

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA CRIANÇA E
DO ADOLESCENTE

VILMA COSTA DE MACÊDO

**SÍFILIS GESTACIONAL: FATORES DE RISCO
SOCIODEMOGRÁFICOS, COMPORTAMENTAIS E
ASSISTENCIAIS**

Recife

2015

VILMA COSTA DE MACÊDO

**SÍFILIS GESTACIONAL: FATORES DE RISCO
SOCIODEMOGRÁFICOS, COMPORTAMENTAIS E
ASSISTENCIAIS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde da Criança e do Adolescente do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Saúde da Criança e do Adolescente.

Orientador: Prof. Dr. Pedro Israel Cabral de Lira

Co-orientador: Prof. Dr. Paulo Germano de Frias

Recife

2015

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

M141s Macêdo, Vilma Costa de.
 Sífilis gestacional: fatores de risco sociodemográficos, comportamentais
e assistenciais / Vilma Costa de Macêdo. – Recife: O autor, 2015.
 136 f.: il.; quad.; 30 cm.

 Orientador: Pedro Israel Cabral de Lira.
 Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS.
Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente, 2015.
 Inclui referências, apêndices e anexos.

 1. Sífilis. 2. Gestantes. 3. Estudos de casos e controles. 4. Fatores de
risco. 5. Transmissão vertical de doença infecciosa. I. Lira, Pedro Israel
Cabral de (Orientador). II. Título.

618.92

CDD (23.ed.)

UFPE (CCS2015-184)



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE**

Título:

SÍFILIS GESTACIONAL: FATORES DE RISCO SOCIODEMOGRÁFICOS,
COMPORTAMENTAIS E ASSISTENCIAIS

Nome: VILMA COSTA DE MACÊDO

Tese aprovada em: 18/08/2015

Membros da Banca Examinadora:

Profa. Dra. Marília Carvalho de Lima (Examinador Interno)

Universidade Federal de Pernambuco

Profa. Dra. Adriana Falangola Benjamin Bezerra (Examinador Externo)

Universidade Federal de Pernambuco

Profa. Dra. Ana Lúcia Ribeiro de Vasconcelos (Examinador Externo)

Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães – Fiocruz/PE

Profa. Dra. Isabela Cristina Coutinho Neiva Coelho (Examinador Externo)

Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP

Profa. Dra. Suely Arruda Vidal (Examinador Externo)

Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

REITOR

Prof. Dr. Anísio Brasileiro de Freitas Dourado

VICE-REITOR

Prof. Dr. Silvio Romero Barros Marques

PRÓ-REITOR PARA ASSUNTOS DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

Prof. Dr. Francisco de Souza Ramos

DIRETOR CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Prof. Dr. Nicodemos Teles de Pontes Filho

VICE-DIRETORA

Profa. Dra. Vânia Pinheiro Ramos

COORDENADORA DA COMISSÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO DO CCS

Profa. Dra. Jurema Freire Lisboa de Castro

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

COLEGIADO

CORPO DOCENTE PERMANENTE

Profa. Dra. Luciane Soares de Lima (Coordenadora)

Profa. Dra. Cláudia Marina Tavares de Araújo (Vice-Coodenadora)

Prof. Dr. Alcides da Silva Diniz

Profa. Dra. Ana Bernarda Ludermir

Profa. Dra. Andréa Lemos Bezerra de Oliveira

Prof. Dr. Décio Medeiros Peixoto

Prof. Dr. Emanuel Savio Cavalcanti Sarinho

Profa. Dra. Estela Maria Leite Meirelles Monteiro

Profa. Dra. Gisélia Alves Pontes da Silva

Profa. Dra. Maria Gorete Lucena de Vasconcelos

Profa. Dra. Marília de Carvalho Lima

Prof. Dr. Paulo Sávio Angeiras de Góes

Prof. Dr. Pedro Israel Cabral de Lira

Profa. Dra. Sílvia Regina Jamelli

Profa. Dra. Sílvia Wanick Sarinho

Profa. Dra. Sophie Helena Eickmann

(Luis Henrique Sarmento Tenório - Representante discente - Doutorado)

(Juliene Gomes Brasileiro - Representante discente -Mestrado)

CORPO DOCENTE COLABORADOR

Profa. Dra. Bianca Arruda Manchester de Queiroga

Profa. Dra. Cleide Maria Pontes

Profa. Dra. Daniela Tavares Gontijo

Profa. Dra. Kátia Galeão Brandt

Profa. Dra. Margarida Maria de Castro Antunes

Profa. Dra. Rosalie Barreto Belian

SECRETARIA

Paulo Sergio Oliveira do Nascimento (Secretário)

Juliene Gomes Brasileiro Janaína Lima da Paz

Nathanael Noberto da Silva (Bolsista)

*Às mulheres desta pesquisa, pela
disponibilidade e confiança.*

*Aos meus filhos, Maria Eduarda e
João Pedro, pela oportunidade de
tê-los em minha vida.*

AGRADECIMENTOS

Desenvolver este estudo foi muito mais que cumprir uma formalidade acadêmica: foi a realização de um sonho profissional que começou quando passei no concurso para docente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco. O trabalho foi grande, mas me proporcionou amadurecimento, prazer e satisfação.

Creio que os agradecimentos aqui registrados serão insuficientes perante as inúmeras pessoas envolvidas na realização deste projeto.

A Deus, autor da minha existência e meu bem maior.

À minha mãe, que me deu a base, me serviu de exemplo de ética e dedicação e que sempre me impulsionou no caminho do saber.

*Ao meu pai (**in memoriam**), que apressadamente se foi durante este percurso e não me viu concluir este trabalho. Sua vibração e entusiasmo pelas minhas conquistas foram sentidas a todo momento.*

Aos meus três irmãos, Pedro, José e Paulo, pelo incentivo e orgulho sentido por mim.

Ao meu esposo e companheiro, Mário Duarte, pelo amor e tolerância nos momentos de maior ansiedade e, em especial, aos meus tesouros Maria Eduarda e João Pedro que, mesmo sem perceber, sabiamente me estimularam a finalizar este projeto. Teremos mais tempo juntos agora. Vocês são “o meu coração do lado de fora do peito”.

Ao meu orientador Professor Pedro Israel, que me conduziu com maestria no Doutorado, compartilhando sua experiência, sabedoria e habilidades em todas as etapas do curso e trabalho de campo. Sua notável humildade e esforços para melhoria da saúde do povo brasileiro serão sempre lembrados. Dizer obrigada é pouco diante do que ganhei ao seu lado durante esta caminhada e que não termina aqui. Ganhar o seu ombro amigo para me impulsionar e orientar na minha vida profissional é um privilégio, afinal, só trabalha com o senhor quem erra... assim, estarei constantemente errando para acertar ao seu lado.

Ao meu amigo Paulo Frias, que pega em minha mão desde a graduação, representa um porto seguro onde me restabeleço das dificuldades da produção científica, planejo métodos para vencer os obstáculos e projeto metas mais ambiciosas, com a certeza de sua disponibilidade constante, enorme compreensão e estímulo para avançar mais. Eu não

chegaria aqui sem sua presença, por isso divido esta alegria com você, que continua sendo meu melhor exemplo de profissional na área de saúde. Sua seriedade, compromisso e dedicação em prol da redução da mortalidade infantil é um orgulho para o povo nordestino.

À banca examinadora por todo o cuidado com o trabalho e pelas contribuições para torná-lo cada vez melhor.

Ao Professor Ricardo Ximenes, do qual me aproximei durante as disciplinas do Doutorado e depois na qualificação, pelas valiosas contribuições na construção do projeto e dos artigos.

À Professora Dra. Silvana Caires e sua equipe “padrão-ouro”: Vanessa Teixeira, Fernanda Medeiros, Elisa Almeida, além dos técnicos do Laboratório de Imunologia e Parasitologia do Instituto de Ciências Biológicas da Universidade de Pernambuco, pelo cuidado criterioso nas análises e alimentação do banco.

À minha amiga, Luciana Romaguera, companheira em todas as fases deste estudo. Nosso encontro não foi ao acaso, e assim pudemos dividir momentos de sucesso e de tensão. Sem você, minha caminhada seria solitária e muito mais difícil.

A Sandra Maia pela construção e organização de um grande banco de dados e sua disponibilidade em ajudar sempre.

Aos digitadores Filipe, João e Ygor que participaram da dupla entrada dos dados no banco.

Aos novos amigos do Departamento de Nutrição da UFPE, especialmente a Rosete, pelo acolhimento e torcida.

À minha pupila, Mariana Ramalho, pelo seu comprometimento e amadurecimento durante a segunda fase da pesquisa. Fico orgulhosa em contribuir para seu crescimento profissional. Tenho certeza que um dia, não muito distante, estarei assistindo você neste lugar.

Às entrevistadoras Melissa, Natália, Mariana, Mariane, Ana Letícia, Bruna, Lívia, Frances, Camila, Isabela, Wasty e Laís, que participaram do piloto e do trabalho de campo, realizando entrevistas com as mulheres. A tarefa foi árdua, mas também gratificante, imagino que inúmeras vezes bateu a vontade de desistir, mas vocês persistiram e contribuíram muito

para o desenvolvimento desta pesquisa. Tenham certeza que saíram daqui carregando uma bagagem profissional e de vida reservada a poucos.

Às Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Secretaria Municipal de Saúde do Recife, além dos gestores locais e profissionais de saúde de cada serviço, pelo acolhimento e cooperação.

Às equipes dos laboratórios das maternidades, pela adesão ao processo de trabalho, diminuindo as perdas das amostras. Nosso respeito e gratidão.

Ao Ministério da Saúde, pelo financiamento fornecido à Facepe, por meio do edital PPSUS APQ 0025-13 e ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pelo edital universal/2012.

À Pós-graduação em Saúde da Criança e Adolescente da UFPE, pelo apoio e estímulo durante o curso; à coordenadora Dra. Luciane Soares, aos professores e à equipe administrativa, Paulo, Juliene e Janaína pela paciência e ajuda durante o Doutorado.

Aos amigos que fiz nesta turma do Doutorado: Luciana, Hanne, Lícia, Virgínia, Solange, Aloísia, Mônica, Roseane, por acreditarmos juntas na ciência.

Às companheiras e amigas da área Enfermagem de Saúde Pública: Ilk Nunes, Eliane Vasconcelos, Hulda Vale, Fábria Pottes e Wanderleya Coroliano pelo apoio e estímulo para a conclusão desta etapa.

A todos os colegas do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco, pelo apoio e solidariedade.

Ao grupo ao qual pertenço, consultores estaduais da saúde da criança e aleitamento do Ministério da Saúde, pela rica experiência em se consolidar uma política pela saúde das crianças brasileiras.

À minha amiga, Cristina Sobreira, presente de Deus em minha vida, pela disponibilidade em ajudar na rotina escolar de meus filhos, deixando meu coração imensamente tranquilo por inúmeros momentos em que estive ausente.

Enfim, agradeço muito e de forma especial, às mulheres admitidas nas maternidades que aceitaram participar desta pesquisa.

“O saber a gente aprende com os mestres e os livros. A sabedoria, se aprende com a vida e com os humildes”.

(Cora Coralina)

RESUMO

A sífilis gestacional é uma doença infecciosa, transmitida verticalmente, e está associada a diversos desfechos negativos na gravidez que são evitáveis quando detectada e tratada de forma precoce. As recomendações atuais para o controle da sífilis reforçam a necessidade de priorizar intervenções globais em prevenção, diagnóstico e tratamento oportuno com atenção a grupos populacionais mais expostos. O objetivo desta tese foi estudar os fatores que influenciam a ocorrência e o tratamento para sífilis em mulheres atendidas em sete maternidades públicas do Recife – PE. O documento foi estruturado nos seguintes capítulos: revisão da literatura, método, resultados apresentado sob a forma de dois artigos originais, considerações finais e recomendações. O estudo foi desenvolvido a partir de uma pesquisa mais abrangente, do tipo caso-controle, que recrutou 1.206 mulheres a partir da admissão nas maternidades, conforme local de residência e resultado do exame de VDRL (*Venereal Disease Research Laboratory*). Para cada resultado de VDRL reagente sob qualquer titulação, buscavam-se, na sequência posterior de ordem de admissão, duas com resultados de VDRL não reagentes, durante os anos de 2013/2014. O primeiro artigo analisou os fatores de risco sociodemográficos, comportamentais e de assistência à saúde relacionados à ocorrência de sífilis em mulheres residentes e atendidas em maternidades públicas da cidade do Recife – PE. Utilizou-se um delineamento do tipo caso-controle que considerou o resultado da sorologia ELISA (*Enzyme-Linked Immunosorbent Assay*). A amostra foi constituída de 561 mulheres, das quais 239 eram reagentes (casos) e 322 eram não reagentes (controles) ao ELISA. Os resultados mostraram que os fatores de risco à sífilis gestacional estavam relacionados a menor escolaridade, ausência de acesso ao telefone, religião católica, ocorrência de quatro ou mais gestações, maior número de parceiros sexuais nos últimos doze meses, início do uso de drogas antes dos dezoito anos, assim como à utilização de drogas ilícitas pelo companheiro. Além destes, ao número insuficiente de consultas ao pré-natal e ao relato de história anterior de infecção sexualmente transmissível. O segundo artigo teve como objetivo caracterizar o perfil sociodemográfico, reprodutivo e assistencial segundo a situação do pré-natal, o registro do VDRL e o tratamento para sífilis em mulheres admitidas em maternidades públicas de uma capital do Nordeste do Brasil, entre 2013 e 2014. Trata-se de um estudo transversal, com uma amostra de 1.206 mulheres residentes em Pernambuco nos anos de 2013/2014. Os resultados evidenciaram entraves para o controle da transmissão vertical da sífilis. Do total, 91,3% das mulheres realizaram o pré-natal. O registro do VDRL no cartão de pré-natal estava ausente em 23,9% e destas, a maior parte iniciou o acompanhamento no último trimestre da gestação. O pré-natal não se mostrou efetivo na prevenção e rastreamento da sífilis, uma vez que 34,1% apresentaram-se reagentes ao VDRL na admissão à maternidade. Entre as mulheres não tratadas para sífilis no pré-natal, apenas 57,7% e 46,2% cumpriram as recomendações de iniciar o acompanhamento no primeiro trimestre gestacional e realizar seis ou mais consultas, em contraste com as que receberam tratamento com valores de 70% para as duas situações, respectivamente. A ocorrência da sífilis na gestação está associada ao baixo nível de escolaridade, a piores condições socioeconômicas, a comportamentos de maior vulnerabilidade e acompanhamento pré-natal insatisfatório. Notou-se, também, obstáculos no diagnóstico e tratamento da sífilis durante o pré-natal, tornando ainda mais complexo o controle nessa população.

Palavras-chave: Sífilis. Gestantes. Estudos de Casos e Controles. Fatores de Risco. Transmissão Vertical de Doença Infecciosa. Cuidado Pré-natal.

ABSTRACT

Gestational syphilis is an infectious disease transmitted vertically. It is associated with many negative outcomes during pregnancy, which can be avoided when the disease is detected and treated early. The current recommendations for controlling syphilis reinforce the need of prioritizing global preventive interventions, diagnosis, and timely treatment, paying special attention to more exposed groups. The objective of this thesis was to study the factors that influence the occurrence of syphilis and its treatment in women attending seven public maternity hospitals in Recife – PE. The document was structured into the following chapters: literature review, method, results presented in the form of two original articles, final considerations, and recommendations. The study was developed from a more comprehensive case-control study, which recruited 1,206 women during hospital admission according to their address and Venereal Disease Research Laboratory (VDRL) test. For every woman recruited with a positive VDRL test result regardless of titer, two consecutive women with negative VDRL test results were recruited by order of admission during 2013 and 2014. The first article analyzed the sociodemographic, behavioral, and health care risk factors related to the presence of syphilis in women from Recife/PE attending the city's maternity hospitals. A case-control design took into account the result of the Enzyme-Linked Immunosorbent Assay test. The sample consisted of 561 women, of which 239 were ELISA positive (cases) and 322 were ELISA negative (controls). The results showed that the risk factors for gestational syphilis were related to lower education level, no access to a telephone, being Catholic, occurrence of four or more pregnancies, higher number of sexual partners in the last twelve months, illicit drug use before age 18 years, illicit drug use by partner, inadequate number of prenatal care visits, and a reported history of sexually transmitted diseases. The second article aimed to characterize the sociodemographic, reproductive, and health care profile according to prenatal care adequacy, VDRL records, and treatment for syphilis of women attending public maternity hospitals in a state capital in the Brazilian Northeast between 2013 and 2014. The cross-sectional study included 1,206 women from Pernambuco recruited between 2013 and 2014. The results evidenced obstacles for controlling vertical syphilis transmission. In total, 91.3% of the women received prenatal care. The VDRL test result was not recorded in 23.9% of the prenatal care cards and most of these women began prenatal care during the last trimester of pregnancy. Prenatal care did not effectively prevent and screen syphilis since 34.1% of the women had positive VDRL test result on hospital admission. Among women who did not receive treatment for syphilis during prenatal care, only 57.7% and 46.2% followed the recommendations to begin follow-up during the first trimester of pregnancy and to attend six or more visits. On the other hand, 70% of the women who received treatment began follow-up during the first trimester of pregnancy and attended six or more prenatal care visits. The occurrence of gestational syphilis is associated with low education level, low socioeconomic level, more vulnerable behaviors, and unsatisfactory prenatal care. Obstacles for controlling syphilis in this population were also present.

Keywords: Syphilis. Pregnancy. Case-control studies. Risk factors. Vertical Transmission of Infectious Disease. Prenatal Care.

LISTA DE TABELAS

	Tabela	Título	Páginas
Método da tese	1	Perfil dos estabelecimentos de saúde segundo número de nascidos vivos, tipo de gestão, esfera administrativa, número de leitos e amostra prevista para a pesquisa. Recife, Pernambuco, Brasil, 2013-2014	33
	2	Distribuição das mulheres do estudo segundo maternidades e resultado do VDRL na admissão à maternidade. Recife, Pernambuco, Brasil, 2013-2014	34
Artigo 1	1	Análise bivariada da associação entre características sociodemográficas e sífilis em mulheres atendidas nas maternidades públicas do Recife. Pernambuco, Brasil, 2013-2014	64
	2	Análise bivariada da associação entre características comportamentais e sífilis em mulheres atendidas nas maternidades públicas do Recife. Pernambuco, Brasil, 2013-2014	65
	3	Análise bivariada da associação entre características assistenciais e sífilis em mulheres atendidas nas maternidades públicas do Recife. Pernambuco, Brasil, 2013-2014	67
	4	Análise multivariada da associação entre características sociodemográficas, comportamentais, assistenciais e sífilis em mulheres atendidas nas maternidades públicas do Recife. Pernambuco, Brasil, 2013-2014	68
Artigo 2	1	Características demográficas, sociais e reprodutivas das mulheres, segundo à assistência pré-natal na admissão à maternidade. Pernambuco, Brasil, 2013-2014	81
	2	Características demográficas e da assistência em mulheres que realizaram o pré-natal, segundo o registro do VDRL no cartão /prontuário. Pernambuco, Brasil, 2013-2014	82

LISTA DE QUADROS

	Quadro	Título	Páginas
Método da tese	1	Seções do instrumento, conteúdo, técnicas de coleta e respondentes na pesquisa	35
Método do estudo 1	2	Classificação das variáveis independentes, segundo o conceito e a disponibilidade da informação	43

LISTA DE FIGURAS

	Figura	Título	Páginas
Método do estudo 1	1	Fluxograma do estudo 1	41
	2	Modelo dos possíveis fatores de risco para sífilis gestacional	45
Artigo 1	1	Fluxograma de recrutamento das participantes	63
Artigo 2	1	Manejo de casos em mulheres que realizaram tratamento para sífilis durante o pré-natal. Pernambuco, Brasil, 2013-2014	82
	2	Trajetória assistencial em mulheres que não realizaram tratamento para sífilis durante o pré-natal. Pernambuco, Brasil, 2013-2014	83

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

Abep	- Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
APS	- Atenção Primária em Saúde
APN	- Atenção Pré-Natal
CCS	- Centro de Ciências da Saúde
CEP	- Comitê de Ética em Pesquisa
Cisam	- Centro Integrado de Saúde Amaury Medeiros
CNES	- Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNPq	- Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
Coap	- Contrato Organizativo de Ação Pública
Daly	- Anos de Vida Perdidos Ajustados por Incapacidade
ELISA	- Enzyme-Linked Immunosorbent Assay
Facepe	- Fundação de Amparo à Ciência e Tecnologia do Estado de Pernambuco
FTA-Abs	- Fluorescent treponemal antibody absorption
HAM	- Hospital Agmenon Magalhães
HBL	- Hospital Barão de Lucena
HC	- Hospital das Clínicas
HIV	- Human Immunodeficiency Virus
ICB	- Instituto de Ciências Biológicas e Parasitologia
Imip	- Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira
IST	- Infecção Sexualmente Transmissível
LES	- Lúpus Eritematoso Sistêmico
MS	- Ministério da Saúde
NV	- Nascido Vivo
ODM	- Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
OMS	- Organização Mundial da Saúde
OPAS	- Organização Pan-Americana de Saúde
OR	- Odds Ratio
PHPN	- Programa de Humanização no Pré-Natal
Ppsus	- Programa de Pesquisa para o Sistema Único de Saúde
RC	- Rede Cegonha
RPR	- Rapid Plasma Reagin
SAF	- Síndrome do Anticorpo Fosfolipídio
Sinan	- Sistema de Informação de Agravos de Notificação
Sisnep	- Sistema Nacional de Ética em Pesquisas
SC	- Sífilis Congênita
SUS	- Sistema Único de Saúde
TCLE	- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TPHA	- Treponema Pallidum Haemagglutination
Unicef	- Fundo das Nações Unidas para a Infância
UF	- Unidade da Federação
UFPE	- Universidade Federal de Pernambuco
UPE	- Universidade de Pernambuco
VDRL	- Venereal Disease Research Laboratory

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO	15
2	REVISÃO DA LITERATURA	20
2.1	Sífilis aspectos conceituais, epidemiológicos e diretrizes das políticas de saúde	21
2.2	Fatores de risco para sífilis gestacional	25
2.2.1	Sociodemográficos	25
2.2.2	Comportamentais	27
2.2.3	Assistenciais	29
3	MÉTODO	31
3.1	Aspectos gerais	32
3.1.2	Instrumento de coleta de dados	35
3.1.3	Coleta, transporte, armazenamento das amostras e teste ELISA	36
3.1.4	Operacionalização	36
3.1.5	Processamento e armazenamento dos dados	37
3.1.6	Aspectos éticos	38
3.1.7	Financiamento	38
3.2	Estudo 1	39
3.2.1	Desenho e população do estudo	39
3.2.2	Critérios de inclusão e exclusão	39
3.2.3	Cálculo do tamanho da amostra	39
3.2.4	Recrutamento das mulheres nas maternidade e definição de casos e controles	40
3.2.4.1	Recrutamento das mulheres	40
3.2.4.2	Casos	40
3.2.4.3	Controles	40
3.2.5	Variáveis do estudo	41
3.2.5.1	Dependente	41
3.2.5.2	Independentes	42
3.2.6	Análise dos dados	45
3.2.7	Limitações metodológicas	46
3.3	Estudo 2	47
3.3.1	Desenho e população do estudo	47
3.3.2	Critérios de inclusão e exclusão	47
3.3.3	Desenvolvimento do estudo	47
3.3.4	Análise dos dados	48
3.3.5	Limitações metodológicas	49
4	RESULTADOS	50
4.1	Artigo Original 1 – Fatores de risco para sífilis em mulheres na cidade do Recife – PE: um estudo caso-controle	51
4.2	Artigo Original 2 - Sífilis na gestação: entraves no controle da transmissão vertical na assistência pré-natal em um estado do Nordeste brasileiro	69
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS e RECOMENDAÇÕES	85
5.1	Considerações finais	86

5.2	Recomendações	88
	REFERÊNCIAS	90
	APÊNDICES	106
	APÊNDICE A- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e Participação da Pessoa como Sujeito	107
	APÊNDICE B- Instrumento utilizado no estudo	110
	ANEXOS	123
	ANEXO A- Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa	124
	ANEXO B - Normas para publicação na Revista de Saúde Pública	128
	ANEXO C - Normas para publicação na Revista Cadernos de Saúde Pública	133

No Brasil, desde a década de 80, a assistência integral à saúde da mulher vem se consolidando como uma das prioridades das políticas de saúde. As políticas voltadas à assistência obstétrica e neonatal visam minimizar os desfechos negativos. Entre os agravos, a sífilis congênita constitui uma importante causa potencialmente evitável de óbito fetal e de outros resultados perinatais adversos, ocorrendo, principalmente, nas regiões menos desenvolvidas do mundo (NASCIMENTO et al., 2012).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima aproximadamente 2 milhões de casos de sífilis por ano entre as gestantes, em todo o mundo, o que a configura como um grave problema de saúde pública. Grande parcela dos casos ocorre em países de baixa renda, porém há uma preocupação recente pelo ressurgimento em nações desenvolvidas, afetando de forma prevalente mulheres em idade reprodutiva e outros grupos populacionais (ARSENEN et al., 2015; BRADLEY et al., 2014).

Por possuir uma estreita relação com as condições socioeconômicas, a sífilis distribui-se de forma desigual no mundo. No Brasil, em 2004, estudo multicêntrico investigando parturientes detectou uma prevalência de 1,6%, com uma estimativa de 50 mil gestantes infectadas e 12 mil nascidos vivos com a doença. Nas macrorregiões, oscilou entre 1,3%, no Centro-Oeste, e 1,9% no Nordeste (MELO; MELO FILHO; FERREIRA, 2011). Em 2011, o número de casos esperados de gestantes com sífilis, considerando todos os estados brasileiros, foi de 28,5 mil. Entretanto, o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) registrou 14.386 casos, ou seja, apenas 50,4% dos esperados. No que se refere às regiões, a Sul apresentou o maior percentual dos casos notificados em relação ao esperado (73,6%), enquanto o Nordeste exibiu o menor percentual (31,7%) e maior número de casos estimados (BRASIL, 2014a).

Em 2010, a Organização Pan-Americana de Saúde (Opas) e o Fundo das Nações Unidas para Infância (Unicef) lançaram estratégias para a eliminação da transmissão vertical da sífilis e do HIV na América Latina e Caribe, com metas até o ano de 2015. Entre os objetivos a serem alcançados, a redução da incidência da sífilis congênita para 0,5 caso por 1.000 nascidos vivos ou menos (BRASIL, 2015). Em 2013, essas estratégias foram incluídas entre os indicadores de saúde pactuados na Comissão Intergestores Tripartite, sob a Resolução nº 5, de 19 de junho, com o objetivo de fortalecer o Sistema Único de Saúde (SUS) e o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (Coap). Essas pactuações não foram alcançadas, observando-se uma tendência atual de aumento dos casos, mesmo considerando que o tratamento continua sensível à penicilina e que seu custo e efetividade são

inquestionáveis. Além disso, a presença da sífilis gestacional e congênita é um marcador de falha do sistema de saúde pública, em especial, da assistência pré-natal.

O interesse em trabalhar esta temática surgiu durante o Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). O estudo resultou na publicação, em 2009, do artigo “*Avaliação das ações de prevenção da transmissão vertical do HIV e sífilis em maternidades públicas de quatro municípios do Nordeste brasileiro*”. Entre as duas doenças abordadas, a sífilis é a que apresenta o perfil mais preocupante, frente aos avanços da medicina e pelo fato de ainda continuar registrando casos novos e persistentes. Nos municípios estudados, a subnotificação dos casos foi comum. Chamaram a atenção os diferentes graus de implantação das ações recomendadas nos manuais do Ministério da Saúde (MS) para a intervenção e manejo dos casos da sífilis. Entre os achados foram registrados: dificuldade na realização do teste rápido, não realização do tratamento imediato com penicilina benzatina, ausência de medicamentos nas maternidades, puérperas reagentes não tratadas, em alta hospitalar, falta de orientações sobre o tratamento dos parceiros, evidenciando, assim, que muitas oportunidades foram perdidas.

Em 2011, após ser aprovada na seleção do Doutorado do Programa de Pós-graduação em Saúde da Criança e do Adolescente, concretizou-se a motivação em continuar estudando nesta linha de pesquisa.

O encontro com alguns referenciais teóricos mostrou-me uma rede de causalidade insuficientemente explorada. Referenciais que, não obstante descortinarem múltiplas possibilidades de hipóteses e análises, isoladamente não são capazes de dar conta da complexidade envolvida no fenômeno. De início, foi realizada uma reflexão sobre as possibilidades de uso do referencial teórico de vulnerabilidade para o estudo da sífilis gestacional. O objetivo foi expressar a síntese de elementos novos e antigos que contribuem na persistência da infecção na população.

A pesquisa original deste estudo foi “*Sífilis gestacional e congênita: avaliação da vulnerabilidade e validação da nova proposta do Ministério da Saúde para triagem e diagnóstico em gestantes*”, desenvolvida em parceria com o Programa de Pós-graduação em Medicina Tropical da UFPE, sendo selecionada para apoio financeiro pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), em resposta ao edital Universal - 2012 e pela Fundação de Amparo à Ciência e Tecnologia do Estado de Pernambuco (Facepe), por meio do edital Programa de Pesquisa para o SUS: Gestão Compartilhada em Saúde – PPSUS-2013.

A teoria da vulnerabilidade contribuiu para a construção do instrumento norteador da pesquisa, mas a aplicabilidade metodológica em si nos guiava para estudos com enfoque qualitativo. Dessa forma, não foi possível seguir a metodologia inicial. Contudo, o modelo de análise resultou numa proposta que privilegiou os possíveis fatores de risco sociodemográficos, comportamentais e de assistência à saúde. Assim sendo, duas indagações se fizeram presentes neste estudo: 1) Quais os fatores de risco (sociodemográficos, comportamentais e de assistência à saúde no pré-natal e maternidade) associados à ocorrência da sífilis em mulheres na cidade do Recife-PE? 2) Quais os fatores que interferem na efetividade para o controle da transmissão vertical da sífilis durante o acompanhamento pré-natal, em mulheres no Estado de Pernambuco?

Entre os objetivos, o geral, compreendeu estudar os fatores que influenciam a ocorrência e o tratamento para sífilis em mulheres atendidas em maternidades públicas do Recife-PE. Os específicos incluíram: determinar os fatores de risco para sífilis entre as mulheres residentes e atendidas em maternidades públicas da cidade do Recife-PE; caracterizar o perfil sociodemográfico, reprodutivo e assistencial segundo a situação do pré-natal, diagnóstico e tratamento para sífilis em mulheres admitidas em maternidades públicas do Recife - PE.

A presente tese, sob o título de *“Sífilis gestacional: fatores de risco sociodemográficos, comportamentais e assistenciais”*, é composta por um capítulo de revisão da literatura, direcionado aos aspectos epidemiológicos da sífilis no mundo, no Brasil e em Pernambuco, com especial atenção aos programas e planos nacionais lançados para o enfretamento da infecção. Buscou-se elencar os fatores de risco da sífilis gestacional, compreendendo os sociodemográficos, comportamentais e os assistenciais. O segundo capítulo consta do método, com descrições detalhadas para permitir ao leitor reproduzir e analisar a pesquisa com mais precisão.

Os resultados são apresentados sob a forma de dois artigos originais. O primeiro, intitulado: *“Fatores de risco para sífilis em mulheres na cidade do Recife-PE: um estudo caso-controle”*, será submetido, para publicação, à Revista de Saúde Pública. Esse artigo tem como objetivo determinar os fatores de risco associados à sífilis em mulheres residentes e atendidas em maternidades públicas da cidade do Recife, Pernambuco, Brasil, nos anos de 2013/2014. O segundo artigo, *“Sífilis na gestação: entraves no controle da transmissão vertical na assistência pré-natal em um estado do Nordeste brasileiro”*, buscou caracterizar o perfil sociodemográfico, reprodutivo e assistencial segundo a situação do pré-natal,

diagnóstico e tratamento para sífilis em mulheres admitidas em maternidades públicas do Recife – PE. Este artigo será submetido, para publicação, à Revista Cadernos de Saúde Pública.

Por último, são apresentadas as considerações finais e as recomendações, as implicações para as políticas públicas de saúde, além de contribuições para o fortalecimento da rede de atenção assistencial às mulheres.

Este capítulo aborda os principais aspectos conceituais e epidemiológicos da sífilis entre as mulheres, no mundo, no Brasil e em Pernambuco, com especial atenção aos programas e planos nacionais de cuidados de saúde para o enfrentamento da infecção. Além disso, buscou-se elencar os principais fatores de risco relacionados à ocorrência da sífilis gestacional, compreendendo os sociodemográficos, comportamentais e os relacionados à assistência à saúde.

2.1 Sífilis aspectos conceituais, epidemiológicos e diretrizes das políticas de saúde

A sífilis é uma doença infecciosa e sistêmica, causada pela bactéria *Treponema pallidum*. A infecção pode ser classificada como congênita ou adquirida. A forma adquirida pode ser classificada em recente (primária e secundária) e tardia (secundária). O quadro clínico, o diagnóstico e o tratamento da sífilis na gestação não divergem do período não gestacional. No entanto, os fatores para a transmissibilidade e que contribuem para a persistência da infecção na população estão relacionados aos aspectos sociais, biológicos, culturais e comportamentais (LIMA et al., 2014; PINTO et al., 2014).

A disponibilidade de testes laboratoriais de qualidade é condição indispensável para a identificação e o tratamento das gestantes infectadas, diante do fato de que a maioria não apresenta sinais e sintomas (GEUSAU et al., 2005; BENZAKEN, 2009).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2011) recomenda o emprego de metodologias não treponêmicas e treponêmicas para a confirmação diagnóstica sorológica da sífilis na gestação. O VDRL (*Venereal Disease Research Laboratory*) e o RPR (*Rapid Plasma Reagin*) são classificados como não treponêmicos, quantitativos, de baixo custo, tornam-se reagentes entre a segunda e quarta semanas após o aparecimento do cancro de inoculação e apresentam títulos mais elevados nas formas secundárias, recente e tardia, porém, podem apresentar resultados falso-positivo. Esses testes são utilizados na triagem e acompanhamento pós-tratamento. Os testes treponêmicos, como o FTA-Abs (*Fluorescent Treponemal Antibody Absorption*), o TPHA (*Treponema Pallidum Hemagglutination Test*) e o teste imunoenzimático (ELISA) são qualitativos, apresentam alta sensibilidade e especificidade, empregam o antígeno do *Treponema pallidum*, sendo indicados para confirmar o diagnóstico (LARSEN; STEINER; RUDOLF, 1995; NADAL e FRAMIL, 2007; BINNICKER et al., 2012).

Com o objetivo de ampliar o acesso ao diagnóstico precoce da sífilis, o Governo Federal do Brasil emitiu a Portaria N^o 3.242, de 30 de dezembro de 2011, que dispõe sobre o

fluxograma laboratorial da sífilis e inclui a utilização dos testes rápidos para triagem em situações especiais. O teste rápido tem metodologia treponêmica e pode ser utilizado em gestantes no âmbito da atenção básica, principalmente em locais sem infraestrutura laboratorial.

Uma vez que a gestante é diagnosticada com sífilis, o tratamento preconizado é a penicilina benzatina, sendo o único fármaco capaz de prevenir a transmissão vertical desde a sua descoberta, nos anos 1950. Seu custo e efetividade são inquestionáveis; assim, o tratamento com qualquer medicamento que não seja a penicilina benzatina é considerado inadequado. Outras situações também se incluem nesta condição, tais como: tratamento incompleto, mesmo que tenha utilizado penicilina; tratamento inadequado para a fase da infecção e o instituído no prazo de até trinta dias antes do parto, além do parceiro não tratado ou tratado inadequadamente (GRUMACH et al., 2007; TAYRA et al., 2007; WOH, 2012).

Entre as doenças transmitidas durante o ciclo gravídico-puerperal, a sífilis apresenta-se com elevadas taxas de transmissão, podendo ocorrer em qualquer fase da gestação. Isso reforça sua permanência como um problema de saúde pública global, sendo estimado, pela OMS, que mais de 2 milhões de gestantes, mundialmente, são infectadas a cada ano. Do total de casos, 25% ocorrem na América Latina e Caribe, onde a prevalência da forma gestacional é de 3,9%, acima da média mundial, de 1,8% (LOUREIRO 2009; OPAS, 2010). Em muitas regiões do planeta, fundamentalmente nos países em desenvolvimento, a sífilis é uma das infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) de maior magnitude e transcendência, sendo importante causa de mortalidade perinatal (BENZAKEN, 2009).

Na África e Ásia, a sífilis gestacional continua endêmica e de incidência elevada (NEWMAN et al., 2013). Em países desenvolvidos, como os Estados Unidos da América, a França, a Inglaterra, a Alemanha, a China e o Canadá, desde os anos 2000 observa-se o aumento da forma adquirida, principalmente entre homens que fazem sexo com homens, usuários de drogas, praticantes de atividade sexual desprotegida e coinfectados pelo HIV (MAGALHÃES et al., 2011; CAMERON e LUKEHART, 2014).

Alguns estudos têm mostrado a associação da sífilis gestacional com a maior frequência de desfechos negativos na gestante e na criança. Recente meta-análise revelou que a perda fetal ou óbito fetal, prematuridade e baixo peso ao nascer apresentaram taxas significativamente maiores nas mulheres com sífilis do que nas que não são portadoras da infecção (GOMEZ et al., 2013). A sífilis congênita desencadeia sequelas físicas, sensoriais ou do desenvolvimento, com danos irreparáveis para toda a vida (WOLFF et al., 2009; HAMKES et al., 2013).

Outros agravantes impedem a eliminação da doença no mundo, tais como: o subdiagnóstico, a baixa alocação de recursos, a falta de acesso à prevenção e a serviços de saúde resolutivos, além do estigma e discriminação que afetam as pessoas. Ressalta-se que a sífilis é um marcador de sexo desprotegido e pode potencializar a transmissão do HIV, como demonstrado por Kahn et al. (2014).

No Brasil, a prevalência de sífilis em gestantes é monitorada por meio de estudos transversais em parturientes com representatividade nacional e regional. O último estudo entre parturientes, realizado em 2010-2011, com uma amostra de 36 mil participantes, distribuídas entre as cinco macrorregiões brasileiras, estimou a prevalência de sífilis gestacional de 0,85%. Para as regiões, a prevalência foi: 1,20% (Centro-Oeste), 1,14% (Nordeste), 1,05% (Norte), 0,73% (Sudeste) e 0,48% (Sul) (BRASIL, 2015).

Em 2013, incluindo todos os estados da Federação, foram registrados, no Sinan, 21.382 casos de sífilis gestacional, com taxa de detecção de 7,4 por 1.000 nascidos vivos (NVs) e taxa de incidência de sífilis congênita de 4,7 por 1.000 NVs (BRASIL, 2015). Observa-se melhoria da notificação dos casos na gestação comparados a anos epidemiológicos anteriores, entretanto, uma grande parte continua sendo identificada tardiamente.

Em Pernambuco, no mesmo período, a taxa de incidência de sífilis congênita foi de 6,6 por 1.000 NVs, enquanto a taxa de detecção de sífilis gestacional foi de 4,6 por 1.000 NVs. Cabe ressaltar que vários municípios do Estado mantêm-se silenciosos em relação aos possíveis casos da forma gestacional durante anos epidemiológicos consecutivos (PERNAMBUCO, 2014).

Silva (2011), investigando a utilidade e sensibilidade das fontes de informação disponíveis para sífilis em gestantes residentes na cidade do Recife, em 2009, identificou a taxa de incidência de sífilis gestacional de 9,4 por 1.000 NVs e subnotificação de 73% dos casos.

Macêdo et al. (2009), ao avaliarem quatro maternidades do interior de Pernambuco, cadastradas para realizar ações do Projeto Nascer de redução da transmissão vertical do HIV e sífilis, observaram lacunas importantes no modelo assistencial proposto, associado ao cumprimento insuficiente das normas e diretrizes do MS. Gestantes identificadas com sífilis

não receberam orientação sobre o tratamento do parceiro, contribuindo para que o tratamento fosse ineficaz.

Os registros descritos anteriormente, põem em evidência que a sífilis gestacional necessita de estratégias de prevenção e controle, a fim de evitar os casos de sífilis congênita. Apesar de integrar a lista de notificação compulsória nacional desde 2005 e, mais recentemente, ter sido incluída a sífilis adquirida, conforme Portaria de nº 1.271 de 6 de junho de 2014, conforme o perfil nacional sua distribuição não é uniforme (BRASIL, 2015).

O Brasil é signatário do “Plano de Ação para Eliminação da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis” da Opas e Unicef, que estabeleceram metas até o ano 2015. Para a sífilis congênita, foram incluídas: taxa de incidência de 0,5 casos por 1.000 NV e cobertura de tratamento com penicilina em gestantes com sífilis maior ou igual a 95% (BRASIL, 2014d).

Em 2011, visando intensificar as ações de Redução da Mortalidade Materna e Infantil, o Governo Federal, lançou a estratégia “Rede Cegonha”. Uma das ações é a incorporação do teste rápido para sífilis na atenção primária em saúde (BRASIL, 2014d). No ano de 2014, a Opas instituiu o Comitê Regional para Validação da Eliminação da Transmissão Materno-Infantil de HIV e Sífilis, que certificará os países que alcançarem as metas propostas (BRASIL, 2015).

Pactos internacionais e estratégias nacionais têm sido empregados para melhorar a condição de saúde das mulheres. Destaca-se, o documento “Declaração do Milênio” que estabeleceu os “Objetivos de Desenvolvimento do Milênio” (ODM) que devem ser alcançados até o ano de 2015. Cada objetivo possui metas específicas, dois estão relacionados ao tema em estudo: a Redução da Mortalidade Infantil e Melhora da Saúde Materna, quarta e quinta meta, respectivamente (SOUZA, 2011).

Nesse contexto, têm sido observadas dificuldades para o alcance dessas metas pactuadas. Para contornar esses obstáculos, ações que aumentem a visibilidade da doença, bem como formas de evitar sua ocorrência, têm sido propostas através da atenção perinatal de qualidade e saúde reprodutiva, propostas estas a serem implementadas de forma mais imediata em todas as regiões do país (SARACENI, 2005; TAYRA et al., 2007).

Avançar no controle da sífilis gestacional é um desafio atual e obrigação permanente na saúde pública. Sua distribuição não é uniforme e sofre influência de desigualdades socioeconômicas e geográficas que originam as iniquidades na acessibilidade e na qualidade

da prestação dos serviços de saúde (BENZAKEN, 2009). Embora não seja uma doença restrita às camadas menos favorecidas, resultados de estudos (RODRIGUES; GUIMARÃES, 2004; MELO; MELO FILHO; FERREIRA, 2011; HILDEBRAND, 2014) sinalizam que a baixa escolaridade e renda podem ser fatores importantes para a persistência da infecção na população.

2.2 Fatores de risco para sífilis gestacional

2.2.1 Sociodemográficos

As desigualdades sociais em saúde constituem um dos temas centrais em debate no campo da saúde coletiva, assim como a identificação das principais intervenções que devem ser feitas para alcançar melhores níveis de saúde, educação e desenvolvimento social (SUCUPIRA et al., 2014).

A saúde reprodutiva das mulheres é influenciada por uma interação de fatores, entre os quais os sociodemográficos, que determinam maior situação de vulnerabilidade às camadas sociais desfavorecidas, contribuindo significativamente para a falta de conhecimento do próprio corpo e para o uso inadequado dos métodos contraceptivos, interferindo na tomada de decisões. As escolhas reprodutivas podem ocorrer de modo diferente entre as mulheres, havendo maiores desigualdades entre as de menor escolaridade, as negras e as residentes em regiões mais pobres do país (BRASIL, 2009).

Desse modo, os fatores sociodemográficos influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população, gerando desigualdades na saúde ou iniquidades. No tocante à saúde das mulheres, desempenham um papel importante no desfecho da gravidez indesejada ou não planejada o aborto e a ocorrência de infecções sexualmente transmissíveis, como HIV e sífilis (SANTOS, 2010; HOLANDA et al., 2011).

A sífilis guarda uma estreita relação com os fatores sociodemográficos e distribui-se de modo desigual no mundo. Melo, Melo Filho e Ferreira (2011), estudando os diferenciais intraurbanos de sífilis congênita no Recife, observaram maior risco entre as mulheres com menor escolaridade, menor número de consultas ao pré-natal e em crianças nascidas de mães pretas ou pardas.

Estudos realizados no Brasil e em outros países, como os Estados Unidos e a Bolívia, apontam para a importância das características socioeconômicas e raciais, como a renda

familiar *per capita*, escolaridade e raça negra como fatores de risco para a ocorrência de sífilis congênita, após ajuste entre as variáveis de acesso à atenção pré-natal. Nessa perspectiva, recomendam o uso de mecanismos adicionais, independentes da atenção pré-natal, pelos quais as desigualdades sociais possam ser consideradas. Como um exemplo, a insuficiência de recursos financeiros para transporte até os laboratórios e unidades de saúde; a falta de suporte social, em especial do parceiro; e as práticas sexuais inseguras, que aumentam o risco de infecções recorrentes pelo *Treponema pallidum* (LIMA et al., 2013).

Os indicadores de saúde materna são considerados muito sensíveis às desigualdades sociais, refletindo condições diferenciadas de vida e de acesso a recursos. No Brasil, a maior parte das mortes e morbidades maternas é devida a causas consideradas evitáveis (XAVIER et al., 2013).

A escolaridade é um sensível indicador socioeconômico, relacionado ao acesso à assistência pré-natal. Pesquisa realizada sobre indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil (2009) revelou que, entre as mulheres que não possuíam “nenhuma instrução”, foi encontrada maior proporção de NVs cuja gestação não teve qualquer consulta pré-natal. Dentre as mães mais escolarizadas, com 12 anos ou mais de estudo, está a maior percentagem de NVs cuja gestação teve o acompanhamento realizado por sete ou mais consultas pré-natal. A educação se revela um fator fundamental na percepção da importância da assistência à saúde materno-infantil (IBGE, 2009).

A não realização do pré-natal, assim como a sífilis congênita, têm sido associadas a resultados adversos da gestação e parto entre mães e recém-nascidos, morte neonatal e prematuridade. Em relação à sífilis gestacional, a maior prevalência é entre mulheres de baixa condição socioeconômica, com antecedentes obstétricos de risco e pior acesso a serviços de saúde, indicando maior vulnerabilidade social e reprodutiva (DOMINGUES et al., 2013b; ROSA et al., 2014).

Outro indicador que afere desigualdades sociodemográficas é a raça. Conforme pesquisa realizada no Rio de Janeiro, com 9.633 puérperas, na qual se identificou situação desfavorável das mulheres pretas e pardas em relação às brancas. Foi mais frequente ocorrer, no grupo de mulheres negras, agressão física, tentativa de interrupção da gravidez e peregrinação em busca de atenção médica (LEAL; GAMA; CUNHA, 2005).

Recente pesquisa avaliativa sobre a assistência pré-natal segundo parâmetros do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) e da Rede Cegonha (RC), em uma microrregião do Espírito Santo, constatou que as mulheres com menor renda e residentes na zona rural foram as que receberam a pior assistência pré-natal, evidenciando que, dentro da

política universal, os gestores e os profissionais das unidades de saúde não conseguiram focalizar a atenção pré-natal nas mulheres que mais precisam de cuidados e orientação e oferecer-lhes um atendimento diferenciado que realmente as fizessem se comprometer com o acompanhamento de sua saúde e de seu feto durante todo o período gestacional (MARTINELLI et al., 2014).

As intervenções sociais e demográficas são as menos passíveis de modificação. Os riscos reprodutivos são influenciados por questões que ultrapassam o âmbito biomédico. As instituições de saúde devem transpor esse limite e desenvolver abordagens que contribuam mais significativamente na diminuição dos efeitos das grandes desigualdades sociais e de saúde existentes (KASSAR, 2010; XAVIER et al., 2013).

2.2.2 Comportamentais

Segundo estimativas da OMS (2013), mais de um milhão de pessoas adquirem uma IST diariamente, constituindo a segunda maior causa de morbidade em mulheres jovens adultas, depois das causas relacionadas ao ciclo gravídico-puerperal, nos países em desenvolvimento (LUPPI et al., 2011; BRASIL, 2015).

As mulheres representam 50% dos casos em todo o mundo e um dos principais fatores atribuídos à elevada magnitude no sexo feminino é o fato de que muitas infecções não apresentam sintomas. Outra questão que deve ser considerada é que as mulheres frequentemente experimentam diferentes constrangimentos para o exercício da sua sexualidade, o que lhes dificulta incorporar práticas de proteção, e os serviços de atenção à saúde nem sempre estão aptos para lidar com essa questão (VILLELA, 2010).

Mesmo diante do cenário desfavorável, as políticas públicas voltadas para as ISTs e a prevenção da transmissão vertical só voltaram a readquirir importância após a epidemia da Aids, devido a estudos que mostraram que ocorrência das ISTs eleva o risco em até 18 vezes para o HIV (KUPEK; OLIVEIRA, 2012). E, ainda assim, por lidarem com questões ligadas à sexualidade, tendem a ser encobertas, tornando-se invisíveis (SARACENI et al., 2005).

A sífilis é uma ISTs classificada como curável, porém considerada como marcador de sexo desprotegido e fator de risco para transmissão do HIV. Este fato foi verificado em estudo com população em situação de rua em São Paulo, onde ter tido diagnóstico de sífilis foi um significativo preditor para a infecção pelo HIV (PINTO et al., 2014).

A gravidez na adolescência, o uso de drogas ilícitas pela mulher gestante ou seu parceiro (crack/cocaína), a ausência de parceiro sexual fixo e ou a existência de múltiplos parceiros, menor escolaridade e nível socioeconômico, multiparidade, acesso limitado aos serviços de saúde e presença de outras ISTs constituem fatores e comportamentos de risco interligados ao processo de transmissão. Por outro lado, o hábito de usar regularmente preservativos é evidenciado como fator de proteção para infecções sexuais (SILVEIRA, 2002; CASAL, 2011).

Estariam, ainda, envolvidos nesse processo, a iniciação sexual precoce, uso de bebidas alcoólicas e de drogas lícitas, pois esses comportamentos aditivos, geralmente determinam outros, e tornam-se comportamentos interligados (HUGO et al., 2011).

Cruzeiro et al. (2010) observaram associação significativa entre o uso de álcool no mês antes da última relação sexual e o uso de cigarro com o aumento do número de parceiros sexuais entre os jovens de quinze a dezoito anos. Além disso, encontraram maior tendência para comportamento de risco, devido ao baixo poder de negociação em relação ao uso de preservativo, associado à dependência econômica.

As ISTs ocupam um importante espaço no desenvolvimento de patologias no ciclo gravídico-puerperal e na transmissão vertical. Em gestantes, a sífilis é a infecção sexual de maior incidência e pode ser transmitida para o feto (transmissão vertical), com mais frequência intraútero (com taxa de transmissão de até 80%), apesar de também ser possível sua ocorrência na passagem do feto pelo canal do parto (MARTINS et al., 2004; BRASIL, 2015).

Geralmente, é no período gestacional que até mesmo as mulheres com maior dificuldade de acesso a serviços de saúde procuram, em sua maioria, um local para seu cuidado, buscando minimizar desfechos negativos na gravidez e no parto. Durante as consultas pré-natais o profissional de saúde deve esclarecer sobre os riscos de contrair ISTs. Esta orientação proporciona interesse na sua realização, sobretudo quando enfatiza o risco da infecção para o bebê (SILVA, 2010; LEAL et al., 2015).

2.2.3 Assistenciais

A assistência pré-natal (APN), ao lado da assistência ao parto e ao puerpério, é um dos pilares do cuidado à saúde das mulheres e crianças. A relevância desta intervenção para a redução da morbi-mortalidade materna e neonatal já se encontra estabelecida, tendo sido demonstrada por vários estudos nacionais e internacionais. Segundo recomendações do MS, durante o acompanhamento devem ser incorporadas condutas acolhedoras; desenvolvimento de ações educativas e preventivas, sem intervenções desnecessárias; detecção precoce de patologias e situações de risco gestacional; além do estabelecimento de vínculo com o local do parto e acessibilidade a serviços de saúde de qualidade, desde o atendimento ambulatorial básico ao atendimento hospitalar de alto risco (LIMA, 2008; VIELLAS et al., 2014).

Atualmente, no Brasil, cerca de 99% das mulheres passam por, pelo menos, uma consulta de pré-natal antes do parto e 90% por, pelo menos, quatro consultas. Esse cenário deveria favorecer baixos níveis de mortalidade materna, entretanto, o país apresenta elevado coeficiente de mortalidade materna e sem redução, na última década. Destaca-se que aproximadamente três quartos dos eventos são associados a causas obstétricas diretas e evitáveis. Além disso, a persistência da sífilis congênita sugere deficiências qualitativas importantes na atenção pré-natal (SOUZA, 2011; FONSECA et al., 2014).

O acompanhamento pré-natal tem efeito protetor sobre a saúde da gestante e da criança. Entretanto, a utilização dos serviços de cuidado é influenciada por fatores individuais e sociodemográficos. Em diferentes países tem sido evidenciado que mulheres com maior nível de escolaridade realizam maior número de consultas pré-natais. Por outro lado, mulheres mais pobres, social e economicamente desfavorecidas, são menos propensas a completar o número mínimo de consultas (NAÇÕES UNIDAS, 2011; OSORIO et al., 2014).

O número de consultas por si só, não é garantia de qualidade, contudo, pode significar maior oportunidade de cuidados preventivos e de promoção de saúde, especialmente em gestações de maior risco, com maiores chances de desfechos perinatais negativos. A discussão atual e mais relevante é sobre a qualidade das consultas e o contato com os serviços para a realização de cuidados efetivos em saúde (CAMPOS et al., 2010; DOMINGUES et al., 2012; ARAÚJO et al., 2012).

O MS recomenda que o número de consultas seja igual ou superior a seis, com início do acompanhamento até 12^a semana de gestação, o que permite maior acesso a métodos diagnósticos e terapêuticos para diversas formas de patologias, com repercussões para o feto, tais como a sífilis e HIV (ARAÚJO et al., 2008; BRASIL, 2012).

Outro aspecto que assegura maior qualidade ao pré-natal é a realização dos exames sorológicos. Carvalho e Araújo (2007), ao investigarem a assistência pré-natal entre usuárias de serviços públicos (SUS) na cidade do Recife, observaram dificuldade na realização ou na obtenção dos resultados. Estudo recente investigou a adequação dessa assistência no Brasil e verificou que a realização do segundo exame sorológico de sífilis no pré-natal não alcançou 50% das gestantes a termo (DOMINGUES et al., 2015).

Ainda mais preocupante é o fato de que, no Brasil, a sífilis durante a gestação é observada em uma proporção significativa de mulheres que receberam assistência pré-natal e com o número de consultas preconizado pelo MS. Além disso, a falta de tratamento do parceiro é um entrave frequente (LORENZI; MADI, 2001; COIMBRA et al 2003).

Há evidências de que oportunidades estão sendo perdidas, por diferentes motivos, nos exames de triagem, diagnóstico, tratamento, por desconhecimento ou negligência do profissional de saúde em realizar o manejo do caso. Estes resultados evidenciam falhas na organização e agilidade do serviço de saúde, resultando em novas gestações com reinfecção, perdas fetais e sequelas para a criança não tratada. (SARACENI et al., 2007; MILANEZ; AMARAL, 2008; ARAÚJO et al., 2008; RAMOS; FIGUEIREDO; SUCCI, 2014).

Em função dessa realidade, é preciso reforçar a necessidade de valorização e melhoria do aconselhamento em casos de gestantes com sífilis, que, quando bem executado, é instrumento importante para a quebra da cadeia de transmissão das ISTs, pois possibilita à pessoa a avaliação da condição de risco (CAMPOS et al., 2012).

Apesar do custo e efetividade do tratamento precoce da sífilis serem inquestionáveis, as ações de prevenção demandam abordagens complexas, envolvem intervenções não somente de aspectos biológicos, mas especialmente comportamentais e socioculturais. A reorganização do modelo assistencial, adotado no Brasil, em Atenção Primária em Saúde (APS), é adequada à complexidade, mas não incorporou o Projeto de Eliminação da Sífilis Congênita (SARACENI et al., 2007; ARAÚJO et al., 2012).

A grande heterogeneidade no acesso a serviços de saúde no país é uma dificuldade para o controle e cuidado das gestantes com sífilis durante o pré-natal. Alguns municípios têm dificuldade até mesmo de realização de exames laboratoriais, levando considerável proporção de mulheres a serem diagnosticadas apenas no momento do parto. Fica evidenciada, mais uma vez, a incapacidade de análise da qualidade da assistência a partir de números isolados de consultas totais de pré-natal (LORENZI; MADI, 2001).

Esta tese consistiu em dois estudos com amostras distintas, a partir dos dados da pesquisa “*Sífilis gestacional e congênita: avaliação da vulnerabilidade e validação da nova proposta do Ministério da Saúde para triagem e diagnóstico em gestantes*”. Assim, apresentamos, neste capítulo, os procedimentos metodológicos gerais da pesquisa e os individuais de cada estudo.

3.1 Aspectos gerais

A pesquisa original adotou o estudo do tipo caso-controle e foi desenvolvida em Recife, capital de Pernambuco. Por ano, registram-se em média 40.313 NVs ocorridos nas maternidades do município (RECIFE, 2014). Oito maternidades públicas encontram-se localizadas na capital, com diferentes níveis de gestão e realizam atendimento à mulher durante o período gestacional exclusivamente pelo SUS. A coleta de dados ocorreu em sete desses estabelecimentos de saúde, no período de julho de 2013 a julho de 2014; deixando de ser incluído, apenas o Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros (Cisam), por se encontrar fechado para reforma.

O plano amostral proposto para cada estabelecimento de saúde levou em consideração a proporção do número de leitos disponíveis em obstetrícia, conforme dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) (Tabela 1). A população foi constituída pelas mulheres admitidas para o internamento nas clínicas obstétricas das maternidades selecionadas e conforme o resultado do exame VDRL (*Venereal Disease Research Laboratory*) não treponêmico. Para cada resultado do VDRL qualitativo ou quantitativo sob qualquer titulação, buscava-se, na sequência posterior de ordem de admissão, duas mulheres com resultados do VDRL não reagente (Tabela 2).

Tabela 1- Perfil dos estabelecimentos de saúde segundo número de nascidos vivos, tipo de gestão, esfera administrativa, número de leitos e amostra prevista para a pesquisa. Recife, Pernambuco, Brasil, 2013-2014

Estabelecimentos de saúde	Nº de nascidos vivos			Administração		Leitos disponíveis	Amostra prevista
	2010	2011	2012	Gestão	Esfera administrativa	Obstetrícia	Pesquisa
Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (Imip) ¹	4700	5987	6436	Dupla	Privada	104 (26,9%)	340
Hospital Agamenon Magalhães (HAM) ¹	2613	3440	4019	Estadual	Estadual	77 (19,9%)	252
Hospital Barão de Lucena (HBL) ¹	2570	3503	4179	Estadual	Estadual	75 (19,4%)	245
Hospital das Clínicas (HC) ¹	1309	1864	2097	Federal	Federal	30 (7,7%)	97
Policlínica e Maternidade Arnaldo Marques ²	2149	2458	2734	Municipal	Municipal	37 (9,5%)	120
Maternidade Professor Bandeira Filho ²	2668	3124	2565	Municipal	Municipal	27 (6,9%)	87
Unidade Mista Professor Barros Lima ²	4066	5046	4614	Municipal	Municipal	36 (9,3%)	117
Total	20.075	25.422	26.644	-	-	386	1.258

Fontes: Nascidos Vivos - Sinasc/GMVEV/DGIAEVE/SEVS/SES-PE, CNES/Datasus. Dados preliminares, sujeitos à alteração; captados em 24/05/2015.

1- Maternidade de referência para gestação de alto risco, 2- Maternidade de referência para gestação de risco habitual

Tabela 2- Distribuição das mulheres do estudo segundo maternidades e resultado do VDRL na admissão à maternidade. Recife, Pernambuco, Brasil, 2013-2014

Estabelecimentos de saúde	Total mulheres entrevistadas n= 1.206	VDRL* Reagente n= 441	%	VDRL não reagente n= 765	%
	Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (Imip) ¹	330	141	42,7	189
Hospital Agamenon Magalhães (HAM) ¹	261	96	36,8	165	63,2
Hospital Barão de Lucena (HBL) ¹	172	57	33,1	115	66,9
Hospital das Clínicas (HC) ¹	35	11	31,4	24	68,6
Policlínica e Maternidade Arnaldo Marques ²	92	30	32,6	62	67,4
Maternidade Professor Bandeira Filho ²	141	47	33,3	94	66,7
Unidade Mista Professor Barros Lima ²	175	59	33,7	116	66,3

1- Maternidade de referência para gestação de alto risco, 2- Maternidade de referência para gestação de risco habitual

*VDRL: *Veneral Disease Research Laboratory*.

3.1.2 Instrumento de coleta de dados

Para a coleta de dados foi utilizado um instrumento (**Apêndice A**) estruturado e construído a partir de pesquisas nacionais e internacionais validadas para o cenário brasileiro, sendo testado e adaptado à realidade local. Além disso, foi elaborado um manual de apoio ao preenchimento do questionário, visando obter maior homogeneidade das informações durante a coleta de dados. No quadro 1 constam as seções do instrumento com seus respectivos conteúdos, técnicas de coleta e respondentes.

Quadro 1 – Seções do instrumento, conteúdo, técnicas de coleta e respondentes na pesquisa

Seções do instrumento	Conteúdo	Técnicas de coleta	Respondentes
I	Identificação do questionário	Consulta à documentos e observação	Entrevistador e supervisor de campo
II	Identificação da mulher e de sua família	Entrevista e autodeclaração	Mulher (gestante/puérpera)
III	Hábitos maternos e elementos da vulnerabilidade individual	Entrevista	Mulher (gestante/puérpera)
IV	Antecedentes obstétricos, dados da gestação atual e elementos da vulnerabilidade programática para sífilis	Entrevista	Mulher (gestante/puérpera)
		Consulta documental	Entrevistador de campo
		Informações do serviço de saúde	Informantes chaves do serviço (gerente da CCIH*, gestor do laboratório)
V	Elementos da vulnerabilidade social	Entrevista	Mulher (gestante/puérpera)

* CCIH: Comissão de controle de infecção hospitalar

3.1.3 Coleta, transporte, armazenamento das amostras e teste ELISA

A pesquisa original, para alcançar seus objetivos, necessitou de sangue coletado através de punção venosa periférica, procedimento instituído nas maternidades quando ocorre a admissão da mulher ao estabelecimento de saúde. Rotineiramente, são coletados 5 (cinco) ml de sangue em tubo seco para obtenção do soro para realização de exames de sífilis, HIV e tipagem sanguínea. As amostras de soro submetidas a outro padrão de referência para o diagnóstico da sífilis foram obtidas do sangue colhido nesse período.

Todos os tubos de soro recebiam adesivo de identificação e número da mulher na pesquisa, sendo armazenados sob refrigeração, na temperatura de 2^o a 8^o C. O transporte dos soros ocorria a cada dois dias, por uma empresa especializada, sendo conduzidos ao laboratório externo em caixa térmica com termômetro digital e baterias. Nessa etapa, os soros passavam por um novo processo de centrifugação e identificação, sendo as amostras obtidas transferidas para novos tubos Eppendorf, em caixas-estantes, e armazenados a - 20^oC em *freezer*.

As análises foram centralizadas no Laboratório de Imunobiologia e Parasitologia do Instituto de Ciências Biológicas e Parasitologia da Universidade de Pernambuco (ICB / UPE), e submetidas a outros testes de referência utilizados para o diagnóstico da sífilis.

O teste ELISA (*Enzyme-linked immunosorbent assay*), treponêmico, foi o padrão de referência escolhido para o estudo caso-controle (Artigo1). Sua escolha ocorreu por ser um teste de baixa interferência, podendo ser utilizado até em amostras pouco hemolisadas, além de sua boa sensibilidade e alta especificidade. Para sua análise, utilizou-se *kit* da Wiener laboratório®, que emprega recombinantes do *Treponema pallidum* com 96 determinações, seguindo-se as instruções do fabricante com validade até janeiro de 2015.

3.1.4 Operacionalização

Após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisas em Seres Humanos da UFPE, os estabelecimentos de saúde foram visitados pelos pesquisadores responsáveis pela coordenação, com o objetivo de apresentar aos gestores das maternidades a metodologia da pesquisa. Essa etapa foi essencial, considerando as mudanças de gestores das instituições ao longo do processo de trabalho.

Nenhuma maternidade recusou participar da pesquisa. Os dados foram coletados por uma equipe de quatorze entrevistadoras, previamente treinadas, a maioria estudantes dos cursos de Ciências Sociais, Enfermagem e Nutrição da UFPE. Todos os estabelecimentos de saúde possuíam duas entrevistadoras, uma para os dias úteis e outra para os fins de semana e feriados. A coordenação da pesquisa foi realizada por duas alunas de cursos de pós-graduação da UFPE que visitavam os estabelecimentos de saúde, realizando levantamento diário das mulheres elegíveis incluídas, revisão dos questionários, monitoramento dos insumos e supervisão das amostras de soro enviadas ao laboratório externo.

De forma padronizada, todos os técnicos de trabalho de campo participaram de uma oficina para conhecimento do formulário da pesquisa e utilização do manual de preenchimento, além de procedimentos específicos. Semanalmente, ocorria uma reunião para avaliação das atividades, buscando superar os problemas operacionais. Apenas dois dos estabelecimentos selecionados, contavam com um técnico de laboratório para punção e aliquotagem das amostras de soro. Somente em uma maternidade houve a participação de um biomédico, realizando VDRL não treponêmico, devido, principalmente, ao uso do teste rápido para sífilis na triagem obstétrica.

O início da coleta nos estabelecimentos não aconteceu ao mesmo tempo, sendo realizados ajustes com a gestão e estruturação da logística de transporte do material biológico. Em cada local havia um livro de acompanhamento das admissões hospitalares, no qual constavam a sequência de ordem da entrevistada, data, número do prontuário, nome completo, diagnóstico, resultado do VDRL e HIV, além de observações gerais. Essas informações foram captadas diariamente no livro de registro da triagem obstétrica e no sistema informatizado do laboratório.

3.1.5 Processamento e armazenamento dos dados

Os questionários foram conferidos regularmente quanto à consistência de seu preenchimento. Para o processamento dos dados empregou-se o *software* Epi-Info, versão 6.04d, com dupla entrada. A partir desse banco de dados, foram selecionadas as variáveis de interesse que permitiram realizar os dois estudos que constituem esta tese.

3.1.6 Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (CEP/CCS/UFPE), sob o registro no Sisnep FR 136.500, Caae-07353712.0.0000.5208 (**Anexo A**). Foram cumpridas as normas estabelecidas pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, para pesquisas envolvendo seres humanos.

Em junho de 2013 foi realizado o estudo-piloto para padronização do instrumento de pesquisa e treinamento da equipe de campo. As mulheres recrutadas nesta etapa não foram incluídas na amostra final devido aos ajustes ocorridos no questionário.

As mulheres elegíveis e identificadas foram convidadas a participar da pesquisa. A partir do aceite, os objetivos e procedimentos da pesquisa eram esclarecidos, ocasião em que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (**Apêndice B**).

A coleta de dados foi realizada no ambiente da maternidade, procurando espaços reservados e sem a presença de outras pessoas, minimizando a possibilidade de constrangimento ao responderem perguntas sobre comportamento sexual. Foram respeitadas as condições clínicas; assim, não ocorreram entrevistas em período de trabalho de parto, puerpério imediato e em gestantes sob risco de vida.

3.1.7 Financiamento

A pesquisa recebeu financiamento do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq - Processo 478837/2012-7), conforme Edital Universal N^o 14/2012 e da Fundação de Amparo à Ciência e Tecnologia do Estado de Pernambuco (Facepe), segundo edital do Programa de Pesquisa para o SUS: Gestão compartilhada em saúde PPSUS Rede, sob processo de APQ N^o 0025- 400/13.

3.2 Estudo 1

Fatores de risco para sífilis em mulheres na cidade do Recife – PE: um estudo caso-controle

3.2.1 Desenho e população do estudo

Estudo analítico observacional do tipo caso-controle, com utilização de coleta de dados primários por meio de entrevista. A amostra foi constituída por mulheres admitidas nas clínicas obstétricas das maternidades selecionadas e residentes no município do Recife- PE.

3.2.2 Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídas as mulheres em trabalho de parto, pós-parto, aborto e qualquer outra intercorrência clínico-cirúrgica do ciclo gravídico puerperal que necessitam de internamento.

Foram excluídas as mulheres que relataram possuir doenças autoimunes ou infecções (Lúpus, Poliarterite nodosa, Síndrome do anticorpo anti-fosfolípídeo, Doença de Lyme ou Hanseníase), devido ao risco de ocorrer reação cruzada com o VDRL. Foram também excluídas as mulheres com risco de vida, as identificadas com distúrbios mentais e as que haviam sido entrevistadas anteriormente em outras internações e estabelecimentos de saúde no período da coleta.

3.2.3 Cálculo do tamanho da amostra

Para o cálculo do tamanho da amostra utilizou-se o programa Stalcalc do pacote estatístico Epi-Info, versão 6.04d, tomando-se como base o estudo de Melo, Melo Filho e Ferreira (2011). Considerou-se o nível de confiança de 95% ($1-\alpha$) e poder de 80% ($1-\beta$); *Odds Ratio* (OR) estimado de aproximadamente 2,8 para a pior situação, segundo os indicadores socioeconômicos, biológicos e de assistência pré-natal no município de Recife (2004/2006). A proporção foi de 1 caso para 2 controles e ponderou-se a possibilidade de 10% de perdas e recusas.

Adotando esses critérios, estimou-se que seriam necessárias 480 mulheres, sendo 160 casos e 320 controles. Ao término, 239 casos e 322 controles foram incluídos na análise (Figura 1).

3.2.4 Recrutamento das mulheres nas maternidade e definição de casos e controles

3.2.4.1 Recrutamento das mulheres

Os procedimentos de recrutamento das mulheres na admissão das maternidades teve como critérios: ser residente no Recife e resultado do exame VDRL (*Venereal Disease Research Laboratory*) não treponêmico, definidos na pesquisa original, na proporção de 1 VDRL reagente: 2 VDRL não reagentes. Utilizando as amostras de soro coletadas, todas foram submetidas ao Teste ELISA (*Enzyme-linked immunosorbent assay*) treponêmico, independente do resultado do VDRL, para fins confirmatórios.

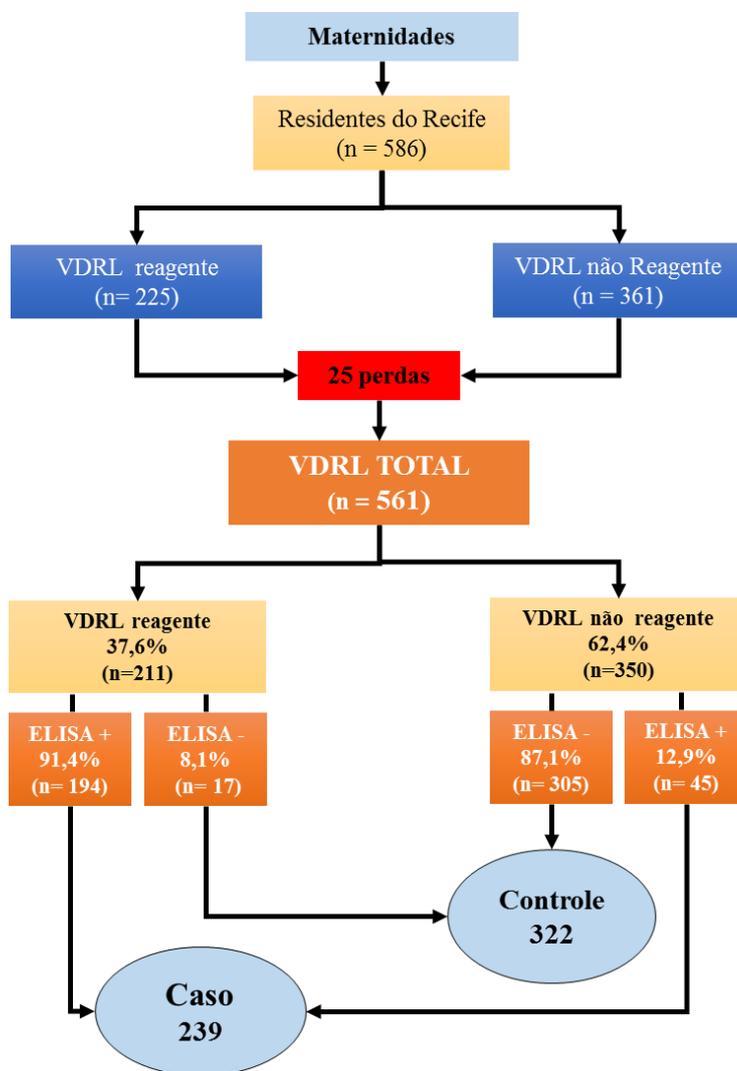
3.2.4.2 Casos

Foram definidos como *casos* as mulheres que apresentaram o resultado da sorologia ELISA reagente, independente do resultado do VDRL, residentes no município do Recife, e que aceitaram participar do estudo, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

3.2.4.3 Controles

Foram definidas como *controles* as mulheres que apresentaram o resultado da sorologia ELISA não reagente, independente do resultado do VDRL, residentes no município do Recife, e que aceitaram participar do estudo, assinando o TCLE.

A seguir, o fluxograma da distribuição das mulheres no estudo:

Figura 1 – Fluxograma do estudo 1

3.2.5 Variáveis do estudo

3.2.5.1 Dependente

A variável dependente foi o resultado da sorologia ELISA, teste treponêmico e padrão de referência, neste estudo, para o diagnóstico da sífilis.

3.2.5.2 Independentes

As variáveis independentes foram classificadas em: sociodemográficas, comportamentais e de assistência à saúde no pré-natal e maternidade. A renda familiar *per capita* baseou-se no salário mínimo vigente em 2014, no valor de R\$ 724,00 (\$ 270 dólares). Foi encontrada correlação forte entre as variáveis uso do fumo; álcool e drogas ilícitas durante o período gestacional e a idade em que iniciou o uso destas ($r > 0,8$). Optou-se pela idade em que iniciou o uso, pela maior aproximação com o modelo de análise. A lista de variáveis com seu respectivo conceito e disponibilidade da informação no instrumento, encontra-se no quadro 2.

Quadro 2 – Classificação das variáveis independentes, segundo o conceito e a disponibilidade da informação

Classificação	Variável	Conceito	Disponibilidade da informação
Sociodemográficas	- Faixa etária	- Idade em anos no momento da inclusão no estudo	- Idade atual em anos
	- Estado conjugal	- Situação de um indivíduo em relação ao matrimônio	- Relato da situação conjugal atual
	- Raça	- Cor da pele autodeclarada pela participante	- Cor da pele
	- Escolaridade	- Considerou como alfabetizada a leitura e escrita de um bilhete simples em qualquer idioma - Anos de estudo em função da série, nível ou grau mais elevado alcançado com aprovação	- Sabe ler e escrever - Escolaridade
	- Renda familiar <i>per capita</i> (SM)	- Correspondente à divisão da renda total familiar pelo N ^o de membros da família, expressa em salários mínimos (SM). A referência foi do ano de 2014, no valor de R\$ 724,00 (\$ 270,00)	- Valor do salário do mês anterior - N ^o de pessoas que moram no domicílio e recebem pensão ou salário
	- Classe econômica	- Conforme critério da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (Abep), além da renda bruta do chefe e demais membros da família, poder de compra pelos itens avaliados presentes no domicílio e tempo de escolaridade	- Disponibilidade e quantidade de bens no domicílio - Renda no mês anterior de cada membro do domicílio - Maior escolaridade do chefe da família
	- Trabalha - Situação do trabalho	- Situação trabalhista atual - Relato verbal sobre a situação de trabalho remunerado	- Encontra-se trabalhando no momento atual - Situação trabalhista do atual trabalho
	- Internet - Telefone	- Utiliza a internet - Possui telefone	- Relato de acesso à internet - Relato de disponibilidade e acesso à telefone
Comportamentais	- Religião	- Religião professada no momento da inclusão no estudo	- Relato da religião atual da participante
	- Coitarca	- Idade em anos do início da atividade sexual	- Idade em que ocorreu a 1 ^a relação sexual
	- 1 ^a Gestação	- Idade em anos da ocorrência da 1 ^a . gravidez	- Idade em que ocorreu a 1 ^a gravidez
	- N ^o de gestações	- N ^o de gestações ocorridas, incluindo a atual	- N ^o de gestações
	- N ^o parceiros sexuais	- N ^o de parceiros sexuais no último ano	- N ^o de parceiros sexuais no último ano
	- Preservativo	- Uso de preservativo nas relações sexuais	- Utiliza preservativo nas relações sexuais
	- Fumo, álcool e droga ilícita	- Idade em que iniciou a usar o fumo, álcool e outras drogas ilícitas	- Idade em anos que a entrevistada relatou ter iniciado o uso do fumo, álcool e outras drogas ilícitas
	- Drogas pelo companheiro	- Uso de drogas ilícitas pelo companheiro atual	- Relato pela entrevistada do uso de drogas ilícitas pelo atual companheiro

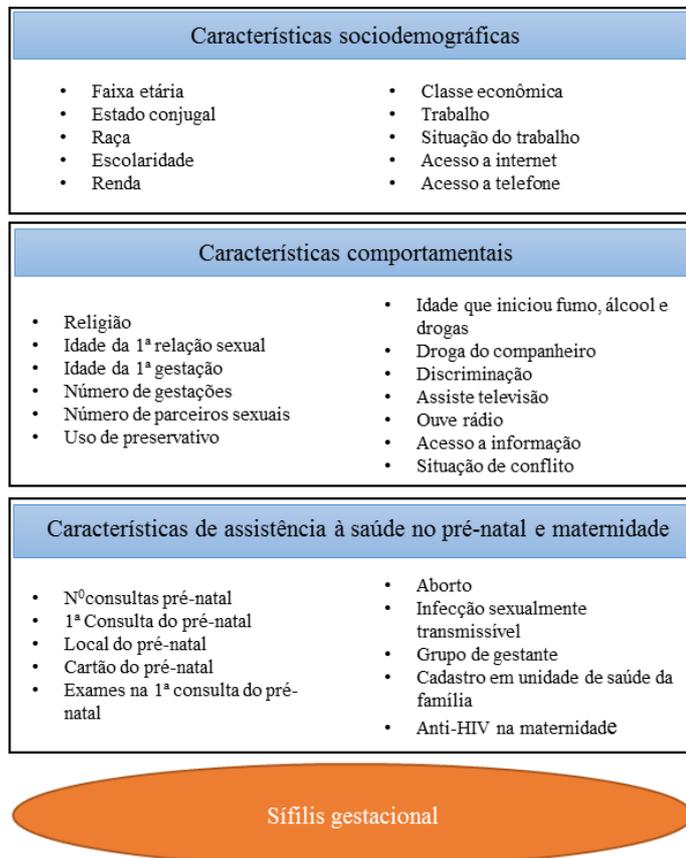
continua

	- Discriminação	- Comportamento de exclusão (relacionado a raça, gênero e situação financeira)	- Relato da entrevistada sobre comportamentos de discriminação que possam ter ocorrido nos últimos doze meses
	- Televisão - Rádio	- Frequência individual do uso de meios de comunicação social	- Assiste televisão quantas vezes na semana - Ouve rádio quantas vezes na semana
	- Informação	- Acesso aos meios diversos de informação nos últimos cinco anos	- Relato da participante sobre seu acesso a informação: melhorou, permaneceu o mesmo ou piorou
	- Conflito	- Situação vivenciada de conflito (trabalhista, familiar, criminal, saúde) nos últimos cinco anos	- Relato da entrevistada, sobre situação de conflito vivenciada nos últimos cinco anos: trabalhista, saúde, familiar, criminal e outros
Assistência à saúde no pré-natal e maternidade	- Nº de consultas pré-natais - 1ª consulta em trimestre gestacional - Local do pré-natal - Cartão do pré-natal na 1ª consulta	- Quantidade de consultas individuais realizada durante o pré-natal da gestação atual, categorizada: 1-3, 4-6, ≥ 7 consultas. - Início do pré-natal de acordo com a idade gestacional categorizada como: primeiro, segundo, terceiro trimestre e não fez pré-natal - Local em que iniciou o pré-natal considerando os serviços de saúde - Disponibilidade do cartão do pré-natal na primeira consulta	- Nº de consultas no pré-natal - Início do pré-natal em idade gestacional - Local em que realizou o pré-natal - Recebeu o cartão do pré-natal na 1ª consulta
	- Solicitação dos exames	- Solicitação de exames laboratoriais na 1ª consulta do pré-natal	- Solicitou exames na 1ª consulta
	- História de aborto anterior - História de infecção sexualmente transmissível anterior - Cadastro em USF	- Expulsão ou extração de um embrião ou feto pesando menos de 500g de forma espontânea ou provocada - Infecção sexualmente transmissível relatada pela entrevistada no ano anterior - Possuir cadastrado em Unidade de Saúde da Família (USF)	- Nº de abortos - Teve alguma IST no último ano - Cadastrada em USF
	- Exame de HIV na maternidade	- Anti-HIV é um exame de triagem a ser realizado na admissão à maternidade	- Resultado do exame Anti-HIV

3.2.6 Análise dos dados

Os dados foram codificados, processados em dupla entrada e validados no *software* Epi-info, versão 6.04d. Posteriormente, no programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 13, fez-se uma análise univariada para as estimativas de *Odds Ratio* (OR), com intervalo de confiança de 95% (IC95%) entre as variáveis exploratórias e dependentes. A seguir, realizou-se análise de regressão logística multivariada, adotando-se como estratégia para introdução das variáveis um processo de modelagem por blocos, de modo que, inicialmente o primeiro bloco constou das variáveis sociodemográficas, no segundo bloco, foram introduzidas as variáveis comportamentais e no terceiro bloco, as variáveis de assistência à saúde no pré-natal e maternidade, considerando os possíveis fatores de risco para sífilis gestacional (Figura 2). As variáveis introduzidas no modelo foram as que apresentavam na análise univariada um valor de $p \leq 0,20$. Para a estimativa de *Odds Ratio* (OR) ajustado e não ajustado e seu respectivo intervalo de confiança de 95% (IC95%) foi definida como categoria basal aquela com menor risco para sífilis em mulheres, considerando como significante valores de $p < 0,05$.

Figura 2- Modelo dos possíveis fatores de risco para sífilis gestacional



3.2.7 Limitações metodológicas

O presente estudo teve como limitação a possibilidade de algumas variáveis necessárias ao trabalho apresentarem erros de classificação não-diferencial, principalmente, nas informações mais sensíveis relativas ao uso do preservativo, álcool, drogas ilícitas e número de parceiros sexuais, tendendo a tornar os grupos mais semelhantes e a subestimar as associações. Por outro lado, não há evidência de que tenha ocorrido erro de classificação diferencial. Nem o entrevistador e o respondente sabiam, no momento da entrevista, quem era reagente e não reagente ao ELISA.

Vale destacar que, para algumas variáveis (preservativo, religião, acesso a telefone), o poder do estudo pode não ser satisfatório e os resultados não refletirem a complexidade existente entre essas e outras não contempladas.

Avaliou-se apenas o resultado do anti-HIV na admissão à maternidade, devido ao baixo preenchimento desse exame no cartão de pré-natal, assim como ao desconhecimento sobre sua realização, pela mulher entrevistada.

Ocorreram 25 perdas de amostras de soro (4,2%), devido a inadequações para avaliação (soro lipêmico, hemolisado, volume inadequado) ou letras ilegíveis e duvidosas na etiqueta de identificação.

3.3 Estudo 2

Sífilis na gestação: entraves no controle da transmissão vertical na assistência pré-natal em um estado do Nordeste brasileiro

3.3.1 Desenho e população do estudo

Estudo de corte transversal, desenvolvido a partir de uma pesquisa mais abrangente que incluiu uma amostra de mulheres admitidas nas clínicas obstétricas das maternidades e residentes no Estado de Pernambuco, selecionadas conforme o resultado do exame VDRL (*Venereal Disease Research Laboratory*), não treponêmico. Para cada resultado do VDRL qualitativo ou quantitativo sob qualquer titulação, buscava-se, na sequência posterior de ordem de admissão, duas mulheres com resultados do VDRL não reagente.

3.3.2 Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídas no estudo todas as mulheres participantes da pesquisa original e que se encontravam em trabalho de parto, pós-parto, aborto ou qualquer outra intercorrência clínico-cirúrgica do ciclo gravídico puerperal que necessita de internamento.

Foram excluídas as mulheres que relataram possuir doenças autoimunes ou infecções (Lúpus, Poliarterite nodosa, Síndrome do anticorpo anti-fosfolípídeo, Doença de Lyme ou Hanseníase), devido ao risco de ocorrer reação cruzada com o VDRL. Além destas, também foram excluídas as mulheres com risco de vida, as identificadas com distúrbios mentais e as que haviam sido entrevistadas anteriormente em outras internações e estabelecimentos de saúde no período da coleta.

3.3.3 Desenvolvimento do estudo

Os dados foram coletados pela mesma equipe de entrevistadoras, previamente treinadas, nas maternidades incluídas no estudo. Foi aplicado um formulário estruturado com questões fechadas. O cartão do pré-natal foi solicitado e, quando disponíveis, os dados foram transcritos em relação a datas, resultados de exames sorológicos e tratamentos realizados durante a gestação, para o questionário. Os resultados dos exames de sífilis realizados na

admissão à maternidade foram extraídos do prontuário da paciente do estabelecimento de saúde, livro ou sistema informatizado do laboratório das maternidades.

As informações da assistência pré-natal e do tratamento para sífilis na gestação foram definidas pelo relato da mulher participante. O diagnóstico de sífilis na gestação se baseou nos resultados do exame de VDRL registrados no cartão do pré-natal, anotações na ficha de admissão e no prontuário médico. O tratamento da sífilis gestacional incluiu o relato verbal da entrevistada sobre a utilização da Penicilina benzatina, com o objetivo de tratar a infecção na gestação atual.

Foram incluídas as variáveis sociodemográficas (idade, cor da pele autodeclarada, estado civil, local de residência, escolaridade, classe econômica, conforme critério da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa - Abep), informações sobre saúde sexual e reprodutivas (idade na primeira relação sexual e gestação, número de gestações anteriores e parceiros sexuais) e história anterior de aborto. Com exceção desta última, todas as demais foram reagrupadas de modo a permitir comparabilidade com outros estudos.

Também foram verificadas as variáveis relacionadas à idade gestacional em que iniciou o pré-natal (1^o, 2^o e 3^o trimestre), tipo de unidade de saúde onde a mulher realizou a maioria das consultas (PSF, ambulatório do hospital e outros), número de consultas no pré-natal (≥ 6 , 5-4, 3-1), profissional que prestou a assistência pré-natal na maioria das consultas (médico ou enfermeiro), solicitação de exames laboratoriais na primeira consulta do pré-natal (sim e não), entrega dos resultados de exames laboratoriais em dias (0-15, 16-30, ≥ 31) e informação do resultado do VDRL no pré-natal (1^o e 2^o exame).

3.3.4 Análise dos dados

Foram realizadas análises univariadas entre os desfechos: pré-natal (sim e não), VDRL no cartão do pré-natal/prontuário (registrado e não registrado), mulheres com VDRL reagentes no pré-natal (tratou e não tratou) associadas às características sociodemográficas, comportamentais e assistenciais, sendo utilizado o teste do qui-quadrado (X^2) para detectar diferenças entre as proporções com valores significantes de $p < 0,05$.

3.3.5 Limitações metodológicas

Na população estudada, embora o recrutamento tenha sido realizado a partir de uma estratégia do tipo caso-controle baseada nos resultados do VDRL é pouco provável que tenham ocorrido distorções nas associações, uma vez que não há motivos para pensar que os resultados estão associados com os desfechos estudados. Além disso, por serem analisados dados obtidos do cartão de pré-natal, prontuário médico, livros de registro dos laboratórios, observou-se baixa disponibilidade de informações nesses instrumentos referentes a datas de realização de exames, idade gestacional, tipo de tratamento, tratamento do parceiro, além de letras ilegíveis. Ocorreram discordâncias entre a assistência verbalizada pela mulher em acompanhamento pré-natal e a registrada. Nas mulheres com sífilis gestacional identificadas e tratadas durante o pré-natal, a documentação de exames e tratamento foi insuficiente; desta forma, valorizou-se o relato verbal sobre como foi conduzido o tratamento.

4.1 Artigo Original 1

Fatores de risco para sífilis em mulheres na cidade do Recife-PE: um estudo caso-controle*

RESUMO

OBJETIVO: Determinar os fatores de risco para sífilis entre as mulheres residentes e atendidas em maternidades públicas da cidade do Recife - PE.

MÉTODOS: Trata-se de um estudo do tipo caso-controle (239 casos e 322 controles) com mulheres residentes e admitidas em sete maternidades do município do Recife entre 2013 e 2014. As mulheres elegíveis foram recrutadas após o resultado do exame VDRL (*Venereal Disease Research Laboratory*) sob qualquer titulação. A seleção dos casos e controles considerou o resultado da sorologia ELISA (*Enzyme-linked immunosorbent assay*), variável dependente utilizada como diagnóstico para sífilis, neste estudo. As variáveis independentes foram agrupadas em sociodemográficas, comportamentais e de assistência à saúde no pré-natal e na maternidade. As informações foram obtidas por meio de entrevista, durante o internamento, através da aplicação de um formulário estruturado. Foi calculado o *odds ratio* (OR), intervalo de confiança (IC) de 95% e realizada análise de regressão logística para identificar os fatores preditores da variável a ser explicada.

RESULTADOS: A análise de regressão logística identificou como fatores determinantes para a sífilis gestacional: nível de escolaridade fundamental incompleto ou analfabeta (OR= 2,02), ausência do acesso ao telefone (OR= 2,4), religião católica (OR= 1,70), quatro ou mais gestações (OR= 2,2), três ou mais parceiros sexuais no último ano (OR= 3,1), uso de drogas ilícitas antes dos dezoito anos (OR= 3,0) e a condição do atual companheiro utilizar drogas ilícitas (OR= 1,7). Além destes, a ocorrência de apenas uma a três consultas ao pré-natal (OR=3,5) e história anterior de infecção sexualmente transmissível (OR= 9,7).

CONCLUSÕES: Fatores sociodemográficos, comportamentais e de assistência à saúde devem ser levados em consideração na elaboração de estratégias universais direcionadas à prevenção e controle da sífilis, porém com foco em situações de maior vulnerabilidade.

DESCRITORES: Sífilis. Serviços de Saúde Materno-Infantil. Fatores de Risco. Estudos de Casos e Controles.

* Artigo será submetido à Revista de Saúde Pública (USP) e encontra-se formatado conforme instruções aos autores (Anexo B).

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que aproximadamente 2 milhões de gestantes sejam infectadas pela sífilis, a cada ano, e que menos de 10% são diagnosticadas e tratadas, caracterizando-a como um problema de saúde pública.^{2,10} Cerca de 90% dos casos ocorrem em países em desenvolvimento, entretanto, têm-se observado o reaparecimento em nações desenvolvidas.³

O aumento do número de casos de sífilis entre as mulheres, em muitos países favoreceu a discussão sobre a infecção, em virtude dos múltiplos desfechos adversos da gravidez, sendo estimado um risco de 4,5 vezes maior, quando comparados às gestantes sem o diagnóstico.¹¹ Quando adquirida durante a gravidez, pode ocasionar a transmissão vertical e, se não tratada adequadamente, provoca aborto espontâneo, parto prematuro, morte fetal e neonatal. Ademais, como os recém-nascidos de mães com sífilis não tratada ou tratada inadequadamente podem ser assintomáticos, se não diagnosticados e tratados ao nascimento, podem ocorrer graves danos à sua saúde, com repercussões psicológicas e sociais.⁷

As recomendações para o controle reforçam a necessidade de priorizar intervenções globais em prevenção e diagnóstico oportuno, com atenção a grupos populacionais mais expostos.¹⁰ Inúmeras condições têm sido associadas à ocorrência de sífilis na gestação, entre elas fatores sociodemográficos, comportamentais e os relacionados à assistência à saúde.¹³

Entre os fatores sociodemográficos, a pouca escolaridade, baixa renda e situação conjugal são frequentemente apontadas como situações de risco e uma expressão de que a doença se relaciona com a pobreza, embora não se limite a ela. Igualmente importante são os comportamentos que vulnerabilizam as mulheres, ampliando o risco da infecção, como a menor idade da primeira relação sexual e da gestação, elevado número de parceiros sexuais, não adesão a práticas de sexo seguro, uso de drogas ilícitas e psicoativas entre outros.^{10,13,18}

Algumas dessas condições ainda ampliam o risco ao se relacionar com o insuficiente acesso aos serviços de saúde. Além dos obstáculos relativos ao acesso, são descritos, como associados à sífilis gestacional, deficiências no acompanhamento pré-natal, na captação precoce da gestante, tratamento inadequado das mulheres e seus parceiros.¹⁷ A situação de identificação dos fatores de riscos para sífilis em mulheres, especialmente aquelas em maior vulnerabilidade, pode aproximar outras estratégias para seu controle, neste grupo.

Compreendendo a magnitude, transcendência e vulnerabilidade do problema, o Brasil, desde a década de 90 é signatário de planos internacionais para eliminação da sífilis. Recentemente, a OMS definiu como metas para certificação da eliminação, cobertura de

cuidados pré-natais de 95% ou mais e taxa de incidência de sífilis congênita de 0,5 casos por 1.000 nascidos vivos, situação alcançada, na América Latina, apenas por Cuba e Chile.¹²

Apesar das pactuações e planos, o cenário brasileiro e, em particular, o das regiões mais desfavorecidas, apresenta dificuldades para avançar no controle da doença. O conhecimento sobre os fatores de risco ainda não beneficiou a população mais exposta. Reconhecendo a complexa e dinâmica determinação das infecções sexualmente transmissíveis, o aprofundamento sobre os fatores de risco para sífilis gestacional diante das mudanças sociodemográficas, comportamentais, nas condições de vida, e organizacionais do sistema e serviços de saúde no Brasil, pode contribuir para a atualização de intervenções voltadas para o seu enfrentamento.^{9,12}

O presente estudo objetivou determinar os fatores de risco sociodemográficos, comportamentais e de assistência à saúde no pré-natal e na maternidade relacionados à ocorrência de sífilis em mulheres residentes e atendidas em maternidades públicas da cidade do Recife, Pernambuco.

MÉTODOS

Realizou-se um estudo do tipo caso-controle, no período de julho de 2013 a julho de 2014, em sete maternidades, sendo, seis de administração pública e uma filantrópica, correspondendo à totalidade de unidades que atendiam pelo Sistema Único de Saúde (SUS) existentes no Recife, capital do Estado de Pernambuco, situada no Nordeste brasileiro.

Os casos foram definidos como mulheres residentes no município do Recife, com sorologia do ELISA (*Enzyme-linked immunosorbent assay*) reagente, independente do resultado do VDRL (*Venereal Disease Research Laboratory*). Os controles foram mulheres sob as mesmas condições, cuja sorologia do ELISA foi não reagente. Assim sendo, das 586 mulheres recrutadas e levando-se em conta as 25 perdas de amostras de soro, participaram do estudo, 239 casos e 322 controles (Figura 1).

A estimativa do tamanho amostral do estudo foi realizada no programa Stalcalc do pacote estatístico Epi-Info, versão 6.04d, tomando como base o estudo de Melo et al.¹⁵ Considerou-se o nível de confiança de 95% ($1-\alpha$) e poder de 80% ($1-\beta$); *Odds Ratio* (OR) estimado de aproximadamente 2,8 para a pior situação, segundo os indicadores socioeconômicos, biológicos e de assistência pré-natal no município de Recife (2004/2006). A proporção foi de 1 caso para 2 controles e ponderou-se a possibilidade de 10% de perdas e

recusas. Adotando esses critérios, estimou-se que seriam necessárias 480 mulheres, sendo 160 casos e 320 controles.

O recrutamento nas maternidades incluiu as mulheres em trabalho de parto, pós-parto, aborto e qualquer outra intercorrência clínico-cirúrgica do ciclo gravídico puerperal que necessita de internamento; e excluiu as que relataram doenças autoimunes ou infecções (Lúpus, Poliarterite nodosa, Síndrome do anticorpo anti-fosfolípídeo, Doença de Lyme ou Hanseníase), pelo risco de reação cruzada com o VDRL. Além destas, também foram excluídas as com risco de vida, com distúrbios mentais e as que haviam sido entrevistadas anteriormente em outras internações e estabelecimentos de saúde no período da coleta também foram excluídas.

As informações foram obtidas por meio de entrevista, durante o internamento, através da aplicação de um formulário estruturado. Ao final, coletava-se 2ml de sangue para realização do teste ELISA, escolhido devido à sua elevada sensibilidade e especificidade frente a outros testes treponêmicos (TPHA, FTA-ABS) e por não sofrer interferências na análise, isto é, amostras hemolisadas ou com relativa concentração de lipídeos podem ser processadas.^a As amostras, inicialmente, ficavam acondicionadas nos laboratórios das maternidades, sob refrigeração, identificadas com o número da pesquisa e, a cada dois dias, eram transportadas a curta distância ao Serviço de Imunologia e Parasitologia do Instituto de Ciências Biológicas da Universidade de Pernambuco (UPE). Para realização do ELISA, utilizou-se o kit da Wiener Laboratórios®, que possui antígenos recombinantes do *Treponema pallidum*. Seu processamento ocorreu de acordo com as instruções do fabricante.

As variáveis independentes foram agrupadas em: a) sociodemográficas (idade, estado conjugal, raça/cor, renda familiar *per capita* com base no salário mínimo (SM) à data da entrevista de R\$ 724,00 (270 dólares), classe econômica, conforme critério da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa – Abep, escolaridade, trabalho remunerado, situação trabalhista do trabalho atual, acesso à internet e telefone); b) comportamentais (religião, idade da primeira relação sexual e gestação, número de gestações e parceiros sexuais, frequência do uso do preservativo, idade em que iniciou o cigarro, bebida alcoólica e drogas ilícitas; drogas ilícitas pelo atual companheiro; sentimento de discriminação (raça, gênero, situação financeira); frequência com que utiliza a televisão e o rádio, autoavaliação sobre acesso à informação e situação de conflito); c) assistência à saúde no pré-natal e na maternidade (número de consultas no pré-natal, idade gestacional e local em que realizou o maior número de consultas, disponibilidade do cartão de pré-natal desde a primeira consulta e solicitação de exames laboratoriais; história de aborto e infecção sexualmente transmissível anterior,

participação em grupo de gestantes, cadastro em unidade de saúde da família e resultado da sorologia do HIV na maternidade).

Os dados foram codificados, processados em dupla entrada e validados no *software* Epi-info, versão 6.04d. Para as variáveis com elevada correlação de Pearson ($r > 0,8$), foram selecionadas aquelas com maior poder explicativo no modelo adotado (idade em que iniciou o uso do cigarro, álcool e drogas ilícitas), excluindo-se o uso das mesmas durante a gestação.

Posteriormente, no programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 13, fez-se uma análise univariada das variáveis independentes com o desfecho para as estimativas de *Odds Ratio* (OR) e respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%). A seguir, realizou-se a análise de regressão logística multivariada, adotando-se como estratégia para introdução das variáveis um processo de modelagem por blocos, considerando os possíveis fatores de risco para sífilis gestacional. As variáveis selecionadas para serem introduzidas no modelo foram as que apresentavam, na análise univariada, valor de $p \leq 0,20$.

Entre as características de assistência à saúde no pré-natal e na maternidade, a categoria que se repetiu entre as seis variáveis analisadas, foi a condição “não fez pré-natal”, influenciando a exclusão e o poder das demais nos ajustes. Assim, optou-se pela permanência da variável, “número de consultas ao pré-natal”, devido à sua estabilidade em diferentes ajustes e por conseguir consolidar o conjunto de ações estabelecidos pelo programa de pré-natal.

Para a estimativa *Odds Ratio* (OR) ajustado e não ajustado e seu respectivos IC95% foi definida, como categoria basal, aquela com menor risco para sífilis em mulheres, considerando como significativo o valor de $p < 0,05$.

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), sendo iniciado apenas após a aprovação, sob protocolo nº 136.500 de 05 de novembro de 2012.

RESULTADOS

Entre as 561 mulheres estudadas (239 casos e 322 controles), ocorreu homogeneidade em relação às faixas etárias, com aproximadamente $\frac{1}{4}$ para os quatro estratos analisados. Quanto ao estado conjugal, prevaleceu a união estável, com 62%; as casadas corresponderam apenas a 9%. Em relação à escolaridade, 37% não concluíram o ensino fundamental ou não eram alfabetizadas, 28% completaram o ensino médio. Referiram possuir renda familiar *per capita* entre meio a um quarto de salário mínimo 40% das mulheres e, apenas, 9% tinham

ganho superior. Também se observou que a maior parte das mulheres não utiliza o preservativo nas relações sexuais.

A Tabela 1 apresenta a distribuição das mulheres com e sem sífilis, segundo os fatores de risco sociodemográficos e seus correspondentes ORs brutos e IC95%. As variáveis independentes selecionadas para análise multivariada ($P \leq 0,20$) foram: estado conjugal, raça, escolaridade, classe econômica, acesso à internet e telefone.

Na Tabela 2, para os fatores de risco comportamentais, as variáveis selecionadas para análise multivariada foram: religião, idade na primeira relação sexual e gestação, número de gestações e parceiros sexuais, idade em que iniciou o uso de cigarro, bebida alcoólica e drogas ilícitas. Além da condição do atual companheiro, relativa ao uso ou não de drogas ilícitas, acesso à informação e situação de conflito.

Para os fatores de risco assistenciais durante o pré-natal e na maternidade foram selecionados para análise multivariada: número de consultas durante o pré-natal, ocorrência anterior de infecção sexualmente transmissível (ISTs), participação em grupo de gestante, cadastro em unidade de saúde da família e sorologia para HIV na maternidade (Tabela 3).

O modelo multivariado final (não ajustado e ajustado) dos fatores de risco sociodemográficos, comportamentais e de assistência à saúde no pré-natal e na maternidade para sífilis é apresentado na Tabela 4. Para as condições sociodemográficas, os estratos com maior risco para ocorrência de sífilis foram: o nível de escolaridade “fundamental incompleto ou analfabeta” (OR= 2,02; IC95%=1,1-3,4) e ausência do acesso ao telefone (OR= 2,4; IC95%=1,2-4,7). Em relação às variáveis comportamentais, foram identificadas: religião católica (OR= 1,70; IC95%=1,0-2,6), quatro ou mais gestações (OR= 2,2; IC95%=1,3-3,9), três ou mais parceiros sexuais no último ano (OR= 3,1; IC95%=1,5-6,5), iniciado o uso de drogas antes dos dezoito anos (OR= 3,0; IC95%=1,4-6,4) e a condição do atual companheiro utilizar drogas ilícitas (OR= 1,7; IC95%=1,0-2,9). Além destes, a ocorrência de apenas uma a três consultas ao pré-natal (OR=3,5; IC95%=1,8-6,6) e história anterior de infecção sexualmente transmissível (OR= 9,7; IC95%=5,4-17,2).

DISCUSSÃO

A análise da investigação sobre os fatores de risco associados à sífilis em mulheres gestantes, demonstrou que a doença encontra-se fortemente associada à pobreza e suas decorrentes condições vulnerabilizantes, sejam comportamentais ou de acesso e qualidade da assistência pré-natal ofertada nos serviços de saúde, sinalizando que o controle permanece

como desafio a ser superado. Apesar de ter métodos de diagnósticos e tratamento simples, continua sendo um problema de saúde e social em todo o mundo.^{17,21}

As estimativas das desigualdades sociais em saúde, no Brasil, mostram a existência de uma relação inversamente proporcional entre a taxa de pobreza e a cobertura do pré-natal, contribuindo para fragilizar a assistência não só quanto ao acesso, mas também à oportunidade de rastreamento e tratamento de gestantes com sífilis e seus parceiros.^{15,17,23}

O baixo nível de escolaridade, assim como o não acesso à internet foram as variáveis sociodemográficas que mostraram maior associação com a presença da sífilis, mantendo a força de associação, mesmo após o ajustamento do OR, no modelo de regressão logística, condição amplamente explorada em diversos estudos.^{13,15,18,23} Adicionalmente, em nossa amostra, houve uma maior ocorrência de sífilis em mulheres de estratos sociais mais desfavorecidos, que não estão incluídas no mercado de trabalho, não têm acesso a telefone, com união estável e que não utilizam preservativos nas relações sexuais, embora algumas dessas associações não tenham diferenças estatisticamente significantes. A adoção de comportamentos sexuais seguros mostra-se complexa, não dependendo apenas do nível educacional, renda, acesso a informações e insumos como preservativos, mas também dos significados atribuídos à sexualidade e ao cuidado com a própria saúde.^{13,18}

Diferentemente de outros estudos^{9,13} a faixa etária, não se mostrou associada à sífilis, embora se observe uma tendência de mudança do perfil etário, com disseminação do agravo em todas as faixas. As pesquisas nacionais e regionais^{4,9,15,23,24} nos últimos dez anos demonstraram a prevalência de mulheres com idade média de 23 anos e as adolescentes. Os achados sugerem a necessidade de ampliar o desenvolvimento de ações de educação e prevenção para alcançar as mulheres de todas as faixas etárias, incluindo as de maior vulnerabilidade.

A religião católica mostrou-se associada à sífilis. Embora existam estudos que indicam que a religiosidade tende a retardar o início da vida sexual, as inter-relações entre a variável e o comportamento sexual ainda são pouco exploradas na literatura científica e mais pesquisas nessa direção são necessárias no Brasil.²⁰

O número de parceiros sexuais no último ano apresentou associação com o desfecho estudado. Uma hipótese para este achado pode estar relacionada ao encontrado em outros estudos, onde outros hábitos como uso de bebidas alcoólicas e de drogas lícitas e ilícitas associam-se ao aumento do número de parceiros sexuais.⁸ Entre as mulheres brasileiras, a média de parceiros(as) sexuais nos últimos 12 meses diminui quanto mais aumenta a escolaridade, condição considerada como processo de autoproteção.²⁰ É importante salientar

que as ações propostas para o enfrentamento da sífilis entre as mulheres ainda têm como desafio a articulação entre a prevenção e a assistência, no que se refere à promoção de autonomia sexual e reprodutiva.²²

A não utilização de preservativos não mostrou associação com a ocorrência de sífilis. Talvez isso reflita o fato de que o estado conjugal da maior parte da amostra seja de união estável. Embora sejam relevantes as conquistas relacionadas à redução das desigualdades de gênero, as mulheres permanecem com dificuldade para convencer os parceiros a aderir ao uso dos preservativos, com isso, eles acabam detendo o poder de decisão a esse respeito, comprometendo a possibilidade de medidas preventivas em relação às ISTs e gravidez. Estudos indicam que o preservativo é visto como símbolo de infidelidade ou desconfiança, devendo ser utilizado apenas em relacionamentos com parceiros “não conhecidos”.^{6,22}

Campos et al⁵ ponderam, em relação a essas dificuldades sobre o uso do preservativo, que os serviços de saúde deveriam adotar uma postura diferenciada, que favorecesse o acolhimento e identificação, em conjunto com a mulher, de estratégias de negociação com o parceiro, uma vez que a reinfeção pode perpetuar a sífilis.

O elevado número de gestações apresentou associação com a ocorrência de sífilis. No Brasil, desde a década de 70, observa-se redução da taxa de fecundidade entre as mulheres que, no entanto, não foi uniforme nos vários segmentos sociodemográficos e regiões do país, sendo o número de gestações influenciado pelo início precoce da vida sexual, sexo desprotegido e presença de ISTs, como a sífilis.^{1,2,13,25} Além disso, as mulheres múltíparas apresentam risco duas vezes maior para não realizar o pré-natal.²⁵

O uso de drogas ilícitas antes dos dezoito anos e o uso destas pelo atual companheiro estiveram associados à ocorrência de sífilis nas mulheres. A determinação de fatores de risco comportamentais das mulheres e seus parceiros pela relevância na determinação da sífilis gestacional é imprescindível, para explicitar situações de vulnerabilidade que envolvem desde características reprodutivas às práticas sexuais inseguras.^{6,8,19} A detecção dessas mulheres, aliada à participação de profissionais de saúde qualificados no pré-natal, permitirá que sejam adotadas as medidas necessárias para melhorar a qualidade do cuidado na gestação.¹⁹

O uso de drogas ilícitas pelo atual companheiro foi investigado junto à participante. Parte dos trabalhos relacionados à sífilis gestacional contém poucas informações referentes às características comportamentais dos parceiros sexuais, se limitam à adequação ou não do tratamento recebido. O perfil comportamental dos parceiros merece estudos mais específicos, que evidenciem situações ainda excludentes, como é o caso do uso de drogas e insuficiente

adesão para acompanhar a mulher às consultas de pré-natal e acolhimento inadequado nos serviços de saúde.⁵

Cabe citar que, embora a idade de início do uso do cigarro tenha apresentado significância limítrofe e a de bebida alcoólica não tenha se apresentado significativa no modelo multivariado final (dados não apresentados), as faixas etárias de menor idade merecem atenção especial, devido aos diversos fatores de riscos descritos na literatura^{13,19} que associam o uso dessas substâncias a outros comportamentos de risco.

No que se refere ao número de consultas no pré-natal, observou-se entre as que realizaram de “uma a três consultas” um risco 3,5 maior para sífilis. Por sua vez, na categoria “não fez pré-natal” o risco foi similar (3,2). Isso constata, a estreita relação dos efeitos adversos à gestação com o tipo de assistência prestada no pré-natal. O acompanhamento pré-natal adequado durante a gestação pode ser visto como uma política compensatória da saúde, cabendo ao mesmo, também, o papel de minimizar o efeito das desigualdades socioeconômicas.^{2,9,14} Os resultados obtidos demonstraram que as mulheres com baixa frequência às consultas de pré-natal tiveram maior risco para a ocorrência da sífilis e esse efeito vai diminuindo quando cresce o número de consultas.

A variável que mostrou maior força de associação para a sífilis foi a história anterior de ISTs, evidenciando oportunidades perdidas e ações pouco efetivas dos serviços de saúde, que impedem a quebra da cadeia de transmissão e reforçam o aumento da incidência da transmissão vertical.⁴

A falta de ações articuladas envolvendo os gestores do sistema de saúde, com aconselhamento, vigilância epidemiológica, farmacológica, laboratorial, além do rastreamento dos parceiros são fatores que comprometem o controle da sífilis.¹⁶ A perda dessas “oportunidades” produz uma atuação menos efetiva da equipe e dos serviços de saúde que não asseguraram um cuidado integral, reflexo da lógica vigente que privilegia a meta de produtividade e não a saúde das mulheres.

Conclui-se que os principais fatores associados à sífilis observados foram: o nível de escolaridade “fundamental incompleto ou analfabeta” e a ausência do acesso ao telefone. Em relação às variáveis comportamentais, foram: a religião católica, quatro ou mais gestações, três ou mais parceiros sexuais no último ano, uso de drogas iniciado antes dos dezoito anos e a condição do atual companheiro utilizar drogas ilícitas. Além destes, a ocorrência de uma a três consultas no pré-natal e história anterior de ISTs. Esses fatores devem ser levados em consideração na elaboração de estratégias para o enfrentamento do agravo no município em questão e em regiões com perfil epidemiológico similar.

Algumas limitações do estudo devem ser ponderadas. Existe a possibilidade de erros de classificação não-diferencial, principalmente nas variáveis mais sensíveis como uso do preservativo, uso de álcool e número de parceiros sexuais tendendo a tornar os grupos mais semelhantes e a subestimar as associações. Por outro lado, não há evidência de que tenha havido erro de classificação diferencial. Nem o entrevistador, nem o respondente sabiam, no momento da entrevista, quem era reagente e não reagente ao ELISA.

REFERÊNCIAS

1. Amorim MMR, Lima LA, Lopes CV, Araújo DKL, Silva JGG, César LC et al. Fatores de risco para a gravidez na adolescência em uma maternidade-escola da Paraíba: estudo caso-controle. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2009; 31(8): 404-10. DOI: 100-72032009000800006.
2. Arnesen L, Martinez G, Mainero L, Serruya S, Duran P. Gestational syphilis and stillbirth in latin America and the Caribbean. *Int J Gynaecol Obstet.* 2015; 128 (3): 241-5. DOI: 10.1016/j.ijgo.2014.09.017
3. Cameron CE, Lukeart SA. Current status of syphilis vaccine development: need, challenges, prospects. *Vaccine.* 2014; 32 (14):1602-9. DOI: 10.1016/j.vaccine.2013.09.053
4. Campos ALA, Araújo MAL, Melo SP, Gonçalves MLC. Epidemiologia da sífilis gestacional em Fortaleza, Ceará, Brasil: um agravo sem controle. *Cad Saúde Públ.* 2010; 26(9):1747-56. DOI: 10.1590/S0102-311X2010000900008
5. Campos ALA, Araújo MAL, Melo SP, Andrade RFV, Gonçalves MLC. Sífilis em parturientes: aspectos relacionados ao parceiro sexual. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2012; 34(9):397-402. DOI:10.1590/S0100-2032012000900002
6. Carreno I, Costa JSD. Uso de preservativos nas relações sexuais: estudo de base populacional. *Rev Saúde Públ.* 2006; 40 (4):720-6. DOI: 10.1590/S0034-89102006000500024
7. Casal CAD, Silva MO, Costa IB, Araújo EC, Corvelo TCO. Molecular detection of *Treponema pallidum* sp. *Pallidum* in blood samples of VDRL- seroreactive women with lethal pregnancy outcomes: a retrospective observational study in Northern Brazil. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2011; 44(4):451-6. DOI: 10.1590/S0037-86822011005000047

8. Cruzeiro ALS, Souza LDM, Pinheiro RT, Rocha CLA, Horta BL. Comportamento sexual de risco: fatores associados ao número de parceiros sexuais e ao uso de preservativos em adolescentes. *Cienc Saúde Col.* 2010; 15 (Suppl.1):1149-58. DOI: 10.1590/S1413-81232010000700023
9. Domingues RMSM, Szwarcwald CL, Souza Junior PRB, Leal MC. Prevalence of syphilis in pregnancy and prenatal syphilis testing in Brazil: Birth in Brazil study. *Rev Saúde Públ.* 2014;48(5):766-74. DOI:10.1590/S0034-910.2014048005114
10. Domingues RMS, Saraceni V, Hartz ZMA, Leal MC. Sífilis congênita : evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal. *Rev Saúde Públ.* 2013; 47(1):147-57. DOI: 10.1590/S0034-89102013000100019
11. Gomez GB, Kamb ML, Newman LM, Mark J, Broutet N, Hawkes SJ. Untreated maternal syphilis and adverse outcomes of pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Bull WOH.* 2013; 91:217-26. DOI:10.2471/BLT.12.107623
12. Kuznik A, Muhumuza C, Komakech H, Marques EMR, Lamorde M. Antenatal Syphilis Screening Using Point-Of-Care Testing in Low- and Middle-Income Countries in Asia and Latin America: A Cost-Effectiveness Analysis. *PLoS One.* 2015 10(5): e0127379. DOI: 10.1371/journal.pone.0127379
13. Lago EG, Rodrigues LC, Fiori RM, Stein AT. Congenital syphilis: identification of two distinct profiles of maternal characteristics associated with risk. *Sexual Transm Dis.* 2004; 31:33-7. DOI: 10.1097/01.OLQ.0000105003.72411.FB
14. Lima BGC, Costa MCNC, Dourado MIC. Avaliação da qualidade do rastreamento de HIV/aids e sífilis na assistência pré-natal. *Epidemiol Serv Saúde.* 2008; 17 (2):125-7. DOI: 10.5123/S1679-49742008000200007
15. Lima MG, Santos RF, Barbosa GJ, Ribeiro GS. Incidência e fatores de risco para sífilis congênita em Belo Horizonte, Minas Gerais, 2001-2008. *Cien Saude Colet.* 2013; 18 (2): p. 499-506. DOI:10.1590/S1413-81232013000200021
16. Macêdo VC, Bezerra AFB, Frias PG, Andrade CLT. Avaliação das ações de prevenção da transmissão vertical do HIV e sífilis em maternidades públicas de quatro municípios do Nordeste brasileiro. *Cad. Saúde Públ.* 2009; 25(8):1679-92. DOI:10.1590/S0102-311X2009000800004
17. Magalhães DMS, Kawaguchi IAL, Dias A, Calderon IM. Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. *Cad. Saúde Públ.* 2013; 29(6):1109-20. DOI: 10.1590/S0102-311X2013000600008

18. Melo NGDO, Melo Filho DA, Ferreira LOC. Diferenciais intraurbanos de sífilis congênita no Recife, Pernambuco, Brasil (2004-2006). *Epidemiol Serv Saúde*. 2011; 20(2):213-22. DOI: 10.5123/S1679-49742011000200010
19. Melo VH, Botelho APM, Maia MMM, Correia Júnior MD, Pinto JA. Uso de drogas ilícitas por gestantes infectadas pelo HIV. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2014; 36(12):555-61. DOI: 10.1590/So100-720320140005155
20. Paiva V, Aranha F, Bastos FI. Opiniões e atitudes em relação à sexualidade: pesquisa de âmbito nacional, Brasil 2005. *Rev Saúde Públ*. 2008; 42 (Suppl.1):54-64. DOI: 10.1590/S0034-89102008000800008
21. Pinto VM, Tancredi MV, Buchalla CM, Miranda AE. History of syphilis in women living with AIDS and associated risk factors in São Paulo, Brazil. *Rev. Assoc. Med. Bras*. 2014; 60(4):342-8. DOI: 10.1590/1806-9282.60.04.013
22. Ribeiro KC, Silva J, Saldanha AAW. Querer é poder? A ausência do uso do preservativo nos relatos de mulheres jovens. *DST-J Bras Doenç Sex Transm*. 2011; 23(2): 84-9. DOI:10.5533/2177-8264-201123206
23. Rodrigues CS, Guimarães, MDC. Positividade para sífilis em puérperas: ainda um desafio para o Brasil. *Rev Panam Salud Publ*. 2004; 16(3):168-75. DOI: 10.1590/S1020-49892004000900003
24. Soeiro CMO, Miranda AE, Saraceni V, Santos MC, Talhari S, Ferreira LCL. Syphilis in pregnancy and congenital syphilis in Amazonas State, Brazil: an evaluation using database linkage. *Cad Saúde Públ*. 2014; 30(4): 715-23. DOI: 10.1590/0102-311X00156312
25. Viellas EF, Domingues RMSM, Dias MAB, Gama SGN, Theme Filha MM, Costa JV et al. Assistência pré-natal no Brasil. *Cad Saúde Públ*. 2014; 30 (Suppl. 1): S85-100. DOI: 10.1590/0102-311X00126013.

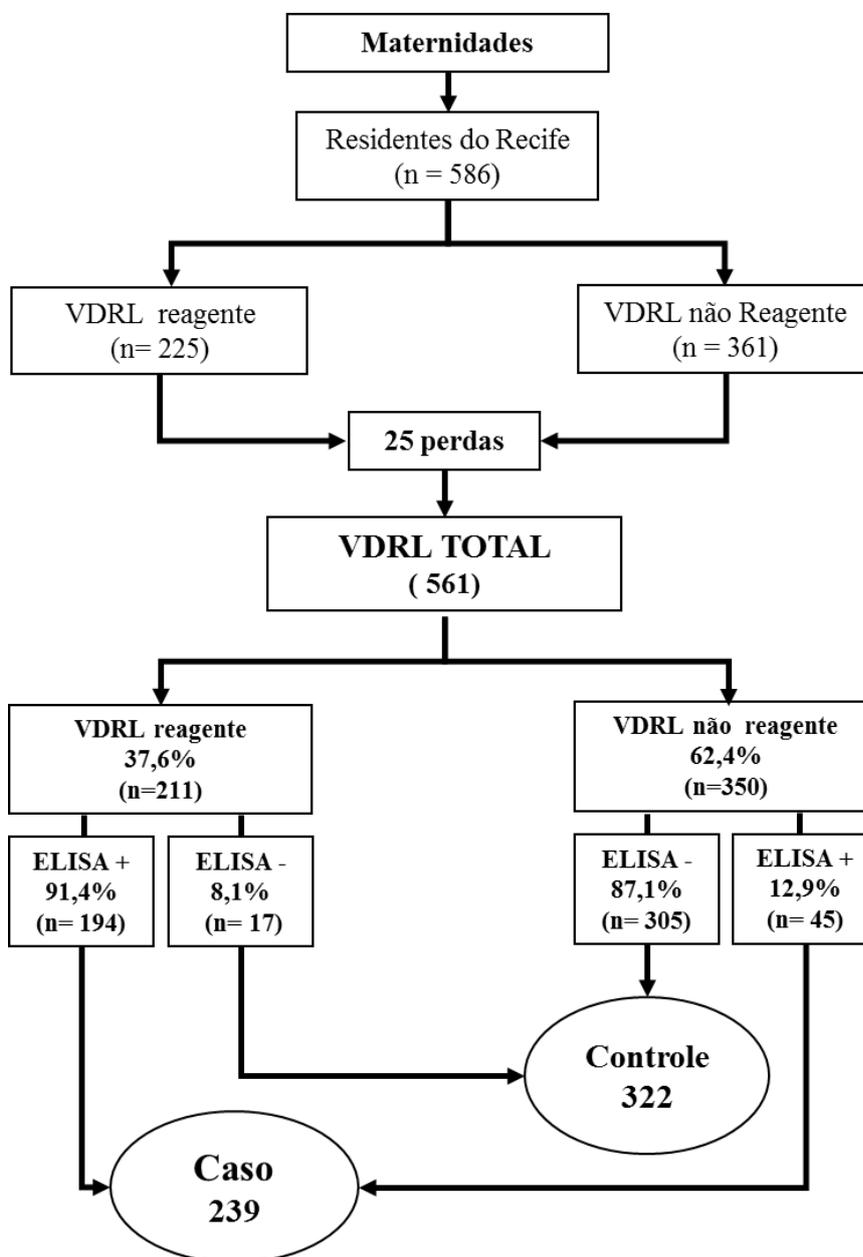
Figura 1- Fluxograma de recrutamento das participantes

Tabela 1 Análise bivariada da associação entre características sociodemográficas e sífilis em mulheres atendidas nas maternidades públicas do Recife, Pernambuco, Brasil, 2013-2014

Variáveis	Total		Caso	Controle	OR	(IC 95%)	p
	n= 561	%	n= 239	n= 322			
Bloco 1- Características sociodemográficas							
Faixa etária (anos)							0,365
≥ 30	133	23,7	56	77	1,00		
25-29	113	20,1	42	71	0,81	(0,48 - 1,36)	
20-24	159	28,3	76	83	1,25	(0,79 - 2,00)	
≤ 19	156	27,8	65	91	0,98	(0,61 - 1,57)	
Estado conjugal							0,005
Casada	51	9,1	14	37	1,00		
União estável	350	62,4	142	208	1,8	(0,94 - 3,45)	
Solteira/separada/viúva	160	28,5	83	77	2,84	(1,43 - 5,67)	
Raça (autodeclarada)							0,200
Branca	97	17,3	36	61	1,00		
Não branca	467	82,7	203	261	1,31	(0,84 - 2,06)	
Escolaridade							< 0,001
Médio e superior (C/I)	158	28,2	45	113	1,00		
Fundamental (C)	195	34,8	79	116	1,71	(1,09 - 2,67)	
Fundamental (I)/ analfabeto	208	37,1	115	93	3,1	(1,99 - 4,82)	
Renda familiar per capita (SM)							0,236
> 1,0	50	8,9	20	30	1,00		
1,0 a > 0,50	133	23,7	58	75	1,16	(0,59 - 2,24)	
0,5 a > 0,25	222	39,6	85	137	0,93	(0,49 - 1,74)	
≤ 0,25	156	27,8	76	80	1,42	(0,74 - 2,72)	
Classe econômica							0,003
B1+ B2 + C1	153	27,3	54	99	1,00		
C2	263	46,9	112	151	1,36	(0,90 - 2,05)	
D + E	145	25,8	73	72	1,85	(1,16 - 2,95)	
Trabalho remunerado							0,931
Sim	147	26,2	63	84	1,00		
Não	290	51,7	125	165	1,01	(0,67 - 1,50)	
Nunca trabalhou	124	22,1	51	73	0,93	(0,57 - 1,51)	
Condição do trabalho atual							0,234
Carteira assinada	82	14,6	30	52	1,00		
Outros	479	85,6	209	270	1,34	(0,82 - 2,17)	
Acesso à internet							< 0,001
Sim	437	77,9	168	269	1,00		
Não	124	22,1	71	53	2,14	(1,43 - 3,21)	
Acesso a telefone							0,001
Sim	513	91,4	207	306	1,00		
Não	48	8,6	32	16	2,95	(1,58 - 5,52)	

SM: salário mínimo; IC: intervalo de confiança; OR: *odds ratios*.

Tabela 2 Análise bivariada da associação entre características comportamentais e sífilis em mulheres atendidas nas maternidades públicas do Recife. Pernambuco, Brasil, 2013-2014

Variáveis	Total		Caso		OR	(IC 95%)	p
	n= 561	%	n= 239	n= 322			
Bloco 2- Características comportamentais							
Religião							0,044
Sem religião	208	37,1	92	116	1,00		
Católica	177	31,6	85	92	1,16	(0,77 - 1,74)	
Evangélica	176	31,4	62	114	0,68	(0,45 - 1,03)	
Idade na 1ª relação sexual (anos)							0,002
≥ 18	114	20,3	34	80	1,00		
≤ 17	447	79,7	205	242	1,99	(1,28 - 3,10)	
Idade na 1ª gestação (anos)							< 0,001
≥ 18	302	53,8	108	194	1,00		
≤ 17	259	46,2	131	128	1,83	(1,31 - 2,57)	
Nº de gestações anterior incluindo atual							0,002
1	187	33,3	62	125	1,00		
2-3	256	45,6	115	141	1,64	(1,11 - 2,43)	
≥ 4	118	21,0	62	56	2,23	(1,39 - 3,58)	
Nº de parceiros sexuais							< 0,001
1	434	77,4	161	273	1,00		
2	75	13,4	40	35	1,93	(1,18 - 3,17)	
≥ 3	52	9,3	38	14	4,60	(2,42 - 8,75)	
Preservativo							0,338
Sempre	60	10,7	29	31	1,00		
Às vezes	186	33,2	84	102	0,88	(0,49 - 1,57)	
Não usa	315	56,1	126	189	0,71	(0,40 - 1,24)	
Idade em que iniciou uso cigarro (anos)							< 0,001
Não fuma	449	80,0	166	283	1,00		
≥ 18	19	3,4	9	10	1,53	(0,61 - 3,85)	
≤ 17	93	16,6	64	29	3,76	(2,33 - 6,07)	
Idade em que iniciou uso de bebida alcoólica (anos)							0,144
Não bebe	453	80,7	187	266	1,00		
≥ 18	30	5,3	11	9	0,82	(0,38 - 1,77)	
≤ 17	78	13,9	41	14	1,57	(0,97 - 2,55)	
Idade em que iniciou uso de drogas ilícitas (anos)							< 0,001
Não usa	480	85,6	181	299	1,00		
≥ 18	19	3,4	10	9	1,83	(0,73 - 4,60)	
≤ 17	62	11,1	48	14	5,66	(3,03 - 10,56)	
Discriminada							0,731
Não	435	77,5	187	248	1,00		
Sim	126	22,5	52	74	0,81	(0,50 - 1,33)	

continua

Variáveis	Total		Caso	Controle	OR	(IC 95%)	p
	n= 561	%	n= 239	n= 322			
Assiste televisão							0,426
Todos os dias	483	86,1	209	274	1,00		
Algumas vezes por semana	78	13,9	30	48	0,81	(0,50 -1,33)	
Ouve rádio							0,499
Todos os dias	224	39,9	102	122	1,00		
Algumas vezes por semana	217	38,7	87	130	0,24	(0,54 -1,16)	
Nunca	120	21,4	50	70	0,49	(0,54 -1,33)	
Acesso a informação							0,140
Melhorou	396	70,6	160	236	1,00		
Permaneceu o mesmo	145	25,8	67	78	1,26	(0,86 -1,85)	
Piorou	20	3,6	12	8	2,21	(0,88 - 5,53)	
Situação de conflito							0,070
Não	434	77,4	176	258	1,00		
Sim	127	22,6	63	64	1,44	(0,97 - 2,14)	

IC: intervalo de confiança; OR: odds ratio; *Últimos doze meses; ** Últimos cinco anos.

Tabela 3. Análise bivariada da associação entre características assistenciais e sífilis em mulheres atendidas nas maternidades públicas do Recife, Pernambuco, Brasil, 2013-2014

Variáveis	Total		Caso	Controle	OR	(IC 95%)	p
	n= 561	%	n= 239	n= 322			
Bloco 3- Características de assistência à saúde no pré-natal e na maternidade							
Nº consultas no pré-natal							<0,001
≥ 7	217	38,7	67	150	1,00		
6 - 4	178	31,7	66	112	1,31	(0,86-2,00)	
3-1	94	16,8	58	44	3,60	(2,17-5,98)	
Não fez pré-natal	72	12,8	48	24	4,47	(2,53-7,90)	
Início do pré-natal (trimestre)							<0,001
Primeiro	323	57,6	112	211	1,00		
Segundo	149	26,6	68	81	1,58	(1,06-2,34)	
Terceiro	17	3,0	11	6	3,45	(1,24-9,58)	
Não fez pré-natal	72	12,8	48	24	3,76	(2,19-6,47)	
Local do pré-natal							<0,001
PSF	273	48,7	109	164	1,00		
Outros	216	38,5	82	134	0,92	(0,63-1,32)	
Não fez pré-natal	72	12,8	48	24	3,00	(1,74-5,19)	
Recebeu cartão do pré-natal na 1ª consulta							<0,001
Sim	454	80,9	178	276	1,00		
Não	35	6,2	13	22	0,91	(0,45-1,86)	
Não fez pré-natal	72	12,8	48	24	3,10	(1,83-5,24)	
Foi solicitado exame na 1ª consulta do pré-natal							<0,001
Sim	463	82,5	176	287	1,00		
Não	26	4,6	15	11	2,22	(0,99-4,95)	
Não fez pré-natal	72	12,8	48	24	3,26	(1,93-5,51)	
História de aborto anterior							0,001
Sim	406	72,4	155	251	1,00		
Não	155	27,6	84	71	1,91	(1,31-2,78)	
História de IST anterior							<0,001
Sim	434	77,4	135	300	1,00		
Não	127	22,6	105	22	10,68	(6,46-17,66)	
Grupo de gestante							<0,001
Sim	103	18,4	38	65	1,00		
Não	386	68,8	153	233	1,12	(0,71-1,76)	
Não fez pré-natal	72	12,8	48	24	3,42	(1,81-6,44)	
Possui cadastro em USF							0,156
Sim	398	70,9	162	236	1,00		
Não	163	29,1	77	86	1,30	(0,90-1,88)	
Sorologia para HIV na maternidade							0,017
Negativo	541	96,4	225	316	1,00		
Positivo	20	3,6	14	6	3,27	(1,24-8,65)	

IC: intervalo de confiança; OR: *odds ratio*; IST: *Infeção Sexualmente Transmissível*; USF: *Unidade de Saúde da Família*; HIV: *Human Immunodeficiency Virus*.

Tabela 4. Análise multivariada da associação entre características sociodemográficas, comportamentais, assistenciais e sífilis em mulheres atendidas nas maternidades públicas do Recife, Pernambuco, Brasil, 2013-2014

Variáveis	Não ajustadas			Ajustadas		
	OR	(IC 95%)	p	OR	(IC 95%)	p
Bloco 1^a- Características sociodemográficas						
Escolaridade			<0,001			0,024
Médio e superior (completo/incompleto)	1,00			1,00		
Fundamental completo	1,71	(1,09-2,67)		1,27	(0,73-2,19)	
Fundamental incompleto/analfabeto	3,10	(1,99-4,82)		2,02	(1,17-3,47)	
Acesso a telefone			0,001			0,006
Sim	1,00			1,00		
Não	2,95	(1,58-5,52)		2,45	(1,28-4,70)	
Bloco 2^b- Características comportamentais						
Religião			0,044			0,012
Sem religião	1,00			1,00		
Católica	1,16	(0,77-1,74)		1,70	(1,07-2,68)	
Evangélica	0,68	(0,45-1,03)		0,86	(0,53-1,39)	
N^o de gestações incluindo a atual			0,002			0,008
1	1,00			1,00		
2-3	1,64	(1,11-2,43)		1,77	(1,12-2,79)	
≥ 4	2,23	(1,39-3,58)		2,27	(1,30-3,95)	
N^o de parceiros sexuais nos últimos 12 meses			<0,001			0,004
1	1,00			1,00		
2	1,93	(1,18-3,17)		1,66	(0,93-2,97)	
≥ 3	4,60	(2,42-8,75)		3,15	(1,51-6,53)	
Idade em que iniciou uso de drogas (anos)			<0,001			0,003
Não usa	1,00			1,00		
≥ 18	1,83	(0,73-4,60)		0,50	(0,16-1,53)	
≤ 17	5,66	(3,03-10,56)		3,04	(1,45-6,40)	
Atual companheiro usa droga			<0,001			0,026
Sim	1,00			1,00		
Não	2,26	(1,47-3,47)		1,78	(1,07-2,98)	
Bloco 3^c- Características de assistência à saúde no pré-natal e na maternidade						
N^o consultas no pré-natal			<0,001			<0,001
≥ 7	1,00			1,00		
6 - 4	1,31	(0,86-2,00)		1,48	(0,88-2,49)	
3-1	3,60	(2,17-5,98)		3,53	(1,86-6,69)	
Não fez pré-natal	4,47	(2,53-7,90)		3,20	(1,36-7,54)	
História de IST anterior			<0,001			<0,001
Sim	1,00			1,00		
Não	10,68	(6,46-17,66)		9,70	(5,46-17,24)	

IC, intervalo de confiança; OR, *odds ratio*; IST, infecção sexualmente transmissível.

^a *Odds ratio* ajustada por todas as variáveis do bloco 1 com $p \leq 0,20$.

^b *Odds ratio* ajustada pelas variáveis do bloco 1 e pelas variáveis do bloco 2

^c *Odds ratio* ajustada pelas variáveis do bloco 2 e pelas variáveis do bloco 3

4.2 Artigo Original 2

Sífilis na gestação: entraves no controle da transmissão vertical na assistência pré-natal em um estado do Nordeste brasileiro**

RESUMO

O estudo caracterizou o perfil sociodemográfico, reprodutivo e assistencial segundo situação do pré-natal, registro do *Venereal Disease Research Laboratory* (VDRL) e o tratamento para sífilis em mulheres admitidas em maternidades públicas de uma capital do Nordeste do Brasil, entre 2013 e 2014. As informações do acompanhamento e tratamento da sífilis foram obtidas pelos registros do cartão de pré-natal e relatos verbais. O diagnóstico de sífilis considerou os registros do cartão, anotações em prontuário e resultados do VDRL da maternidade. Das 1.206 mulheres, 91,7% realizaram pré-natal e se declararam casadas, com menor número de filhos e possuíam maior escolaridade. Evidenciou-se que o resultado do VDRL no cartão do pré-natal foi anotado em apenas 23,9% dos casos e que mais da metade tinham iniciado o acompanhamento no último trimestre. Entre as 838 mulheres que receberam resultado do VDRL no pré-natal, 21% eram reagentes e apenas 70,5% trataram a infecção. Destas, 69,4% utilizaram o esquema para sífilis terciária e 8,1% foram tratadas com outras medicações. O pré-natal não alcançou efetividade na prevenção e rastreamento da sífilis, uma vez que 34,1% apresentaram-se reagentes na admissão à maternidade. Nota-se, assim, a dificuldade de diagnosticar e tratar sífilis durante o pré-natal.

Palavras-Chaves: Sífilis; Gestantes; Transmissão Vertical de Doença Infecciosa; Cuidado Pré-Natal.

** Artigo será submetido à revista Cadernos de Saúde Saúde Pública (ENSP) e encontra-se formatado conforme instruções aos autores (Anexo C).

INTRODUÇÃO

Anualmente, cerca de dois milhões de mulheres são infectadas pela sífilis em todo o mundo, principalmente nos países em desenvolvimento¹. No Brasil, o estudo sentinela parturiente de 2006 estimou a prevalência da sífilis na gestação em 1,1%². Nos anos subsequentes, observou-se o aumento das notificações da sífilis gestacional, no entanto, ainda registram-se maiores percentuais de casos de sífilis congênita. Além disso, persistem os diferenciais na magnitude da doença entre as unidades da Federação, agravados com alta subnotificação desses casos^{3,4}.

De forma geral, a sífilis ainda possui elevado sub-registro, relatado em diferentes investigações^{2,5}. Em 2011, o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) registrou 14.386 casos em gestantes, correspondendo a 50,4% dos eventos esperados no Brasil, enquanto, em 2013, os registros foram ampliados para 21.382 casos, conferindo uma taxa de detecção de 7,4 por 1.000 nascidos vivos (NVs). Apesar desse aumento e da melhoria da notificação entre as macrorregiões, observam-se diferenças marcantes na capacidade de realizar a vigilância. A Região Nordeste apresentou a menor taxa de detecção de sífilis em gestantes, enquanto, a Sudeste foi a maior (5,3 e 8,7 por 1.000 NVs, respectivamente)^{3,6}.

A sífilis gestacional agrega o risco de transmissão vertical e, diante dos casos não tratados, cerca de 40% resultam em desfechos negativos, relacionados ao aborto espontâneo, morte fetal ou neonatal precoce ou ainda graves sequelas perinatais⁷. O pré-natal constitui um momento favorável para identificação e redução dos riscos, considerando a triagem sorológica, tratamento adequado da gestante e seus parceiros^{8,9}. Apesar da elevada cobertura da assistência pré-natal alcançada no Brasil, persistem barreiras no acesso oportuno para sua realização, evidenciando dificuldades na superação de desigualdades sociais no país, especialmente entre as mulheres mais vulneráveis: indígenas, pretas, menor escolaridade, maior número de gestações e as residentes nas regiões Norte e Nordeste¹⁰.

Adicionalmente, mesmo entre as mulheres que realizaram o pré-natal, muitas são as oportunidades perdidas no diagnóstico e tratamento dos casos. A remoção de obstáculos para realização de um pré-natal adequado envolve, entre outras questões, a captação precoce da gestante, o aconselhamento, a solicitação e realização dos exames conforme protocolos, o recebimento de resultados em tempo oportuno, além do tratamento adequado da mulher e seu parceiro^{4,11,12}.

Em parte, muitas deficiências assistenciais durante o pré-natal são constatadas no momento da admissão à maternidade, quando ocorre a última oportunidade diagnóstica da sífilis para a gestante e parturiente, porém mantido o risco da infecção congênita.

Apesar das evidências existentes, o conhecimento sobre o contexto sociodemográfico e assistencial de mulheres que realizaram ou não o pré-natal, bem como sobre as que efetuaram ou não o tratamento adequado para sífilis pode contribuir para o estabelecimento de estratégias efetivas direcionadas à promoção da saúde, prevenção dos potenciais fatores de risco, diagnóstico e tratamento, especialmente entre os grupos mais expostos à infecção^{13,14}.

O objetivo deste estudo foi caracterizar o perfil sociodemográfico, reprodutivo e assistencial segundo a situação do pré-natal, diagnóstico e tratamento para sífilis em mulheres admitidas em maternidades públicas do Recife e residentes no Estado de Pernambuco.

MÉTODOS

O estudo possui delineamento transversal, desenvolvido a partir de uma pesquisa mais abrangente que teve entre os seus objetivos comparar as mulheres em relação ao acompanhamento do pré-natal, ao registro do resultado do VDRL (*Venereal Disease Research Laboratory*) no cartão/prontuário e no tratamento para sífilis na gestação.

A amostra foi constituída de mulheres residentes no estado de Pernambuco, admitidas em sete maternidades que atendem ao Sistema Único de Saúde (SUS). O recrutamento ocorreu a partir de um desenho tipo caso-controle que elegeu como caso as mulheres com VDRL reagente e como controle as não reagentes na razão de 1:2.

Foram selecionadas todas as maternidades públicas e filantrópicas em funcionamento no período de coleta, de julho de 2013 a julho de 2014, das quais quatro são serviços credenciados em atendimento para gestação de alto risco e três para o risco habitual, responsáveis por aproximadamente 56% do total de partos ocorridos no município.

Foram incluídas 1.206 mulheres, admitidas em trabalho de parto, pós-parto, aborto ou qualquer outra intercorrência clínico-cirúrgica do ciclo gravídico puerperal que necessitavam de internamento. Foram excluídas as que se apresentavam sob risco de vida, as portadoras de distúrbios mentais e as que relataram possuir doenças autoimunes ou infecções (Lúpus, Poliarterite nodosa, Síndrome do Anticorpo Anti-Fosfolípídeo, Doença de Lyme ou Hanseníase) que podem tornar reagente o exame de VDRL.

Foram utilizadas informações obtidas por meio de entrevista estruturada, com formulário previamente testado. Dados do cartão de pré-natal, quando disponíveis, foram transcritos em relação a datas, resultados dos exames sorológicos e tratamentos realizados durante a gestação. Os resultados dos exames de sífilis realizados na admissão foram captados nos livros ou sistema informatizados dos laboratórios das maternidades.

A realização do pré-natal e o tratamento para sífilis, quando não disponíveis no cartão, foram definidos pelo relato da participante. O diagnóstico de sífilis na gestação se baseou nos resultados do VDRL, sob a forma qualitativa ou quantitativa, registrados no cartão do pré-natal, anotações médicas contidas na ficha de admissão e no prontuário clínico. O tratamento da sífilis compreendeu o uso de Penicilina benzatina, com o objetivo de tratar o agravo na gestação atual.

O estudo envolveu as variáveis demográficas (idade, cor da pele autodeclarada, estado civil e local de residência), sociais (escolaridade, classe econômica, conforme critério da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa - Abep), informações sobre saúde sexual e reprodutiva (idade na primeira relação sexual e gestação, número de gestações anteriores e parceiros sexuais) e história anterior de aborto.

As comparações relacionadas ao registro do VDRL no cartão do pré-natal e tratamento da sífilis foram avaliadas quanto ao município de residência, idade, local, número de consultas e trimestre da gestação em que iniciou o pré-natal, profissional de saúde que realizou o pré-natal, solicitação de exames na primeira consulta e tempo de entrega dos resultados. A análise do resultado do VDRL foi feita por meio do registro no cartão do pré-natal e também o realizado na admissão à maternidade. O tratamento adequado considerou a utilização da Penicilina benzatina em doses preconizadas, ter finalizado o tratamento até trinta dias antes do parto e o parceiro ter sido tratado concomitantemente com o mesmo esquema, segundo o registro no cartão do pré-natal e, na sua ausência, o relato da mulher.

Foram realizadas análises univariadas com as variáveis: pré-natal (sim e não), VDRL no cartão do pré-natal/prontuário (registrado e não registrado), mulheres com VDRL reagentes no pré-natal (tratou e não tratou) associadas às características sociodemográficas, reprodutivas e assistenciais, sendo utilizado o teste do qui-quadrado (X^2) para detectar diferenças entre as proporções com valores significantes de $p < 0,05$.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), conforme parecer 136.500/2012. Todos os

cuidados foram adotados visando a garantir o sigilo e a confidencialidade das informações. Antes da realização de cada entrevista, foi obtida a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

Das 1.206 mulheres entrevistadas, 48,6% referiram residir no município do Recife, 63,3% tinham entre 20 e 34 anos, 65% se autodeclararam pardas e 61,4% em união estável, enquanto 8% eram analfabetas e 30% foram classificadas nas classes econômicas D e E.

A não realização do pré-natal foi observada em 8,7% da amostra e a maior parte residiam na capital (12,8%), se declararam solteiras, separadas ou viúvas (15,4%), possuíam menor escolaridade (22%) e pertenciam à classe econômica D e E (11,4%). Quanto aos antecedentes reprodutivos, predominaram as que relataram possuir três ou mais parceiros sexuais no último ano (23,2%), aborto anterior (17,2%), ter iniciado a primeira relação sexual e gravidez com quatorze anos ou menos (11,4% e 14,7%, respectivamente) (Tabela 1).

A análise do registro do VDRL no cartão do pré-natal ou prontuário mostrou que 23,9% não possuíam quaisquer informações quanto ao resultado desse exame e, entre estas, em maior proporção, tiveram menor número de consultas (57,6%) e início do pré-natal no último trimestre gestacional (57,1%). Além disso, entre as mulheres para as quais não foram solicitados exames na primeira consulta, quase 46% não tinham registro de VDRL no cartão e, entre aquelas em que o exame foi solicitado e não havia registro no cartão, apenas 17,8% receberam os resultados em até quinze dias (Tabela 2).

Avaliando os resultados das que fizeram um dos exames de VDRL durante o pré-natal, verificou-se que 176 souberam do diagnóstico de sífilis ainda na gestação, destas 124 (70,5%) trataram sífilis na gestação atual, 69,4% receberam o esquema preconizado para sífilis terciária e 8,1% referiram ter sido tratadas com outro esquema que não incluía a penicilina benzatina. Apenas 52,4% das mulheres informaram que o parceiro recebeu tratamento concomitante e 58,1% concluíram o tratamento até 30 dias antes do parto. Observou-se, que 73,3% receberam tratamento classificado como não adequado para sífilis (Figura 1).

Entre as 52 mulheres que não trataram sífilis no pré-natal, 57,6% iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre gestacional, 61,5% realizaram o acompanhamento pré-natal nas unidades de saúde da família, 46,2% fizeram seis ou mais consultas, em 92,3% os exames

sorológicos foram solicitados na primeira consulta e para 61,5% a entrega dos resultados ocorreu no período de até quinze dias (Figura 2).

Uma das razões referidas pelas 52 mulheres para a não realização do tratamento para sífilis foi o fato de 27% delas só saberem do resultado de VDRL reagente no segundo exame e com curto intervalo entre o momento da internação na maternidade. Destas, três mulheres sabiam dos resultados dos exames no momento da entrevista, mas não realizaram o acompanhamento pré-natal. Dentre as mulheres com resultado reagente do VDRL na admissão à maternidade, 62,9% pertenciam ao grupo que não realizou o pré-natal e 46,3% ao estrato das que realizaram o pré-natal, mas não possuíam o registro do exame no cartão no pré-natal (dados não apresentados).

DISCUSSÃO

Os resultados apontam que as mulheres do Estado de Pernambuco, atendidas e investigadas nas maternidades do Recife, particularizando aspectos relacionados com a sífilis, compõem um estrato mais vulnerável às iniquidades, incluindo as de assistência à saúde. As barreiras no acesso ao pré-natal são uma expressão das desigualdades e diferentes oportunidades de assistência a que estão submetidos os diferentes grupos estudados.

Apesar dos investimentos na melhoria da atenção à saúde das mulheres e crianças, nas últimas décadas, ainda permanecem fragilidades na assistência pré-natal e ao parto, o que repercute no alcance de metas pactuadas e resulta na inadequação do cuidado ¹². Na amostra estudada, 8,7% das mulheres não realizaram o pré-natal. A ausência do pré-natal esteve fortemente associada às condições de vida e comportamentais, tais como baixa escolaridade e maior número de parceiros sexuais, semelhantes a outros achados na literatura ^{10,14,15}.

A privação do cuidado pré-natal pode dificultar a diminuição de efeitos adversos da gestação e parto entre mães e recém-nascidos, a exemplo de sífilis congênita, aborto, natimortalidade, morte neonatal e prematuridade ¹⁴. Entre as mulheres que declararam ter realizado o pré-natal, identificou-se de forma variada, porém ainda expressiva, o início tardio da assistência, número inadequado de consultas, não solicitação dos exames na primeira consulta e elevado tempo de entrega dos resultados, que podem explicar, em parte, a permanência de desfechos negativos, como a transmissão vertical da sífilis.

Estudos nacionais e de abrangência local sobre avaliação da adequação do pré-natal têm demonstrado que os avanços alcançados na assistência perinatal se alternam com falhas, resultando em baixa adequação e predomínio de ações parcialmente implantadas ^{12,16,17}.

Considerando as mulheres que realizaram o pré-natal, 76,1% apresentaram o registro de um dos exames de VDRL no cartão ou prontuário. Estudos anteriores demonstraram elevadas discrepâncias entre as anotações no cartão e o informado pela gestante ^{18,19,20}, dificultando o acompanhamento integrado entre diferentes níveis de complexidade dos serviços de saúde. Esse fenômeno pode expressar o nível organizacional da gestão, na oferta do procedimento e diferenças de adesão entre categorias profissionais que atuam na assistência pré-natal ¹¹.

Apesar da elevada proporção de mulheres que possuíam o cartão de pré-natal no momento da entrevista, a compreensão do perfil daquelas sem o registro do VDRL no cartão possibilita inferir sobre a qualidade do acompanhamento e os cuidados efetivamente fornecidos. Neste grupo, são marcantes as diferenças, há uma maior frequência do início do acompanhamento no último trimestre, baixo número de consultas e ausência de solicitação e entrega dos resultados de exames laboratoriais. Igualmente importante são as diferenças entre os grupos quanto à ausência do registro ou não realização do segundo exame VDRL. Fato permanente e reafirmado em estudos ^{21,22}, em especial, o sentinela parturiente, onde apenas 16,9% das entrevistadas apresentaram o registro dos dois testes conforme preconizado pelas normas².

Os protocolos nacionais recomendam a realização de duas sorologias para sífilis durante a gestação. No entanto, a não realização do exame, assim como a não entrega do resultado no prazo de 15 dias se incluíram entre as condições que mais se relacionaram com falhas e inadequação da assistência pré-natal ^{12,17}.

Entre as mulheres que apresentaram um dos exames de VDRL reagente no pré-natal, 70,5% referiram à realização do tratamento. Entre as 52 mulheres reagentes ao exame, 38 relataram saber o resultado desde a primeira testagem. Isso sinaliza vigilância deficiente e oportunidades perdidas de prevenção e tratamento da sífilis congênita, uma vez que grande parte realizou o acompanhamento na estratégia saúde da família, apresentou número adequado de consultas, solicitação e entrega dos exames em tempo hábil.

Além das barreiras de acesso ao pré-natal, existem as associadas ao baixo conhecimento dos protocolos assistenciais e dificuldades na abordagem das infecções sexualmente transmissíveis pelos profissionais de saúde, aspecto já relatado ao se avaliar o manejo da sífilis entre pré-natalistas ^{16,23}. Outro estudo, publicado entre os anos de 2003 e

2008, quando a estratégia saúde da família possuía pouco mais de 10 anos, não identificou associação efetiva no acompanhamento à gestante e o controle da sífilis congênita, comparados a outros modelos de atenção ²⁴.

Recente revisão sistemática evidenciou que a ocorrência de qualquer evento adverso da gravidez é 52% maior entre as mulheres com sífilis ²⁵. Diversos estudos apontam a necessidade de reorganização das ações, priorizando mulheres com características de risco identificadas e integração de programas locais que atuam sobre o segmento materno-infantil, aperfeiçoando estratégias de busca ativa das gestantes sem atendimento e tratamento, captação dos parceiros, visitas domiciliares, organização dos fluxos assistenciais, ampliação do planejamento familiar e implementação de um diálogo permanente entre as áreas de saúde da mulher, criança, atenção básica e vigilância dos diferentes níveis de gestão ^{15,26,27}.

Em relação à realização do tratamento para sífilis ainda durante a gestação, foi possível constatar que a maior parte seguiu o esquema preconizado para a forma terciária, somente 58% finalizaram até 30 dias antes do parto e 52,4% relataram tratamento do parceiro. Outro elemento importante, obtido a partir do relato das mulheres e que merece a atenção dos profissionais de saúde, foi a baixa proporção de recebimento do tratamento adequado, apenas 26,6% o finalizaram, segundo as recomendações vigentes ⁶. Esses achados podem refletir a baixa implantação de normas assistenciais para triagem e tratamento da sífilis na gestação, insuficiente envolvimento e preparo da equipe de saúde diante de um resultado reagente, dificuldade de captação dos parceiros e elevada proporção de tratamento ineficaz.

Resultados semelhantes foram encontrados em estudo realizado em Pernambuco, em quatro maternidades do interior, que revelou ausência de uniformidade nas ações de prevenção, vigilância epidemiológica, assistência farmacêutica, laboratorial e clínica para redução da transmissão vertical da sífilis e HIV ²⁸. A baixa adesão ao preconizado no tratamento das infecções sexualmente transmissíveis tem sido relatada, não só no âmbito da atenção primária, mas também em outros níveis assistenciais, ao identificar mulheres admitidas em maternidades de referência para o alto risco gestacional, sem conhecimento dos resultados sorológicos de sífilis e HIV e sobre a importância do tratamento de seus parceiros para sífilis ^{28,29,30}.

A análise dos resultados dos exames de VDRL na admissão à maternidade mostrou importantes desigualdades que dificultam o diagnóstico e o tratamento adequado e provocam a transmissão vertical da sífilis. Entre as que não realizaram o pré-natal, ocorreram percentuais expressivos da infecção, possibilitando aumento de desfechos perinatais negativos. Entretanto, nas mulheres que realizaram o pré-natal ainda foram identificadas, com

menor proporção, reagentes para sífilis. Nessa categoria, houve oportunidade de alcançar elevados níveis de controle e rastreamento, mas foi perdida. Na maternidade, foram observados exames reagentes em 46,3% e 32,3% das mulheres sem e com o registro do VDRL no cartão do pré-natal, respectivamente.

É possível que os resultados apresentem vieses de seleção e informação, pela forma como o recrutamento foi realizado, a partir de uma estratégia do tipo caso-controle que se baseou nos resultados do VDRL, entretanto, é pouco provável que isso tenha influenciado as associações entre as características estudadas (demográficas, sociais e assistenciais) com a realização do pré-natal e o registro do VDRL no cartão/prontuário. Além disso, valorizou-se o relato verbal da entrevistada no tocante ao tratamento da sífilis no pré-natal, devido à sua incompletude e ausência dos registros nos cartões de pré-natal.

Em conclusão, os resultados explicitam os diferentes entraves para diagnosticar precocemente, tratar oportuna e adequadamente a sífilis, durante o pré-natal. A ampliação do acesso ao diagnóstico, favorecendo o início precoce do pré-natal, melhor organização dos fluxos assistenciais nos serviços, integrando os diferentes níveis do cuidado, revelam-se como uma prioridade a ser perseguida. Adicionalmente, a identificação das mulheres que estão expostas a fatores de risco favorece a implementação de estratégias para o ingresso na assistência. São alguns exemplos de ações imediatas que podem provocar uma abordagem sustentável de médio a longo prazo e, assim, contribuir de forma mais efetiva no controle da sífilis, no país.

REFERÊNCIAS

1. Newman L, Kamb M, Hawkes S, Gomez G, Say L, Seuc A, et al. Global estimates of syphilis in pregnancy and associated adverse outcomes: analysis of multinational antenatal surveillance data. *PLoS Med* 2013; 10(2):e1001396.
2. Szwarcwald CL, Barbosa Junior A, Miranda AE, Paz LC. Results of the sentinel surveillance project, 2006: challenges for the control of congenital syphilis in Brazil. *DST J Bras Doenç Sex Transm* 2007; 19:128-33.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. *Saúde Brasil 2013: uma análise da situação de saúde e das doenças transmissíveis relacionadas à pobreza*. Brasília; 2014.
4. Domingues RMSM, Szwarcwald CL, Souza Junior PRB, Leal MC. Prevalence of

- syphilis in pregnancy and prenatal syphilis testing in Brazil: Birth in Brazil study. *Rev Saúde Pública* 2014; 48:766-74.
5. Rodrigues CS, Guimarães, MDC. Positividade para sífilis em puérperas: ainda um desafio para o Brasil. *Rev Panam Salud Públ* 2004; 16:168-75.
 6. Brasil. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. Penicilina benzatina para prevenção da Sífilis Congênita durante a gravidez. Brasília; 2015.
 7. Casal CAD, da Silva MO, Costa IB, Araújo EC, Corvelo TCO. Molecular detection of *Treponema pallidum* sp. *pallidum* in blood samples of VDRL-seroreactive women with lethal pregnancy outcomes: a retrospective observational study in Northern Brazil. *Rev Soc Bras Med Trop* 2011; 44: 451-56.
 8. Magalhães DMS, Kawaguchi IAL, Dias A, Calderon IMP. Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. *Cad Saúde Públ* 2013; 29:1109-20.
 9. Araújo MAL, Barros VL, Moura HJ, Rocha AFB, Guanabara MAO. Prevenção da sífilis congênita em Fortaleza, Ceará: uma avaliação de estrutura e processo. *Cad Saúde Colet* 2014; 22:300-6.
 10. Viellas EF, Domingues RMSM, Dias MAB, Gama SGN, Theme Filha MM, Costa JV et al. Assistência pré-natal no Brasil. *Cad Saúde Públ* 2014; 30 Supl 1:S85-100.
 11. Domingues RMSM, Leal MC, Hartz ZMA, Dias MAB, Vettore MV. Acesso e utilização de serviços de pré-natal na Rede SUS do município do Rio de Janeiro, Brasil. *Rev Saúde Públ* 2013; 16:953-65.
 12. Leal MC, Theme-Filha MM, Moura EC, Cecatti JG, Santos LMP. Atenção ao pré-natal e parto em mulheres usuárias do sistema público de saúde residentes na Amazônia Legal e no Nordeste, Brasil 2010. *Rev Bras Saúde Matern Infant* 2015; 15: 91-104.
 13. Xavier RB, Jannotti CB, da Silva KS, Martins AC. Risco reprodutivo e renda familiar: análise do perfil de gestantes. *Ciênc Saúde Col* 2013; 18:1161-71.
 14. Rosa CQ, Silveira DS, da Costa JSD. Fatores associados a não realização de pré-natal em município de grande porte. *Rev Saúde Públ* 2014; 48: 977-84.
 15. Gama SGN, Szwarcwald CL, Sabroza AR, Branco VC, Leal MC. Fatores associados a assistência pré-natal precária em uma amostra de puérperas adolescentes em maternidades do município do Rio de Janeiro, 1999-2000. *Cad Saúde Públ* 2004; 20 Supl 1:101-11.
 16. Cavalcante MGS, Samico I, Frias PG, Vidal SA. Análise de implantação das áreas

- estratégicas da atenção básica nas equipes de Saúde da Família em município de uma Região Metropolitana do Nordeste Brasileiro. *Rev Bras Saude Mater Infant* 2006; 6: 437-45.
17. Domingues RMSM, Viellas EF, Dias MAB, Torres JA, Theme-Filha MM, Gama SGN et al. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. *Rev Panam Salud Publ* 2015; 37:140-7.
 18. Santos Neto ET, Leal MC, Oliveira AE, Zandonade E, Gama SGN. Concordância entre informações do Cartão da Gestante e da memória materna sobre assistência pré-natal. *Cad Saúde Públ* 2012; 28: 256-66.
 19. Santos Neto ET, Oliveira AE, Zandonade E, Gama SGN, Leal MC. O que os cartões de pré-natal das gestantes revelam sobre a assistência nos serviços do SUS da Região Metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo, Brasil? *Cad Saúde Públ* 2012; 28:1650-62.
 20. Barreto FDFP, de Albuquerque RM. Discrepâncias entre o informe verbal e os registros no cartão da gestante, um instrumento negligenciado. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2012; 34:259- 67.
 21. Saraceni V, Miranda AE. Relação entre a cobertura da estratégia saúde da família e o diagnóstico de sífilis na gestação e sífilis congênita. *Cad Saúde Públ* 2012; 28:490-6.
 22. Polgliani RBS, dos Santos NET, Zandonade E. Informações dos cartões de gestantes e dos prontuários da atenção básica sobre assistência pré-natal. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2014; 36:269-75.
 23. Domingues RMSM, Lauria LM, Saraceni V, Leal MC. Manejo da sífilis na gestação: conhecimentos, práticas e atitudes dos profissionais pré-natalistas da rede SUS do município do Rio de Janeiro. *Ciênc. Saúde Col* 2013; 18:1341-51.
 24. Araújo CL, Shimizu HE, Sousa AIA, Hamann EM. Incidência da sífilis congênita no Brasil e sua relação com a estratégia saúde da família. *Rev Saúde Públ* 2012; 46:479-86.
 25. Gomez GB, Kamb ML, Newman LM, Mark J, Broutet N, Hawkes SJ. Untreated maternal syphilis and adverse outcomes of pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Bull WHO* 2013; 91:217-26.
 26. Carvalho VCP, Araújo TVB. 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* 2007; 7:309-17.

27. Vidal SA, Samico IC, Frias PG, Hartz ZMA. Estudo exploratório de custos e consequências do pré-natal no Programa Saúde da Família. *Rev Saude Públ.* 2011;45:467-74.
28. Macedo VC, Bezerra AFB, Frias PG, Andrade CLT. Avaliação das ações de prevenção da transmissão vertical do HIV e sífilis em maternidades públicas de quatro municípios do Nordeste brasileiro. *Cad Saúde Públ* 2009; 25:1679-92.
29. Ramos VM, Figueiredo EM, Succi RCM. Entraves no controle da transmissão vertical da sífilis no sistema de atenção à saúde do município de São Paulo. *Rev Saúde Públ* 2014; 17:887-98.
30. Campos ALA, Araújo MAL, de Melo SP, Andrade RFV, Gonçalves MLC. Sífilis em parturientes: aspectos relacionados ao parceiro sexual. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2012; 34: 397-402.

Tabela 1. Características demográficas, sociais e reprodutivas das mulheres, segundo a assistência pré-natal na admissão à maternidade. Pernambuco, Brasil, 2013-2014

Características	Total n= 1.206	Pré-natal				Valor p*
		Sim (91,3%) n=1101	%	Não (8,7%) n=105	%	
Local de residência						
Recife	586	511	87,2	75	12,8	< 0,001
Região Metropolitana do Recife	380	360	94,7	20	5,3	
Outros municípios	240	230	95,8	10	4,2	
Idade (anos)						
≥ 35	123	111	90,2	12	9,8	0,752
20 a 34	764	701	91,8	63	8,3	
19 a 12	319	289	90,6	30	9,4	
Cor da pele (autodeclarada)						
Branca	214	195	91,1	19	8,9	0,973
Preta	152	138	90,8	14	9,2	
Parda	784	716	91,3	68	8,7	
Amarela/indígena	56	52	92,9	04	7,1	
Estado Civil						
Casada	159	150	94,3	09	5,7	< 0,001
União estável	741	692	93,4	49	6,6	
Solteira/separada/viúva	306	259	84,6	47	15,4	
Escolaridade						
Superior/médio completo	374	358	95,7	16	4,3	< 0,001
Médio incompleto/fundamental completo	390	351	90,0	39	10,0	
Fundamental completo/incompleto	342	314	91,8	28	8,2	
Fundamental incompleto/analfabeto	100	78	78,0	22	22,0	
Classe econômica						
B1 + B2 + C1	301	301	92,3	25	7,7	0,096
C2	482	482	92,5	39	7,5	
D + E	318	318	88,6	41	11,4	
Idade 1ª relação sexual (anos)						
≥ 20	120	113	94,2	07	5,8	0,036
19-15	649	601	92,6	48	7,4	
≤ 14	437	387	88,6	50	11,4	
Idade 1ª gravidez (anos)						
≥ 20	443	419	94,6	24	5,4	0,003
19-15	661	595	90,0	66	10,0	
≤ 14	102	87	85,3	15	14,7	
Número de gestações anteriores						
1	447	422	94,4	25	5,6	0,003
2-3	521	473	90,8	48	9,2	
≥4	238	206	86,6	32	13,4	
Número de parceiros sexuais						
1	970	908	93,6	62	6,4	< 0,001
2	141	120	85,1	21	14,9	
≥ 3	95	73	76,8	22	23,2	
Aborto anterior						
Não	875	827	94,5	48	5,5	< 0,001
Sim	331	274	82,8	57	17,2	

* Teste estatístico do qui-quadrado.

Tabela 2 Características demográficas e da assistência em mulheres que realizaram o pré-natal, segundo o registro do VDRL no cartão /prontuário. Pernambuco, Brasil, 2013-2014

Características	Total n= 1.101	VDRL* no Cartão Pré-natal/Prontuário				Valor p***
		Registrado** (76,1%)		Não registrado (23,9%)		
		n=838	%	n=263	%	
Local de residência						
Recife	511	388	75,9	123	24,1	0,426
Região Metropolitana do Recife	360	268	74,4	92	25,6	
Outros municípios	230	182	79,1	48	20,9	
Idade (anos)						
≥ 35	111	90	81,1	21	18,9	0,241
34 a 20	701	523	74,6	178	25,4	
19 -12	289	225	77,9	64	22,1	
Início pré-natal (em trimestre)						
1 ^o	758	601	79,3	157	20,7	< 0,001
2 ^o	308	22	72,1	86	27,9	
3 ^o	35	15	42,9	20	57,1	
Local pré-natal						
PSF***	710	534	75,2	176	24,8	0,016
Ambulatório hospital	256	210	82,0	46	18,0	
Outros	135	94	69,6	41	30,4	
Consultas pré-natal						
≥ 6	671	575	85,7	96	14,3	< 0,001
5-4	227	177	78,0	50	22,0	
3-1	203	86	42,4	117	57,6	
Categoria profissional						
Enfermeiro	623	469	75,3	154	24,7	0,550
Médico	478	369	77,2	109	22,8	
Solicitado exames na 1^a consulta						
Sim	1044	807	77,3	237	22,7	< 0,001
Não	57	31	54,4	26	45,6	
Entrega dos resultados (em dias)						
0 – 15	702	577	82,2	125	17,8	< 0,001
16 – 30	246	200	81,3	46	18,7	
≥ 31	153	61	39,9	92	60,1	

* VDRL: *Veneral Disease Research Laboratory*.

** Inclui os registros do exame de sífilis durante o pré-natal sob forma qualitativo ou quantitativo no cartão do pré-natal, ficha de admissão ou prontuário.

*** Teste estatístico do qui-quadrado.

**** PSF: Programa saúde da família.

Figura 1. Manejo de casos em mulheres que realizaram tratamento para sífilis durante o pré-natal. Pernambuco, Brasil, 2013-2014

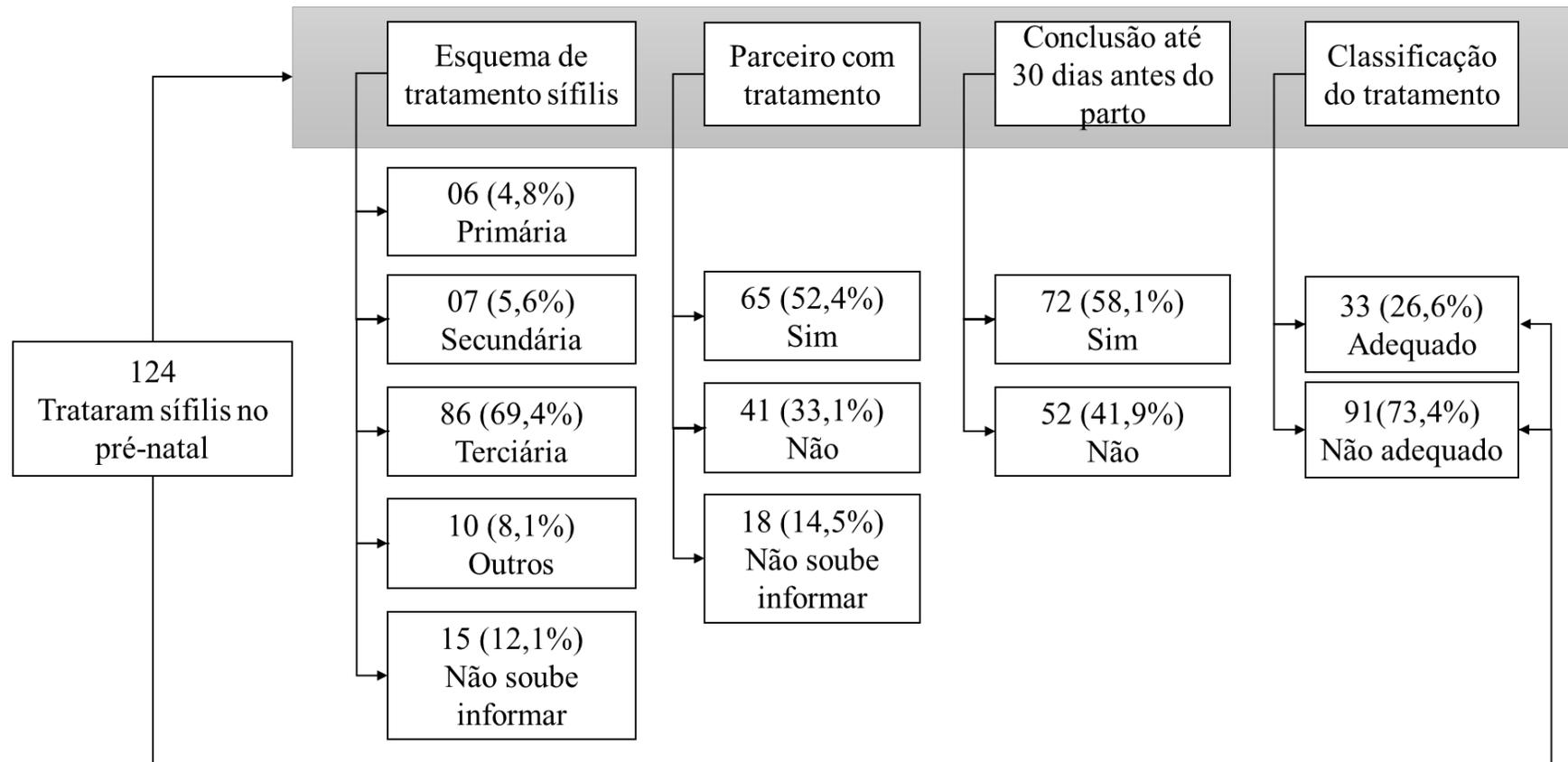
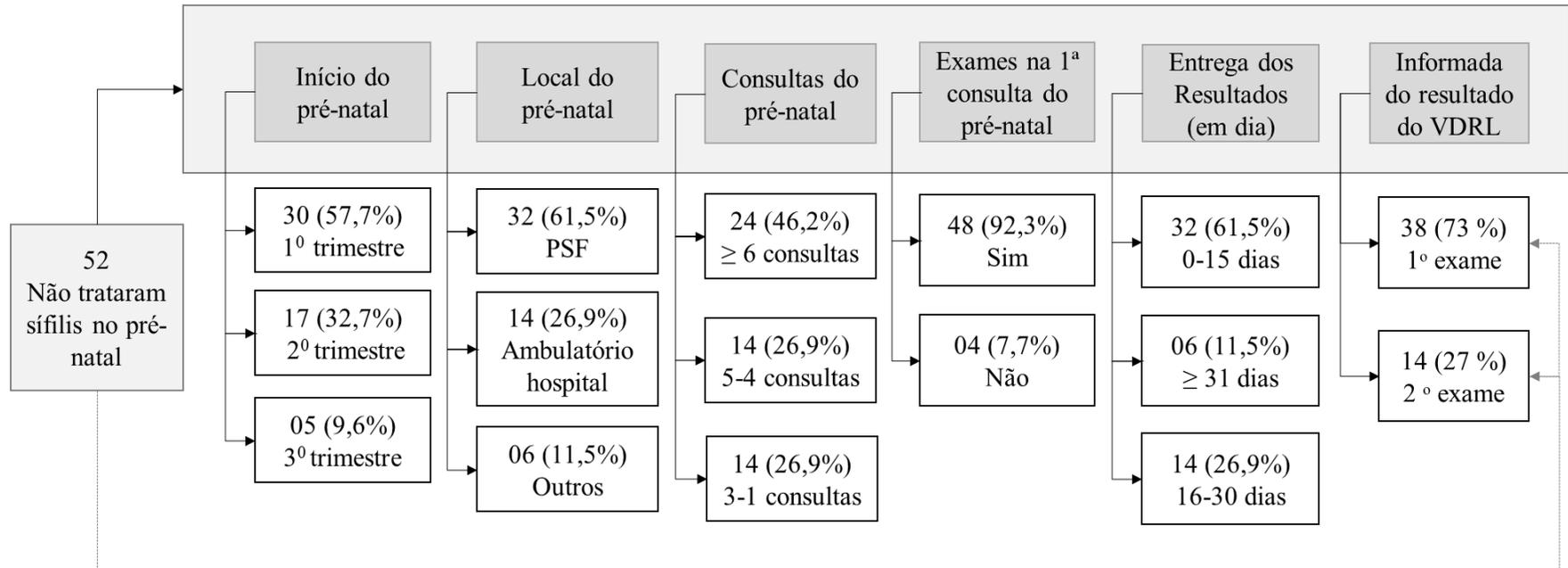


Figura 2. Trajetória assistencial em mulheres que não realizaram tratamento para sífilis durante o pré-natal. Pernambuco, Brasil, 2013-2014



***5- Considerações finais
e Recomendações***

5.1 – Considerações finais

A partir das análises realizadas e descritas nos artigos que compõem esta tese, buscou-se atender ao seu objetivo geral, que consistiu em “*Estudar os fatores que influenciam a ocorrência e o tratamento para sífilis em mulheres atendidas em maternidades públicas do Recife – PE*”. Os resultados apontam os diversos desafios a serem enfrentados pelas políticas de saúde do Brasil para diminuição dos casos de sífilis. Se, por um lado, o aumento da notificação dos casos nos remete à melhoria do Sistema Nacional de Agravos de Notificação (Sinan), por outro, sugere deficiências do sistema de saúde.

O primeiro artigo, o caso-controle, analisou os fatores de risco para infecção. Identificou-se que a sífilis difunde-se mais rapidamente entre mulheres de estratos sociais mais desfavorecidos e de baixa escolaridade, assim como entre as que possuem maior número de filhos e parceiros sexuais. Embora importantes, esses fatores, isoladamente não são capazes de desvendar a complexidade envolvida neste fenômeno. Utilizou-se um modelo analítico, incluindo, características sociodemográficas, comportamentais e de assistência à saúde no pré-natal e maternidade. As características sociodemográficas e comportamentais estiveram relacionadas ao acesso e uso dos serviços de saúde, especialmente à assistência pré-natal.

As análises comparativas entre os grupos caso e controle configuram-se como interessante dispositivo para subsidiar o desenvolvimento de ações programáticas para prevenção de casos de sífilis nesta população. Contudo, limites relacionados ao modelo estatístico, dificultaram ampliar julgamentos sobre variáveis comportamentais que não apresentaram significância estatística, mas são relevantes para melhor compreender os determinantes da sífilis na gestação e para direcionar abordagens mais adequadas. O baixo uso do preservativo, por exemplo, assim como a disseminação da infecção entre todas as faixas etárias são informações úteis para orientar as iniciativas de gestores e profissionais de saúde.

A orientação sobre as formas de transmissão e identificação de comportamentos de risco mostrou-se fragmentada, e a oportunidade do pré-natal desperdiçada, dificultando o manejo dos fatores de risco, a detecção e o tratamento adequado. Os achados reforçam que a oferta de rotina mínima não tem sido garantida, mesmo diante de um bom número de consultas, indicando que o controle da sífilis gestacional e o alcance da meta de incidência da forma congênita podem não ser alcançados.

Seria de esperar melhores resultados quanto ao diagnóstico precoce da sífilis no pré-natal, principalmente diante da ampla rede de serviços e aporte tecnológico disponíveis em região urbana; porém, o que se observou frequentemente foi o diagnóstico tardio. Daí a importância de implementação de políticas abrangentes, mas que permitam focar nas mulheres mais vulneráveis.

Em cada caso identificado percebeu-se uma cadeia de fragilidades, envolvendo redes de atenção, gestores e profissionais de saúde. Os possíveis entraves no controle da transmissão vertical da sífilis foram apresentados no segundo artigo, que analisou os motivos para a não realização do pré-natal, não registro de exames representativos da qualidade do atendimento e condução do tratamento. Os resultados revelaram barreiras específicas e oportunidades desperdiçadas que muitas vezes são perceptíveis apenas no momento do parto.

As mulheres que não realizaram acompanhamento pré-natal revelaram-se mais reagentes à sífilis na admissão à maternidade, sinalizando a situação de vulnerabilidade desta categoria. Entre as mulheres que realizaram o pré-natal, chamou a atenção a ausência dos registros referentes ao acompanhamento da gestante, principalmente, no tocante aos exames laboratoriais para o rastreamento da sífilis. Uma parcela expressiva da amostra foi diagnosticada apenas na maternidade, gerando uma elevação dos gastos do setor saúde, que por sua vez necessitará de maior sofisticação propedêutica e terapêutica para o diagnóstico da sífilis em fases tardias e acompanhamento das crianças com sequelas.

Existe uma vasta literatura sobre a sífilis gestacional, no Brasil e em outros países, evidenciando os determinantes sociais como fatores de risco para a infecção. Apesar do conhecimento estabelecido de que as mulheres com maior vulnerabilidade realizam menor número de consultas ao pré-natal, as estratégias adicionais visando a captação precoce, oferta de exames preconizados pelos protocolos, registros apropriados e garantia de tratamento oportuno e adequado, inclusive dos parceiros, com acolhimento e reconhecimento de necessidades, mostram-se insuficientes.

Esse debate em particular pode servir para corrigir falhas no programa de prevenção da doença, melhorias na infraestrutura das unidades de saúde e qualificação dos recursos humanos para prestar uma assistência pré-natal. Entretanto, o achado de que determinantes sociais contribuem para o risco de sífilis de forma independente da realização de pré-natal sugere que o efetivo controle da sífilis no Brasil somente será alcançado com ações conjuntas.

5.2 – Recomendações

Os fatores de risco para sífilis e demais resultados encontrados entre as mulheres admitidas nas maternidades retratam a urgência de estabelecer o controle da transmissão vertical, no Estado de Pernambuco. Contudo, com base em evidências científicas, percebe-se que este cenário é comum a outras regiões e sistemas de saúde. Nesse contexto, recomenda-se:

- 1 - Priorizar esforços para o controle da sífilis em mulheres grávidas, juntamente com a mobilização de toda sociedade. O compromisso internacional do país, firmado para eliminação da sífilis, tem sido secundarizado e negligenciado historicamente e a tentativa de controle não pode se restringir as medidas contidas apenas em planos de ação;
- 2 - Os contextos de vulnerabilidade, com base em diferentes populações suscetíveis e níveis sociodemográficos, devem ser incorporados a rede de serviços do SUS, desenvolvendo ações específicas para o controle da sífilis;
- 3 - O fortalecimento da gestão e atenção integral deve ser prioridade, não só na dimensão dos cuidados de saúde por profissionais, mas também na organização dos serviços e estruturação de políticas públicas;
- 4 - Instituir os Comitês de Investigação de Transmissão Vertical nos estados e municípios visando identificar falhas;
- 5 - Divulgar dados epidemiológicos de forma periódica, proporcionando maior visibilidade à sífilis, como também implantar ações de avaliação de rotina assistencial;
- 6 - Integrar os sistemas de informação em saúde com outras fontes (Sinan, SIM, e-SUS, Sisprenatal web), para aumentar e aperfeiçoar as respostas, frente aos aumentos de casos;
- 7 - Reforçar as campanhas educativas sobre a importância do uso do preservativo em todas as faixas etárias;
- 8 - Aumentar o acesso e assegurar a qualidade do pré-natal, garantindo que todas as mulheres em acompanhamento sejam rastreadas para sífilis em tempo oportuno, tratadas adequadamente e realizem o seguimento mensal até a cura;
- 9 - Intensificar mecanismos buscando integrar o parceiro ao período gravídico favorecendo sua adesão ao tratamento para os casos diagnosticados como reagentes;

- 10 - Reforçar a melhoria do aconselhamento em casos de gestantes com sífilis; diante de sua implicação na quebra da cadeia de transmissão, pois proporciona avaliação das condições de risco individual;
- 11 - Incluir na consulta do pré-natal informações referentes ao contexto social da gestante, visando condicionar práticas de cuidado, acesso e utilização de serviços de saúde;
- 12 - Implantar o teste rápido de sífilis no universo de unidades básicas de saúde, permitindo tratamento imediato para os casos reagentes e dos parceiros;
- 13 - Criar um fluxo de monitoramento para os exames de VDRLs prescritos durante o pré-natal e seu retorno, em até 15 dias, à unidade que os solicitou;
- 14 - Melhorar a gestão logística da distribuição de medicamentos para o tratamento da sífilis nos municípios;
- 15 - Divulgar relatos e experiências de boas práticas de administração de penicilina na atenção básica;
- 16 - Disseminar e mobilizar os profissionais de saúde da rede básica, serviços de referência e maternidades sobre a importância dos registros no cartão do pré-natal, para uma assistência integrada;
- 17 - Implementar estratégias de educação continuada entre os profissionais de saúde dos diversos níveis de complexidade sobre o manejo de casos de sífilis;
- 18 - Disponibilizar protocolos e diretrizes sobre sífilis gestacional, conforme normas do Ministério da Saúde, nos serviços que atendam gestantes para eventuais consultas pelos profissionais de saúde.

ARAÚJO, C.L.; SHIMIZU, H.E.; SOUSA, A.I.A.; HAMANN, E.M. Incidência da sífilis congênita no Brasil e sua relação com a estratégia saúde da família. **Revista de Saúde Pública**, v.46, p.479-486, 2012.

ARAÚJO, M.A.L.; SILVA, D.M.A.; SILVA, R.M.; GONÇALVES, M.L.C. Análise da qualidade dos registros nos prontuários de gestantes com exame de VDRL reagente. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, v.11, p.4-9, 2008.

ARAÚJO, M.A.L.; BARROS, V.L.; MOURA, H.J.; ROCHA, A.F.B.; GUANABARA, M.A.O. Prevenção da sífilis congênita em Fortaleza, Ceará: uma avaliação de estrutura e processo. **Cadernos de Saúde Coletiva**, v.22, p.300-306, 2014.

ARNESEN, L.; MARTINEZ, G.; MAINERO, L.; SERRUYA, S.; DURAN, P. Gestational syphilis and stillbirth in Latin America and the Caribbean. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**, v.128, p.241-245, 2015.

BARRETO, F.D.F.P.; DE ALBUQUERQUE, R.M. Discrepâncias entre o informe verbal e os registros no cartão da gestante, um instrumento negligenciado. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v.34, p.259-267, 2012.

BENZAKEN A.S. **Detecção de sífilis adquirida em comunidades de difícil acesso da Região Amazônica: desafio a ser superado com a utilização dos testes rápidos** [Tese]. Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; Manaus, 2009.

BINNICKER, M.J.; JESPERSEN, D.J.; ROLLINS, L.O. Direct comparison of the traditional and reverse syphilis screening algorithms in a population with a low prevalence of syphilis. **Journal of Clinical Microbiology**, v.50, p.148-150, 2012.

BRADLEY, H.; TAPIA, V.; KAMB, M.L.; NEWMAN, L.M.; GARCIA, P.J.; SERRUYA, S.J.; FORT, A.L.; BROUTET, N.; NELSON, R.; KIRKCALDY, R.D.; GONZALES, G.F. Can the Perinatal Information System in Peru be used to measure the proportion of adverse birth outcomes attributable to maternal syphilis infection? **Revista Panamericana de Salud Publica**, v.36, p. 73-79, 2014.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Saúde Brasil 2013: uma análise da situação de saúde e das doenças transmissíveis relacionadas à pobreza**. Brasília, 2014^a. p.275-288.

_____. **Portaria nº 1.271, de 06 de junho de 2014**, que define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Brasília. 2014b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de vigilância em saúde**. Brasília, 2014c. p.812.

_____. Ministério da Saúde. **Transmissão vertical do HIV e Sífilis: estratégias para redução e eliminação**. Brasília, DF, 2014d. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2014/56610/folder_transmissao_vertical_hiv_sifilis_web_pd_60085.pdf. Acesso em: 02 jan.2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites virais. **Boletim Epidemiológico Sífilis**, Brasília, a. 4, n.1, 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Plano Operacional para redução da transmissão vertical do HIV e da Sífilis no Brasil**. Brasília, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília, 2012. 318p.

_____. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006 : dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança**. Brasília, 2009. 300p

_____. **Portaria nº 3.242, de 30 de dezembro de 2011**. Dispõe sobre o fluxograma laboratorial da sífilis e a utilização de testes rápidos para triagem da sífilis em situações especiais e apresenta outras recomendações. Brasília, 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Resolução nº.05, de 19 de junho de 2013**. Dispõe sobre as regras do processo de pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores para os anos de 2013 - 2015, com vistas ao fortalecimento do planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS) e a implementação do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (Coap). Brasília, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. **Penicilina benzatina para prevenção da Sífilis Congênita durante a gravidez**. Brasília, 2015.

CAMERON, C.E.; LUKEHART, S.A. Current status of syphilis vaccine development: Need, challenges, prospects. **Vaccine**, v.32, p.1602–1609, 2014.

CAMPOS, A.L.A.; ARAÚJO, M.A.L.; MELO, S.P.; GONÇALVES, M.L.C. Epidemiologia da sífilis gestacional em Fortaleza, Ceará, Brasil: um agravo sem controle. **Cadernos de Saúde Pública**, v.26, p.1747-1756, 2010.

CAMPOS, A.L.A.; ARAÚJO, M.A.L.; MELO, S.P.; ANDRADE, R.F.V.; GONÇALVES, M.L.C. Sífilis em parturientes: aspectos relacionados ao parceiro sexual. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v.34, p.397-402, 2012.

CARRENO, I.; COSTA, J.S.D. Uso de preservativos nas relações sexuais: estudo de base populacional. **Revista de Saúde Pública**, v.40, p.720-726, 2006.

CARVALHO, I.S.; BRITO, R.S. Sífilis congênita no Rio Grande do Norte: estudo descritivo do período 2007-2010. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.23, p.287-294, 2014.

CARVALHO, V.C.P.; ARAÚJO, T.V.B. 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. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v.7, p. 309-317, 2007.

CASAL, C.A.D.; DA SILVA, M.O da; COSTA, I.B.; ARAÚJO, E.C.; CORVELO, T.C.O. Molecular detection of *Treponema pallidum* sp. *pallidum* in blood samples of VDRL-seroreactive women with lethal pregnancy outcomes: a retrospective observational study in Northern Brazil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v.44, p. 451-456, 2011.

CAVALCANTE, M.G.S.; SAMICO, I.; FRIAS, P.G.; VIDAL, S.A. Análise de implantação das áreas estratégicas da atenção básica nas equipes de Saúde da Família em município de

uma Região Metropolitana do Nordeste Brasileiro. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v.6, p.437-445, 2006.

COIMBRA, L.C.; SILVA, A.A.M.; MOCHEL, E.G.; ALVES, M.T.S.S.B.; RIBEIRO, V.S.; ARAGÃO, V.M.F.; BETTIOL, H. Fatores associados à inadequação do uso da assistência pré-natal. **Revista de Saúde Pública**, v.37, p.456-462, 2003.

CRUZEIRO, A.L.S.; SOUZA, L.D.M.; SILVA, R.A.; PINHEIRO, R.T.; ROCHA, C.L.A.; HORTA, B.L. Comportamento sexual de risco: fatores associados ao número de parceiros sexuais e ao uso de preservativo em adolescentes. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, supl.1, p.1149-1158, 2010.

DOMINGUES, R.M.S.M.; HARTZ, Z.M.A.; DIAS, M.A.B.; LEAL, M.C. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.28, p.425-437, 2012.

DOMINGUES, R.M.S.M.; LAURIA, L.M.; SARACENI, V.; LEAL, M.C. Manejo da sífilis na gestação: conhecimentos, práticas e atitudes dos profissionais pré-natalistas da rede SUS do município do Rio de Janeiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, p.1341-1351, 2013a.

DOMINGUES, R.M.S.M.; LEAL, M.C.; HARTZ, Z.M.A.; DIAS, M.A.B.; VETTORE, M.V. Acesso e utilização de serviços de pré-natal na rede SUS do município do Rio de Janeiro, Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.16, p.953-965, 2013b.

DOMINGUES, R.M.S.M.; SZWARCOWALD, C.L.; SOUZA JUNIOR, P.R.B.; LEAL, M.C. Prevalence of syphilis in pregnancy and prenatal syphilis testing in Brazil: Birth in Brazil study. **Revista de Saúde Pública**, v.48, p. 766-774, 2014.

DOMINGUES, R.M.S.M.; VIELLAS, E.F.; DIAS, M.A.B., et al. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. **Revista Panamericana Salud Publica**, v. 37, p. 140-147, 2015.

FONSECA, S.C.; MONTEIRO, D.S.A.; PEREIRA, C.M.S.C.; SCORALICK, A.C.D.; JORGE, M.G.; ROZARIO, S. Desigualdades no pré-natal em cidade do Sudeste do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.19, p.1991-1998, 2014.

GAMA, S.G.N.; SZWARCOWALD, C.L.; SABROZA, A.R.; BRANCO, V.C.; LEAL, M.C. Fatores associados a assistência pré-natal precária em uma amostra de puérperas adolescentes em maternidades do município do Rio de Janeiro, 1999-2000. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, supl. 1, p. 101-111, 2004.

GEUSAU, A.; KITTLER, H.; HEIN, U.; DANGL-ERLACH, E.; STINGL, G.; TSCHACHLER, E. Biological false-positive tests comprise a high proportion of Venereal Disease Research Laboratory reactions in an analysis of 300,000 sera. **International Journal of STD and AIDS**, v.16, p.722-726, 2005.

GOMEZ, G.B.; KAMB, M.; NEWMAN, L.M.; MARK, J.; BROUTETC, N.; HAWKES, S.J. Untreated maternal syphilis and adverse outcomes of pregnancy: a systematic review and meta-analysis. **Bulletin of the World Health Organization**, v.91, p.217-226, 2013.

GRUMACH, A.S.; MATIDA, L.H.; HEUKELBACH, J.; COELHO, H.L.L.; RAMOS JÚNIOR, A.N. A (Des)informação relativa à aplicação da penicilina na rede do sistema de saúde do Brasil: o caso da sífilis. **DST – Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, v.19, p. 120-127, 2007.

HAWKES, S.; GOMEZ, G.B.; BROUET, N. Early antenatal care: does it make a difference to outcomes of pregnancy associated with syphilis? A systematic review and meta-analysis. **PLOS One**, v.8, p.e10.1371, 2013.

HILDEBRAND, V.L.P.C. **Sífilis congênita: fatores associados ao tratamento das gestantes e seus parceiros** Dissertação [Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2010.

HOLANDA, M.T.C.G.; BARRETO, M.A.; MACHADO, K.M.M.; PEREIRA, R.C. Perfil epidemiológico da sífilis congênita no Município do Natal, Rio Grande do Norte - 2004 a 2007. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 20, supl.1, p. 69-78, 2011.

HUGO, T.D.O.; MAIER, V.T.; JANSEN, K.; RODRIGUES, C.E.G.; CRUZEIRO, A.L.S.; ORES, L.C.; PINHEIRO, R.T.; SILVA, R.; SOUZA, L.D.M. Fatores associados à idade da primeira relação sexual em jovens: estudo de base populacional. **Cadernos de Saúde Pública**, v.27, p.2207-2214, 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil**. 2009. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/default.shtm.

Acesso em: 04 jan.2015.

KAHN J.G, JIWANI A., GOMEZ G.B., et al. The Cost and Cost-Effectiveness of Scaling up Screening and Treatment of Syphilis in Pregnancy: A Model. **Plos One**, v.9, p.e87510, 2014.

KASSAR, S.B. **Mortalidade Neonatal em Maceió-AL: Evolução e fatores de risco** [Tese]. Recife: Programa de Pós-graduação em saúde da criança e do adolescente, Universidade Federal de Pernambuco; 2010.

KUPEK, E.; OLIVEIRA, J.F. Transmissão vertical do HIV, da sífilis e da hepatite B no município de maior incidência de AIDS no Brasil: um estudo populacional no período de 2002 a 2007. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.15, p. 478-487, 2012.

LARSEN, S.; STEINER, B.; RUDOLF, A. Laboratory diagnosis and interpretation of tests for syphilis. **Clinical Microbiology Reviews**, v.8, p.1-21, 1995.

LEAL, M.C.; GAMA, S.G.N.; CUNHA, C.B. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. **Revista de Saúde Pública**, v.39, p. 100-107, 2005.

LEAL, M.C.; THEME-FILHA, M.M.; MOURA, E.C.; CECATTI, J.G.; SANTOS, L.M.P. Atenção ao pré-natal e parto em mulheres usuárias do sistema público de saúde residentes na Amazônia Legal e no Nordeste, Brasil 2010. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 15, p. 91-104, 2015.

LIMA, B.G.C.; COSTA, M.C.N.C.; DOURADO, M.I.C. Avaliação da qualidade do rastreamento de HIV/aids e sífilis na assistência pré-natal. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v.17, p. 125-127, 2008.

LIMA, M.G.; SANTOS, R.F.R.; BARBOSA, G.J.A.; RIBEIRO, G.S. Incidência e fatores de risco para sífilis congênita em Belo Horizonte, Minas Gerais, 2001-2008. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, p.499-506, 2013.

LIMA, Y.A.R.; TURCHI, M.D.; FONSECA, Z.C.; et al. Sexually transmitted bacterial infections among Young women in Central Western Brazil. **International Journal of Infectious Diseases**, v.25, p.16-21, 2014.

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

LOUREIRO, M.D.R. **Infecção pelo Treponema pallidum em gestantes e sua transmissão vertical, Mato Grosso do Sul** [Tese]. Programa Multi-institucional Rede Centro-Oeste, Universidade Federal de Mato Grosso: Cuiabá, 2009.

LUPPI, C.G.; OLIVEIRA, R.L.S.; VERAS, M.A.; LIPPMAN, S.A.; JONES, H.; JESUS, C.H.; PINHO, A.A.; RIBEIRO, M.C.; CAIAFFA-FILHO, H. Diagnóstico precoce e os fatores associados às infecções sexualmente transmissíveis em mulheres atendidas na atenção primária. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.14, p.467-477, 2011.

MACÊDO V.C.; BEZERRA A.F.B.; FRIAS P.G.; ANDRADE C.L.T. Avaliação das ações de prevenção da transmissão vertical do HIV e sífilis em maternidades públicas de quatro municípios do Nordeste brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, v.25, p.1679-1692, 2009.

MAGALHÃES, D.M.S.; KAWAGUCHI, I.A.L.; DIAS, A.; CALDERON, I.M.P. A sífilis na gestação e sua influência na morbimortalidade materno-infantil. **Comunicação Ciências em Saúde**, v.22, p.44-54, 2011.

_____. Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, p.1109-1120, 2013.

MARTINELLI, K.G.; SANTOS NETO, E.T.; GAMA, S.G.N.; OLIVEIRA, A.E. Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e Rede Cegonha. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 36, p.56-64, 2014.

MARTINS, T. A.; BELLO, P. Y.; PONTES, L. R. S. K; COSTA, L. V.; MIRALLES, I. S.; QUEIROZ, T. R. B. As doenças sexualmente transmissíveis são problemas entre gestantes no Ceará? / Are sexually transmitted diseases a problem to pregnant women in Ceará? **DST – Jornal Brasileiro Doenças Sexualmente Transmissíveis**, v.16, p. 50-58, 2004.

MELO, N.G.D.O.; MELO, FILHO, D.A.; FERREIRA, L.O.C. Diferenciais intraurbanos de sífilis congênita no Recife, Pernambuco, Brasil (2004-2006). **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 20, p.213-222, 2011.

MELO, V.H.; BOTELHO, A.P.M.; MAIA, M.M.M.; CORREIA JÚNIOR, M.D.; PINTO, J.A. Uso de drogas ilícitas por gestantes infectadas pelo HIV. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v.36, p.555-561, 2014.

MILANEZ, H.; AMARAL, E. Por que ainda não conseguimos controlar o problema da sífilis em gestantes e recém-nascidos?. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 30, p. 325-327, 2008.

NAÇÕES UNIDAS. Unids. **Plano global para eliminar novas infecções por HIV/VIH em crianças até 2015 e manter suas mães vivas**. p.48, 2011. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2012/52323/plano_global_eliminar_tv_2015_pdf_27910.pdf>. Acesso em: 02 jun.2015.

NADAL, S.R.; FRAMIL, V.M.S. Interpretação das reações sorológicas para diagnóstico e seguimento pós-terapêutico da sífilis. **Revista Brasileira de Coloproctologia**, v. 27, p.479-482, 2007.

NASCIMENTO, M.I.; CUNHA, A.L.; GUIMARÃES, E.V.; ALVAREZ, F.S.; OLIVEIRA, S.R.S.M.; VILLAS BÔAS, E.L. Gestações complicadas por sífilis materna e óbito fetal. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 34, p. 56-62, 2012.

NEWMAN, L.; KAMB, M.; HAWKES, S.; GOMEZ, G.; SAY, L.; SEUC, A.; BROUTET, N. Global Estimates of Syphilis in Pregnancy and Associated Adverse Outcomes: Analysis of Multinational Antenatal Surveillance Data. **PLOS Medicine**, v.10, p.e 1001396, 2013.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (Opas). **Análise de situação, Eliminação da transmissão materno-infantil do HIV e da sífilis congênita nas Américas. 2010.** Disponível em: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=blogcategory&id=987&Itemid=904&lang=en >. Acesso em: 03 jan.2015.

OSORIO, A.M.; TOVAR, L.M.; RATHMANN, K. Individual and local level factors and antenatal care use in Colombia: a multilevel analysis. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, p. 1079-1092, 2014.

PAIVA, V.; ARANHA, F.; BASTOS, F.I. Opiniões e atitudes em relação à sexualidade: pesquisa de âmbito nacional, Brasil 2005. **Revista de Saúde Pública**, v.42, supl.1, p.54-64, 2008.

PERNAMBUCO. Secretaria de Saúde. Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde. Boletim Eletrônico DST/AIDS. 1ºSemestre. Pernambuco; 2014.

PINTO, V.M.; TANCREDI, M.V.; DE ALENCAR, H.D.; CAMOLESI, E.; HOLCMAM, M.M.; GRECCO, J.P.; GRANGEIRO, A.; GRECCO, E.T. Prevalência de sífilis e fatores

associados a população em situação de rua de São Paulo, Brasil, com utilização de teste rápido. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.17, p.341-354, 2014.

POLGLIANI, R.B.S.; DOS SANTOS, N.E.T.; dos; ZANDONADE, E. Informações dos cartões de gestantes e dos prontuários da atenção básica sobre assistência pré-natal. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 36, p. 269-275, 2014.

RAMOS, V.M.; FIGUEIREDO, E.N.; SUCCI, R.C.M. Entraves no controle da transmissão vertical da sífilis e do HIV no sistema de atenção à saúde do município de São Paulo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.17, p. 887-898, 2014.

RECIFE. Secretaria de Saúde. **Perfil Epidemiológico da Criança e Adolescente do Recife - 2001 a 2013**. Recife, 2014.

RODRIGUES, C.S.; GUIMARÃES, M.D.C.; Grupo Nacional de Estudos sobre sífilis congênita. Positividade para sífilis em puérperas: ainda um desafio para o Brasil. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v.16, p. 168-175, 2004.

ROSA, C.Q.; SILVEIRA, D.S.; DA COSTA, J.S.D. Fatores associados a não realização de pré-natal em município de grande porte. **Revista de Saúde Pública**, v.48, p. 977-984,2014.

SANTOS, A.P.V. Associação entre fatores sociodemográficos e eventos reprodutivos de mulheres cadastradas no Programa Saúde da Família de Salvador [Dissertação]. Salvador: Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia: 2010.

SANTOS NETO, E.T.; LEAL, M.C.; OLIVEIRA, A.E.; ZANDONADE, E.; GAMA, S.G.N. Concordância entre informações do Cartão da Gestante e da memória materna sobre assistência pré-natal. **Cadernos de Saúde Pública**, v.28, p.256-266, 2012a.

SANTOS NETO, E.T.; OLIVEIRA, A.E.; ZANDONADE, E.; GAMA, S.G.N.; LEAL, M.C. O que os cartões de pré-natal das gestantes revelam sobre a assistência nos serviços do SUS da Região Metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo, Brasil? **Cadernos de Saúde Pública**, v.28, p.1650-1662,2012b.

SARACENI V. **Avaliação da efetividade das campanhas para eliminação da sífilis congênita do município do Rio de Janeiro, 1999 – 2000**. [Tese]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2005.

SARACENI, V.; DOMINGUES, R.M.S.M; VELLOZO, V.; LAURIA, L.M.; BASTOS DIAS, M.A.; NETTO RATTO, K.M.; DUROVNI, B. Vigilância da sífilis na gravidez. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 16, p.103-111, 2007.

SARACENI, V.; MIRANDA, A.E. Relação entre a cobertura da Estratégia Saúde da Família e o diagnóstico de sífilis na gestação e sífilis congênita. **Cadernos de Saúde Pública**, v.28, p.490-496, 2012.

SILVA F.F.A. **Sífilis e HIV na gestação: uma investigação sobre a assistência pré-natal na Rede SUS do Rio de Janeiro, 2007/2008**. [Dissertação] Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2010.

SILVA, R.A. **Relacionamento de sistemas de informação em saúde: uma estratégia para aperfeiçoar a vigilância da sífilis em gestante**. [Monografia] Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2011.

SILVEIRA, M.F.; BÉRIA, J.U.; HORTA, B.L.; TOMASI, E.; VICTORA, C.G. Factors associated with the risk behaviors for sexually transmitted disease/AIDS among urban Brazilian women: a population-based study. **DST- Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, v.29, p.536-541, 2002.

SOEIRO, C.M.O.; MIRANDA, A.E.; SARACENI, V.; SANTOS, M.C.; TALHARI, S.; FERREIRA, L.C.L. Syphilis in pregnancy and congenital syphilis in Amazonas State, Brazil: an evaluation using database linkage. **Cadernos de Saúde Pública**,v.30, p.715-723, 2014.

SOUZA, J.P. Mortalidade materna no Brasil: a necessidade de fortalecer os sistemas de saúde. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v.33, p.273-279, 2011.

SUCUPIRA A.C.S.L.; ANDRADE L.O.M.; BARRETO I.C.H.C.; LIMA J.W.; SANTIAGO A.V.; SANTIAGO A.X. Determinantes sociais da saúde de crianças de 5 a 9 anos da zona urbana de Sobral, Ceará, Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 17, supl.2, p.160-177, 2014.

SZWARCWALD, C.L.; BARBOSA JUNIOR, A.; MIRANDA, A.E.; PAZ, L.C. Results of the sentinel surveillance project, 2006: challenges for the control of congenital syphilis in Brazil. **DST- Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, v.19, p.128-133, 2007.

TAYRA, A.; MATIDA, L.H.; SARACENI, V.; PAZ, L.C.; RAMOS JÚNIOR, A.N. Duas décadas de vigilância epidemiológica da sífilis congênita no Brasil: a propósito das definições de caso. **DST – Jornal Brasileiro Doenças Sexualmente Transmissíveis**, v.19, p. 111-119, 2007.

VIDAL, S.A.; SAMICO, I.C.; FRIAS, P.G.; HARTZ, Z.M.A. Estudo exploratório de custos e consequências do pré-natal no Programa Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, v.45, p.467-474, 2011.

VIELLAS, E.F.; DOMINGUES, R.M.S.M.; DIAS, M.A.B.; GAMA, S.G.N.; THEME FILHA, M.M.; COSTA, J.V.; BASTOS, M.H.; LEAL, M.C. Assistência pré-natal no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, supl.1, p.85-100, 2014.

VILLELA, W.V. **Plano Integrado de enfrentamento da feminização da epidemia de Aids e outras DST. Análise da situação atual e proposta de monitoramento.** Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e hepatites virais, 2010.

WOLFF, T.; SHELTON, E.; SESSIONS, C.; MILLER, T. Screening for syphilis infection in pregnant women: evidence for the U.S. Preventive Services Task Force reaffirmation recommendation statement. **Annals of Internal Medicine**, v.150, p. 710-716, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Investment case for eliminating mother-to-child transmission of syphilis: promoting better maternal and child health and stronger health systems.** 2012. Geneva: WHO; 2012. Disponível em: <<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/9789241504348/en>> . Acesso em: 04 jan.2015.

XAVIER, R.B.; JANNOTTI, C.B.; DA SILVA, K.S.; da MARTINS, A.C. Risco reprodutivo e renda familiar: análise do perfil de gestantes. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, p. 1161-1171,2013.

APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO E PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convido a Sra. para participar, como voluntária, da pesquisa “*Sífilis Gestacional e Congênita: avaliação da vulnerabilidade e validação da nova proposta do Ministério da Saúde para triagem e diagnóstico em gestantes*”. Que está sob a responsabilidade do (a) pesquisador (a) Pedro Israel de Lira, Endereço: Av. Professor Moraes Rêgo, Departamento de Nutrição, Área de Nutrição em Saúde Pública – Cidade Universitária – Recife – PE, email: lirapic@ufpe.br, telefone 3271-8001. Também participam desta pesquisa as pesquisadoras: Vilma Macêdo e Luciana Romaguera, Telefones para contato: (81) 2126-3932 e 2126-3712.

Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, rubrique 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 Sra. não será penalizado (a) de forma alguma.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

- ◆ Esta pesquisa apresenta como objetivo geral determinar a validade do teste rápido conjugado (DPP para sífilis) produzido no Brasil em relação ao padrão ouro da pesquisa na triagem e confirmação diagnóstica da sífilis gestacional e comparar as características relacionadas à vulnerabilidade individual, programática e social entre puérperas positivas e não positivas para sífilis (e seus conceitos) assistidas em maternidades públicas do município do Recife-PE.
- ◆ Para participar será necessário responder a perguntas de um questionário sobre sua saúde e condições de sua última gestação. Solicitamos também sua permissão para colher sangue por uma punção venosa periférica para realização de exames mais específicos para sífilis. A entrevista e a coleta serão sempre realizadas por profissionais de saúde treinados, diminuindo o risco de constrangimento e lesões no membro puncionado. Os bebês serão avaliados por meio de análise de seus prontuários.
- ◆ O benefício direto aos pesquisados é identificar os casos verdadeiros de sífilis e condições de vulnerabilidade à exposição ou não exposição à doença; e o benefício indireto é sua contribuição para validar instrumentos que possam impactar na eliminação da sífilis gestacional e congênita em nosso meio.
- ◆ A doença que estamos pesquisando apresenta uma alta prevalência, principalmente, entre mulheres em idade reprodutiva, transmitindo a infecção para seus bebês que podem apresentar pelo não tratamento abortos, má-formação e morte fetal.

♦ Garantimos que durante qualquer momento da entrevista você pode desistir da participação retirando o seu consentimento, sem prejuízo da assistência que você e seu bebê estão recebendo nesta maternidade.

♦ Os questionários desta pesquisa ficarão guardados por um período de 5 anos no Departamento de Nutrição da UFPE, na área de nutrição em saúde pública, no seguinte endereço: Av. Prof. Moraes Rêgo, 1235 - Cidade Universitária, Recife - PE - CEP: 50670-901. O responsável pela guarda dos dados é o Prof. Dr. Pedro Israel.

♦ O sangue coletado será enviado ao Departamento de Patologia do Instituto de Ciências Biológicas da UPE, localizado na Rua Arnóbio Marques, 310, Santo Amaro, Recife-PE, onde ficará armazenado em soroteca por um período de 5 anos, sob os cuidados da Prof^a. Silvana Ferreira Caires, fone: 3184-1324.

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.: 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br).

Pedro Israel Cabral de Lira

CPF 113682254-20

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____ RG/
 CPF/_____, abaixo assinado, concordo em participar da pesquisa “*Sífilis Gestacional e Congênita: avaliação da vulnerabilidade e validação da nova proposta do Ministério da Saúde para triagem e diagnóstico em gestantes*”, como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo(a) pesquisador (a) 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.

Recife, -----/-----/-----

Nome e Assinatura do participante ou responsável:

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

02 testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:

APÊNDICE B- Instrumento utilizado no Estudo

**SÍFILIS GESTACIONAL E CONGÊNITA: AVALIAÇÃO DA
VULNERABILIDADE E VALIDAÇÃO DA NOVA PROPOSTA DO
MINISTÉRIO DA SAÚDE PARA TRIAGEM E DIAGNÓSTICO EM
GESTANTES**

ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

APOIO

CONSELHO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO CIENTÍFICO E
TECNOLÓGICO – CNPq

FUNDAÇÃO DE AMPARO À CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO ESTADO
DE PERNAMBUCO - FACEPE

COORDENAÇÃO DE EXECUÇÃO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO
ADOLESCENTE

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA TROPICAL

CASO | | | | | **A** | CONTROLE | | | | | **B** | CONTROLE | | | | | **C** |

INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO

1. Consultar o resultado do exame de VDRL no prontuário ou livro do laboratório antes da entrevista para verificar se trata de caso de sífilis gestacional
2. Ao identificar o caso positivo imediatamente selecione os dois controles que são as pacientes internadas subsequentes
3. Para todo questionário, preencher **8 ou 88 para NÃO SE APLICA e 9 ou 99 para NÃO INFORMADO**.
4. Antes de iniciar cada bloco há um parágrafo que deve ser lido em sua integridade, com o objetivo de diminuir as dificuldades das perguntas.

I. IDENTIFICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO

I. Nome da Maternidade	
II. N° do Prontuário	
III. N° do Cartão SUS	
IV. Data de admissão / /	
V. Data da entrevista / /	VI. Nome do entrevistador:
VII. 1º Revisão / /	
VIII. 2º Revisão / /	
IX. Digitado em / /	X. Nome do digitador

Para ser preenchido pelo entrevistador de Campo

A respondente é portadora de alguma deficiência que a incapacite de responder? 1. Sim 2. Não	
---	--

Perguntar se a entrevistada tem alguma doença autoimune (Exemplo: Lúpus, poliarterite nodosa, Síndrome do anticorpo anti-fosfolípideo), Doença de Lyme ou hanseníase. Caso a paciente apresente alguma dessas doenças, será excluída da pesquisa (**NÃO APLICAR O QUESTIONÁRIO**).

II. IDENTIFICAÇÃO DA MULHER E DA SUA FAMÍLIA

Vamos iniciar esta entrevista com algumas perguntas sobre você, sua família e sua residência fique a vontade para responder

1. Qual seu nome completo?	NOME	
2. Qual a data do seu nascimento?	/ /	DATAN
3. Qual a sua idade?	anos	IDAD
4. Qual o seu endereço?	ENDE	
5. Qual o nome do bairro em que você mora?	BAIRRO	
6. Você sabe o CEP?	-	CEP
7. Telefone para contato (celular preferencial) DDD ()	-	TEL
8. Município/UF	 MUN	

46. Como você considera este plano de saúde (único ou principal) (Ler todas as opções) 1. Muito bom 2. Bom 3. Regular 4. Ruim 5. Muito ruim 6. Nunca usei o plano	<input type="checkbox"/> QUALPLAN
47. Você fez alguma consulta ou exame de Pré-natal nesta gravidez utilizando este plano de saúde? (Se não, vá para questão 49) 1. Sim 2. Não	<input type="checkbox"/> USOPLAN
48. O que você achou deste atendimento? (Ler todas as opções) 1. Muito bom 2. Bom 3. Regular 4. Ruim 5. Muito ruim	<input type="checkbox"/> ATENDPLA

III - HÁBITOS MATERNNOS E ELEMENTOS DA VULNERABILIDADE INDIVIDUAL

"Agora vamos conversar um pouco sobre algumas questões mais sensíveis, de ordem pessoal. Todas as perguntas são confidenciais e ninguém vai poder identificar suas respostas. Assim vamos conversar sobre o uso do cigarro, álcool e drogas, sobre sua prática sexual e uso de preservativo".

49. Você atualmente fuma? 1. Sim 2. Não, mas já fumei 3. Não	<input type="checkbox"/> FUMA
50. Você fumou durante esta gravidez? (Se não, vá para a questão 54) 1. Sim 2. Não	<input type="checkbox"/> FUMGRAV
51. Com que idade você começou a fumar? <input type="text"/> <input type="text"/> anos	<input type="checkbox"/> IDFUMO
52. Quantos cigarros você fumava por dia durante esta gravidez? <input type="text"/> <input type="text"/> cigarros	<input type="checkbox"/> NCIGARROS
53. Alguma vez você sentiu que deveria diminuir a quantidade de cigarro ou parar de fumar? 1. Sim 2. Não	<input type="checkbox"/> DIMCIGAR
54. Você recebeu alguma orientação do profissional de saúde sobre o uso do cigarro na gravidez? 1. Sim, qual? _____ 2. Não	<input type="checkbox"/> ORIENTCIG
55. Na sua casa, outra pessoa fuma perto de você? 1. Sim 2. Não	<input type="checkbox"/> FUMOPASS
56. Você atualmente ingere bebidas alcoólicas? 1. Sim 2. Não	<input type="checkbox"/> ALCOOL
57. Você ingeriu bebida alcoólica durante esta gravidez? (Se não, vá para a questão 61) 1. Sim 2. Não	<input type="checkbox"/> ALCGEST
58. Com que idade você começou a beber? <input type="text"/> <input type="text"/> anos	<input type="checkbox"/> IDALCOOL
59. Com que frequência você ingeriu bebida alcoólica nesta gravidez? 1. Muito frequente/Bebo todos os dias 2. Frequente/Bebe 1-4 vezes/semana 3. Ocasional/1-3 vezes por mês 4. Raramente/ menos de 1 vez por mês 5. Abstinente/ menos de 1 vez por ano ou nunca bebeu	<input type="checkbox"/> FREQUALC
60. Alguma vez você sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber? 1. Sim 2. Não	<input type="checkbox"/> DIALCOOL
61. Você recebeu alguma orientação do profissional de saúde sobre o hábito de ingerir bebida alcoólica durante a gravidez? 1. Sim, qual? _____ 2. Não	<input type="checkbox"/> ORIENTALC
62. Você alguma vez na vida usou outras drogas? (Se não, vá para a questão 67) 1. Sim 2. Não	<input type="checkbox"/> DROGA
63. Que idade você tinha quando começou a usar estas drogas? <input type="text"/> <input type="text"/> anos	<input type="checkbox"/> IDADROGA
64. Alguma vez na vida você usou droga injetável ? 1. Sim 2. Não	<input type="checkbox"/> DROGAVEIA
65. Durante esta gravidez você usou alguma droga? (Se não, vá para a questão 67) 1. Sim 2. Não	<input type="checkbox"/> DROGESTA
66. Que tipo de droga você usou? _____	<input type="checkbox"/> TIPDROGA
67. Seu atual companheiro usa ou já usou drogas? (Se não, vá para a questão 69) 1. Sim, atualmente ele faz uso 2. Sim, já usou 2. Não	<input type="checkbox"/> DROGCOMP
68. Que tipo de droga ele usa ou usou? _____	<input type="checkbox"/> TIPDROGA2
69. Você recebeu alguma orientação do profissional de saúde sobre o uso de drogas durante a gravidez? 1. Sim, qual? _____ 2. Não	<input type="checkbox"/> ORIENTDRO
70. Nas relações sexuais você costuma utilizar a camisinha? (Se não, vá para a questão 74) 1. Sim 2. Não	<input type="checkbox"/> USOPRES
71. Com que frequência você costuma utilizar a camisinha nas relações sexuais? 1. Sempre 2. Frequentemente 3. Às vezes 4. Raramente	<input type="checkbox"/> FREPRES

72.	Quem geralmente sugere o uso da camisinha? (Ler todas as opções) 1. Eu mesma 2. Os dois (Eu e meu parceiro) 3. Meu parceiro 4. Um Profissional de Saúde	<input type="checkbox"/> SUGPRES
73.	Seu companheiro já se recusou utilizar a camisinha? (Ler todas as opções) 1. Sempre 2. Frequentemente 3. Às vezes 4. Nunca	<input type="checkbox"/> RECPRES
74.	Quais os motivos para você não utilizar a camisinha nas relações sexuais? 1. _____ 2. _____	
75.	No último ano , quantos parceiro(s) sexuais você teve? (Não ler as opções) 1. Apenas 1 parceiro 2. Apenas 2 parceiros 3. Apenas 3 parceiros 4. Mais de 3 parceiros	<input type="checkbox"/> NPARC
76.	Quando foi a última vez que você fez o exame preventivo para câncer de colo do útero? (Se nunca fez, vá para questão 78) 1. Menos de 1 ano atrás 2. De 1 ano a menos de 2 anos 3. De 2 anos a menos de 3 anos 4. 3 anos ou mais 5. Nunca fiz	<input type="checkbox"/> PREVENT
77.	O seu último preventivo foi feito no SUS? 1. Sim 2. Não	<input type="checkbox"/> PREVSUS
78.	Você já teve alguma doença transmitida através das relações sexuais? 1. Sim 2. Não	<input type="checkbox"/> DST
79.	Pensando no último ano ou alguma vez na vida , você notou/percebeu a presença de alguma alteração nas partes genitais/ anais do tipo: (Ler todas as opções) (Caso responda 2 ou 3 para todas as afirmativas, vá para 83) 79.a Úlcera ou Ferida genital/anal (presença de lesão anogenital) No último ano: 1. Sim 2. Não 3. Não sabe informar Alguma vez na vida: 1. Sim 2. Não 3. Não sabe informar 79.b Corrimento Vaginal: (presença de corrimento amarelado, purulento e cor odor) Nos último ano: 1. Sim 2. Não 3. Não sabe informar Alguma vez na vida: 1. Sim 2. Não 3. Não sabe informar 79. c Verrugas genitais/anais: (feridas de bordas elevadas) No último ano: 1. Sim 2. Não 3. Não sabe informar Alguma vez na vida: 1. Sim 2. Não 3. Não sabe informar 79d. Sífilis No último ano: 1. Sim 2. Não 3. Não sabe informar Alguma vez na vida: 1. Sim 2. Não 3. Não sabe informar 79.e Outro _____	<input type="checkbox"/> ULCEANO <input type="checkbox"/> ULCEVIDA <input type="checkbox"/> CORRIANO <input type="checkbox"/> CORRIVIDA <input type="checkbox"/> VERRUANO <input type="checkbox"/> VERRUVIDA <input type="checkbox"/> SIFANO <input type="checkbox"/> SIFVIDA
80.	Você realizou o tratamento para esta (s) doença (s) ? 1. Sim 2. Não	<input type="checkbox"/> TRATDST
81.	Você recorda o tratamento que fez? (Escrever como a entrevistada referir) ----- -----	
82.	Seu parceiro na época foi tratado também? 1. Sim 2. Não	<input type="checkbox"/> TRATPARC

IV. ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS, DADOS DA GESTAÇÃO ATUAL E ELEMENTOS DA VULNERABILIDADE PROGRAMÁTICA PARA SÍFILIS

Agora vamos fazer algumas perguntas sobre as gestações passadas e a gravidez atual

83.	Qual a sua idade quando teve sua 1ª relação sexual? <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> anos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> COITARCA
84.	Qual a sua idade quando engravidou pela 1ª vez? <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> anos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 GRAV
85.	Quantas vezes você já esteve grávida? (Incluir a atual) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NGRAV
86.	Você já teve algum aborto provocado ou espontâneo? (Se não, vá para a questão 88) 1. Sim, tive _____ abortos Data do último aborto: _____ 2. Não	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ABORT
87.	Quantos abortos foram espontâneos? (natural) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ESPABORT

88.	Qual foi a data do seu 1ª parto? Data: __ _ / __ _ / __ _	
89.	Qual a data de seu último parto Data: __ _ / __ _ / __ _	
90.	Contando com esta gestação você já teve algum bebê que nasceu com peso menor que 2.500 kg? 1. Sim, quantos _____ 2. Não	<input type="checkbox"/> RNBAIXPE
91.	Você já teve algum bebê que nasceu prematuro? (Idade gestacional < 37 semanas) 1. Sim, quantos _____ 2. Não	<input type="checkbox"/> RNPREMAT
92.	Nesta gestação, você fez pré-natal? (Se sim, vá para questão 94) 1. Sim 2. Não	<input type="checkbox"/> PRENATAL
93.	Por que você não fez o pré-natal? (Ao responder, vá para questão 103) _____	
94.	Quantas consultas de pré-natal você fez? __ _ Consultas	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NCONSULT
95.	Com quantos meses de gestação você estava quando iniciou o pré-natal? __ _ meses	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> IGPRENAT
96.	Em que local você fez Pré-Natal? (Ler todas as opções) 1. Consultório particular 2. Centro de Especialidades 3. Ambulatório de Hospital 4. Programa Saúde da Família (PSF) 5. No SUS e particular	<input type="checkbox"/> LOCALPN
97.	Quem marcou a 1ª consulta de Pré-Natal? 1. Fui ao consultório/ Posto sozinho 2. ACS 3. Uma pessoa da família	<input type="checkbox"/> 1CONSPN
98.	Quanto tempo você esperou entre a marcação e a 1ª consulta de pré-natal? 1. Uma semana 2. Duas semanas 3. Três semanas 4. Quatro semanas	<input type="checkbox"/> TEMPOCPN
99.	Você recebeu o cartão do Pré-natal na 1ª consulta? 1. Sim 2. Não	<input type="checkbox"/> CARTPN
100.	Qual foi profissional de saúde que atendeu você na maior parte das consultas do Pré-Natal? 1. Médico 2. Enfermeiro 3. Parteira	<input type="checkbox"/> PROFPN
101.	O Profissional de saúde que atendeu você durante o Pré-Natal foi sempre o mesmo? 1. Sim, na maior parte do tempo 2. Sim, o tempo todo 3. Não	<input type="checkbox"/> PROFPN1
102.	Foi receitado algum medicamento durante o Pré-natal? (Prescritas pelo médico ou enfermeiro) 1. Sim, quais? _____ 2. Não	<input type="checkbox"/> MEDPN
103.	Você tem alguma doença que faça tomar remédio todos os dias ou quase sempre? (Se não, vá para questão 105) 1. Sim 2. Não	<input type="checkbox"/> DOENCRON
104.	Caso tenha, diga qual a doença e quais remédios toma? ----- ----- -----	
105.	Você fez exame de Ultrassonografia nesta gestação? (Se não, vá para a questão 108) 1. Sim 2. Não	<input type="checkbox"/> USGEST
106.	Quantas ultrassonografias foram feitas? (Total) __ _ Exames	<input type="checkbox"/> NUSG
107.	Você pagou pelos exames de ultrassonografia? 1. Sim 2. Não	<input type="checkbox"/> PAGUSG
108.	Durante esta gravidez você foi internada alguma vez? (Se não, vá para 110) 1. Sim 2. Não	<input type="checkbox"/> INTERN
109.	Se Sim, por quê? _____ _____	<input type="checkbox"/> MOTINTER (preenchido pelo coordenador)
110.	Você participou de grupo de gestante em maternidade, posto de saúde, igreja durante esta gravidez? 1. Sim 2. Não	<input type="checkbox"/> GRUPOGEST
111.	Você trouxe o cartão do Pré-natal para a maternidade? 1. Sim 2. Não 3. Não tenho o cartão 4. Não fiz PN	<input type="checkbox"/> TRAZCPN
112.	Qual foi o seu tipo de parto? (Se a resposta = 3, vá para a 114) 1. Vaginal 2. Cesárea 3. Ainda gestante	<input type="checkbox"/> TIPARTO

113.	Qual o peso do bebê ?	_ _ _ _ gramas			
114.	Solicite o Cartão do Pré-natal ou confirme no prontuário da mulher. Anote os resultados dos seguintes exames: sorologia para sífilis, HIV, hepatites, CMV, toxoplasmose, HTLV-1, Rubéola . Caso não tenha o cartão do PN confirme se a mulher possui os resultados dos exames com ela.				
	Nome do Exame	Data	Resultado		
		_ _ _ / _ _ _ / _ _ _			
		_ _ _ / _ _ _ / _ _ _			
		_ _ _ / _ _ _ / _ _ _			
		_ _ _ / _ _ _ / _ _ _			
		_ _ _ / _ _ _ / _ _ _			
115.	Verifique a Idade Gestacional no prontuário na admissão da entrevistada ao serviço.			_ _ _ Semanas _ _ _ dias	<input type="checkbox"/> IG (preenchido pelo coordenador)
	<input type="checkbox"/> DUM <input type="checkbox"/> USG corrigida <input type="checkbox"/> Outro método				
<i>"Agora nós vamos fazer perguntas sobre seu conhecimento sobre a sífilis"</i>					
116.	Você já ouviu falar da sífilis? (Se não, vá para 119)	1. Sim	2. Não		<input type="checkbox"/> SABSIF
117.	Onde você ouviu, leu ou recebeu informações sobre sífilis? (Ler todas opções).				<input type="checkbox"/> INFSIFPS <input type="checkbox"/> INFSIFCA <input type="checkbox"/> INFSIFES <input type="checkbox"/> INFSIFIN <input type="checkbox"/> INFSIFAM
	117 a	1. Posto de Saúde	1. Sim	2. Não	3. Não sei Informar
	117 b	2. Cartaz/Folder	1. Sim	2. Não	3. Não sei Informar
	117 c	3. Escola	1. Sim	2. Não	3. Não sei Informar
	117d	4. Internet	1. Sim	2. Não	3. Não sei Informar
	117 e	5. Amigos	1. Sim	2. Não	3. Não sei Informar
<i>Agora, vou ler uma pergunta e respostas sobre a forma de transmissão da sífilis. Gostaria que respondesse Sim ou Não em cada afirmativa e caso não saiba, responda Não sei informar (Ler todas opções).</i>					
118.	Quais as formas de transmissão da sífilis que você conhece?				
			1.Sim	2.Não	3.Não sei In
	118. a	Através de seringas e agulhas infectadas			<input type="checkbox"/> TRANSAG
	118.b	A gestante com sífilis pode transmitir a doença para o seu bebê	1.Sim	2.Não	3.Não sei In
	118.c	Através de beijos na boca, abraços, sexo oral, anal com pessoas infectadas pode-se adquirir a sífilis.	1.Sim	2.Não	3.Não sei In
	118.d	Compartilhando copos, talheres, pratos com pessoas infectadas	1.Sim	2.Não	3.Não sei In
	118.e	Usando o mesmo banheiro que uma pessoa infectada	1.Sim	2.Não	3.Não sei In
	118.f	Através das relações sexuais sem camisinha com parceiro infectado	1.Sim	2.Não	3.Não sei In
	118.g	Através de transfusão de sangue infectado	1.Sim	2.Não	3.Não sei In
119.	No Pré-natal você fez exame de sífilis na USF pelo método "gota espessa" (furando o dedo)? (Explicar)				<input type="checkbox"/> TESPNI
	1. Sim 2. Não 3. Não fez o PN				
120.	Foi solicitado exame de sangue na 1ª consulta de Pré-natal? (Se 2 ou 3= não, vá para 126)				<input type="checkbox"/> ITESPNI
	1. Sim 2. Não 3. Não fez o PN				
121.	O profissional de saúde informou os exames que estava pedindo?				<input type="checkbox"/> CONHTEST
	1. Não fui informada 2. Sim, para sífilis e HIV 3. Sim, apenas para HIV				
122.	Você fez os exames de sangue em que tipo de laboratório ? (Ler todas opções).				<input type="checkbox"/> TIPOLAB
	1.Particular		2. Particular conveniado ao município		3.Público
	4. Colhi na USF/Posto e enviaram ao laboratório do município				
123.	Foi fácil realizar os exames de laboratório durante o Pré-Natal?				<input type="checkbox"/> FACTEST
	1. Sim 2. Não				
124.	Quanto tempo você aguardou para receber o exame de laboratório?				<input type="checkbox"/> TEMPTEST
	_ _ _ dias				

<p>125. Em que momento você soube o resultado dos exames solicitados na 1ª consulta? (Ler todas opções). 1. Nas consultas do pré-natal 2. No momento do parto 3. Ainda não recebi</p>	<input type="checkbox"/> MOMRES						
<p>126. Você foi informada se a USF que fez o PN dispõe de camisinha masculina ou feminina, benzetaçil para prevenir e tratar as doenças sexualmente transmissíveis? 1. Sim 2. Não</p>	<input type="checkbox"/> DISPONUS						
<p>127. Ao ser internada na maternidade você sabe se o exame de sífilis foi colhido? 1. Sim 2. Não</p>	<input type="checkbox"/> SABVDMAT						
<p>128. Você sabe o resultado deste exame? 1. Sim 2. Não</p>	<input type="checkbox"/> SABREVDMT						
<p>129. Anotar o resultado do VDRL na maternidade. (Confirmar no prontuário ou no laboratório. Não pergunte a paciente) Lembrar que o HAM faz o 1 TR para sífilis e depois o VDRL, e que muitas fazem T.treponêmico nas pacientes com VDRL positivo</p> <table border="1" data-bbox="279 593 1248 728"> <thead> <tr> <th data-bbox="279 593 687 638">Data</th> <th data-bbox="687 593 1248 638">Titulação do VDRL</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="279 638 687 683"> _ _ _ / _ _ _ / _ _ _ </td> <td data-bbox="687 638 1248 683"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="279 683 687 728"></td> <td data-bbox="687 683 1248 728"></td> </tr> </tbody> </table>	Data	Titulação do VDRL	_ _ _ / _ _ _ / _ _ _				<input type="checkbox"/> REVDMAT (coordenador da pesquisa)
Data	Titulação do VDRL						
_ _ _ / _ _ _ / _ _ _							
<p>130. Qual o resultado do exame de HIV realizado na maternidade? (Confirmar no prontuário ou no laboratório) 1. Positivo 2. Negativo 3. Não realizou</p>	<input type="checkbox"/> RESTRHIV						
<p>131. Com quantos meses de gestação a entrevistada estava quando foi solicitado o 1º exame de sífilis ? (Preenchimento pelo Coordenador da pesquisa) _ _ _ meses</p>	<input type="checkbox"/> 1VDRL (preenchido pelo coordenador)						
<p>132. Qual foi o resultado do exame? (Preenchimento pelo Coordenador da pesquisa) 1. Positivo 2. Negativo 3. Não sabe do resultado</p>	<input type="checkbox"/> RES1VDRL (preenchido pelo coordenador)						
<p>133. Se positivo, anotar o resultado -----</p>	<input type="checkbox"/> TIT1VDRL (preenchido pelo coordenador)						
<p>134. O Profissional de saúde do PN pediu um 2º exame de sífilis após o sexto mês de gestação? 1. Sim 2. Não</p>	<input type="checkbox"/> 2VDRL (preenchido pelo coordenador)						
<p>135. Qual foi o resultado deste 2º exame? (Preenchimento pelo Coordenador da pesquisa) 1. Positivo 2. Negativo 3. Não sabe do resultado</p>	<input type="checkbox"/> RES2VDRL (preenchido pelo coordenador)						
<p>BLOCO DESTINADOS AOS CASOS DE SÍFILIS GESTACIONAL <i>Aplicar apenas em mulheres com resultado de VDRL positivo ou teste rápido de sífilis positivo na maternidade.</i> Confirme as informações no prontuário</p>							
<p>136. Você fez a medicação para sífilis durante o Pré-natal? (Se sim, vá para questão 139) 1. Sim 2. Não</p>	<input type="checkbox"/> TRATGEST						
<p>137. Por que não fez o tratamento? (Ao responder, vá para questão 142) 1. Dificuldade de acesso 2. Questões pessoais (não quis tratar, tive medo do tratamento) 3. Dificuldade financeira (não tinha dinheiro para passagem ao hospital) 4. Não tratei porque tive o diagnóstico apenas na maternidade 5. Outro-----</p>	<input type="checkbox"/> NTRATGES						
<p>138. Qual foi o tratamento que você fez? 1. Sim, Benzetaçil 2 injeções de uma vez só 2. Sim, Benzetaçil 2 injeções (no mesmo dia), por semana, durante 2 semanas 3. Sim, Benzetaçil 2 injeções (no mesmo dia), por semana, durante 3 semanas 4. Sim, outro-----</p>	<input type="checkbox"/> MEDSIFGES						
<p>139. Término do Tratamento: _ _ _ / _ _ _ / _ _ _ Restante da questão preenchida pelo coordenador da pesquisa</p> <p>O tratamento terminou:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Com + de 30 dias antes do parto ou internamento 2. Com 30 dias ou menos antes do parto ou internamento 3. Ainda em tratamento 4. Outra situação 	<input type="checkbox"/> TERMTRAT (preenchido pelo coordenador da pesquisa)						

140.	Você fez um novo exame de sífilis após terminar o tratamento? (Se a resposta for item 2 e 3, vá para questão 142) 1. Sim 2. Não 3. Ainda estou em tratamento	<input type="checkbox"/> NOVOVD
141.	Em que local realizou o tratamento para sífilis? 1. Na USF que fiz o PN 2. Na Policlínica, UPA de referência 3. Na maternidade 4. Em outro local	<input type="checkbox"/> LOCALTRAT
142.	O seu parceiro realizou exame para sífilis (VDRL)? (Se não ou não sabe informar, vá para 144) 1. Sim 2. Não 3. Não sabe informar	<input type="checkbox"/> VDRLPARC
143.	Caso afirmativo, pergunte a mulher o resultado do VDRL do parceiro: 1. Negativo 2. Positivo	<input type="checkbox"/> REVDPARC (preenchido pelo coordenador)
144.	Seu parceiro realizou o tratamento prescrito? (Se sim, vá para questão 146) 1. Sim 2. Não	<input type="checkbox"/> TRATPARC
145.	Por que seu parceiro não fez o tratamento? (Ao responder, vá para questão 147) 1. Dificuldade de acesso (não tinha o medicamento) 2. Questões pessoais (não quis tratar, teve medo do tratamento) 3. Dificuldade financeira (não tinha dinheiro para passagem ao hospital) 4. Não tratei porque tive o diagnóstico apenas na maternidade 5. Outro _____	<input type="checkbox"/> NTRATPARC
146.	Você sabe qual foi a medicação passada para seu parceiro se tratar da sífilis? 1. Sim, ele usou benzetacil 2 injeções de uma vez só 2. Sim, ele usou benzetacil 2 injeções (no mesmo dia), por semana, durante 2 semanas 3. Sim, ele usou benzetacil 2 injeções (no mesmo dia), por semana, durante 3 semanas 4. Sim, Outro-----	<input type="checkbox"/> MEDPARC
147.	Seu parceiro repetiu o exame de sífilis (VDRL), depois de ter feito o tratamento? 1. Sim 2. Não 3. Ele ainda estar em tratamento	<input type="checkbox"/> PARCONTR
148.	Você recebeu alguma orientação do profissional do pré-natal sobre cuidados durante o tratamento para sífilis? (Ler todas opções). 1. Sim, uso do preservativo (camisinha) durante o tratamento 2. Sim, uso do preservativo (camisinha) após o tratamento 3. Sim, uso do preservativo (camisinha) durante e após o tratamento 4. Sim, Outra orientação ----- 5. Não recebi orientação	<input type="checkbox"/> ORIPREV
149.	Classificação do tratamento (preenchida pelo coordenador da pesquisa) 1. Sífilis adequadamente tratada 2. Sífilis inadequadamente tratada 3. Sífilis não tratada	<input type="checkbox"/> CLASTRAT
Se a entrevistada tiver tido conhecimento apenas na maternidade do resultado positivo do VDRL, perguntar:		
150.	Você recebeu orientação na maternidade para o tratamento do parceiro? 1. Recebi 2. Não Recebi orientação	<input type="checkbox"/> ORIENTPARC
151.	Qual o tratamento passado para você na maternidade? 1. Benzetacil 2 injeções de uma vez só 2. Benzetacil 2 injeções (no mesmo dia), por semana, durante 2 semanas 3. Benzetacil 2 injeções (no mesmo dia), por semana, durante 3 semanas 4. Outro-----	<input type="checkbox"/> TRATMART
152.	Este caso foi notificado pela Vigilância Epidemiológica do serviço de saúde ? 1. Sim 2. Não	<input type="checkbox"/> NOTSIFMAT
Procurar o serviço de CCIH ou epidemiologia da maternidade para verificar		

V- ELEMENTOS DA VULNERABILIDADE SOCIAL

“Agora vamos conversar sobre certas situações que qualquer um de nós, alguma vez pode se encontrar. Gostaria de saber com que frequência você contaria com alguém, em cada uma dessas situações, caso você precisasse”. Vou te fazer perguntas e peço que responda Nunca, raramente, às vezes, quase sempre ou sempre.

Se você precisar, com que frequência...	0 - Nunca	1. Raramente
	2. Às vezes	3. Quase sempre
	4. Sempre	
153.	Você conta com alguém que te ajude, se ficar de cama?	<input type="checkbox"/> APOIOCAM
154.	Você conta com alguém para te ouvir, quando você precisa falar?	<input type="checkbox"/> APOIOUV
155.	Você conta com alguém para te dar bons conselhos em uma situação de crise?	<input type="checkbox"/> APOIOCRI
156.	Você conta com alguém para te levar ao médico?	<input type="checkbox"/> APOIOMED

<i>Se você precisar, com que frequência...</i>			
157.	Você conta com alguém que demonstre amor e afeto por você?	<input type="checkbox"/> APOIOAM	
158.	Você conta com alguém para se divertir junto?	<input type="checkbox"/> APOIODIV	
159.	Você conta com alguém para te dar informação que ajude a compreender uma determinada situação?	<input type="checkbox"/> APOIOINF	
160.	Você conta com alguém em que confiar ou para falar de você ou sobre seus problemas?	<input type="checkbox"/> APOIOPRO	
<i>Se você precisar, com que frequência...</i>			
161.	Você conta com alguém que lhe dê um abraço?	<input type="checkbox"/> APOIOABR	
162.	Você conta com alguém com quem relaxar?	<input type="checkbox"/> APOIOREL	
163.	Você conta com alguém para preparar suas refeições, se você não puder preparar?	<input type="checkbox"/> APOIOREF	
<i>Se você precisar, com que frequência...</i>			
164.	Você conta com alguém de quem você realmente quer conselhos?	<input type="checkbox"/> APOIOCON	
165.	Você conta com alguém com quem distrair a cabeça?	<input type="checkbox"/> APOIOCAB	
166.	Você conta com alguém para ajudá-lo nas tarefas diárias, se ficar doente?	<input type="checkbox"/> APOIOTAR	
167.	Você conta com alguém para compartilhar suas preocupações e medos mais íntimos?	<input type="checkbox"/> APOIOPRE	
<i>Se você precisar, com que frequência...</i>			
168.	Você conta com alguém para dar sugestões sobre como lidar com um problema pessoal?	<input type="checkbox"/> CONSUGES	
169.	Você conta com alguém com quem fazer coisas agradáveis?	<input type="checkbox"/> CONAGRA	
170.	Você conta com alguém que compreenda seus problemas?	<input type="checkbox"/> CONPREEN	
171.	Você conta com alguém que você ame e que faça você se sentir querida?	<input type="checkbox"/> CONAMOR	
<i>“Agora vou fazer algumas perguntas sobre a sua participação na sociedade”</i>			
172.	Você é ou já foi membro de alguma associação ou grupo nos últimos três anos?	<input type="checkbox"/> MEMBASSO	
Qual associação (s): 1. Sim 2. Não		1. Sim 2. Não	
173.	Você é ou já foi membro de algum tipo de associação? (Ler as opções)	<input type="checkbox"/> TIPOASSOC	
173a. Grupo Religioso	<input type="checkbox"/>	173e. Partido Político	<input type="checkbox"/>
173b. Associação Comunitária	<input type="checkbox"/>	173f. Clube esportivo	<input type="checkbox"/>
173c. Associação de Pais e mestres	<input type="checkbox"/>	173g. Outro	<input type="checkbox"/>
173d. Sindicato	<input type="checkbox"/>		
<i>O quanto você concordaria com as seguintes afirmações:</i> NÃO LER COM ENTONAÇÃO DE PERGUNTA!		0 - Não concordo 1- Concordo Mais ou Menos 2- Concordo	
174.	As pessoas da sua redondeza estão dispostas a ajudar os seus vizinhos.	<input type="checkbox"/> VIZAJUD	
175.	A sua vizinha é unida e amiga	<input type="checkbox"/> VIZAMIG	
176.	As pessoas da sua vizinhança são confiáveis	<input type="checkbox"/> VIZACONF	
177.	As pessoas da sua vizinhança não se dão umas com as outras	<input type="checkbox"/> VIZAUNID	
178.	As pessoas da sua vizinhança não possuem os mesmos valores, não pensam igual	<input type="checkbox"/> VIZVAL	
<i>Quando foi a última vez que você...</i>		0. Nunca fiz isso 3. No último ano 1. Nos últimos 3 meses 4. Há mais de 1 ano atrás 2. Nos últimos 6 meses	
179.	Conversou com pessoas que moram perto sobre um problema de sua vizinhança?	<input type="checkbox"/> VIZCONV	
180.	Assinou um abaixo-assinado a respeito de um problema de sua vizinhança?	<input type="checkbox"/> VIZABAIX	
181.	Foi a uma reunião, ou juntou-se a um grupo para tentar resolver algum problema de sua vizinhança?	<input type="checkbox"/> VIZAREUN	
182.	Entrou em contato com um político, governante ou autoridade a respeito de um problema de sua vizinhança?	<input type="checkbox"/> VIZAPOL	

183.	Entrou em contato com alguém do rádio ou televisão a respeito de um problema em sua vizinhança?	<input type="checkbox"/>	VIZACOMU
“Agora vou fazer algumas perguntas sobre seu acesso a informação”			
184.	Quanto tempo você leva para chegar à agência dos correios mais próxima? 1. Menos de 15 minutos 2. 15 a 30 minutos 3. 31 a 60 minutos 4. Mais de uma hora	<input type="checkbox"/>	CORREIO
185.	Quantas vezes no último mês você leu um jornal, ou alguém em seu domicílio leu um para você? 1. Diariamente 2. 3 vezes por semana 3. Semanal 4. Não leu	<input type="checkbox"/>	JORNAL
186.	Com que frequência você ouve o rádio? 1. Todos os dias 2. Algumas vezes por semana 3. Uma vez por semana 4. Menos de uma vez por semana 5. Nunca	<input type="checkbox"/>	OUVRAD
187.	Com que frequência você assiste televisão? 1. Todos os dias 2. Algumas vezes por semana 3. Uma vez por semana 4. Menos de uma vez por semana 5. Nunca	<input type="checkbox"/>	ASSTV
188.	Quanto tempo você leva para chegar ao telefone (que esteja funcionando) mais próximo? 1. Tenho telefone celular e ou convencional 2. Menos de 15 minutos 3. 15 a 30 minutos 4. 31 a 60 minutos 5. Mais de uma hora	<input type="checkbox"/>	TELPROX
189.	Em geral, em comparação “há cinco anos atrás” , o seu acesso à informação: (Ler todas opções) 1. Melhorou 2. Piorou 3. Permaneceu mais ou menos o mesmo	<input type="checkbox"/>	INFORMA
190.	Você já entrou na internet? 1. Sim 2. Não	<input type="checkbox"/>	INTERNET
191.	Nos últimos 12 meses, você se sentiu discriminado (tratado pior do que os seus pares) por alguma pessoa ou instituição, por algumas das seguintes razões? (Ler e marcar as opções) 1. Sim 2. Não	<input type="checkbox"/>	DISCRIMI
191a.	Por causa de sua cor ou raça?	<input type="checkbox"/>	
191b.	Por ser mulher?	<input type="checkbox"/>	
191c.	Por causa de falta de dinheiro ou condição social?	<input type="checkbox"/>	
191d.	Por sua orientação sexual?	<input type="checkbox"/>	
191e.	Por sua profissão ou ocupação?	<input type="checkbox"/>	
191f.	Por ter uma DST, se for o caso?	<input type="checkbox"/>	
191g.	Por ser HIV positivo, se for o caso?	<input type="checkbox"/>	
191h.	Por causa de doença ou incapacidade?	<input type="checkbox"/>	
191i.	Por sua idade?	<input type="checkbox"/>	
191j.	Por causa de sua aparência física?	<input type="checkbox"/>	
191l.	Outro (Especifique: _____)		
192.	Você costuma procurar o mesmo lugar, mesmo médico ou mesmo serviço de saúde quando precisa de atendimento de saúde? 1. Sim 2. Não	<input type="checkbox"/>	ATENDPRE
193.	Nesta gravidez por alguma intercorrência você procurou atendimento de saúde: (Ler e marcar as opções) 1. Sim 2. Não	<input type="checkbox"/>	ATENDOUT
193a.	Farmácia	<input type="checkbox"/>	
193b.	Posto (PSF)/ centro de saúde	<input type="checkbox"/>	
193c.	Consultório Particular	<input type="checkbox"/>	
193d.	Ambulatório Público	<input type="checkbox"/>	
193e.	Ambulatório de hospital	<input type="checkbox"/>	
193f.	UPA ou emergência	<input type="checkbox"/>	
193g.	Agente Comunitário de Saúde	<input type="checkbox"/>	
194.	Na última vez que você obteve medicamentos de uso contínuo, você recebeu gratuitamente? 1. Todos os medicamentos 2. Parte dos medicamentos 3. Nenhum medicamentos	<input type="checkbox"/>	MEDGRAT
195.	Do(s) medicamento(s) de uso contínuo que não recebeu gratuitamente, você comprou: 1. Todos os medicamentos 2. Parte dos medicamentos 3. Nenhum medicamentos	<input type="checkbox"/>	COMP MED
196.	Quando você foi ao dentista pela última vez? 1. Menos de 1 ano 2. De 1 ano a menos de 2 anos 3. De 2 anos a menos de 3 anos 4. 3 anos ou mais 5. Nunca foi ao dentista	<input type="checkbox"/>	DENTISTA
“Agora gostaria de saber a sua opinião sobre o governo e a política”			
O quanto você concordaria com a seguinte afirmação		0 - Não concordo	
NÃO LER COM ENTONAÇÃO DE PERGUNTA!		1- Concordo Mais ou Menos	
		2- Concordo	

197.	Você acha que os governantes não ligam muito para o que pessoas como você pensam	<input type="checkbox"/>	GOVPREO
198.	Partidos políticos só estão interessados nos votos das pessoas, mas não nas opiniões delas	<input type="checkbox"/>	GOVINT
199.	No geral, as pessoas que nós elegemos, rapidamente perdem contato com as pessoas que elegeram	<input type="checkbox"/>	POLIPERD
200.	Pessoas como você não influenciam, não são ouvidas no que o governo faz	<input type="checkbox"/>	PESNEGLI
201.	Como você classificaria seu estado de saúde: 1. Muito bom 2. Bom 3. Regular 4. Ruim 5. Muito ruim	<input type="checkbox"/>	SAUDE
202.	Antes de ficar grávida você praticava exercício físico? 1. Sim 2. Não	<input type="checkbox"/>	GINASTICA
<i>“Vamos realizar perguntas em relação a conflitos e acesso a justiça”</i>			
203.	Nos últimos cinco anos você teve alguma situação de conflito importante: Assinale a opção, conforme o caso: (Caso a resposta 205j = 1, o questionário termina aqui)	<input type="checkbox"/>	CONFLITO
		1. Sim 2. Não	
203a.	Trabalhista <input type="checkbox"/>	203b.	Família <input type="checkbox"/>
203c.	Criminal <input type="checkbox"/>	203d.	Saúde <input type="checkbox"/>
203e.	Serviços de Luz, Água e Telefone <input type="checkbox"/>	203f.	Imposto/Tributação <input type="checkbox"/>
203g.	Benefícios do INSS/Previdência <input type="checkbox"/>	203h.	Bancos/ Instituições Financeiras <input type="checkbox"/>
203i.	Outros _____ <input type="checkbox"/>	203j.	Não tive problema. <input type="checkbox"/>
204.	Onde tentou buscar a solução do seu conflito? Conselho, distrito, ouvidoria.	<input type="checkbox"/>	SOLCONF
		1. Sim 2. Não	L
204a.	Juizado <input type="checkbox"/>	204b.	Amigos/Parente <input type="checkbox"/>
204c.	Justiça Especial <input type="checkbox"/>	204d.	Polícia <input type="checkbox"/>
204e.	Igreja <input type="checkbox"/>	204f.	PROCON <input type="checkbox"/>
204g.	Sindicato/Associação <input type="checkbox"/>	204h.	Outro <input type="checkbox"/>
204i.	Não buscou solução <input type="checkbox"/>		

Muito Obrigada pela sua participação! As informações que a Sra. nos forneceu serão valiosas para formulação de políticas para melhoria da assistência a saúde no Brasil.

(Encerre a entrevista)

ANEXO A- Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PERNAMBUCO CENTRO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE / UFPE-



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Sífilis gestacional e congênita: avaliação da vulnerabilidade e validação da nova proposta do Ministério da Saúde para triagem e diagnóstico em gestantes

Pesquisador: Pedro Israel Cabral de Lira

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 07353712.0.0000.5208

Instituição Proponente: CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 136.500

Data da Relatoria: 05/11/2012

Apresentação do Projeto:

A sífilis na gestação é um evento de vigilância epidemiológica pelos riscos de transmissão fetal. Devido à alta incidência da SC no Brasil, em 1997 o

MS passou a considerar como meta de eliminação o registro de até um caso de SC para 1000 nascidos vivos/ano, que não foi alcançada até o momento. Do final da década de 90 até 2006 houve uma queda da prevalência brasileira da doença na gestante e parturiente. As taxas passaram de 2,4 a 5,2% para 1,1%, com o Norte aparecendo em primeiro lugar (1,5%), o Nordeste em penúltimo (0,8%) e o Sul com as mais baixas taxas (0,6%).

Foi evidenciado uma baixa testagem para sífilis nas parturientes e gestantes do nosso país. Apenas 16,9% realizaram 2 testes no pré-natal e

apenas 14,1% realizaram os 2 testes no pré-natal e 1 teste no parto, conforme preconiza o MS. Até mesmo entre as parturiente que realizaram 6 ou

mais consultas de pré-natal, apenas 26,2% realizaram os dois testes. A menor cobertura para os dois testes no pré-natal foi no Nordeste (64,2%) e a

maior foi no Sul (86,8%). Paradoxalmente à redução da prevalência da doença na gestante e parturiente, houve um aumento da incidência de SC

em menores de 1 ano, que passou de 0,9 casos por 1000 nascidos vivos em 1998 para 1,9 casos por 1000 nascidos vivos em 2006, com os maiores

coeficientes na região Nordeste (2,4 casos/1000 nascidos vivos) demonstrando um insuficiente

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-800
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **Fax:** (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PERNAMBUCO CENTRO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE / UFPE-



controle da SC, ou um aumento na notificação desta, ou uma subnotificação da sífilis gestacional. Frente ao aumento do número de casos notificados de SC de 1998 a 2006 no Brasil, criou-se em 2007 o Plano Operacional para Redução da Transmissão Vertical do HIV (vírus da imunodeficiência humana) e da Sífilis, do Programa Nacional de DST/AIDS da Secretaria de Vigilância em Saúde/MS, que é baseado em 3 metas: 1. Aumentar a cobertura de testagem para o HIV e sífilis no pré-natal. 2. Aumentar a cobertura de tratamento adequado nas gestantes com sífilis, incluindo o tratamento adequado dos parceiros sexuais. 3. Ampliar a cobertura das ações de profilaxia da transmissão vertical do HIV e da sífilis em gestantes/parturientes e em crianças expostas. Apesar das inúmeras políticas em saúde lançadas até o momento, ainda não houve redução das taxas da doença gestacional e congênita. Os planos são voltados ao controle da sífilis e AIDS nos neonatos, porém percebe-se uma maior valorização das ações para redução da transmissão vertical do HIV que do *Treponema pallidum*, não se levando em conta na implementação das políticas de saúde as diferenças regionais nas taxas da sífilis gestacional e congênita. Estas diferenças podem ser reflexo da predominância de diferentes fatores de risco e de vulnerabilidade, o que nos leva a acreditar que estudos regionais destes possam auxiliar na construção de políticas de saúde direcionadas aos problemas identificados em cada região.

Objetivo da Pesquisa:

Determinar a validade do teste rápido conjugado (DPP para sífilis) produzido no Brasil em relação ao padrão ouro da pesquisa na triagem e confirmação diagnóstica da sífilis gestacional e estudar aspectos da vulnerabilidade para sífilis gestacional e congênita em mulheres residentes em Recife (e seus conceitos) admitidas para parto ou curetagem pós-parto ou pós-abortamento nas maternidades do estudo.

Objetivo Secundário:

Determinar a sensibilidade, especificidade, valores preditivos, odds ratio (OR) e razão de verossimilhança do teste rápido conjugado (DPP para sífilis) produzido no Brasil em relação ao padrão ouro da pesquisa na triagem e confirmação diagnóstica da sífilis em mulheres admitidas para parto ou curetagem pós-parto ou pós-abortamento nas maternidades do estudo. Identificar características relacionadas à vulnerabilidade individual,

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-800
UF: PE Município: RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 Fax: (81)2126-8588 E-mail: cepccs@ufpe.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PERNAMBUCO CENTRO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE / UFPE-



programática e social para sífilis gestacional e congênita em mulheres residentes em Recife (e seus conceitos) admitidas para parto ou curetagem pós-parto ou pós-abortamento nas maternidades do estudo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os Riscos e Benefícios indicados pelo pesquisador podem ser considerados adequados.

Riscos:

Durante a aplicação do questionário as puérperas existe a possibilidade de constrangimento ao responder as perguntas. Durante a coleta do sangue entre as puérperas reagentes a sífilis existe o risco de desconforto da punção periférica venosa que serão minimizados pela equipe treinada da pesquisa. A equipe já apresenta experiência em trabalho de campo, adquirida em pesquisas anteriores.

Benefícios:

Ao final do estudo, os resultados obtidos serão disponibilizados aos meios de comunicação, comunidade científica e órgãos públicos, para que, a partir destes seja possível a implementação de um programa que inclua a compreensão da vulnerabilidade em eixos de intervenção a fim de diminuir os casos de sífilis gestacional e congênita. Pretende-se contribuir para a redução da mortalidade infantil, melhorar a saúde materna e outras doenças.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Faz-se necessários que a sífilis gestacional e congênita, apesar das várias políticas de saúde adotadas pelos gestores nas últimas duas décadas, continua com taxas elevadas, principalmente nas regiões mais pobres do país, como o NE. Faz-se necessário validar o novo teste rápido que está sendo implantado no país, a fim de que se possa conhecer a desempenho deste. Dessa forma o conhecimento da vulnerabilidade para sífilis na região do estudo auxiliará na construção de políticas de saúde mais adequadas a realidade local.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos apresentados podem ser considerados de acordo com as normas, entretanto está faltando a carta de anuência do HC da UFPE.

Recomendações:

Solicita-se que o pesquisador encaminhe a carta de anuência do HC/UFPE, por meio de notificação, na Plataforma Brasil, a fim de evitar maiores transtornos ao desenvolvimento da pesquisa.

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-600
UF: PE Município: RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 Fax: (81)2126-8588 E-mail: cepccs@ufpe.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PERNAMBUCO CENTRO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE / UFPE-



Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências e existe apenas uma recomendação importante para o projeto.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado aprova o parecer do protocolo em questão e o pesquisador está autorizado para iniciar a coleta de dados.

Projeto foi avaliado e sua APROVAÇÃO definitiva será dada, por meio de ofício impresso, após a entrega do relatório final ao Comitê de Ética em Pesquisa/UFPE

RECIFE, 01 de Novembro de 2012

Assinador por:
GERALDO BOSCO LINDOSO COUTO
(Coordenador)

ANEXO B - Normas para publicação à Revista de Saúde Pública



INFORMAÇÕES GERAIS PARA PUBLICAÇÃO

Os manuscritos submetidos à publicação na Revista de Saúde Pública devem ser apresentados de acordo com as Instruções aos Autores.

São aceitos manuscritos nos idiomas: português, espanhol e inglês.

O texto de manuscritos de pesquisa original deve seguir a estrutura conhecida como IMRD: Introdução, Métodos, Resultados e Discussão (ver [Estrutura do Texto](#)). Em cada uma das partes não se deve dividir o texto em subtítulos, exceto nos casos que requerem maior detalhe, sobretudo em Resultados e Discussão. Manuscritos baseados em pesquisa qualitativa podem ter outros formatos, admitindo-se Resultados e Discussão em uma mesma seção e Considerações Finais/Conclusões. Outras categorias de manuscrito (revisões, comentários, etc.) seguem os formatos de texto a elas apropriados.

O texto submetido deve ter páginas e linhas numeradas para fins de revisão.

O uso de siglas deve ser evitado.

Recomendamos que o autor consulte o [checklist](#) correspondente à categoria do manuscrito submetido.

Pormenores sobre os itens exigidos para apresentação do manuscrito estão descritos a seguir.

CATEGORIA DOS ARTIGOS

Artigos Originais

Incluem estudos observacionais, estudos experimentais ou quase-experimentais, avaliação de programas, análises de custo-efetividade, análises de decisão e estudos sobre avaliação de desempenho de testes diagnósticos para triagem populacional. Cada artigo deve conter objetivos e hipóteses claras, desenho e métodos utilizados, resultados, discussão e conclusões.

Incluem também ensaios teóricos (críticas e formulação de conhecimentos teóricos relevantes) e artigos dedicados à apresentação e discussão de aspectos metodológicos e técnicas utilizadas na pesquisa em saúde pública. Neste caso, o texto deve ser organizado em tópicos para guiar os leitores quanto aos elementos essenciais do argumento desenvolvido.

Instrumentos de aferição em pesquisas populacionais

Manuscritos abordando instrumentos de aferição podem incluir aspectos relativos ao desenvolvimento, à avaliação e à adaptação transcultural para uso em estudos populacionais, excluindo-se aqueles de aplicação clínica, que não se incluem no escopo da RSP.

Aos manuscritos novos de instrumentos de aferição, recomenda-se que seja apresentada uma apreciação detalhada do construto a ser avaliado, incluindo seu possível gradiente de intensidade e suas eventuais subdimensões. O desenvolvimento de novo instrumento deve estar amparado em revisão de literatura, que identifique explicitamente a insuficiência de propostas prévias e justifique a necessidade de novo instrumental.

Deve ser detalhada a proposição, a seleção e a confecção dos itens, bem como o emprego de estratégias para adequá-los às definições do construto, incluindo o uso de técnicas qualitativas de pesquisa (entrevistas em profundidade, grupos focais etc.), reuniões com painéis de especialistas, entre outras. O trajeto percorrido na definição da forma de mensuração dos itens e a realização de pré-testes com seus conjuntos preliminares necessitam ser descritos no texto. A avaliação das validades de face, conteúdo, critério, construto e/ou dimensional deve ser apresentada em detalhe.

Análises de confiabilidade do instrumento também devem ser apresentadas e discutidas, incluindo-se medidas de consistência interna, confiabilidade teste-reteste e/ou concordância inter-observador. Os autores devem expor o processo de seleção do instrumento final e situá-lo em perspectiva crítica e comparativa com outros instrumentos destinados a avaliar o mesmo construto ou construtos semelhantes.

Para os manuscritos sobre **adaptação transcultural** de instrumentos de aferição, além de atender, de forma geral, às recomendações supracitadas, faz-se necessário explicitar o modelo teórico norteador do processo. Os autores devem, igualmente, justificar a escolha de determinado instrumento para adaptação a um contexto sociocultural específico, com base em minuciosa revisão de literatura. Finalmente, devem indicar explicitamente quais e como foram seguidas as etapas do modelo teórico de adaptação no trabalho submetido para publicação.

Obs: O instrumento de aferição deve ser incluído como anexo dos artigos submetidos.

Recomenda-se ao autor que antes de submeter seu artigo utilize o "checklist" correspondente:

[CONSORT](#) checklist e fluxograma para ensaios controlados e randomizados

[STARD](#) checklist e fluxograma para estudos de acurácia diagnóstica

[MOOSE](#) checklist e fluxograma para meta-análise

[PRISMA](#) checklist e fluxograma para revisões sistemáticas

[STROBE](#) checklist para estudos observacionais em epidemiologia

[RATS](#) checklist para estudos qualitativos

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

Devem ter até 3.500 palavras, excluindo resumos, tabelas, figuras e referências.

As tabelas e figuras, limitadas a 5 no conjunto, devem incluir apenas os dados imprescindíveis, evitando-se tabelas muito longas. As figuras não devem repetir dados já descritos em tabelas.

As referências bibliográficas, limitadas a cerca de 25, devem incluir apenas aquelas estritamente pertinentes e relevantes à problemática abordada. Deve-se evitar a inclusão de número excessivo de referências numa mesma citação. Citações de documentos não publicados e não indexados na literatura científica (teses, relatórios e outros) devem ser evitadas. Caso não possam ser substituídas por outras, não farão parte da lista de referências bibliográficas, devendo ser indicadas nos rodapés das páginas onde estão citadas.

Os resumos devem ser apresentados no *formato estruturado*, com até 300 palavras, contendo os itens: Objetivo, Métodos, Resultados e Conclusões. Exceção-se os ensaios teóricos e os artigos sobre metodologia e técnicas usadas em pesquisas, cujos resumos são no formato narrativo, que, neste caso, terão limite de 150 palavras.

A estrutura dos artigos originais de pesquisa é a convencional: Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, embora outros formatos possam ser aceitos. A Introdução deve ser curta, definindo o problema estudado, sintetizando sua importância e destacando as lacunas do conhecimento que serão abordadas no artigo. As fontes de dados, a população estudada, amostragem, critérios de seleção, procedimentos analíticos, dentre outros, devem ser descritos de forma compreensiva e completa, mas sem prolixidade. A seção de Resultados deve se limitar a descrever os resultados encontrados sem incluir interpretações/comparações. O texto deve complementar e não repetir o que está descrito em tabelas e figuras. A Discussão deve incluir a apreciação dos autores sobre as limitações do estudo, a comparação dos achados com a literatura, a interpretação dos autores sobre os resultados obtidos e sobre suas principais implicações e a eventual indicação de caminhos para novas pesquisas. Trabalhos de pesquisa qualitativa podem juntar as partes Resultados e Discussão, ou mesmo ter diferenças na nomeação das partes, mas respeitando a lógica da estrutura de artigos científicos.

Comunicações Breves – São relatos curtos de achados que apresentam interesse para a saúde pública, mas que não comportam uma análise mais abrangente e uma discussão de maior fôlego.

Informações complementares

- Devem ter até *1.500 palavras* (excluindo resumos, tabelas, figuras e referências) *uma tabela ou figura* e até 5 referências.
- Sua apresentação deve acompanhar as mesmas normas exigidas para artigos originais, exceto quanto ao resumo, que não deve ser estruturado e deve ter até *100 palavras*.

ARTIGOS DE REVISÃO

Revisão sistemática e meta-análise - Por meio da síntese de resultados de estudos originais, quantitativos ou qualitativos, objetiva responder à pergunta específica e de relevância para a saúde pública. Descreve com pormenores o processo de busca dos estudos originais, os critérios utilizados para seleção daqueles que foram incluídos na revisão e os procedimentos empregados na síntese dos resultados obtidos pelos estudos revisados (que poderão ou não ser procedimentos de **meta-análise**).

Revisão narrativa/crítica - A revisão narrativa ou revisão crítica apresenta caráter descritivo-discursivo, dedicando-se à apresentação compreensiva e à discussão de temas de interesse científico no campo da Saúde Pública. Deve apresentar formulação clara de um objeto científico de interesse, argumentação lógica, crítica teórico-metodológica dos trabalhos consultados e síntese conclusiva. Deve ser elaborada por pesquisadores com experiência no campo em questão ou por especialistas de reconhecido saber.

Informações complementares:

- Sua extensão é de até 4.000 palavras, excluindo resumos, tabelas, figuras e referências.
- O formato dos resumos, a critério dos autores, será narrativo, com até 150 palavras. Ou estruturado, com até 300 palavras.
- Não há limite de referências.

COMENTÁRIOS

Visam a estimular a discussão, introduzir o debate e "oxigenar" controvérsias sobre aspectos relevantes da saúde pública. O texto deve ser organizado em tópicos ou subitens destacando na Introdução o assunto e sua importância. As referências citadas devem dar sustentação aos principais aspectos abordados no artigo.

Informações complementares:

- Sua extensão é de até *2.000 palavras*, excluindo resumos, tabelas, figuras e referências
- O formato do resumo é o narrativo, com até 150 palavras.
- As referências bibliográficas estão limitadas a cerca de 25

Publicam-se também Cartas Ao Editor com até 600 palavras e 5 referências.

IDENTIFICAÇÃO DO MANUSCRITO

Título no idioma original do manuscrito e em inglês

O título deve ser conciso e completo, contendo informações relevantes que possibilitem recuperação do artigo nas bases de dados. O limite é de 90 caracteres, incluindo espaços. Se o manuscrito for submetido em inglês, fornecer um título em português.

Título resumido

Deve conter até 45 caracteres, para fins de legenda nas páginas impressas.

Descritores

Devem ser indicados entre 3 e 10, extraídos do vocabulário "[Descritores em Ciências da Saúde](#)" (DeCS), nos idiomas português, espanhol e inglês, com base no [Medical Subject Headings \(MeSH\)](#). Se não forem encontrados descritores adequados para a temática do manuscrito, poderão ser indicados termos não existentes nos conjuntos citados.

Número de figuras e tabelas

A quantidade de figuras e tabelas de cada manuscrito é limitada a cinco em conjunto. Todos os elementos gráficos ou tabulares apresentados serão identificados como *figura* ou *tabela*, e numerados sequencialmente a partir de um, e não como *quadros*, *gráficos*, etc.

Co-autores

Identificar os co-autores do manuscrito pelo nome, sobrenome e instituição, conforme a ordem de autoria.

Financiamento da pesquisa

Se a pesquisa foi subvencionada, indicar o tipo de auxílio, o nome da agência financiadora e o respectivo número do processo.

Apresentação prévia

Tendo sido apresentado em reunião científica, indicar o nome do evento, local e ano da realização.

Quando baseado em tese ou dissertação, indicar o nome do autor, título, ano, nome do programa de pós-graduação e instituição onde foi apresentada.

PREPARO DO MANUSCRITO

Resumo

São publicados resumos em português, espanhol e inglês. Para fins de cadastro do manuscrito, deve-se apresentar dois resumos, um na língua original do manuscrito e outro em inglês (ou em português, em caso de manuscrito apresentado em inglês). As especificações quanto ao tipo de resumo estão descritas em cada uma das [categorias de artigos](#). Como regra geral, o resumo deve incluir: objetivos do estudo, principais procedimentos metodológicos (população em estudo, local e ano de realização, métodos observacionais e analíticos), principais resultados e conclusões.

Estrutura do texto

Introdução – Deve ser curta, relatando o contexto e a justificativa do estudo, apoiados em referências pertinentes ao objetivo do manuscrito, que deve estar explícito no final desta parte. Não devem ser mencionados resultados ou conclusões do estudo que está sendo apresentado.

Métodos – Os procedimentos adotados devem ser descritos claramente; bem como as variáveis analisadas, com a respectiva definição quando necessária e a hipótese a ser testada. Devem ser descritas a população e a amostra, instrumentos de medida, com a apresentação, se possível, de medidas de validade; e conter informações sobre a coleta e processamento de dados. Deve ser incluída a devida referência para os métodos e técnicas empregados, inclusive os métodos estatísticos; métodos novos ou substancialmente modificados devem ser descritos, justificando as razões para seu uso e mencionando suas limitações. Os critérios éticos da pesquisa devem ser respeitados. Os autores devem explicitar que a pesquisa foi conduzida dentro dos padrões éticos e aprovada por comitê de ética.

Resultados – Devem ser apresentados em uma sequência lógica, iniciando-se com a descrição dos dados mais importantes. Tabelas e figuras devem ser restritas àquelas necessárias para argumentação e a descrição dos dados no texto deve ser restrita aos mais importantes. Os gráficos devem ser utilizados para destacar os resultados mais relevantes e resumir relações complexas. Dados em gráficos e tabelas não devem ser duplicados, nem repetidos no texto. Os resultados numéricos devem especificar os métodos estatísticos utilizados na análise. Material extra ou suplementar e detalhes técnicos podem ser divulgados na versão eletrônica do artigo.

Discussão – A partir dos dados obtidos e resultados alcançados, os novos e importantes aspectos observados devem ser interpretados à luz da literatura científica e das teorias existentes no campo. Argumentos e provas baseadas em comunicação de caráter pessoal ou divulgadas em documentos restritos não podem servir de apoio às argumentações do autor. Tanto as limitações do trabalho quanto suas implicações para futuras pesquisas devem ser esclarecidas. Incluir somente hipóteses e generalizações baseadas nos dados do trabalho. As conclusões devem finalizar esta parte, retomando o objetivo do trabalho.

VERIFICAÇÃO DOS ITENS EXIGIDOS

1. Nome e instituição de afiliação de cada autor, incluindo e-mail e telefone.
2. Título do manuscrito, em português e inglês, com até 90 caracteres, incluindo os espaços entre as palavras.
3. Título resumido com 45 caracteres, para fins de legenda em todas as páginas impressas.
4. Texto apresentado em letras arial, corpo 12, em formato Word ou similar (doc,txt,rtf).
5. Resumos estruturados para trabalhos originais de pesquisa em dois idiomas, um deles obrigatoriamente em inglês.
6. Resumos narrativos para manuscritos que não são de pesquisa em dois idiomas, um deles obrigatoriamente em inglês.

7. Carta de Apresentação, constando a **responsabilidade de autoria** e conflito de interesses, assinada por todos os autores.
8. Nome da agência financiadora e número(s) do processo(s).
9. No caso de artigo baseado em tese/dissertação, indicar o nome da instituição/Programa, grau e o ano de defesa.
10. Referências normalizadas segundo estilo Vancouver, ordenadas alfabeticamente pelo primeiro autor e numeradas, e se todas estão citadas no texto.
11. Tabelas numeradas seqüencialmente, com título e notas, e no máximo com 12 colunas.
12. Figura no formato vetorial ou em pdf, ou tif, ou jpeg ou bmp, com resolução mínima 300 dpi; em se tratando de gráficos, devem estar em tons de cinza, sem linhas de grade e sem volume.
13. Tabelas e figuras não devem exceder a cinco, no conjunto.

Referências

Listagem: As referências devem ser normalizadas de acordo com o estilo **Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Biomedical Publication**, ordenadas alfabeticamente e numeradas. Os títulos de periódicos devem ser referidos de forma abreviada, de acordo com o Medline, e grafados no formato itálico. No caso de publicações com até seis autores, citam-se todos; acima de seis, citam-se os seis primeiros, seguidos da expressão latina “et al”. Referências de um mesmo autor devem ser organizadas em ordem cronológica crescente. Sempre que possível incluir o DOI do documentado citado, de acordo com os exemplos abaixo.

Tabelas

Devem ser apresentadas depois do texto, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. A cada uma deve-se atribuir um título breve, não se utilizando traços internos horizontais ou verticais. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé das tabelas e não no cabeçalho ou título. Se houver tabela extraída de outro trabalho, previamente publicado, os autores devem solicitar formalmente autorização da revista que a publicou, para sua reprodução.

Para composição de uma tabela legível, o número máximo é de 12 colunas, dependendo da quantidade do conteúdo de cada casela. Tabelas que não se enquadram no nosso limite de espaço gráfico podem ser publicadas na versão eletrônica. Notas em tabelas devem ser indicadas por letras, em sobrescrito e negrito.

Se houver tabela extraída de outro trabalho, previamente publicado, os autores devem solicitar autorização para sua reprodução, por escrito.

Figuras

As ilustrações (fotografias, desenhos, gráficos, etc.) devem ser citadas como Figuras e numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto e apresentadas após as tabelas. Devem conter título e legenda apresentados na parte inferior da figura. Só serão admitidas para publicação figuras suficientemente claras e com qualidade digital que permitam sua impressão, preferentemente no formato vetorial. No formato JPEG, a resolução mínima deve ser de 300 dpi. Não se aceitam gráficos apresentados com as linhas de grade, e os elementos (barras, círculos) não podem apresentar volume (3-D). Figuras em cores são publicadas quando for necessária à clareza da informação. Se houver figura extraída de outro trabalho, previamente publicado, os autores devem solicitar autorização, por escrito, para sua reprodução.

Submissão Online

A entrada no sistema é feita pela página inicial do *site* da RSP (www.fsp.usp.br/rsp), no menu do lado esquerdo, selecionando-se a opção “submissão de artigo”. Para submeter o manuscrito, o autor responsável pela comunicação com a Revista deverá cadastrar-se. Após efetuar o cadastro, o autor deve selecionar a opção “submissão de artigos” e preencher os campos com os dados do manuscrito. O processo de avaliação pode ser acompanhado pelo status do manuscrito na opção “consulta/ alteração dos artigos submetidos”. Ao todo são 8 situações possíveis:

- **Aguardando documentação:** Caso seja detectada qualquer falha ou pendência, inclusive se os documentos foram anexados e assinados, a secretaria entra em contato com o autor. Enquanto o manuscrito não estiver de acordo com as Instruções da RSP, o processo de avaliação não será iniciado.
- **Em avaliação na pré-análise:** A partir deste “status”, o autor não pode mais alterar o manuscrito submetido. Nesta fase, o editor pode recusar o manuscrito ou encaminhá-lo para a avaliação de relatores externos.
- **Em avaliação com relatores:** O manuscrito está em processo de avaliação por relatores externos, que emitem os pareceres e os enviam à Editoria.
- **Em avaliação com Editoria:** Os pareceres são analisados e o resultado é encaminhado ao autor responsável. A decisão pode ser: condicionado a alterações, aprovado e reprovado.
- **Condicionado a alterações:** a) O autor recebe a decisão da Editoria, acompanhada dos pareceres dos relatores. Estes podem indicar: alterações mais sucintas ou amplas alterações, condicionando a aprovação do manuscrito à apresentação de uma versão reformulada do manuscrito. O autor, após modificar o manuscrito, o encaminha acompanhado de um documento explicando cada um dos itens solicitados e atendidos, com as justificativas necessárias. b) O editor faz a apreciação da nova versão reformulada, podendo solicitar novos esclarecimentos ao autor ou mesmo encaminhar a nova versão para revisão de outros relatores.
- **Reformulação:** O manuscrito reformulado é encaminhado para nova avaliação da Editoria, acompanhado de documento esclarecendo os itens atendidos e justificando casos de discordâncias.

- **Aprovado:** Aprovado em sua última versão, o manuscrito é encaminhado para revisão da redação científica para ser publicado. O autor recebe a comunicação da Editoria e envia o documento de transferência de direitos autorais, imprescindível para publicação.

Reprovado: Quando a avaliação final do manuscrito não foi positiva, o autor responsável é comunicado.

Declarações e documentos

Em conformidade com as diretrizes do International Committee of Medical Journal Editors, são solicitados alguns documentos e declarações do(s) autor(es) para a avaliação de seu manuscrito. Observe a relação dos documentos abaixo e, nos casos em que se aplique, anexe o documento ao processo. O momento em que tais documentos serão solicitados é variável:

Documento/declaração	Quem assina	Quando anexar
a. Carta de Apresentação	Todos os autores	Submissão
b. Responsabilidade pelos Agradecimentos	Autor responsável	Aprovação
c. Transferência de Direitos Autorais	Todos os autores	Aprovação

- Informações sobre os achados e conclusões mais importantes do manuscrito, esclarecendo seu significado para a saúde pública.
- Se os autores têm artigos publicados na linha de pesquisa do manuscrito, mencionar até três.
- Declaração de responsabilidade de cada autor: ter contribuído substancialmente para a concepção e planejamento, ou análise e interpretação dos dados; ter contribuído significativamente na elaboração do rascunho ou na revisão crítica do conteúdo; e ter participado da aprovação da versão final do manuscrito. Para maiores informações sobre critérios de autoria, consulte o site da RSP.
- Declaração de potenciais conflitos de interesses dos autores. Para maiores informações, consulte o site da RSP.
- Atestar a exclusividade da submissão do manuscrito à RSP.

ANEXO C - Normas para publicação à Revista Cadernos de Saúde Pública



CSP ACEITA TRABALHOS PARA AS SEGUINTESE SEÇÕES:

- 1.1 - Artigo: resultado de pesquisa de natureza empírica (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações). Dentro dos diversos tipos de estudos empíricos, apresentamos dois exemplos: artigo de pesquisa etiológica na epidemiologia e artigo utilizando metodologia qualitativa;
- 1.2 - Revisão: Revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à Saúde Coletiva, máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações. (leia mais);
- 1.3 - Ensaio: texto original que desenvolve um argumento sobre temática bem delimitada, podendo ter até 8.000 palavras (leia mais);
- 1.4 - Comunicação Breve: relatando resultados preliminares de pesquisa, ou ainda resultados de estudos originais que possam ser apresentados de forma sucinta (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);
- 1.5 - Debate: análise de temas relevantes do campo da Saúde Coletiva, que é acompanhado por comentários críticos assinados por autores a convite das Editoras, seguida de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);
- 1.6 - Seção temática: seção destinada à publicação de 3 a 4 artigos versando sobre tema comum, relevante para a Saúde Coletiva. Os interessados em submeter trabalhos para essa Seção devem consultar as Editoras;
- 1.7 - Perspectivas: análises de temas conjunturais, de interesse imediato, de importância para a Saúde Coletiva (máximo de 1.600 palavras);
- 1.8 - Questões Metodológicas: artigos cujo foco é a discussão, comparação ou avaliação de aspectos metodológicos importantes para o campo, seja na área de desenho de estudos, análise de dados ou métodos qualitativos (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações); artigos sobre instrumentos de aferição epidemiológicos devem ser submetidos para esta Seção, obedecendo preferencialmente as regras de Comunicação Breve (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);
- 1.9 - Resenhas: resenha crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.200 palavras);
- 1.10 - Cartas: crítica a artigo publicado em fascículo anterior de CSP (máximo de 700 palavras).

2.NORMAS PARA ENVIO DE ARTIGOS

- 2.1 - CSP publica somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.
- 2.2 - Serão aceitas contribuições em Português, Inglês ou Espanhol.
- 2.3 - Notas de rodapé e anexos não serão aceitos.
- 2.4 - A contagem de palavras inclui somente o corpo do texto e as referências bibliográficas, conforme item 12.13.
- 2.5 - Todos os autores dos artigos aceitos para publicação serão automaticamente inseridos no banco de consultores de CSP, se comprometendo, portanto, a ficar à disposição para avaliarem artigos submetidos nos temas referentes ao artigo publicado.

3.PUBLICAÇÃO DE ENSAIOS CLÍNICOS

- 3.1 - Artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número e entidade de registro do ensaio clínico.

3.2 - Essa exigência está de acordo com a recomendação do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME)/Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre o Registro de Ensaios Clínicos a serem publicados a partir de orientações da OMS, do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) e do Workshop ICTPR.

3.3- As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são: ◦Australian New Zealand Clinical Trials Registry (ANZCTR)

◦ClinicalTrials.gov

◦International Standard Randomised Controlled Trial Number (ISRCTN)

◦Nederlands Trial Register (NTR)

◦UMIN Clinical Trials Registry (UMIN-CTR)

◦WHO International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP)

4.FONTES DE FINANCIAMENTO

4.1 - Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.

4.2 - Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).

4.3 - No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

5.CONFLITO DE INTERESSES

5.1 - Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

6.COLABORADORES

6.1 - Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

6.2 - Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do ICMJE, que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada; 4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra. Essas quatro condições devem ser integralmente atendidas.

7.AGRADECIMENTOS

7.1 - Possíveis menções em agradecimentos incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas que não preencheram os critérios para serem coautores.

8.REFERÊNCIAS

8.1 - As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (p. ex.: Silva 1). As referências citadas somente em tabelas e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos (Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos).

8.2 - Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

8.3 - No caso de usar algum software de gerenciamento de referências bibliográficas (p. ex.: EndNote), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

9. NOMENCLATURA

9.1 - Devem ser observadas as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

10. ÉTICA EM PESQUISAS ENVOLVENDO SERES HUMANOS

10.1 - A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na Declaração de Helsinque (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008), da Associação Médica Mundial.

10.2 - Além disso, deve ser observado o atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada.

10.3 - Artigos que apresentem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos deverão conter uma clara afirmação deste cumprimento (tal afirmação deverá constituir o último parágrafo da seção Métodos do artigo).

10.4 - Após a aceitação do trabalho para publicação, todos os autores deverão assinar um formulário, a ser fornecido pela Secretaria Editorial de CSP, indicando o cumprimento integral de princípios éticos e legislações específicas.

10.5 - O Conselho Editorial de CSP se reserva o direito de solicitar informações adicionais sobre os procedimentos éticos executados na pesquisa.

11. PROCESSO DE SUBMISSÃO ONLINE

11.1 - Os artigos devem ser submetidos eletronicamente por meio do sítio do Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos (SAGAS), disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/index.php>.

11.2 - Outras formas de submissão não serão aceitas. As instruções completas para a submissão são apresentadas a seguir. No caso de dúvidas, entre em contato com o suporte sistema SAGAS pelo e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

11.3 - Inicialmente o autor deve entrar no sistema SAGAS. Em seguida, inserir o nome do usuário e senha para ir à área restrita de gerenciamento de artigos. Novos usuários do sistema SAGAS devem realizar o cadastro em “Cadastre-se” na página inicial. Em caso de esquecimento de sua senha, solicite o envio automático da mesma em “Esqueceu sua senha? Clique aqui”.

11.4 - Para novos usuários do sistema SAGAS. Após clicar em “Cadastre-se” você será direcionado para o cadastro no sistema SAGAS. Digite seu nome, endereço, e-mail, telefone, instituição.

12. ENVIO DO ARTIGO

12.1 - A submissão online é feita na área restrita de gerenciamento de artigos <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/index.php>. O autor deve acessar a "Central de Autor" e selecionar o link "Submeta um novo artigo".

12.2 - A primeira etapa do processo de submissão consiste na verificação às normas de publicação de CSP. O artigo somente será avaliado pela Secretaria Editorial de CSP se cumprir todas as normas de publicação.

12.3 - Na segunda etapa são inseridos os dados referentes ao artigo: título, título resumido, área de concentração, palavras-chave, informações sobre financiamento e conflito de interesses, resumos e agradecimentos, quando necessário. Se desejar, o autor pode sugerir potenciais consultores (nome, e-mail e instituição) que ele julgue capaz de avaliar o artigo.

12.4 - O título completo (nos idiomas Português, Inglês e Espanhol) deve ser conciso e informativo, com no máximo 150 caracteres com espaços.

12.5 - O título resumido poderá ter máximo de 70 caracteres com espaços.

12.6 - As palavras-chave (mínimo de 3 e máximo de 5 no idioma original do artigo) devem constar na base da Biblioteca Virtual em Saúde BVS.

12.7 - Resumo. Com exceção das contribuições enviadas às seções Resenha, Cartas ou Perspectivas, todos os artigos submetidos deverão ter resumo no idioma original do artigo, podendo ter no máximo 1.100 caracteres com espaço. Visando ampliar o alcance dos artigos publicados, CSP publica os resumos nos idiomas português, inglês e espanhol. No intuito de garantir um padrão de qualidade do trabalho, oferecemos gratuitamente a tradução do resumo para os idiomas a serem publicados.

12.8 - Agradecimentos. Agradecimentos. Possíveis agradecimentos às instituições e/ou pessoas poderão ter no máximo 500 caracteres com espaço.

12.9 - Na terceira etapa são incluídos o(s) nome(s) do(s) autor(es) do artigo, respectiva(s) instituição(ões) por extenso, com endereço completo, telefone e e-mail, bem como a colaboração de cada um. O autor que cadastrar o artigo automaticamente será incluído como autor de artigo. A ordem dos nomes dos autores deve ser a mesma da publicação.

12.10 - Na quarta etapa é feita a transferência do arquivo com o corpo do texto e as referências.

12.11 - O arquivo com o texto do artigo deve estar nos formatos DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text) e não deve ultrapassar 1 MB.

12.12 - O texto deve ser apresentado em espaço 1,5cm, fonte Times New Roman, tamanho 12.

12.13 - O arquivo com o texto deve conter somente o corpo do artigo e as referências bibliográficas. Os seguintes itens deverão ser inseridos em campos à parte durante o processo de submissão: resumos; nome(s) do(s) autor(es), afiliação ou qualquer outra informação que identifique o(s) autor(es); agradecimentos e colaborações; ilustrações (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.14 - Na quinta etapa são transferidos os arquivos das ilustrações do artigo (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas), quando necessário. Cada ilustração deve ser enviada em arquivo separado clicando em “Transferir”.

12.15 - Ilustrações. O número de ilustrações deve ser mantido ao mínimo, conforme especificado no item 1 (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.16 - Os autores deverão arcar com os custos referentes ao material ilustrativo que ultrapasse esse limite e também com os custos adicionais para publicação de figuras em cores.

12.17 - Os autores devem obter autorização, por escrito, dos detentores dos direitos de reprodução de ilustrações que já tenham sido publicadas anteriormente.

12.18 - Tabelas. As tabelas podem ter até 17cm de largura, considerando fonte de tamanho 9. Devem ser submetidas em arquivo de texto: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text). As tabelas devem ser numeradas (números arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto.

12.19 - Figuras. Os seguintes tipos de figuras serão aceitos por CSP: Mapas, Gráficos, Imagens de Satélite, Fotografias e Organogramas, e Fluxogramas.

12.20 - Os mapas devem ser submetidos em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics). Nota: os mapas gerados originalmente em formato de imagem e depois exportados para o formato vetorial não serão aceitos.

12.21 - Os gráficos devem ser submetidos em formato vetorial e serão aceitos nos seguintes tipos de arquivo: XLS (Microsoft Excel), ODS (Open Document Spreadsheet), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.22 - As imagens de satélite e fotografias devem ser submetidas nos seguintes tipos de arquivo: TIFF (Tagged Image File Format) ou BMP (Bitmap). A resolução mínima deve ser de 300dpi (pontos por polegada), com tamanho mínimo de 17,5cm de largura.

12.23 - Os organogramas e fluxogramas devem ser submetidos em arquivo de texto ou em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format), ODT (Open Document Text), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.24 - As figuras devem ser numeradas (números arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto.

12.25 - Títulos e legendas de figuras devem ser apresentados em arquivo de texto separado dos arquivos das figuras.

12.26 - Formato vetorial. O desenho vetorial é originado a partir de descrições geométricas de formas e normalmente é composto por curvas, elipses, polígonos, texto, entre outros elementos, isto é, utilizam vetores matemáticos para sua descrição.

12.27 - Finalização da submissão. Ao concluir o processo de transferência de todos os arquivos, clique em “Finalizar Submissão”.

12.28 - Confirmação da submissão. Após a finalização da submissão o autor receberá uma mensagem por e-mail confirmando o recebimento do artigo pelos CSP. Caso não receba o e-mail de confirmação dentro de 24 horas, entre em contato com a secretaria editorial de CSP por meio do e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

13.ACOMPANHAMENTO DO PROCESSO DE AVALIAÇÃO DO ARTIGO

13.1 - O autor poderá acompanhar o fluxo editorial do artigo pelo sistema SAGAS. As decisões sobre o artigo serão comunicadas por e-mail e disponibilizadas no sistema SAGAS.

13.2 - O contato com a Secretaria Editorial de CSP deverá ser feito através do sistema SAGAS.

14.ENVIO DE NOVAS VERSÕES DO ARTIGO

14.1 - Novas versões do artigo devem ser encaminhadas usando-se a área restrita de gerenciamento de artigos <http://www.ensp.fiocruz.br/csp/> do sistema SAGAS, acessando o artigo e utilizando o link "Submeter nova versão".

15.PROVA DE PRELO

15.1 - Após a aprovação do artigo, a prova de prelo será enviada para o autor de correspondência por e-mail. Para visualizar a prova do artigo será necessário o programa Adobe Reader ou similar. Esse programa pode ser instalado gratuitamente pelo site: <http://www.adobe.com/products/acrobat/readstep2.html>.

15.2 - A prova de prelo revisada e as declarações devidamente assinadas deverão ser encaminhadas para a secretaria editorial de CSP por e-mail (cadernos@ensp.fiocruz.br) ou por fax +55(21)2598-2514 dentro do prazo de 72 horas após seu recebimento pelo autor de correspondência.