8 e um (8,4%) não havia anotações sobre a titulação.

Para aquelas 124 mulheres que conseguiram realizar o segundo VDRL, havia o resultado como reagente em três (2,4%) cartões. Entre estes três cartões, um (33,3%) possuía titulação igual ou abaixo de 1:4, um com titulação igual ou maior a 1:8 e o outro sem registro.

Figura 2 - Características relacionadas com a positividade do VDRL de acordo com registro do VDRL no cartão da gestante de mulheres admitidas ao término da gravidez em uma maternidade pública municipal, em 2013. Recife/Pernambuco.



6.1.9 Características relacionadas com o desfecho da gestação de acordo com registros constantes no prontuário das puérperas na maternidade

A tabela 7 refere-se às características relacionadas com o desfecho da gestação de acordo com registros constantes no prontuário das mulheres na maternidade. Os procedimentos realizados nas pacientes admitidas foram 7% (32) curetagens, 25,2% (116) partos cesáreos e 67,8% (312) partos normais.

Dos 428 partos registrados, 98,8% (423) resultaram em recém-nascidos vivos e cinco (1,2%) óbito fetal.

Tabela 7 - Características relacionadas com o desfecho da gestação de acordo com registros constantes no prontuário de mulheres admitidas ao término da gravidez em uma maternidade pública municipal, em 2013. Recife/Pernambuco.

VARIÁVEIS	% (n)
Procedimentos obstétricos	
Esvaziamento uterino pós-abortamento	7,0 (32)
Parto cesáreo	25,2 (116)
Parto Normal	67,8 (312)
Condição de nascimento ^(a)	
Vivos	98,8 (423)
Óbito fetal	1,2 (05)

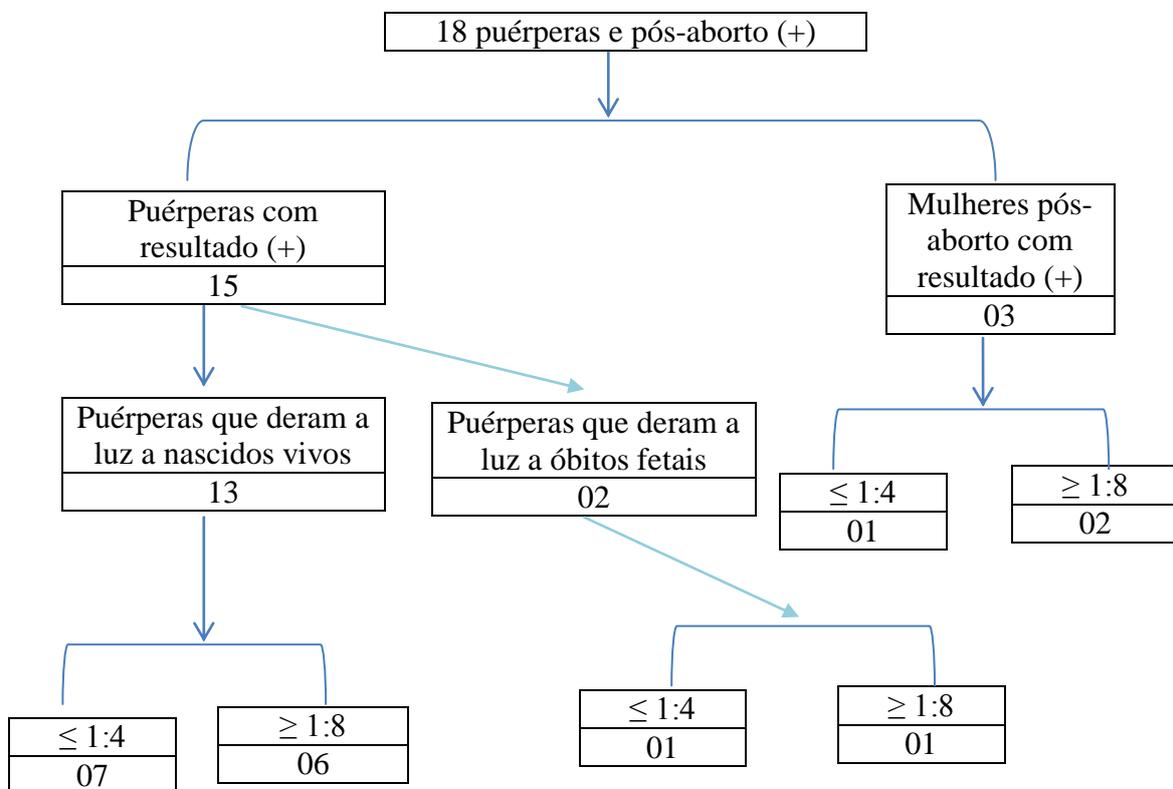
^(a) Referente aos 428 partos.

6.1.10 Resultado do VDRL no puerpério imediato e no pós-aborto de acordo com registros constantes no prontuário das puérperas na maternidade

A figura 3 refere-se aos resultados do VDRL no puerpério imediato e no pós-aborto, onde todas foram testadas por este teste, de acordo com registros constantes no prontuário das puérperas na maternidade. Quanto ao VDRL realizado na sala de parto verificou-se que houve reação em 3,91% (18) mulheres. Dessas, 83,3% (15) compreenderam as que tiveram partos, entre elas, 86,6% (13) deram a luz a recém-nascidos e duas a óbitos fetais.

As demais, 16,6% (03), encontravam-se no período pós-aborto.

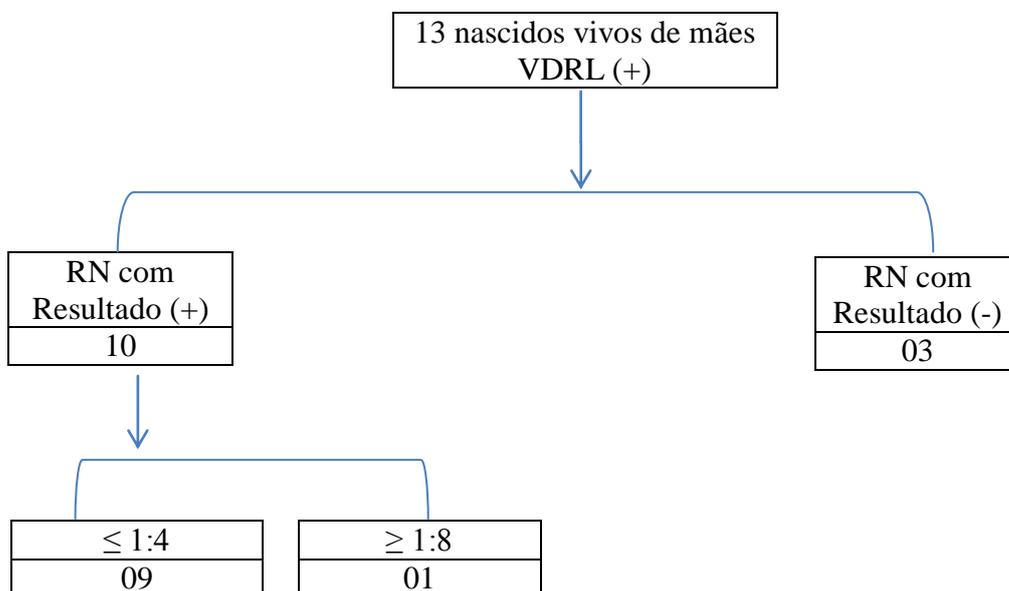
Figura 3 – Resultados do VDRL no puerpério imediato e no pós-aborto de acordo com registro do prontuário de mulheres admitidas na maternidade municipal Barros Lima, em 2013. Recife/Pernambuco.



6.1.11 Resultados do VDRL de acordo com registros constantes no prontuário dos recém-nascidos na maternidade

A figura 4 refere-se aos resultados do VDRL de acordo com registros constantes no prontuário dos recém-nascidos na maternidade. Considerando que a maternidade realiza o exame do VDRL em apenas recém-nascidos (RN) de mães VDRL reagente, o que ocasionou a realização desse exame em 13 recém-nascidos. O VDRL foi reativo em 10 (76,9%) e negativo em três (23,1%). Desses 10 resultados positivos, nove (90%) teve a titulação até 1:4, e apenas um com a titulação a partir de 1:8.

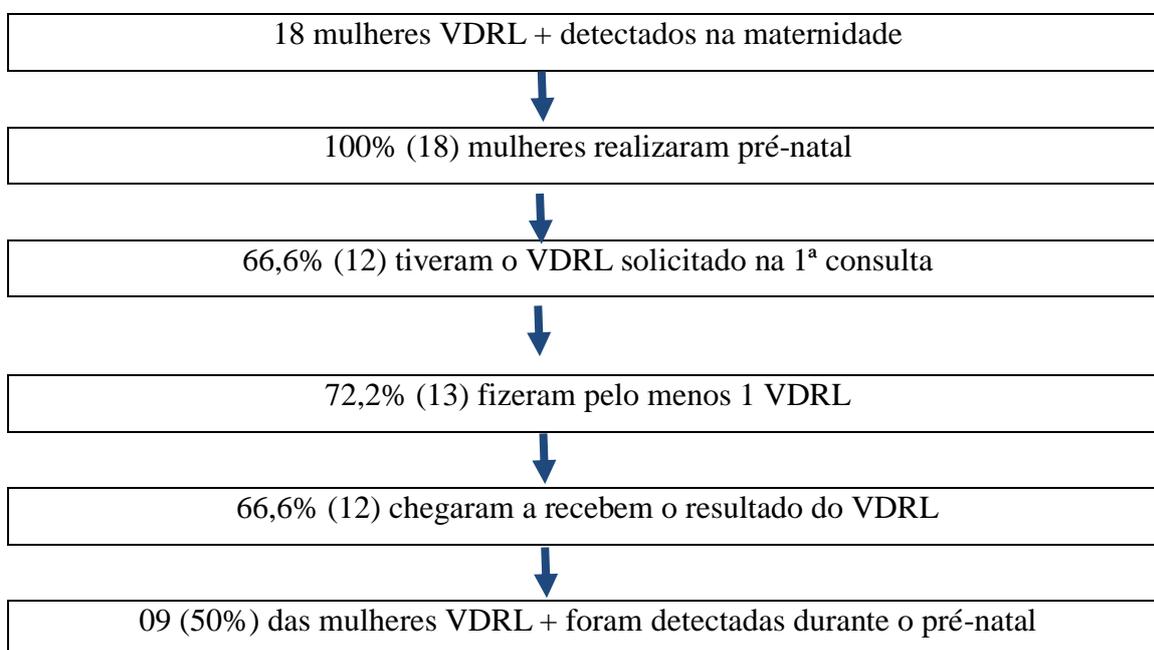
Figura 4 - Resultados do VDRL de acordo com registro do VDRL no prontuário dos recém-nascidos de mulheres admitidas ao término da gravidez em uma maternidade pública municipal, em 2013. Recife/Pernambuco.



6.1.12 Oportunidade perdidas para o rastreamento da sífilis durante o pré-natal

A ilustração abaixo demonstra as oportunidades perdidas na detecção da sífilis nas diferentes etapas do processo de rastreamento e que por motivos diversos não conseguiram segui-las, culminando que apenas a metade das mulheres que portava ou se infectaram com sífilis durante a gravidez, fossem detectadas no transcorrer das consultas de pré-natal.

Fluxograma 2 - Etapas cumpridas pelas gestantes VDRL positivo que realizaram o pré-natal desde a solicitação do exame até a obtenção do resultado, referente às mulheres admitidas ao término da gravidez em uma maternidade pública municipal, em 2013. Recife/Pernambuco.



6.1.13 Comparação entre as mulheres com e sem cartão da gestante

A próxima etapa de análise dos dados será utilizada apenas as mulheres que possuíam o cartão da gestante no momento da entrevista, devido a isso se procurou averiguar se havia diferença estatisticamente significativa nestes dois grupos, utilizando-se algumas variáveis com tal finalidade.

A tabela demonstra que entre cinco variáveis escolhidas, em duas houve semelhança estatística entre as que não possuíam e as que possuíam o cartão da gestante. Nas demais houve diferença estatística comparando-se neste grupo.

Tabela 8 - Comparações entre as mulheres com e sem cartão da gestante a cerca de diferenças estatísticas significantes de mulheres no puerpério imediato ou no pós-aborto admitidas em uma maternidade pública pertencente à rede municipal. Recife/Pernambuco. 2013.

VARIÁVEIS	Posse da gestante		P-valor
	S/ cartão	C/ cartão	
Idade			
≤ 19 anos	14	129	0,490
≥ 20 anos	38	279	
Nº de consultas(*)			
≤ 05	27	111	0,001
≥ 06	24	259	
Nº de gestações			
≥ 03	25	122	0,008
≤ 02	27	286	
Agendamento da próxima consulta			
Não	26	85	0,000
Sim	26	323	
Dificuldade para fazer o VDRL			
Sim	11	100	0,594
Não	41	308	

(*) 39 mulheres não souberam responder a quantidade de consultas de pré-natal realizadas.

6.2 Análise bivariada dos dados

A tabela 9 apresenta a associação entre as variáveis independentes estudadas e a não realização do exame VDRL no Pré-natal. Abrange dados de 408 mulheres que apresentaram o cartão da gestante na ocasião da entrevista.

Na variável anos de estudo, onde se recuperou os cinco casos de mulheres que declararam-se analfabetas, incluindo-as na categoria menor ou igual a 08 anos de estudo, a fim de não excluí-las da análise de regressão, da mesma forma ocorreu com as quatro mulheres que relataram não saber responder a pergunta sobre se possuía algum conhecimento sobre alguma DST, onde foram incluídas na categoria de que não conheciam tais doenças.

A escolha da categoria de exposição para linha de referência, que são a não expostas, para o cálculo da OR foi por aquela que apresentasse menor proporção do desfecho (percentagem de mulheres que não realizaram nenhum VDRL). Para categorizar a variável idade e a variável número de gestações utilizou-se como base para o ponto de corte a mediana, como medida de tendência central, que distribui as frequências de ocorrência dessas variáveis em proporções semelhantes entre expostos e não exposto. A mediana para idade foi igual a 9 anos e para o número de gestações igual a 2.

Tabela 9 - Análise bivariada entre as variáveis e o desfecho sobre a realização ou não do VDRL durante o pré-natal, verbalizada pelas mulheres admitidas ao término da gravidez em uma maternidade pública municipal, em 2013. Recife/Pernambuco.

VARIÁVEL	DESFECHO		OR	IC (95%)	P-valor
	S/VDRL	C/VDRL			
(continua)					
Anos de estudos					
≤ 08 anos	40	130	1,9	1,14 – 3,2	0,012
≥ 09 anos	33	205	1	-	
Nº de Gestação					
≥ 03	31	91	1,98	1,17 – 3,3	0,010
≤ 02	42	244	1	-	
Idade					
≤ 19 anos	30	99	1,66	0,99 – 2,8	0,055
≥ 20 anos	43	236	1	-	
Agendamento de consultas do PN					
Não	32	53	4,15	2,4 – 7,2	0,000
Sim	41	282	1	-	
Ouviu falar no VDRL					
Não	53	183	2,2	1,26 – 3,84	0,005
Sim	20	152	1	-	
VDRL sem estar grávida					
Não	72	305	7,08	0,95 – 52,8	0,026*
Sim	01	30	1	-	
Dificuldade em fazer o VDRL					
Sim	70	220	12,2	3,7 – 39,6	0,000*
Não	03	115	1	-	
Última consulta do PN no 3º trimestre					
Não	28	18	10,9	5,6 - 21,4	0,000
Sim	45	317	1	-	
Nº de consultas registradas no cartão de pré-natal					
≤ 05	55	89	8,4	4,7 - 15,1	0,000
≥ 06	18	246	1	-	
Situação conjugal					
Sem união estável	22	80	1,37	0,78 - 2,4	0,263
União estável	51	255	1	-	
Mudança de unidade de saúde					
Não	64	274	0,6	0,3 - 1,3	0,227
Sim	09	61	1	-	

VARIÁVEL	DESFECHO		OR	IC (95%)	P-valor
	S/VDRL	C/VDRL			
(conclusão)					
1ª consulta do pré-natal no 1º trimestre					
Não	35	88	2,6	1,5 – 4,3	0,000
Sim	38	247	1	-	
Conhecimento sobre alguma DST					
Não	09	23	1,9	0,84 – 4,3	0,116
Sim	64	312	1	-	
Dificuldade em ir à unidade de saúde					
Sim	23	77	1,54	0,9 - 2,7	0,125
Não	50	258	1	-	
Recebeu informação sobre sífilis no PN					
Não	53	214	1,5	0,85 - 2,6	0,156
Sim	20	121	1	-	

*Teste exato de Fisher's.

6.3 Análise Multivariada

A tabela 10 representa a última etapa de análise desse estudo sobre a associação entre as variáveis que tiveram um p-valor menor que 0,20 na análise bivariada com o desfecho do estudo, que se restringiu as 408 mulheres pelos mesmos motivos elencados na análise anterior.

Das 15 variáveis incluídas na análise bivariada, duas foram excluídas nesse processo: situação conjugal e mudança de unidade de saúde, por apresentarem um p-valor acima de 0,20, somadas a outras duas: realizou o VDRL sem estar grávida e se recebeu informações sobre a sífilis no pré-natal, tendo em vista que o modelo com 13 variáveis poderia diminuir o poder de explicação do modelo, por possuir um número excedentes de variáveis.

As demais 11 variáveis foram mantidas no modelo multivariado: anos de estudos; número de gestações atuais; idade em anos; agendamento de consultas do pré-natal; se ouviu falar no exame VDRL; dificuldades enfrentadas na realização do VDRL; realização da última consulta do pré-natal no terceiro trimestre; número de consultas de pré-natal realizadas; primeira consulta do pré-natal no primeiro trimestre; conhecimento sobre alguma DST e dificuldades enfrentadas para ir à unidade de saúde. Por possuírem maiores forças de associação estatística evidenciadas na análise bivariada.

Fez-se necessário esta etapa de análise dos dados com o intuito de corrigir possíveis confundimentos e amenizar influências de interações entre as múltiplas variáveis do modelo, para após estes cálculos possa obter a real associação entre as variáveis independentes e o desfecho do estudo. O tipo de análise multivariada utilizada foi à regressão logística por se tratar de dados binários, onde ambas variáveis estudadas representam a ausência ou presença do fato estudado.

Os pontos de corte e a escolha do grupo de exposição na categorização das variáveis independentes acima foram mantidas idênticas a análise anterior. Apenas converteu-as em números simbólicos, ou seja, para estas variáveis que representam os expostos a sua representação na análise passou a ser “0” e para os não expostos o numeral “1”.

Mesma estratégia foi utilizada para o desfecho, só que na aplicação do desfecho no processamento dos dados na regressão logística, utilizando-se o SPSS versão 20, é

necessário que se reverta tal interpretação, devido ao formato de apresentação da tabela de contingência 2x2, onde a ausência do desfecho vem na primeira coluna, por isso o “1” simboliza a ausência do desfecho, ou seja, as mulheres que vieram a realizar o VDRL ao longo do pré-natal e o “0” quando as mesmas não conseguiram tal intento.

Antes de processar tal análise, observou-se na matriz de correlação que não havia nenhum par de variáveis com o p-valor acima ou igual a 0,80, referente ao coeficiente de correlação (r). Portanto, não houve suspeita de colinearidade.

Ao aplicar a regressão logística nesse conjunto de 11 variáveis à procura da existência e de quantificar a associação com o desfecho do estudo, obedeceu-se a ordem de entrada dessas variáveis de acordo com os valores do p-valor, partindo-se dos valores menores, e quando havia valores iguais, utilizava-se a *odds ratio* para decidir qual a variáveis que precederia na inclusão na regressão, ou seja, nestes casos partiam dos valores maiores.

Seguindo esse raciocínio, e utilizando os stepwise da regressão logística, foram sendo excluídas as seguintes variáveis, nesta ordem: anos de estudos; conhecimento sobre alguma DST; dificuldades em ir à unidade de saúde e se a primeira consulta ocorreu no primeiro trimestre da gravidez, a cada vez que se excluía uma dessas variáveis processava-se novamente a regressão e daí por diante repetia-se esta operação até chegar no modelo final proposto na tabela 10, composto por 7 variáveis. Esta exclusão se dava observando as estimativas do p-valor, assim sendo, a cada processamento retirava-se uma variável que possuísse o p-valor maior.

A permanência da variável já ouviu falar no VDRL, apesar de não ser estatisticamente significativa, justifica-se devido a sua contribuição quando presente no modelo final, pois aumenta o poder explicativo da regressão, aferido pelo teste de *Hosmer e Lemeshow* (0,082).

Portanto, pode-se concluir que aquelas mulheres que relataram possuir alguma dificuldade de fazer o VDRL durante o pré-natal tiveram uma chance 10 vezes maior de não vim a realizar este exame, quando comparado ao grupo que não apresentaram tais dificuldades.

Ter a última consulta do pré-natal nos dois primeiros trimestre da gravidez, propicia uma chance 5 vezes maior de não vim a fazer o teste do VDRL durante a

gravidez. Não ter realizado seis ou mais consulta durante o pré-natal contribuir para uma chance 4 vezes maior de não realizar o VDRL.

Aquelas gestantes que possuíam idade abaixo dos vinte anos estavam 3 vezes mais propensas em não realizar os exames VDRL no pré-natal que outras com idade superior. Já as mulheres com três ou mais gestações e as que eram assistidas sem agendamento dos serviços pré-natais detinham uma chance 2 vezes a mais de não realizar o VDRL, quando comparado com o grupo oposto.

Tabela 10 - Modelo final da análise multivariada: Fatores associados a não realização do exame VDRL no pré-natal entre mulheres admitidas ao término da gravidez em uma Maternidade pública municipal, Recife, Pernambuco, em 2013.

VARIÁVEIS	OR_{Bruto}	OR_{Ajustado}	IC 95%	P-valor
Dificuldade para fazer o VDRL (Sim / Não)	12,2	10,11	2,96 - 34,6	0,000
Trimestre da última consulta (1° ou 2° trimestre / 3° trimestre)	10,9	5,46	2,27 - 13,12	0,000
Numero de Consultas de Pré-natal (≤ 5 / 6 ou+)	8,4	3,73	1,89 - 7,36	0,000
Idade em anos (≤19 / 20 ou +)	1,66	2,89	1,37 - 6,09	0,005
Número de Gestação (3 ou + / 1 ou 2)	1,98	2,38	1,12 - 5,07	0,025
Agendamento após a consulta (Não / Sim)	4,15	2,35	1,17 - 4,72	0,016
Já ouviu falar no VDRL (Não / Sim)	2,2	1,77	0,90 - 3,47	0,099

7 DISCUSSÃO

Uma das causas para se ter uma alta transmissão vertical da sífilis e baixa detecção dessa doença na gravidez é a não realização do exame do VDRL no pré-natal, e posterior recebimento do resultado para ser acompanhado por um profissional de saúde. Neste estudo a proporção de não realização do primeiro VDRL no pré-natal foi de 17,9%, enquanto a proporção de realização do segundo VDRL foi de 30,4%, aferidas durante a inspeção dos cartões da gestante das 408 mulheres que portava este instrumento.

Este dado evidenciou que houve uma proporção maior de mulheres que não realizaram o VDRL no pré-natal, comparado a um estudo multicêntrico nacional (SZWARCOWALD et al., 2007), que aferiu que 13,5% não realizaram o VDRL, porém semelhante a informações encontradas na região nordeste, neste caso em Fortaleza - CE (FREITAS, 2010), indicando 20,2%. Enquanto a proporção do segundo VDRL, superou os dados informados por Lima, Costa e Dourado (2008), realizado na capital Salvador-BA, onde constatou a cobertura de apenas 11,2% das gestantes estudadas.

A importância para a realização dos exames sorológicos não treponêmicos no pré-natal é apontada em diversas publicações nacionais e internacionais (BRASIL, 2005; 2007a; 2007b; WHO, 2007) como imprescindíveis na composição das medidas de controle e prevenção da transmissão vertical da sífilis.

As características predominantes entre as mulheres estudadas demonstra o perfil: de vinte a trinta e quatro anos de idade (61%); nove a onze anos de escolaridade (54%); cor parda (44%); religião declarada como evangélica (38%); vivendo em união conjugal estável (75%); desempregada no momento da entrevista (52%) e com renda bruta mensal familiar entre um a quatro salários mínimos (61%).

Os principais motivos elencados pelas mulheres que não realizaram o VDRL durante o pré-natal foram: apesar de terem tentado, não conseguiram marcar este exame; havia demora em receber exames solicitados na gravidez; alegação da falta de tempo para se dedicarem a realização do exame e a distância ao laboratório.

Analisando estas quatro alegações que juntas somaram 87% das queixas das oitenta e sete mulheres que não tinham registro do VDRL em seus cartões da gestante, ou que na ausência deste, responderam que não tinham realizado tal exame, percebe-se que três delas estão interligadas com os serviços laboratoriais, demonstrando dificuldade de acesso e ineficácia desses serviços prestados a um grupo de usuárias prioritárias para

a saúde pública. A falta de tempo poderia ser revertida reforçando as práticas de educação em saúde, evidenciando a importância de se detectar a sífilis precocemente, para garantir uma gravidez saudável e sem riscos para o binômio mãe-feto. Até por que a metade (50,2%) das mulheres relatou que não conhecia ou nunca ouviu falar em sífilis; 66% não receberam informações sobre a sífilis no pré-natal e 59% nunca ouviram falar no exame chamado VDRL.

Após a análise de regressão logística, a fim de ajustar o confundimento entre as variáveis pesquisadas, para permitir estimar o efeito independente de cada uma das variáveis independente estudadas sobre a chance de não vim a realizar pelo menos um teste do VDRL na gravidez, permaneceram associadas a não realização do VDRL durante o pré-natal as variáveis: ter feita a última consulta do pré-natal nos dois primeiros trimestres; realizado no máximo cinco consultas; estar com a idade abaixo dos 20 anos; ser multípara, a partir de três gravidezes e ter sido assistidas por um serviço de pré-natal onde não havia agendamento da próxima consulta.

Estudo realizado nos Estados Unidos (TREPKA et al., 2006), revelou que há uma chance duas vezes maior para as mulheres que tenham idade abaixo de 20 anos, não virem a realizar o rastreamento para diagnóstico da sífilis durante a gravidez.

Comparações com outros estudos que investigaram fatores associados a não realização do VDRL no pré-natal, que usaram regressão logística para ajuste de confundimento, encontraram resultados semelhantes aos do presente estudo, analisando os trabalhos de Rodrigues e Guimarães (2004), constatou-se que após a regressão multivariada, a realização da última consulta do pré-natal no primeiro trimestre possuía uma chance de quatro vezes para a mulher não realizar o VDRL na gravidez.

Rodrigues, Guimarães e Cesar (2008) pontuam uma chance de três vezes maior para a não realização do exame acima, para as mulheres gestantes que realizaram três ou menos consultas de pré-natal.

Sessenta e um por cento das mulheres relataram que encontraram dificuldades para a realização do VDRL na gravidez, os principais motivos elencados foram: a unidade de coleta distante; demora em receber os resultados do exame e queixas de filas imensas para a realização do VDRL nos laboratórios. Essas três dificuldades correspondem a 76% das 460 mulheres que participaram desse estudo, evidenciando que a melhor solução para este cenário seria a gestão municipal avançar na implantação do programa rede cegonha (BRASIL, 2011d), que visa assegurar as mulheres uma

atenção humanizada na gravidez, parto e puerpério, além de garantir financiamento total do componente pré-natal no que diz respeito à inserção de novos exames, incluindo-se neste aspecto o teste rápido de sífilis.

O teste rápido de sífilis poderá corrigir essas dificuldades, pois será manuseado na própria unidade de saúde e o resultado é expedito em questão de minutos. Chama a atenção que apenas 28% dos exames foram coletados na própria unidade a qual foi realizado o pré-natal. Porém, desde junho de 2011 que a portaria n.º 1.459/2011 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011d), instituiu este teste na atenção básica, porém até a data da coleta desse estudo não foi constatado nenhum registro da realização do teste rápido para sífilis nos cartões das gestantes pesquisadas.

Não participar do pré-natal ao longo de todo percurso da gravidez expõe a mulher a reduzir o espaço de tempo para garantir a realização do VDRL e impossibilita o recebimento do resultado deste teste em tempo hábil. A quantidade de seis consultas, preconizadas pelos programas de humanização no pré-natal e nascimento e do Rede Cegonha, ambos regidos pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2000; 2011d), é uma estratégia necessária para alicerçar o cumprimento de cem por cento de cobertura no rastreamento para a sífilis gestacional nos serviços de pré-natal, uma vez que na eventualidade de algumas mulheres não conseguirem a realização do exame na primeira oportunidade, possam ser identificadas e retornarem ao procedimento inicial, tal como nos casos que o início do pré-natal tenha sido tardio.

O agendamento das consultas subsequentes no pré-natal é indispensável para a realização do diagnóstico da sífilis ao longo da gravidez, pois fortalece a adesão da gestante aos serviços prestados. Sendo um dos aspectos necessário para se classificar a assistência pré-natal como adequada (BRASIL, 2005a).

Referente aos registros do VDRL nos cartões da gestante, para calcular a prevalência da sífilis na gestação nas 408 mulheres que possuíam o cartão, foi encontrado o valor de 2,9%. Vale ressaltar que dos dozes casos VDRL positivos, três quartos das mulheres realizaram apenas um VDRL e o um quarto restante realizou os dois exames, sendo que neste caso, o segundo exame foi idêntico ao primeiro, ou seja, reagente. Este indicador está acima dos dados de abrangência nacional (BRASIL, 2008), que evidenciou uma prevalência de 2,6% e em pesquisa realizada em Sergipe, onde Inagaka e colaboradores (2009) demonstraram uma taxa de 0,9%.

Sobre a prevalência da sífilis na ocasião do parto, obteve-se o resultado de 3,9%, calculado a partir dos 18 casos VDRL positivo diagnosticados na maternidade, considerando o total de participantes (460), indicador esse acima do que é demonstrado em outros estudos. Szwarcwald e colaboradores (2007) conduzindo estudo de abrangência nacional encontraram a prevalência de 1,1%; Henriques (2008), analisando o banco do projeto nascer maternidades em Pernambuco, evidenciou prevalência de 3,5% e Lima e Viana (2009) encontraram o valor de 2,1%, na capital Vitória-ES.

Segundo Hildebrand (2010), a principal causa que corresponde a estes altos índices de sífilis na gravidez é o parceiro sexual das gestantes, pela dificuldade de abordá-lo e de tratá-lo adequadamente, onde uma grande parcela não realiza nenhum seguimento terapêutico sobre a sífilis, vindo a infectar e a reinfectá-las ao longo da gravidez. No presente estudo, 20% das mulheres entrevistadas relataram que os companheiros estiveram presentes, em pelo menos a uma consulta de pré-natal. Uma solução viável para este entrave é sugerida por Duarte (2007), onde recomenda que seja adotado no âmbito da atenção básica, o pré-natal conjunto gestante-parceiro, como medida que visa aproximar mais este segmento da unidade de saúde.

No presente estudo, as dezoito mulheres diagnosticadas com sífilis: 66,6 % estavam acima dos 20 anos de idade, com média de idade de 22 anos; em média com oito anos de estudo; 50% pardas; 50% católicas; metade vivendo em união estável; 55,5% desempregadas e 61,1% com renda bruta familiar acima de um salário mínimo, na ocasião da entrevista.

A abordagem das oportunidades perdidas para a detecção apropriada para a sífilis na gestação, visando à prevenção de casos de sífilis congênita, foi realizada através de quatro aspectos; o primeiro compreende as características referentes ao acompanhamento do pré-natal das 87 mulheres que não tinham registro do VDRL no cartão da gestante ou na ausência deste não souberam informar se tinham feito este exame durante a gravidez, onde 54% citam a sífilis como uma doença que se pode contrair através de relações sexuais; apenas 56,1% iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre; somente 26,6% alcançaram seis ou mais consultas.

A maioria das mulheres (78,2%) referiu como local de realização das consultas de pré-natal à unidade básica de saúde; apenas 22% relataram que receberam alguma informação sobre a sífilis durante as consultas; menos da metade (43,7%) não foram

visitadas em seus domicílios pelos os agentes comunitários de saúde; 75,9% desconhecem ou nunca ouviram falar em um exame chamado de VDRL; menos da metade (47,5%) das mulheres relataram que o VDRL havia sido solicitado e destas apenas 37,9% receberam informação sobre este exame no pré-natal.

Estas características demonstram que os maiores entraves para o não rastreamento da sífilis no pré-natal são a captação tardia da gestante; o baixo número de consultas; a carência de educação em saúde sobre as doenças sexualmente transmissíveis no seguimento gestacional; o déficit no acompanhamento domiciliar pelos agentes comunitários de saúde e o alto desconhecimento do exame VDRL.

O segundo aspecto envolve as 18 mulheres VDRL positivo diagnosticadas na maternidade, por ocasião do parto, das quais apenas 66% (12) destas tiveram a solicitação do VDRL na primeira consulta do pré-natal e 61,1% (11) conseguiram realizar tal exame com o posterior recebimento do respectivo resultado. A proporção das solicitações e dos recebimentos do VDRL está abaixo dos resultados publicados por Domingues, Hartz e Leal (2012), realizados na cidade do Rio de Janeiro. Tal como a porcentagem das que fizeram o exame (TAVARES et al., 2012), realizado na rede pública de saúde do Distrito Federal.

Para se obter uma proporção desejável de mulheres gestantes atingindo a meta de 90% ou mais, na realização do VDRL durante o pré-natal, como preconiza o Ministério da Saúde (BRASIL, 2007a) e a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2007), é necessário empreender esforços para ampliar a captação precoce da gestante para o início do pré-natal, sensibilizar os profissionais que realizam o pré-natal para a solicitação do exame na primeira consulta e garantir o acesso ao exame laboratorial em tempo hábil, tanto por parte da paciente, como por um profissional de saúde qualificado.

O terceiro aspecto engloba o número de casos registrados no cartão da gestante, onde houve esse registro em 12 cartões dos 408 cartões analisados, dessas 12 mulheres com VDRL reagentes no pré-natal, 75% (09) continuaram positivas quando da realização do VDRL na maternidade, demonstrando que mesmo naquelas mulheres que tinham sido diagnosticadas no pré-natal, a proporção de mulheres reagente ao VDRL continuou alta até o término da gestação.

O quarto aspecto abrange dez casos dos recém-nascidos VDRL positivo (10) diagnosticados no momento do parto, onde a metade (05) era filhos de mães que havia sido identificada a sífilis no pré-natal; três eram filhos de mães que apesar de terem feito o VDRL durante a gravidez o teste foi não reagente e dois filhos de mães que mesmo realizando as consultas do pré-natal não conseguiram fazer o VDRL.

Uma das limitações do presente estudo consiste na possibilidade de que a estimativa da proporção de mulheres que não realizaram o VDRL utilizando os registros do cartão da gestante pode estar subestimada pelo fato de que alguns profissionais podem não ter registrado.

A outra limitação é cerca da validade externa desses resultados, pois só foram coletados dados de uma maternidade, em um universo de oito maternidades públicas que atendem ao Sistema Único de Saúde – SUS, localizadas no Recife, limitando a inferência dos resultados desse estudo ao Distrito Sanitário III, pois 52,6% da amostra estudada são de mulheres residentes neste distrito.

Ainda que tenha sido estudada uma maternidade de referência para gestantes de baixo risco, a incidência encontrada foi superior às estimativas informadas pela Prefeitura da Cidade do Recife (2010) e até mesmo para o estado de Pernambuco (BRASIL, 2011c). O plano municipal de saúde do Recife, versão 2010 – 2013 (PREFEITURA DA CIDADE DO RECIFE, 2010), propõe a pactuação na redução dos casos de sífilis congênita em 57%, e a elevação das notificações dos casos de sífilis congênita e em gestante em 40%, como metas para fomentar as estratégias de controle desse agravo na cidade.

O conhecimento dos obstáculos para o efetivo rastreamento da sífilis gestacional e congênita na gestação é de suma importância para a tomada de decisões acerca do controle da sífilis em gestante e congênita, como explanado neste estudo, porém, é necessário que outras pesquisas sejam realizadas avaliando se está ocorrendo o tratamento adequado da gestante e do(s) seu(s) parceiro(s), a fim de mapear estratégias eficazes que delimitem as ações e recomendações viáveis na resolutividade desse agravo neste meio.

Outro ponto que merece ser avançado diz respeito à aferição dos conhecimentos atuais que os diversos profissionais da atenção básica possuem sobre este tema,

englobando como definir um caso de sífilis em gestante e congênita, a obrigatoriedade de notifica-los, a importância de medidas educativas e as estratégias para executá-las, exames utilizados e como interpretá-los e formas de tratamentos instituídos, com o intuito de planejar o aperfeiçoamento dos recursos humanos que lidam de forma direta no controle da sífilis e de outras DST.

Os desafios que a sífilis impõe a cidade do Recife são imersos, desde o aumento na execução dos exames de rastreamento pré-natais, a superação dos inúmeros casos de sífilis em gestantes subnotificados. Estudo analisando os prontuários de gestante que concluíram o pré-natal em uma unidade de saúde em Fortaleza-CE, conduzidos por Araújo e colaboradores (2008) detectou que apenas 16% dos casos de gestante VDRL reagente foram devidamente notificados.

Tal subnotificação são reflexos tanto da prática profissional por não valorizar e nem priorizar a notificação compulsória na rotina de trabalho, como a insegurança em definir um caso confirmado de sífilis gestacional, seja por desconhecimento, falta de compromisso ou necessidade de atualizações, além da necessidade de instituir monitoramento intenso da vigilância em saúde do município, nos serviços que preste assistência pré-natal, como também nas maternidades, tanto da rede pública, como da privada.

Portanto, a tão almejada meta preconizada pela Organização Pan-Americana de Saúde de 0,5 ou menos casos de sífilis congênita para cada mil nascimentos (WHO, 2007), considerada como padrão para a eliminação desse agravo como um problema de saúde pública, está muito longe de ser alcançada pelo município do Recife.

8 CONCLUSÃO

O presente estudo evidenciou que a proporção de mulheres que não realizaram o exame do VDRL para sífilis no pré-natal ficou aquém dos resultados do estudo Sentinela-Parturiente do Ministério da Saúde, de abrangência nacional (SZWARCOWALD et al, 2007).

Referente às mulheres que não realizaram o VDRL no pré-natal, a maioria: iniciaram o pré-natal tardiamente, após o segundo trimestre da gestação; fizeram as consultas do pré-natal em unidades básicas de saúde; não receberam nenhuma informação sobre a sífilis no pré-natal e não conhecem, tão pouco, ouviram falar no exame VDRL. Quarenta e quatro por cento das mulheres relataram que o ACS não as visitava mensalmente, além de que não foram observados registros do teste rápido nos cartões dessas gestantes.

Observou-se que os principais motivos elencados entre as mulheres que não realizaram o VDRL foram à demora em recebê-los; à distância ao laboratório e apesar de terem tentado marcá-los, não conseguiram.

Após a análise de regressão logística constatou-se que as variáveis que se mostraram associadas com significância estatística para a não realização do VDRL durante o pré-natal foram à última consulta ter ocorrido no primeiro ou segundo trimestre; quando havia dificuldades para realizá-los; concluir cinco ou menos consultas; possuir idade abaixo de vinte anos; estar na terceira ou mais gestações e quando o serviço de pré-natal não disponibilizava o agendamento para as consultas subsequentes.

Foi possível concluir que a prevalência da sífilis na ocasião do parto superou os resultados do estudo Sentinela-Parturiente do Ministério da Saúde, de abrangência nacional (SZWARCOWALD et al, 2007).

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, MAL et al. Análise da qualidade dos registros nos prontuários de gestantes com exame de VDRL reagente. **Rev. APS**, v. 11, n. 1, p. 4-9, 2008.

AVELLEIRA, JCR; BOTTINO, G. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. **An Bras Dermatol**. 81(2): 111-26, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. **Castrado Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – CNES, 2013**. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Hospitalar.asp?VCo_Unidade=2601202551764>. Acesso em 23 jan. 2013.

_____. _____. _____. **Indicadores e Dados Básicos em Saúde – IDB, 2011a**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?siab/cnv/SIABSPE.def>>. Acesso em: 5 jun. 2012.

_____. _____. _____. **Sistema de Informação Nacional sobre Nascidos Vivos - SINASC, 2010a**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvpe.def>>. Acesso em: 6 jun. 2012.

_____. _____. _____. **Sistema de Informação Nacional de Agravos de Notificação - SINAN, 2011b**. Disponível em: <<http://189.28.128.178/sage/>>. Acesso em: 6 jun. 2012.

_____. _____. **Portaria nº 542, de 22 de dezembro de 1986**. Deverá à sífilis congênita ser obrigatoriamente notificada as autoridades sanitárias. Disponível em: <http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_espeelho_consulta.cfm?id=2774261&highlight=sifilis&tipoBusca=post&slcOrigem=0&slcFonte=0&sqlcTipoNorma=27&hdTipoNorma=27&buscaForm=post&bkp=pesqnorma&fonte=0&origem=0&sit=0&assunto=sifilis&qtd=10&tipo_norma=27&numero=542&data=&dataFim=&ano=1986&pag=1>. Acesso em: 05 jan. 2013.

_____. _____. **Portaria n.º 569, de 01 de junho de 2000**. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do SUS. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/PORT2000/GM/GM-569.htm>>. Acesso em: 17 fev. 2013.

_____. _____. **Portaria n.º 766, de 21 de dezembro de 2004**. Expande para todos os estabelecimentos hospitalares integrantes do SUS, a realização do exame VDRL para todas as parturientes internadas. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/PT-766.htm>>. Acesso em: 05 jan. 2013.

_____. _____. **Portaria nº 33, de 14 de julho de 2005b**. Inclui à Lista Nacional de Agravos de Notificação Compulsória, os casos suspeitos ou confirmados de Sífilis em Gestante. Disponível em: <www.saude.pb.gov.br/web_data/portaria33.doc>. Acesso em: 05 jan. 2013.

_____. _____. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011d.** Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS a Rede Cegonha. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso em: 25 jun. 2014.

_____. _____. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico DST/AIDS 2008.** Ano V, nº 01. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. _____. _____. **Boletim Epidemiológico DST/AIDS 2012.** Ano I, nº 01, Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

_____. _____. _____. **Diretrizes para o Controle da Sífilis Congênita.** Brasília: MS, 2005a.

_____. _____. _____. **Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso.** 8 ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

_____. _____. _____. **Gestação de alto risco: manual técnico.** 5 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010c.

_____. _____. _____. **Guia de vigilância epidemiológica.** 7. ed. Brasília: MS, 2009.

_____. _____. _____. **HIV/Aids, hepatites e outras DST.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

_____. _____. _____. **Plano operacional para redução da transmissão vertical do HIV e da Sífilis.** Brasília: Ministério da Saúde; 2007a.

_____. _____. _____. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico.** Brasília: Ministério da Saúde; 2006b.

_____. _____. _____. **Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis:** manual de bolso. Brasília: Ministério da Saúde, 2007b.

_____. _____. _____. **Sistema nacional de vigilância em saúde:** relatório de situação: Pernambuco. 5 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011c.

CAMPOS, Ana Luiza de Araujo. et al. Epidemiologia da sífilis gestacional em Fortaleza, Ceará, Brasil: um agravamento sem controle. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 26(9), p. 1747-1755, 2010.

CARVALHO, Juliana da Silva Nogueira. **Fatores associados ao desconhecimento do status sorológico para o HIV em gestantes.** 108 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) -- Programa de Pós-Graduação Integrado em Saúde Coletiva – PPGISC, Universidade Federal de Pernambuco – UFPE, Recife-PE, 2011.

CARVALHO, Valéria Conceição Passos de; ARAÚJO, Thália Velho Barreto de. Adequação da assistência pré-natal em gestantes atendidas em dois hospitais de referência para gravidez de alto risco do Sistema Único de Saúde, na cidade de Recife, Estado de Pernambuco. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, 7 (3): 309-317, 2007.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION – CDC. **EPI INFO, 2010**. Disponível em:<<http://www.cdc.gov/epiinfo/html/downloads.htm>>. Acesso em 23 jan. 2013.

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira; HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; LEAL, Maria do Carmo. Avaliação das ações de controle da sífilis e do HIV na assistência pré-natal da rede pública do município do Rio de Janeiro, Brasil. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant**, Recife, 12 (3): p. 269-280, 2012.

DUARTE, Geraldo. Extensão da assistência pré-natal ao parceiro como estratégia de aumento da adesão ao pré-natal e redução da transmissão vertical de infecções. **Rev Bras Ginecol Obstet**. 29(4): 171-174, 2007.

FREITAS, Sílvio Carlos Rocha de. **Prevalência e fatores associados à sífilis em parturientes admitidas nas maternidades públicas de Fortaleza, Ceará**. 2010. 72 f. Dissertação (mestrado) – Universidade de Fortaleza, Fortaleza, 2010.

FIGUEIRÓ-FILHO, EA. et al. Sífilis congênita como fator de assistência pré-natal no Município de Campo Grande-MS. **DST - Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, 19(3-4): p. 139-143, 2007.

HENRIQUES, Maria de Fátima Correia de Miranda. **Vulnerabilidade para Sífilis congênita: estudo descritivo em maternidades com projeto nascer em Pernambuco**. 2008. 102 f. Dissertação (mestrado em avaliação de programas e serviços de saúde) - Colegiado do Curso de Mestrado em Saúde Materno Infantil, Instituto Materno Infantil Prof.º Fernando Figueira – IMIP, Recife, 2008.

HILDEBRAND, Virna Liza Pereira Chaves. **Sífilis congênita: fatores associados ao tratamento das gestantes e seus parceiros**. 2010. 74 f. Dissertação (mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2010.

HIRA, SK. et al. Syphilis intervention in pregnancy: Zambian demonstration project. **Genitourin Med**. 66:159-64. 1990.

HOLANDA, Maria Tereza Costa Gomes de. et al. Perfil epidemiológico da sífilis congênita no Município do Natal, Rio Grande do Norte – 2004 a 2007. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, 20(2): 203-212, 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Censo Demográfico, 2010**. Disponível em:< <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em 23 jan. 2013.

LAGO, EG et al. Identification of Two Distinct Profiles of Maternal Characteristics Associated With Risk. **Sexually Transmitted Diseases**, v. 31, nº 1, p. 33–37, 2004.

LEAL, MC; GAMA, SGN; CUNHA, CB. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1991-2001. **Revista de Saúde Pública**, 39(1):100-107, 2005.

LIMA, Bruno Gil de Carvalho; COSTA, Maria da Conceição Nascimento; DOURADO, Maria Inês Costa. Avaliação da qualidade do rastreamento de HIV/aids e sífilis na assistência pré-natal. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, 17(2): 123-153, 2008.

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 Santos State, Brazil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 25(3): p. 668-676, 2009.

MEDRONHO, Roberto de Andrade; et al. **Epidemiologia**. ed. Atheneu: São Paulo, 2009.

MELO, NGDO; MELO FILHO, DA de; FERREIRA, LOC. Diferenciais intraurbanos de sífilis congênita no Recife, Pernambuco, Brasil (2004-2006). **Epidemiol. Serv. Saúde**, 20(2): 213-222, 2011.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **Plan Regional de VIH/ITS para el Sector Salud, 2006 a 2015**. Washington: PAHO; 2005.

_____. **Strategy and plan of action for the elimination of mother-to-child transmission of hiv and congenital syphilis**. Washington: PAHO; 2010.

PEDROSA, LDCO. **Sífilis Congênita**: fatores de risco em gestantes admitidas nas maternidades de Maceió/AL e área metropolitana e avaliação dos critérios diagnósticos adotados no Brasil. 170 f. Tese (Doutorado em Medicina Tropical) – Programa de Pós-Graduação em Medicina Tropical, Universidade Federal de Pernambuco – UFPE. Recife, 2012.

PREFEITURA DA CIDADE DO RECIFE. **Plano Municipal de Saúde**: 2010 – 2013. Disponível em: < <http://www.recife.pe.gov.br/noticias/arquivos/5916.pdf>>. Acesso em: 05 dez. 2013.

RODRIGUES, CS; GUIMARÃES, MDC. Grupo Nacional de Estudo sobre Sífilis Congênita. Positividade para sífilis em puérperas: ainda um desafio para o Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, 16(3): 168-175, 2004.

RODRIGUES, CS; GUIMARÃES, MDC; CÉSAR, CC. Missed opportunities for congenital syphilis and HIV perinatal transmission prevention. **Rev Saúde Pública**, 42(5): 851-8, 2008.

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

SANTANA, VS; CUNHA, SS da. Estudos transversais. In: ALMEIDA FILHO, N; BARRETO, ML. **Epidemiologia e Saúde**: fundamentos, métodos e aplicações. Guanabara Koogan: RJ, 2012.

SANTOS NETO, ET; et al. Concordância entre informações do Cartão da Gestante e da memória materna sobre assistência pré-natal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 28(2): 256-266, 2012.

SARACENI, V. et al. Vigilância da sífilis na gravidez. **Epidemiol. Serv. Saúde**; 16(2): 103 – 111, 2007.

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

SCHRAG, SJ. et al. Prenatal screening for infectious diseases and opportunities for prevention. **The American College of Obstetricians and Gynecologists**, 102 (4): 753-760, 2003.

SECRETÁRIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO. **Sistema de Informação Hospitalar – SIH, 2011b**. Disponível em: <<http://tabnet.saude.pe.gov.br/cgi-bin/tabnet?tab/tabaih08/rd2008pe1.def>>. Acesso em 23 jan. 2013.

_____. **Sistema Nacional de Nascidos Vivos – SINASC, 2011a**. Disponível em: <<http://tabnet.saude.pe.gov.br/cgi-bin/tabnet?tab/tabsinas/nascido.def>>. Acesso em 23 jan. 2013.

SERRUYA, Suzanne Jacob; CECATTI, José Guilherme; LAGO, Tânia di Giacomo do. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(5): 1281-1289, 2004.

SZWARCWALD, CL. et al. Resultados do estudo sentinela-parturiente, 2006: desafios para o controle da sífilis congênita no Brasil. **DST – J bras Doenças Sex Transm**, 19(3-4): 128-133, 2007.

TAVARES, Leonor Henriette de Lannoy Coimbra et al. Monitoramento das ações pró-redução da transmissão vertical da sífilis na rede pública do Distrito Federal. **Enfermagem em Foco**, Brasília, 3(1): p. 29-35, 2012.

TREPKA, Mary Jo et al. Inadequate syphilis screening among women with prenatal care in a community with a high syphilis incidence. **Sexually Transmitted Diseases**, v. 33, nº 11, p.670–674, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global burden of disease**. Geneva: WHO, 2000.

_____. Initiative for the Global Elimination of Congenital Syphilis. **Methods for surveillance and monitoring of Congenital syphilis elimination within existing systems**. Geneva: WHO, 2011.

_____. **The Global elimination of congenital syphilis: rationale and strategy for action**. Geneva: WHO, 2007.

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO

→ “ESTA PESQUISA SÓ PODERÁ SER APLICADA EM: Mulheres que residam no Recife; Que o parto ou aborto tenha sido no Hospital Barros Lima e Que tenham realizado o Pré-natal”.

IDENTIFICAÇÃO

DATA : ____/____/2013	ENTREVISTADOR: _____
HORÁRIO (INICIO): ____:____	REGISTRO DE PRONTUARIO: _/_/_/_/_/_/_/_/_
HORÁRIO (TERMINO): ____:____	INICIAIS DO NOME: _____

I – FATORES SÓCIO-ECONÔMICO-DEMOGRÁFICOS

Nº	Perguntas	Respostas	✓
1	EM QUAL ANO A SENHORA NASCEU?	____/____/____	
2	EM QUAL LOCAL A SENHORA MORA? → <i>Anote o nome do bairro ou localidade</i>	O-1 Zona urbana (Bairro)? _____ O-2 Zona rural (Localidade)? _____	
3	A SENHORA SABE LER E ESCREVER (consegue ler e escrever) → <i>Se “Não” vá para a questão 5</i>	O-1 Sim O-2 Não	
4	QUANTOS ANOS DE ESTUDO COMPLETOS A SENHORA POSSUI?	_____ anos	
5	COMO A SENHORA DEFINE A SUA COR.....? → <i>LEIA as alternativas e assinale a resposta indicada</i>	O-1 Branca O-2 Parda O-3 Preta O-4 Amarela O-5 Indígena O-88 Não quer responder O-99 Não sabe responder	
6	QUAL A SUA CRENÇA RELIGIOSA?	O-1 Católica O-2 Evangélica Protestante O-3 Evangélica pentecostal O-4 Espírita O-5 Candomblé ou umbanda O-6 Ateu O-7 Outra: _____ O-88 não quer responder O-99 não sabe responder	
7	ATUALMENTE A SENHORA.....? → <i>LEIA as opções, APENAS ANOTE A QUE MAIS SE ADÉQUA, OU DESCREVA EM OUTRO “7”</i>	O-1 Está casada O-2 Tem um companheiro e mora junto O-3 Tem um companheiro, mas não mora na mesma casa O-4 Tem um namorado O-5 Não tem namorado fixo	

		<input type="radio"/> -6 não tem ninguém <input type="radio"/> -7 outro – _____ <input type="radio"/> -88 não quer responder <input type="radio"/> -99 não sabe responder	
8	<p>HÁ ALGUMAS MULHERES QUE, ALÉM DAS ATIVIDADES DOMÉSTICAS, REALIZAM ALGUNS TRABALHOS EM CASA PELAS QUAIS RECEBEM DINHEIRO OU OUTRA FORMA DE PAGAMENTO, DIANTE DISSO, A SENHORA POSSUI ALGUM TRABALHO REMUNERADO?</p> <p>→ Se responder “NÃO” vá para a pergunta10</p>	<input type="radio"/> -1 Não, desempregado <input type="radio"/> -2 Não: refere ser estudante <input type="radio"/> -3 Não: refere dona de casa <input type="radio"/> -4 Sim	
9	<p>(SE SIM) QUAL É A SUA SITUAÇÃO DE TRABALHO ATUAL?</p> <p>→ LEIA as alternativas e assinale a resposta indicada</p>	<input type="radio"/> -1 Servidor público. Concursado <input type="radio"/> -2 Empregado com carteira de trabalho <input type="radio"/> -3 Empregado sem carteira de trabalho <input type="radio"/> -4 Trabalha por conta própria <input type="radio"/> -5 Empregador	
10	<p>A SENHORA RECEBE ALGUM BENEFÍCIO SOCIAL?</p> <p>→ LEIA as alternativas e assinale a resposta indicada</p>	<input type="radio"/> -1 Não <input type="radio"/> -2 Bolsa Família <input type="radio"/> -3 Bolsa Estudo <input type="radio"/> -4 Aposentadoria/pensão <input type="radio"/> -5 Outros _____ <input type="radio"/> -88 não quer responder <input type="radio"/> -99 não sabe responder	
11	<p>QUEM CONTRIBUI COM O MAIOR SUSTENTO DA FAMÍLIA?</p> <p>→ LEIA as alternativas e assinale a resposta indicada</p>	<input type="radio"/> -1 A senhora <input type="radio"/> -2 O seu companheiro <input type="radio"/> -3 Ambos <input type="radio"/> -4 Outros _____	
12	<p>NO MÊS PASADO, A SENHORA RECEBEU QUANTO EM DINHEIRO (R\$)? _____</p> <p>SEU ESPOSO (R\$)? _____</p> <p>SEUS FILHOS (R\$)? _____</p> <p>OUTROS (Se ainda mora com os pais, qual a renda deles) (R\$)? _____</p>	<p>Entrevistador após somar o total de ganho da família, marque abaixo a sentença correspondente ao valor somado:</p> <p>R\$ _____</p> <input type="radio"/> -88 não quer responder <input type="radio"/> -99 não sabe responder	
13	<p>A CASA QUE A SENHORA MORA É?</p> <p>→ LEIA as alternativas e assinale a resposta indicada</p>	<input type="radio"/> -1 Própria <input type="radio"/> -2 Ocupada / Inadida <input type="radio"/> -3 Cedida / Emprestada <input type="radio"/> -4 Alugada <input type="radio"/> -5 Outros _____ <input type="radio"/> -88 não quer responder <input type="radio"/> -99 não sabe responder	

II - FATORES RELACIONADOS COM A GESTAÇÃO ATUAL

Nº	Perguntas	Respostas	✓
14	<p>QUANTAS VEZES A SENHORA ESTEVE GRÁVIDA, CONTANDO COM ESTA GRAVIDEZ?</p> <p>→ Escreva o número que corresponda com a resposta dada</p>	_____ vezes	

15	NESTA GRAVIDEZ ATUAL A SENHORA...? → Leia as alternativas	<input type="radio"/> -1 Engravidou sem querer <input type="radio"/> -2 Planejou a gravidez <input type="radio"/> -88 não quer responder
16	QUANTOS MESES DE GRAVIDEZ TINHA QUANDO FEZ A PRIMEIRA CONSULTA DE PRÉ-NATAL? → Escreva o número que corresponda com a resposta dada	_____ Mês
17	QUANTAS CONSULTAS DE PRÉ-NATAL FEZ DURANTE ESTA GRAVIDEZ? → Escreva o número que corresponda com a resposta dada	_____ Consultas
18	COM QUANTOS MESES DE GRAVIDEZ A SENHORA FEZ A ÚLTIMA CONSULTA DE PRÉ-NATAL? → Escreva o número que corresponda com a resposta dada	_____ Mês
19	ONDE A SENHORA FEZ O SEU PRÉ-NATAL? → LEIA as alternativas e assinale a resposta indicada	<u>Pode marcar mais de uma opção</u> <input type="radio"/> -1 Unidade do PSF <input type="radio"/> -2 Centro de Saúde/Policlínica <input type="radio"/> -3 Neste mesmo hospital <input type="radio"/> -4 Hospital ou clínica particular <input type="radio"/> -5 Consultório médico particular <input type="radio"/> -6 Outros _____ <input type="radio"/> -88 não quer responder <input type="radio"/> -99 não sabe responder
20	COMO SE CHAMA ESTA UNIDADE DE SAÚDE QUE A SENHORA FEZ O PRÉ-NATAL?	_____
21	APOÓS INICIADO O SEU PRÉ-NATAL, EM ALGUM MOMENTO A SENHORA MUDOU DE UNIDADE DE SAÚDE, PARA CONTINUAR O SEU PRÉ-NATAL?	<input type="radio"/> -1 Sim <input type="radio"/> -2 Não
22	TEVE ALGUMA DIFICULDADE PARA IR AS CONSULTAS DE PRÉ-NATAL? → LEIA as alternativas e assinale a resposta indicada → Assinale a alternativa MAIS IMPORTANTE	<input type="radio"/> -1 Não teve dificuldades <input type="radio"/> -2 Não tinha dinheiro pra passagem <input type="radio"/> -3 Ficava muito longe de casa <input type="radio"/> -4 Não tinha com quem deixar o(s) filho(s) <input type="radio"/> -5 Não podia faltar ao trabalho/escola <input type="radio"/> -6 Seu marido não queria que fizesse o pré-natal <input type="radio"/> -7 Conhece casos de mulheres que foram humilhadas no posto de saúde <input type="radio"/> -8 Outros _____ <input type="radio"/> -88 não quer responder <input type="radio"/> -99 não sabe responder
23	COMO A SENHORA FAZIA PARA MARCAR AS CONSULTAS DO SEU PRE-NATAL? → LEIA as alternativas e assinale a resposta indicada	<input type="radio"/> -1 A senhora marcava por conta própria <input type="radio"/> -2 As consultas eram marcadas pelo agente de saúde <input type="radio"/> -3 havia um agendamento com a data e o horário da próxima consulta <input type="radio"/> -4 Outros _____

		O-99 não sabe responder	
24	EM ALGUM MOMENTO NAS CONSULTAS DE PRÉ-NATAL, A SENHORA ESTEVE ACOMPANHADA PELO SEU PARCEIRO?	O-1 Sim O-2 Não	
25	DURANTE AS CONSULTAS, HAVIA OPORTUNIDADE SUFICIENTE PARA A SENHORA TIRAR DUVIDAS SOBRE ALGUMA DOENÇA OU ALGUM ASSUNTO?	O-1 Sim O-2 Não	
26	EM ALGUMA DAS CONSULTAS DO PRÉ-NATAL A SENHORA NÃO A REALIZOU DEVIDO A...? → LEIA as opções	Pode marcar mais de uma opção O-1 Não ocorreu problemas O-1 Não ter vagas O-2 Falta de Médico ou Enfermeiro O-3 A unidade de saúde estava fechada O-4 Falta de equipamentos O-5 Esperou muito pelo atendimento e desistiu O-6 Outros _____	
27	EM ALGUM MOMENTO, DURANTE O PRÉ-NATAL, A SENHORA RECEBEU ALGUMA INFORMAÇÃO SOBRE UMA DOENÇA CHAMADA DE SÍFILIS? → Se disse “NÃO”, passe para pergunta 30 → Se disse “SIM”, faça a pergunta abaixo	O-1 Sim O-2 Não, não recebi O-99 não sabe responder	
28	(SE SIM) DE QUEM FORAM ESTAS INFORMAÇÕES? → LEIA as opções	Pode marcar mais de uma opção O-1 Enfermeiro O-2 Médico O-3 Agente comunitário de saúde O-4 Outros _____	
29	ESTAS INFORMAÇÕES FORAM REPASSADAS DE QUAL FORMA? → LEIA as opções	Pode marcar mais de uma opção O-1 Apenas através de conversas O-2 Palestras com cartazes O-3 Palestras com vídeos O-4 Outros _____	
30	SUA RESIDENCIA RECEBE MENSALMENTE VISITAS DE AGENTE COMUNITARIO DE SAUDE?	O-1 Sim O-2 Não	
31	DURANTE ESTA GRAVIDEZ, A SENHORA RECEBEU ALGUMA VISITA DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE?	O-1 Sim O-2 Não	

→ Diga: “agora vou fazer perguntas sobre o que a senhora conhece sobre como se pega as doenças transando ou fazendo sexo com alguém”

Nº	Perguntas	Respostas	✓
32	A SENHORA CONHECE ALGUMA DOENÇA QUE PEGA TRANSANDO COM ALGUÉM? → Se respondeu “NÃO” pule para pergunta 34	O-1 Sim O-2 Não O-88 não quer responder O-99 não sabe responder	
33	(SE SIM) DIGA O NOME DE ALGUMAS DOENÇAS QUE A SENHORA ACHA QUE PODE PEGAR TRANSANDO COM ALGUÉM?	O-1 NOME: _____ O-88 não quer responder O-99 não sabe responder	
34	QUAL É O RISCO QUE A SENHORA ACHA QUE TEM DE PEGAR ALGUMA DOENÇA TRANSANDO COM ALGUÉM, SEM	O-1 Nenhum O-2 O risco é baixo	

	CAMISINHAS? → LEIA as opções	<input type="radio"/> -3 O risco é mais ou menos <input type="radio"/> -4 O risco é alto. <input type="radio"/> -88 não quer responder <input type="radio"/> -99 não sabe responder	
--	--	--	--

→ **Diga: “agora vou fazer perguntas sobre se a senhora já teve alguma doença que se pega transando ou fazendo sexo com alguém”**

Nº	Perguntas	Respostas	✓
35	ALGUMA VEZ O MÉDICO OU OUTRO PROFISSIONAL DE SAÚDE LHE DISSE QUE A SENHORA TEM AGORA OU JÁ TEVE ALGUMA DOENÇA QUE SE PEGA TRANSANDO COM ALGUÉM? → Se disser “NÃO”, não quer responder ou não sabe, vá para questão 37	<input type="radio"/> -1 Sim <input type="radio"/> -2 Não <input type="radio"/> -88 não quer responder <input type="radio"/> -99 não sabe responder	
36	(SE SIM) QUAL DOENÇA? → Marque ao lado a resposta dada	<u>Pode marcar mais de uma opção</u> <input type="radio"/> -1 Sífilis <input type="radio"/> -2 AIDS <input type="radio"/> -3 Gonorréia <input type="radio"/> -4 Clamídia <input type="radio"/> -5 Hepatites <input type="radio"/> -6 Verrugas <input type="radio"/> -7 Corrimentos <input type="radio"/> -8 Gânglios / íngua <input type="radio"/> -9 Outro – _____ <input type="radio"/> -88 não quer responder <input type="radio"/> -99 não sabe responder	
37	A SENHORA TRANSOU COM SEU COMPANHEIRO OU ALGUÉM DURANTE ESTA GRAVIDEZ? → Se disse a alternativa entre “2 a 99”, vá para a questão 39	<input type="radio"/> -1 Sim <input type="radio"/> -2 Não <input type="radio"/> -88 não quer responder <input type="radio"/> -99 não sabe responder	
38	NESTA TRANSA (SEXO) A SENHORA CHEGOU A USAR A CAMISINHA (PRESERVATIVO)?	<input type="radio"/> -1 Sim <input type="radio"/> -2 Não <input type="radio"/> -88 não quer responder <input type="radio"/> -99 não sabe responder	

III - FATORES RELACIONADOS COM A TESTAGEM DO VDRL

→ **Diga: “agora vou fazer perguntas sobre exames de sangue que a Senhora fez no Pré-natal”**

Nº	Perguntas	Respostas	✓
39	A SENHORA JÁ OUVIU FALAR NO EXAME VDRL?	<input type="radio"/> -1 Sim <input type="radio"/> -2 Não <input type="radio"/> -88 não quer responder <input type="radio"/> -99 não sabe responder	
40	A SENHORA JÁ FEZ ALGUM EXAME PARA SÍFILIS, ANTES DESSA GRAVIDEZ?	<input type="radio"/> -1 Sim <input type="radio"/> -2 Não <input type="radio"/> -88 não quer responder <input type="radio"/> -99 não sabe responder	

41	NESTA GRAVIDEZ FOI SOLICITADO O EXAME DE SANGUE, FORA O TESTE DE GRAVIDEZ?	<input type="radio"/> -1 Sim <input type="radio"/> -2 Não <input type="radio"/> -88 não quer responder <input type="radio"/> -99 não sabe responder
42	O EXAME DO VDRL FOI SOLICITADO? → Se disse “NÃO ou não quer sabe ou não sabe”, siga a seta, e vá para a questão 54	<input type="radio"/> -1 Sim <input type="radio"/> -2 Não <input type="radio"/> -88 não quer responder <input type="radio"/> -99 não sabe responder
43	ESTE EXAME FOI SOLICITADO A SENHORA EM SUA PRIMEIRA CONSULTA DE PRÉ-NATAL?	<input type="radio"/> -1 Sim <input type="radio"/> -2 Não <input type="radio"/> -88 não quer responder <input type="radio"/> -99 não sabe responder
44	FOI EXPLICADO POR QUE É IMPORTANTE FAZER O VDRL DURANTE A GRAVIDEZ?	<input type="radio"/> -1 Sim <input type="radio"/> -2 Não <input type="radio"/> -88 não quer responder <input type="radio"/> -99 não sabe responder
45	QUAL FOI O PROFISSIONAL QUE SOLICITOU ESTE EXAME?	<input type="radio"/> -1 Enfermeiro <input type="radio"/> -2 Médico <input type="radio"/> -3 Outros – _____ <input type="radio"/> -88 não quer responder <input type="radio"/> -99 não sabe responder
46	EM QUAL UNIDADE DE SAÚDE FOI REALIZADO O EXAME DO VDRL? → LEIA as opções	<input type="radio"/> -1 No mesmo local do Pré-natal <input type="radio"/> -2 Em um laboratório <input type="radio"/> -3 Em um hospital ou unidade mista <input type="radio"/> -4 Em outro município <input type="radio"/> -5 Outros – _____ <input type="radio"/> -88 não quer responder <input type="radio"/> -99 não sabe responder
47	QUANTOS EXAMES DO VDRL A SENHORA FEZ?	<input type="radio"/> -1 Um <input type="radio"/> -2 Dois <input type="radio"/> -88 não quer responder <input type="radio"/> -99 não sabe responder
48	A SENHORA RECEBEU O RESULTADO DOS EXAMES? → Se “NÃO”, vá para a questão 54	<input type="radio"/> -1 Sim <input type="radio"/> -2 Não <input type="radio"/> -88 não quer responder <input type="radio"/> -99 não sabe responder
49	(SE UM RESULTADO) QUAL FOI O VALOR? → LEIA as alternativas.	<input type="radio"/> -1 Reagente/Positivo <input type="radio"/> -2 Não reagente/Negativo <input type="radio"/> -99 não sabe responder
50	(SE DOIS RESULTADOS) QUAIS FORAM OS VALORES? → LEIA as alternativas.	<u>PRIMEIRO VDRL</u> <input type="radio"/> -1 Reagente/Positivo <input type="radio"/> -2 Não reagente/Negativo <input type="radio"/> -99 não sabe responder <u>SEGUNDO VDRL</u> <input type="radio"/> -1 Não reagente/Negativo

		<input type="radio"/> -2 Não reagente/Negativo <input type="radio"/> -99 não sabe responder	
51	APÓS A COLETA DO SANGUE, DUROU QUANTO TEMPO PARA O RECEBIMENTO DO RESULTADO DO EXAME?	_____ Dias	
52	FOI EXPLICADO O RESULTADO DOS EXAMES?	<input type="radio"/> -1 Sim <input type="radio"/> -2 Não <input type="radio"/> -99 não sabe responder	
53	EM SUA OPINIÃO QUAL FOI A DIFICULDADE QUE A SENHORA ACHOU PARA REALIZAR OS EXAMES DO PRÉ-NATAL? → LEIA as alternativas e assinale a resposta indicada → Assinale a alternativa MAIS IMPORTANTE	<input type="radio"/> -1 Não teve dificuldades <input type="radio"/> -2 Havia filas imersas para fazer o exame <input type="radio"/> -3 A unidade de coleta do exame era longe da sua casa <input type="radio"/> -4 Sentiu muitas dores na hora da coleta do sangue <input type="radio"/> -5 A forma como foi tratada pelo profissional de saúde que coletou seu sangue <input type="radio"/> -6 Demorou bastante para marcar o exame <input type="radio"/> -7 Outros _____ <input type="radio"/> -99 Não quer responder	
54	A SENHORA ESTÁ COM O SEU CARTÃO DE PRÉ-NATAL AGORA? → Se a resposta foi “NÃO”, vá para a questão 70	<input type="radio"/> -1 Sim <input type="radio"/> -2 Não	

→ “PARA QUEM POSSUI CARTÃO DO PRÉ-NATAL, Observar informações registradas”

Nº	Perguntas	Respostas	✓
55	OBSERVAR NO CARTÃO DO PRÉ-NATAL A DATA DA ÚLTIMA MENSTRUÇÃO – DUM E ANOTE AO LADO → A partir desta questão até a questão 69, as respostas serão preenchidas pelo PRÓPRIO ENTREVISTADOR	____/____/____	
56	OBSERVAR NO CARTÃO DO PRÉ-NATAL A DATA DA PRIMEIRA CONSULTA E ANOTE AO LADO	____/____/____	
57	OBSERVAR NO CARTÃO DO PRÉ-NATAL A DATA DA ÚLTIMA CONSULTA E ANOTE AO LADO	____/____/____	
58	QUANTAS CONSULTAS OCORRERAM DURANTE A GRAVIDEZ. ANOTE AO LADO	_____ Consultas	
59	OBSERVAR NO CARTÃO DE PRÉ-NATAL, SE HÁ REGISTRO DO EXAME DO VDRL E ANOTE AO LADO → Se “NÃO” há anotações neste campo vá para a questão 67 → Se “SIM”, siga a próxima questão	<input type="radio"/> -1 Sim <input type="radio"/> -2 Não	
60	(SE SIM) HÁ O REGISTRO DE QUANTOS VDRL? → Se a resposta for “DOIS” vá para a questão 64	<input type="radio"/> -1 Um <input type="radio"/> -2 Dois	
61	(SE UM) COLOQUE A DATA DE REALIZAÇÃO DO VDRL	____/____/____	
62	QUAL FOI O RESULTADO DESTES VDRL → Se a resposta for “entre a segunda e quarta alternativas”, vá para a questão 67.	<input type="radio"/> -1 Reagente/Positivo <input type="radio"/> -2 Não reagente/Negativo <input type="radio"/> -3 Indeterminado	

		<input type="radio"/> -4 Não há resultado	
63	SE O VDRL ACIMA FOR POSITIVO, QUAL A SUA TITULAÇÃO?	<input type="radio"/> -1 ≤ 1:4 <input type="radio"/> -2 ≥ 1:8 <input type="radio"/> -3 Sem anotação sobre a titulação	
64	(SE DOIS) COLOQUE A DATA DE REALIZAÇÃO DO VDRL → Se não há registro da data passe <u>um traço</u> sobre a respectiva resposta	<u>PRIMEIRO VDRL</u> ____/____/____ <u>SEGUNDO VDRL</u> ____/____/____	
65	QUAIS FORAM OS RESULTADOS DOS VDRL → Se a resposta “for entre a segunda e quarta alternativas”, vá para a questão 67.	<u>PRIMEIRO VDRL</u> <input type="radio"/> -1 Reagente/Positivo <input type="radio"/> -2 Não reagente/Negativo <input type="radio"/> -3 Indeterminado <input type="radio"/> -4 Não há resultado <u>SEGUNDO VDRL</u> <input type="radio"/> -1 Reagente/Positivo <input type="radio"/> -2 Não reagente/Negativo <input type="radio"/> -3 Indeterminado <input type="radio"/> -4 Não há resultado	
66	SE O VDRL ACIMA FOR POSITIVO, QUAIS AS TITULAÇÕES DOS VDRL?	<u>PRIMEIRO VDRL</u> <input type="radio"/> -1 ≤ 1:4 <input type="radio"/> -2 ≥ 1:8 <input type="radio"/> -3 Sem anotação sobre a titulação <u>SEGUNDO VDRL</u> <input type="radio"/> -1 ≤ 1:4 <input type="radio"/> -2 ≥ 1:8 <input type="radio"/> -3 Sem anotação sobre a titulação	
67	ANOTE SE HÁ O REGISTRO DO TESTE RÁPIDO PARA A SÍFILIS NO CARTÃO DO PRÉ-NATAL? → Se a resposta for SEM REGISTRO, vá para a questão 70	<input type="radio"/> -1 Com registro <input type="radio"/> -2 Sem registro	
68	SE HÁ O REGISTRO DO TESTE RÁPIDO PARA A SÍFILIS, ANOTE A SUA DATA DE REALIZAÇÃO?	____/____/____	
69	SE HÁ O REGISTRO DO TESTE RÁPIDO PARA A SÍFILIS, QUAL O REGISTRO?	<input type="radio"/> -1 Positivo <input type="radio"/> -2 Negativo	

→ “informação a ser obtida NO PRONTUÁRIO HOSPITALAR”

Nº	Perguntas	Respostas	✓
70	QUAL O RESULTADO DA GESTAÇÃO? → Desta questão até a 77, a resposta deverá ser preenchida pela PRÓPRIA ENTREVISTADORA → Se a resposta for a “3”, vá para a questão 77	<input type="radio"/> -1 Parto Vaginal <input type="radio"/> -2 Parto Cesário <input type="radio"/> -3 Curetagem (aborto)	
71	SE PARTO, QUAL FOI A DATA?	____/____/____	
72	SE PARTO, ANOTE O PESO DO RECÉM NASCIDO?		

		_____ Gramas	
73	QUAL O RESULTADO DO VDRL DA MÃE REALIZADO NO PARTO? → Se a resposta for ente a “2 a 5 alternativa”, vá para a questão 77	<input type="radio"/> -1 Reagente/Positivo <input type="radio"/> -2 Não reagente/Negativo <input type="radio"/> -3 Indeterminado <input type="radio"/> -4 Não foi realizado <input type="radio"/> -5 Não há resultado	
74	SE O VDRL DA MÃE FOR POSITIVO, ANOTE A TITULAÇÃO DESTE VDRL REALIZADO NO PARTO?	<input type="radio"/> -1 ≤ 1:4 <input type="radio"/> -2 ≥ 1:8 <input type="radio"/> -3 Sem anotação sobre a titulação	
75	SE O VDRL DA MÃE FOR POSITIVO, REGISTRAR QUAL O RESULTADO DO VDRL DO RECÉM NASCIDO REALIZADO APÓS O PARTO?	<input type="radio"/> -1 Reagente/Positivo <input type="radio"/> -2 Não reagente/Negativo <input type="radio"/> -3 Indeterminado <input type="radio"/> -4 Não foi realizado <input type="radio"/> -5 Não há resultado	
76	ANOTE A TITULAÇÃO DESTE VDRL REALIZADO NO RECÉM NASCIDO?	<input type="radio"/> -1 ≤ 1:4 <input type="radio"/> -2 ≥ 1:8 <input type="radio"/> -3 Sem anotação sobre a titulação	
77	CONDIÇÃO DO FETO APÓS A GESTAÇÃO?	<input type="radio"/> -1 Aborto <input type="radio"/> -2 Natimorto ou óbito fetal <input type="radio"/> -3 Nascido vivo	

→ “Perguntas apenas para quem NÃO FEZ o teste do VDRL na gravidez”

Nº	Perguntas	Respostas	v
78	QUAL O MOTIVO PARA A SENHORA NÃO TER FEITO O EXAME DO VDRL PARA SÍFILIS NA GRAVIDEZ? → LEIA as opções, se for citada outra opção a descreva na opção 12 – “Outra”	<p><u>Pode marcar mais de uma opção</u></p> <input type="radio"/> -1 Achou que não havia importância <input type="radio"/> -2 Demora para receber o exame <input type="radio"/> -3 Distância para ir ao laboratório <input type="radio"/> -4 Falta de tempo <input type="radio"/> -5 Imaginava que fosse dolorido <input type="radio"/> -6 Medo de outras pessoas saberem do resultado <input type="radio"/> -7 Medo de saber do resultado <input type="radio"/> -8 Não tinha com quem deixa os filhos ou a casa. <input type="radio"/> -9 O profissional não soube informar corretamente sobre o exame <input type="radio"/> -10 Tentou marcá-lo e não conseguiu <input type="radio"/> -11 Vergonha <input type="radio"/> -12 Outra: _____ <input type="radio"/> -88 Não quer responder <input type="radio"/> -99 Não sabe responder	
79	SE FOI DADA MAIS DE UMA RESPOSTA PARA A QUESTÃO ACIMA, REPITA NOVAMENTE AS RESPECTIVAS RESPOSTAS DADA PELA		

	ENTREVISTADA E QUESTIONE A MESMA QUAIS DESTAS RESPOSTAS FOI A MAIS IMPORTANTE PARA MOTIVÁ-LA A NÃO REALIZAR O EXAME DO VDRL PARA SÍFILIS NA GRAVIDEZ? → Transcreva a resposta ao lado	<hr/>
--	---	-------

OBSERVAÇÕES

Muito obrigada por sua atenção e pela colaboração que nos ofertou em nosso trabalho. Seu esforço ajudará para identificar problemas os quais serão corrigidos para melhorar a qualidade dos serviços do Pré-natal. Boa saúde para a Senhora e seu filho (a).

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO INTEGRADO EM
SAÚDE COLETIVA – PPGISC



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(para pacientes a partir de 18 anos de idade)

Convidamos a Sr.^a para participar, como voluntária, da pesquisa: oportunidades pedidas no rastreamento da sífilis no pré-natal: Estudo transversal em puérperas atendidas em uma maternidade municipal da rede SUS do Recife-Pernambuco, que está sob a responsabilidade do pesquisador Manoel Bastos Freire Júnior, Endereço: Av. Prof. Moraes Rego, s/n, Hospital das Clínicas, Bloco E, 4º andar – Núcleo de Saúde Pública, Campus Universitário, s/n, Cidade Universitária, CEP 50670-901 – Recife/PE. Fone: 81-2126.3766, Celular: 81-9849.3636, e-mail: jrcarnaubeira@yahoo.com.br.

Após ser esclarecida sobre as informações a seguir, no caso de aceitar a fazer parte do estudo, rubriche as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa a Sr.^a não será penalizada de forma alguma.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Realizaremos um estudo com o objetivo de avaliar o rastreamento para sífilis na gravidez e identificar os fatores que estão associados com a não realização dos dois testes do VDRL (exame de sangue para detecção da sífilis) no pré-natal do município de Recife-PE. Este estudo será por meio de uma entrevista, onde constará de perguntas e se presente, da leitura do cartão da gestante, que será realizada no alojamento conjunto do Hospital onde você está internada, de acordo com sua disponibilidade de tempo. É garantida a sua privacidade e livre expressão de aspectos importantes da sua história.

Informamos ainda que o processo de coleta de dados obedece ao que é exigido na resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que cria normas para pesquisas envolvendo seres humanos e que poderá apresentar riscos mínimos à sua integridade psicológica e social, previstos como constrangimento por não saber responder alguma pergunta do questionário, sensação de culpa por alguma eventualidade de não ter realizado exames previstos no pré-natal e discriminação ou estigma que as mesmas se

citam expostas seja no ato da entrevista ou na associação desta pesquisa com a sua imagem pessoal, participando assim apenas as que concordarem de livre e espontânea vontade.

Os benefícios diretos serão o recebimento e a explanação deste folder informativo sobre a importância de participar do pré-natal e a necessidade de se cumprir as orientações e recomendações produzidas nestas consultas; palestra sobre as formas de prevenção das doenças sexualmente transmissíveis; e ao término desta entrevista a entrevistadora irá relatar as possíveis consequências da sífilis em sua gravidez. Haverá também benefícios esperados a sociedade recifense, uma vez que esta pesquisa tem o intuito de identificará falhas no acompanhamento das gestantes durante as consultas de pré-natal; descrever os fatores das gestantes aos quais estiveram associados com a não realização dos exames para o rastreamento da sífilis neste período; e ofertar soluções cabíveis a serem implementadas pelos gestores e profissionais de saúde municipais, para a correção de eventuais problemas detectados.

Estes dados serão arquivados em um programa de computador, os quais serão armazenamentos durante um período mínimo de 5 anos, sendo o pesquisador Manoel Bastos o responsável pela guarda desses dados, no endereço: Avenida Agamenon Magalhães, 137, apt.º 306, bairro Boa Vista, Recife-PE, CEP: 500.70-160.

Você poderá desistir de participar do estudo em qualquer momento do desenvolvimento da pesquisa sem prejuízo ao seu acompanhamento na instituição.

Os resultados obtidos através deste estudo serão utilizados para fins científicos. Será elaborado um relatório final da pesquisa, no formato de dissertação de mestrado e artigos para publicação em eventos científicos. Todos os dados obtidos serão publicados sem a identificação dos nomes, com a finalidade de resguardar as identidades das participantes da pesquisa. Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – email: cepccs@ufpe.br.

(assinatura do pesquisador)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____, RG/CPF _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo: oportunidades pedidas no rastreamento da sífilis no pré-natal: Estudo transversal em puérperas atendidas em uma maternidade municipal da rede SUS do Recife-Pernambuco, como voluntária. Fui devidamente informada e esclarecida pela pesquisadora sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento/assistência/tratamento.

Local e data _____

Assinatura* e Nome da participante ou do responsável legal

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar.

02 testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Assinatura: _____

Nome:

Assinatura: _____

Nome:

*** SE ANALFABETA, a entrevistada deve colocar sua impressão digital no termo, além da necessidade de outra pessoa alfabetizada ler o termo e assiná-lo.**

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO INTEGRADO EM
SAÚDE COLETIVA – PPGISC



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(para pacientes menores de 18 anos de idade)

Convidamos a Sr.^a para participar, como voluntária, da pesquisa: avaliação do rastreamento para sífilis no pré-natal Recife, Pernambuco: oportunidades perdidas no rastreamento da sífilis no pré-natal: Estudo transversal em puérperas atendidas em uma maternidade municipal da rede SUS do Recife-Pernambuco, que está sob a responsabilidade do pesquisador Manoel Bastos Freire Júnior, Endereço: Av. Prof. Moraes Rego, s/n, Hospital das Clínicas, Bloco E, 4º andar – Núcleo de Saúde Pública, Campus Universitário, s/n, Cidade Universitária, CEP 50670-901 – Recife/PE. Fone: 81-2126.3766, Celular: 81-9849.3636, e-mail: jrcarnaubeira@yahoo.com.br.

Após ser esclarecida sobre as informações a seguir, no caso de aceitar a fazer parte do estudo, rubricue as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa a Sr.^a não será penalizada de forma alguma.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Realizaremos um estudo com o objetivo de avaliar o rastreamento para sífilis na gravidez e identificar os fatores que estão associados com a não realização dos dois testes do VDRL (exame de sangue para detecção da sífilis) no pré-natal do município de Recife-PE. Este estudo será por meio de uma entrevista, onde constará de perguntas e se presente, da leitura do cartão da gestante, que será realizada no alojamento conjunto do Hospital que você está internada, de acordo com sua disponibilidade de tempo. É garantida a sua privacidade e livre expressão de aspectos importantes da sua história.

Informamos ainda que o processo de coleta de dados obedece ao que é exigido na resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que cria normas para pesquisas envolvendo seres humanos e que poderá apresentar riscos mínimos à sua integridade psicológica e social, previstos como constrangimento por não saber responder alguma pergunta do questionário, sensação de culpa por alguma eventualidade de não ter

realizado exames previstos no pré-natal e discriminação ou estigma que as mesmas se citam expostas seja no ato da entrevista ou na associação desta pesquisa com a sua imagem pessoal, participando assim apenas as que concordarem de livre e espontânea vontade.

Os benefícios diretos serão o recebimento e a explanação deste folder informativo sobre a importância de participar do pré-natal e a necessidade de se cumprir as orientações e recomendações produzidas nestas consultas; palestra sobre as formas de prevenção das doenças sexualmente transmissíveis; e ao término desta entrevista a entrevistadora irá relatar as possíveis consequências da sífilis em sua gravidez. Haverá também benefícios esperados a sociedade recifense, uma vez que esta pesquisa tem o intuito de identificará falhas no acompanhamento das gestantes durante as consultas de pré-natal; descrever os fatores das gestantes aos quais estiveram associados com a não realização dos exames para o rastreamento da sífilis neste período; e ofertar soluções cabíveis a serem implementadas pelos gestores e profissionais de saúde municipais, para a correção de eventuais problemas detectados.

Estes dados serão arquivados em um programa de computador, os quais serão armazenamentos durante um período mínimo de 5 anos, sendo o pesquisador Manoel Bastos o responsável pela guarda desses dados, no endereço: Avenida Agamenon Magalhães, 137, apt.º 306, bairro Boa Vista, Recife-PE, CEP: 500.70-160.

Você poderá desistir de participar do estudo em qualquer momento do desenvolvimento da pesquisa sem prejuízo ao seu acompanhamento na instituição.

Os resultados obtidos através deste estudo serão utilizados para fins científicos. Será elaborado um relatório final da pesquisa, no formato de dissertação de mestrado e artigos para publicação em eventos científicos. Todos os dados obtidos serão publicados sem a identificação dos nomes, com a finalidade de resguardar as identidades das participantes da pesquisa. Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – email: cepccs@ufpe.br.

(assinatura do pesquisador)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____, RG/CPF _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo: oportunidades pedidas no rastreamento da sífilis no pré-natal: Estudo transversal em puérperas atendidas em uma maternidade municipal da rede SUS do Recife-Pernambuco como voluntária. Fui devidamente informada e esclarecida pela pesquisadora sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento/assistência/tratamento.

Local e data _____

Assinatura* e Nome da participante

Assinatura* e Nome dos pais ou do responsável legal de maior de idade

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar.

02 testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Assinatura: _____

Nome:

Assinatura: _____

Nome:

*** SE ANALFABETA, a entrevistada deve colocar sua impressão digital no termo, além da necessidade de outra pessoa alfabetizada ler o termo e assiná-lo.**

ANEXO – CARTA DE ANUÊNCIA



PREFEITURA DO
RECIFE
SECRETARIA DE SAÚDE

CARTA DE ANUÊNCIA

Autorizo **Manoel Bastos Freire Júnior**, pesquisador do Programa de Pós-Graduação Integrado em Saúde Coletiva – PPGISC, da Universidade Federal de Pernambuco - UFPE, a desenvolver pesquisa na Policlínica e Maternidade Professor Barros Lima, da Secretaria de Executiva de Atenção à Saúde, da Secretaria de Saúde do Recife, sob o título: “**Oportunidades perdidas no rastreamento da Sífilis no pré-natal: estudo transversal em puérperas atendidas em uma maternidade municipal da rede SUS do Recife - Pernambuco**” sendo orientado por Thália Velho Barreto de Araújo e coorientado por Sergio Souza da Cunha.

Estarei ciente que me são resguardados e abaixo listados:

- O cumprimento das determinações éticas da resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde.
- A garantia de solicitar e receber esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa;
- A liberdade de recusar a participar ou retirar minha anuência, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma;
- A garantia de que nenhuma das pessoas envolvidas será identificada e terá assegurado privacidade quanto aos dados envolvidos na pesquisa;
- Não haverá nenhuma despesa para a Secretaria de Saúde do Recife decorrente da participação na pesquisa.

O(s) pesquisador(es) comprometem-se a trazer para esta diretoria o relatório final da pesquisa através de cópia em *Compact Disk* (CD), uma vez que só serão autorizadas novas pesquisas se não houver pendências de devolutiva do serviço.

Tenho ciência do exposto e concordo em fornecer subsídios para a pesquisa.

Recife, 28 de agosto de 2013.

Atenciosamente,

Juliana Siqueira
Juliana Siqueira

Gerente Geral de Formação e Avaliação de Desempenho

Juliana Siqueira Santos
Gerente Geral de Formação e Avaliação
de Desempenho / SEGTES/SS/PCR
Matricula nº 87.655-5