



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

IGOR CORDEIRO MENDES

FATORES ASSOCIADOS À OCORRÊNCIA DE SÍFILIS CONGÊNITA:
UM ESTUDO CASO-CONTROLE

FORTALEZA

2016

IGOR CORDEIRO MENDES

FATORES ASSOCIADO À OCORRÊNCIA DE SÍFILIS CONGÊNITA:
UM ESTUDO CASO-CONTROLE

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.

Linha de Pesquisa: Enfermagem no Processo de Cuidar na Promoção da Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Ana Kelve de Castro Damasceno.

FORTALEZA

2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca de Ciências da Saúde

M491f Mendes, Igor Cordeiro.
Fatores associados à ocorrência de sífilis congênita: um estudo caso-controle / Igor Cordeiro Mendes. – 2016.
111 f.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem. Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Fortaleza, 2016.
Área de Concentração: Enfermagem na promoção da saúde.
Orientação: Prof^ª. Dr^ª. Ana Kelve de Castro Damasceno.

1. Enfermagem. 2. Sífilis Congênita. 3. Cuidado Pré-Natal. 4. Estudos de Casos e Controles.
I. Título.

CDD: 610.73

IGOR CORDEIRO MENDES

FATORES ASSOCIADO À OCORRÊNCIA DE SÍFILIS CONGÊNITA:
UM ESTUDO CASO-CONTROLE

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dr^ª. Ana Kelve de Castro Damasceno (Orientador)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof^ª. Dr^ª. Lydia Vieira Freitas dos Santos
Universidade de Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB)

Prof^ª. Dr^ª. Liana Mara Rocha Teles
Instituto Doutor José Frota (IJF)

Prof^ª. Dr^ª. Priscila de Souza Aquino
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Aos meus pais, pelo incentivo, por serem meus
maiores exemplos, e ao meu irmão Wesley,
por todo o orgulho que sentia por mim.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço a Deus, meu orientador supremo, por ter permanecido do meu lado durante toda a minha vida e por ter contribuído de maneira inigualável no meu processo de formação. Obrigado meu Deus, por toda a inteligência, sabedoria e discernimento que o Senhor me concedeu, pois foram essenciais para a obtenção de todo o aprendizado e sucesso que alcancei. Além disso, agradeço por tudo isto: pela família maravilhosa que o Senhor me presenteou; por todas as oportunidades que me foram conferidas; por todas as conquistas que já obtive; pelo círculo de amizade que possuo e por me fazer uma pessoa que luta a serviço da evangelização. Obrigado Senhor!

A meus pais, João Mendes e Zeneide Cordeiro, por serem os melhores amigos do mundo, por toda a dedicação, por acreditarem no meu potencial, por serem generosos e se doarem integralmente, proporcionando-me a obtenção desse Título de Mestre em Enfermagem. Agradeço por terem me ensinado a viver, mesmo diante de todas as adversidades e dificuldades que a vida nos proporcionou, por terem me educado e me ensinado a ter humildade e caráter diante de qualquer situação. Amo muito vocês!

Ao meu irmão Wesley, in memória, por ter sempre me incentivado nas minhas conquistas. Obrigado por sentir orgulho de mim meu irmão. Sinto falta do seu abraço, do seu carinho, do seu apoio, da sua presença, mas peço que olhe daí do céu para toda a nossa família e que conforte nossos corações, pois a saudade é imensurável. Você será em todos os momentos o exemplo de irmão, de pai, de filho e de homem para mim.

Aos meus demais irmãos, Ramon e Bruna, por estarem comigo durante toda a vida, por suprirem a ausência do carinho de filho que deixei de oferecer aos meus pais durante o Mestrado devido à distância. Obrigado por saber que posso contar com o apoio de vocês durante as tristezas e, sobretudo, nas alegrias.

Aos meus compadres, João Edio e Claudinei Nascimento, por serem verdadeiros amigos nos quais eu posso realmente ter confiança. Obrigado por me proporcionarem momentos de descontração e diversão durante todo esse período de estudo, pois foram esses momentos que me fizeram recarregar as baterias quando eu pensava que já não tinha mais forças para seguir. Vocês são especiais!

À Professora Doutora Ana Kelve de Castro Damasceno, minha tutora e orientadora, por ter me dado a oportunidade de ingressar no Programa de Educação Tutorial (PET Enfermagem UFC) e no Projeto de Pesquisa Enfermagem na Promoção da Saúde

Materna, por todas as orientações e conselhos durante o Mestrado e por todo o aprendizado que adquiri nesses grupos. Obrigado por todas as contribuições e conselhos fundamentais para o meu crescimento profissional, pela compreensão e apoio durante os momentos difíceis. A senhora será sempre para mim um modelo de profissional, com competência e dinamismo em todas as funções que exerce.

À Prof^a. Dr^a. Lydia Vieira Freitas de dos Santos, por ter aceitado o convite para colaborar com a realização dessa pesquisa, pela disponibilidade e acessibilidade demonstrada para contribuir com a concretização desse trabalho. Obrigado também por todos os momentos vivenciados através do PET Enfermagem UFC, permitindo sempre meu crescimento pessoal e profissional. Você é uma pessoa verdadeiramente especial, uma amiga para todas as horas. Adoro-te!

À Prof^a. Dr^a. Liana Mara Rocha Teles, por ser uma pessoa iluminada, que contagia a todos com sua presença, por estar sempre perto para esclarecer minhas dúvidas durante todo o Mestrado, por ser sempre disponível para colaborar com meu crescimento pessoal e profissional durante toda minha vida acadêmica. Enfim, quero você sempre por perto, pois é uma pessoa que só me trás alegria e impulsiona a minha formação profissional. Obrigado por tudo!

À Prof^a. Dr^a. Priscila de Souza Aquino, por ser sempre acessível e disponível, tendo aceitado prontamente o convite para colaborar com a concretização desse trabalho. Agradeço pelas contribuições muito pertinentes que sempre tem elencado para a melhoria dos meus trabalhos acadêmicos e por todos os conselhos e apoio que deu durante minha vida profissional. Tenho sincera admiração por você, minha querida!

Aos meus amigos conquistados durante a graduação e que permaneceram ao meu lado por todo o Mestrado, Elizian Bernardo, Karine Bezerra, Hellen Catunda, Camila Brasil, Ana Carolina Rocha, por terem feito dos meus dias na Universidade e nas atividades exigidas durante o Mestrado momentos inesquecíveis. Desejo ter a amizade de vocês por toda a minha vida, pois são pessoas muito especiais.

Ao PET Enfermagem UFC, por ter sido uma verdadeira família, por todas as oportunidades de aprendizado proporcionadas nesse grupo, por todos os verdadeiros amigos que conquistei. Obrigado pelo incentivo constante para realização de atividades de ensino, pesquisa e extensão, instigando-me a investigar e buscar novos conhecimentos e saberes.

Aos eternos colegas ex-petianos, em especial a Camila Chaves, Deise Maria, Diego Jorge, Ana Carolina Araújo, Samila Ribeiro, Lara Leite pois se tornaram verdadeiros

amigos e exemplos para mim. Agradeço por terem me feito confiar no meu potencial e por compartilharem diversos momentos inesquecíveis dentro desse grupo.

A todos que fizeram parte da minha turma de Mestrado, por todas as discussões e compartilhamento de saberes e pelas novas amizades formadas, em especial a Ádria Marcela.

A todos os profissionais da instituição em que foi concretizada essa pesquisa, pelo apoio e colaboração permanente.

A todos os participantes da pesquisa, pelo tempo concedido para contribuir com a obtenção dos resultados desse estudo.

Aos professores do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, por serem pacientes e dedicados e por dividirem seus ensinamentos comigo. Serei grato sempre!

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pelo apoio financeiro.

Muito Obrigado a Todos!

SIFILIGRAFIA POÉTICA

A sífilis, seu doutor, é um problema,
que nos impõe pesados desafios.
Um deles é saber, entre os sadios,
aquele que esconde o treponema.

Quiçá Pedro pedreiro ou Iracema;
o Joca, a Carolina, o Matogrosso!
O meu vizinho do lado (pobre moço),
ou mesmo a garota de Ipanema!

O velho boia-fria ou Leonor;
o padre, o rabino ou o pastor;
a santa a prostituta ou o mundano.

Quiçá o pequenino treponema
se esconda nas entranhas de um poema
da verve de um poeta Herculano.

(Dr. Herculano Alencar)

RESUMO

O objetivo desse estudo consiste em identificar os fatores associados à ocorrência da sífilis congênita em um hospital de referência do município de Fortaleza, Ceará. Trata-se de um estudo observacional, correlacional do tipo caso-controle. O estudo foi realizado no período de agosto de 2015 a janeiro de 2016 no Alojamento Conjunto (AC) de um hospital/maternidade de referência pertencente à rede de atenção hospitalar do município de Fortaleza, Ceará. Para classificação e composição dos grupos caso e controle, utilizaram-se os seguintes critérios de inclusão: grupo caso - puérperas diagnosticadas com sífilis durante a gestação ou no momento do parto, que tiveram seus recém-nascidos vivos ou conceptos com desfechos desfavoráveis (natimorto ou aborto) incluídos em um dos critérios de sífilis congênita do Ministério da Saúde brasileiro; grupo controle - puérperas sem diagnóstico de sífilis durante a gestação ou no momento do parto. Foram incluídas nessa pesquisa 250 puérperas, sendo 50 para o grupo caso e 200 para o controle. Coletaram-se informações acerca dos aspectos sociodemográficos, ginecológicos, obstétricos, hábitos de vida e situações de vulnerabilidade, bem como se avaliou o conhecimento, atitude e prática acerca da prevenção da sífilis congênita, analisando-se a correlação dessas variáveis com a ocorrência da transmissão vertical da sífilis, através dos testes estatísticos seguintes: Odds Ratio (OR) com seus respectivos Intervalos de Confiança (IC) de 95% e o teste qui-quadrado de associação de Pearson. Identificou-se associação estatística entre a ocorrência da sífilis congênita e as seguintes variáveis das puérperas: faixa etária de 20 a 29 anos (OR: 2,07; IC 95%: 1,02 - 4,19); escolaridade igual ou inferior a nove anos de estudo (OR: 4,04; IC 95%: 1,86 - 8,75); renda familiar igual ou inferior a R\$ 788,00 reais (OR: 3,08; IC 95%: 1,16 - 8,18); estado civil casada ou união estável (OR: 0,42; IC 95%: 0,22 - 0,82); raça branca (OR: 0,38; IC 95%: 0,15 - 0,94); religião católica (OR: 0,43; IC 95%: 0,22 - 0,85); início precoce das relações sexuais inferior a 15 anos de idade (OR: 2,92; IC 95%: 1,18 - 7,24); apenas um parceiro sexual no último ano (OR: 0,31; IC 95%: 0,16 - 0,61); história prévia de infecções sexualmente transmissíveis (OR: 9,49; IC 95%: 4,66 - 19,34) e uso de anticoncepcionais (OR: 0,16; IC 95%: 0,08 - 0,33). Além disso, verificou-se que tabagismo (OR: 2,69; IC 95%: 1,42 - 5,14), uso de bebidas alcoólicas (OR: 4,26; IC 95%: 2,23 - 8,15), uso de drogas ilícitas (OR: 3,78; IC 95%: 1,69 - 8,45), tatuagem (OR: 2,71; IC 95%: 1,43 - 5,11), piercing (OR: 2,79; IC 95%: 1,02 - 7,63), mudança frequente de domicílio (OR: 2,37; IC 95%: 1,26 - 4,48), profissional do sexo (OR: 17,31; IC 95%: 1,89 - 158,47), parceira de presidiário (OR: 12,70;

IC 95%: 1,29 - 124,85), violência sexual (OR: 3,63; IC 95%: 1,59 - 8,29) e física/verbal (OR: 2,75; IC 95%: 1,33 - 5,69), representam hábitos de vida e situações de vulnerabilidade que ampliam as chances de ocorrência da sífilis congênita. Quanto à assistência pré-natal, a realização de um número de consultas inferior a sete (OR: 3,27; IC 95%: 1,64 - 6,53), a idade gestacional de início do acompanhamento pré-natal igual ou inferior a 12 semanas (OR: 0,27; IC 95%: 0,13 - 0,56) a realização de dois testes VDRL durante o pré-natal (OR: 0,08; IC 95%: 0,03 - 0,21) e o recebimento de orientações sobre infecções sexualmente transmissíveis/sífilis no pré-natal (OR: 0,19; IC 95%: 0,08 - 0,42) foram características que apresentaram associação estatística com a ocorrência de sífilis congênita. A adequação do conhecimento (OR: 0,16; IC 95%: 0,08 - 0,32), atitude (OR: 0,14; IC 95%: 0,07 - 0,27) e prática (OR: 0,04; IC 95%: 0,01 - 0,17) foram considerados fatores de proteção, contribuindo com a redução das chances de ocorrência da sífilis congênita. Sendo assim, conclui-se que a sífilis congênita consiste em um agravo complexo, que apresenta uma multiplicidade de fatores associados à ocorrência desse agravo, merecendo atenção redobrada por partes dos profissionais de saúde que atuam diretamente na assistência às mulheres gestantes, bem como dos responsáveis pela elaboração de políticas direcionadas a esse público.

Palavras-Chave: Enfermagem. Sífilis Congênita. Cuidado Pré-Natal. Estudos de Casos e Controles.

ABSTRACT

The aim of this study is to identify the factors associated with the occurrence of congenital syphilis in a tertiary hospital in the city of Fortaleza, Ceará. This is an observational, correlational, case-control. The study was conducted from August 2015 to January 2016 in Rooming of a hospital/maternity of reference belonging to the network of hospital care in the city of Fortaleza, Ceará. For classification and composition of the case and control groups, we used the following inclusion criteria: case group - mothers diagnosed with syphilis during pregnancy or at delivery, which had their live newborns or fetuses with unfavorable outcomes (stillbirth or abortion) included in the congenital syphilis criteria of the Brazilian Ministry of Health; control group - mothers without a diagnosis of syphilis during pregnancy or at delivery. Were included in this study 250 mothers, 50 for the case group and 200 to the control. They were collected information about sociodemographic, gynecological, obstetric, living habits and vulnerabilities, as well as assess the knowledge, attitude and practice about prevention of congenital syphilis, analyzing the correlation of these variables with the occurrence of transmission vertical this disease through the following statistical tests: Odds Ratio (OR) with their respective Confidence Intervals (CI) of 95% and the chi-square test of Pearson association. Identified a statistically significant association between the occurrence of congenital syphilis and the following variables of the mothers: age 20-29 years (OR: 2.07; 95% CI: 1.02 - 4.19); education equal to or less than nine years of education (OR: 4.04; 95% CI: 1.86 - 8.75); family income equal to or less than R\$ 788.00 reais (OR: 3.08; 95% CI: 1.16 - 8.18); Married or common-law marriage marital status (OR: 0.42; 95% CI: 0.22 - 0.82); white race (OR: 0.38; 95% CI: 0.15 - 0.94); Catholic religion (OR: 0.43; 95% CI: 0.22 - 0.85); early onset of sexual intercourse under 15 years of age (OR: 2.92; 95% CI: 1.18 - 7.24); only one sexual partner last year (OR: 0.31; 95% CI: 0.16 - 0.61); a history of sexually transmitted infections (OR: 9.49; 95% CI: 4.66 - 19.34) and contraceptive use (OR: 0.16; 95% CI: 0.08 - 0.33). In addition, it was found that smoking (OR: 2.69; 95% CI: 1.42 - 5.14), alcohol consumption (OR: 4.26; 95% CI: 2.23 - 8.15), illicit drug use (OR: 3.78; 95% CI: 1.69 - 8.45), tattoo (OR: 2.71; 95% CI: 1.43 - 5.11), piercing (OR: 2.79; 95% CI: 1.02 - 7.63), frequent change of residence (OR: 2.37; 95% CI: 1.26 - 4.48), a sex worker (OR: 17.31; 95% CI: 1.89 - 158.47), con partner (OR: 12.70; 95% CI: 1.29 - 124.85), sexual violence (OR: 3.63; 95% CI: 1.59 - 8.29) and physical / verbal (OR: 2.75; 95% CI: 1.33 - 5.69), representing life habits and vulnerabilities that extend the chances of occurrence of congenital syphilis. As

for prenatal care, carrying out a number of consultations less than seven (OR: 3.27; 95% CI: 1.64 - 6.53), gestational age at onset of prenatal care or less 12 weeks (OR: 0.27; 95% CI: 0.13 - 0.56) the execution of two VDRL tests during prenatal care (OR: 0.08; 95% CI: 0.03 – 0.21) and receiving guidelines on sexually transmitted infections/syphilis in prenatal care (OR: 0.19; 95% CI: 0.08 - 0.42) were features that are statistically associated with the occurrence of congenital syphilis the adequacy of knowledge (OR: 0.16; 95% CI: 0.08 - 0.32), attitude (OR: 0.14; 95% CI: 0.07 - 0.27) and practice (OR: 0.04; 95% CI: 0.01 - 0.17) were considered protective factors contributing to reduce the chances of occurrence of congenital syphilis. Therefore, it is concluded that congenital syphilis consists of a complex offense, which features a variety of factors associated with the occurrence of this disease, deserves careful attention by parts of the health professionals who work directly in assisting pregnant women, as well as those responsible the development of policies directed to this public.

Keywords: Nursing. Congenital Syphilis. Prenatal Care. Case-Control Studies.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | |
|--|-----------|
| Figura 1 - Organograma do processo de seleção de artigos inclusos na revisão de literatura. Fortaleza, 2016..... | 26 |
| Figura 2 - Demonstração gráfica do Modelo de Determinação Social da Saúde de Dahlgren e Whitehead. Fortaleza, 2016..... | 36 |
| Figura 3 - Representação gráfica do percurso metodológico do estudo caso-controle. Fortaleza, 2016..... | 40 |
| Figura 4 - Representação gráfica dos critérios de inclusão para os grupos caso e controle. Fortaleza, 2016..... | 42 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|--|-----------|
| Tabela 1 - Caracterização dos Estudos da Revisão de Literatura. Fortaleza-CE, 2016..... | 27 |
| Tabela 2 - Determinantes Sociais da Saúde da Sífilis Congênita Identificados na Revisão de Literatura. Fortaleza-CE, 2016..... | 28 |
| Tabela 3 - Distribuição das características sociodemográficas das puérperas segundo a presença do diagnóstico de sífilis congênita nos recém-nascidos no período de agosto de 2015 a janeiro de 2016 no HGCC. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2016..... | 49 |
| Tabela 4 - Distribuição das características ginecológicas e obstétricas das puérperas segundo a presença do diagnóstico de sífilis congênita nos recém-nascidos no período de agosto de 2015 a janeiro de 2016 no HGCC. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2016..... | 52 |
| Tabela 5 - Distribuição das características relacionadas aos hábitos de vida das puérperas segundo a presença do diagnóstico de sífilis congênita nos recém-nascidos no período de agosto de 2015 a janeiro de 2016 no HGCC. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2016..... | 55 |
| Tabela 6 - Distribuição das características relacionadas a situações de vulnerabilidade das puérperas segundo a presença do diagnóstico de sífilis congênita nos recém-nascidos no período de agosto de 2015 a janeiro de 2016 no HGCC. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2016..... | 57 |
| Tabela 7 - Distribuição das características relacionadas a assistência pré-natal das puérperas segundo a presença do diagnóstico de sífilis congênita nos recém-nascidos no período de agosto de 2015 a janeiro de 2016 no HGCC. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2016..... | 60 |
| Tabela 8 - Distribuição das puérperas incluídas nos grupos caso e controle segundo o conhecimento acerca da prevenção da sífilis congênita nos recém-nascidos no período de agosto de 2015 a janeiro de 2016 no HGCC. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2016..... | 62 |
| Tabela 9 - Distribuição das puérperas incluídas nos grupos caso e controle segundo a atitude para prevenção da sífilis congênita nos recém-nascidos no período de agosto de 2015 a janeiro de 2016 no HGCC. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2016..... | 64 |
| Tabela 10 - Distribuição das puérperas incluídas nos grupos caso e controle segundo a prática para prevenção da sífilis congênita nos recém-nascidos no período de agosto de 2015 a janeiro de 2016 no HGCC. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2016..... | 66 |
| Tabela 11 - Distribuição de puérperas segundo a Adequação do Conhecimento, Atitude e Prática de puérperas para prevenção da transmissão vertical da sífilis segundo a presença do diagnóstico de sífilis congênita nos recém-nascidos no período de agosto de 2015 a janeiro de 2016 no HGCC. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2016..... | 68 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|----------|--|
| AC | Alojamento Conjunto |
| CAP | Conhecimento, Atitude e Prática |
| CDSS | Comissão Sobre Determinantes Sociais da Saúde |
| CINAHL | Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature |
| CNDSS | Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde |
| CONASEMS | Conselhos Municipais de Secretários de Saúde |
| CONASS | Conselhos Nacionais de Secretários de Saúde |
| DeCS | Descritores em Ciências da Saúde |
| DP | Desvio Padrão |
| DSS | Determinantes Sociais da Saúde |
| EUA | Estados Unidos da América |
| HGCC | Hospital Geral César Cals |
| IC | Intervalos de Confiança |
| IST | Infecção Sexualmente Transmissível |
| LILACS | Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde |
| MS | Ministério da Saúde |
| NUAIS | Núcleo de Informação e Análise em Saúde |
| NV | Nascidos Vivos |
| OMS | Organização Mundial da Saúde |
| OR | Odds Ratio |
| RC | Razão de Chances |
| SC | Sífilis Congênita |
| SESA | Secretaria da Saúde do Ceará |
| SINAN | Sistema de Informação de Agravos de Notificação |
| TCLE | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |
| VDRL | <i>Venereal Disease Research Laboratory</i> |

SUMÁRIO

| | | |
|------------|--|------------|
| 1 | INTRODUÇÃO..... | 17 |
| 2 | OBJETIVOS..... | 24 |
| 2.1 | Objetivo Geral..... | 24 |
| 2.2 | Objetivos Específicos..... | 24 |
| 3 | REVISÃO DE LITERATURA..... | 25 |
| 4 | REFERENCIAL TEÓRICO..... | 33 |
| 4.1 | Promoção da Saúde e Determinantes Sociais da Saúde..... | 33 |
| 4.2 | O Modelo de Determinação Social da Saúde..... | 34 |
| 5 | METODOLOGIA..... | 40 |
| 5.1 | Tipo de Estudo..... | 40 |
| 5.2 | Período e Local do Estudo..... | 41 |
| 5.3 | População e Amostra..... | 41 |
| 5.4 | Coleta e Análise dos Dados..... | 43 |
| 5.5 | Aspectos Éticos..... | 48 |
| 6 | RESULTADOS..... | 49 |
| 7 | DISCUSSÃO..... | 70 |
| 8 | CONCLUSÃO..... | 87 |
| | REFERÊNCIAS..... | 90 |
| | APÊNDICES..... | 102 |
| | ANEXO..... | 108 |

1 INTRODUÇÃO

A sífilis, embora seja uma infecção de fácil diagnóstico e tratamento, sendo estes disponibilizados gratuitamente pelo Ministério da Saúde (MS) do Brasil, ainda representa um grave problema de saúde pública. Apesar de todos os esforços que são realizados visando seu controle, na tentativa de melhorar a assistência em saúde, especialmente durante o ciclo gravídico puerperal, a incidência desse agravo ainda persiste em níveis crescentes.

Um dos motivos que amplia ainda mais a preocupação que cerca essa patologia consiste na ocorrência da sífilis durante o período gestacional, especialmente devido ao risco iminente de transmissão vertical para o concepto, acarretando diversas complicações para o binômio mãe-filho, como o aborto espontâneo, prematuridade, natimortalidade, dentre outros danos com importantes repercussões psicológicas e sociais para a família e sociedade (BRASIL, 2006; SANTIS *et al.*, 2012; SARACENI; MIRANDA, 2012).

Dentre as várias doenças que podem ser transmitidas durante o ciclo gravídico-puerperal, a sífilis possui as maiores taxas de infecção congênita, sendo de 70 a 100% a possibilidade de transmissão vertical desse agravo nas fases primária e secundária da sífilis materna, reduzindo-se para 30% nas fases latente tardia e terciária dessa infecção. Ressalta-se ainda que os desfechos como o aborto espontâneo, natimorto ou morte perinatal estão presentes em aproximadamente 40% das crianças infectadas a partir de mães não tratadas ou tratadas inadequadamente (BRASIL, 2012b).

Além disso, verifica-se que essa patologia apresenta um padrão de incidência irregular em diferentes territórios nacionais e internacionais. Nesse sentido, observam-se as iniquidades assistenciais existentes no atendimento dispensado às gestantes durante as consultas de pré-natal, refletindo diretamente nos índices epidemiológicos desse agravo em todo o mundo.

Ao observar o panorama epidemiológico mundial da sífilis congênita (SC), evidencia-se o aumento de número de casos desse agravo. Um exemplo disso são os Estados Unidos da América (EUA) que, embora tenham evidenciado uma diminuição da incidência de SC por 14 anos, apresentou, no entanto, um aumento de 23% desse indicador de 8,2 casos por 100.000 nascidos vivos (NV) em 2005 para 10,1 casos por 100.000 NV em 2008 (CDC, 2010).

Outro estudo, que teve o objetivo de descrever as disparidades na incidência da SC na Colômbia durante o período de 2005 a 2011, identificou uma elevação global na

incidência de SC de 2,15 (n=1550) casos por 1000 NV em 2005 para 3,28 (n=2078) casos por 1000 NV em 2011 (ALZATE-GRANADOS *et al.*, 2012).

Em estudo realizado no Haiti, com o escopo de avaliar a prevalência de sífilis materna e estimar a taxa de SC em cinco aldeias rurais, verificou-se que, das 410 mulheres que realizaram teste diagnóstico para sífilis, 31 (7,6%) tiveram resultados positivos, sendo a taxa estimada da SC na região de 767 por 100.000 NV (LOMOTÉY *et al.*, 2009).

Corroborando com esses resultados, outro estudo desenvolvido em Shanghai, na China, com o intuito de avaliar as tendências e determinantes de saúde da sífilis materna e congênita entre os anos de 2002 a 2006, identificou que, das 535.537 mulheres grávidas que foram incluídas na análise, um quantitativo de 1471 foram diagnosticadas com sífilis materna (298,7 por 100.000 NV) e 334 crianças foram diagnosticadas com SC (62,4 por 100.000 NV) (ZHU *et al.*, 2010).

Quanto ao território brasileiro, entre janeiro de 2005 e junho de 2012, foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) 57.700 casos de sífilis em gestantes, dos quais a maioria ocorreu nas Regiões Sudeste e Nordeste, com 21.941 (38,0%) e 14.828 (25,7%) casos, respectivamente. Quando se avaliam os dados epidemiológicos desse agravo por região, observa-se que em 2011 o número total de casos notificados no Brasil foi de 14.321, dos quais 6.488 (45,3%) ocorreram na Região Sudeste, 3.359 (23,5%) na Região Nordeste, 1.687 (11,8%) na Região Norte, 1.458 (10,2%) na Região Sul e 1.329 (9,3%) na Região Centro-Oeste (BRASIL, 2012e).

Já em relação à taxa de detecção da sífilis em gestantes no Brasil como um todo, em 2011 observou-se uma proporção global de 5,0 casos por 1.000 NV, taxa superada pelas Regiões Centro-Oeste (6,0), Sudeste (5,8) e Norte (5,5). Quanto aos estados, as taxas mais elevadas são observadas no Mato Grosso do Sul (13,7) e Rio de Janeiro (10,8). Esses elevados índices epidemiológicos relacionados à sífilis na gestação associados a falhas no diagnóstico precoce e realização inadequada do tratamento desse agravo apresentam influências direta nos altos índices de SC (BRASIL, 2012e).

Sobre a SC em menores de um ano de idade, foi notificado no SINAN um quantitativo de 80.041 casos entre janeiro de 1998 e junho de 2012 em todo o território brasileiro. A Região Sudeste registrou 36.770 (45,9%) desses casos; o Nordeste, 25.133 (31,4%); o Norte, 6.971 (8,7%); o Sul, 6.143 (7,7%); e o Centro-Oeste, 5.024 (6,3%). Em 2011, foram notificados 9.374 novos casos de SC em menores de um ano de idade, dos quais 4.083 (43,6%) na Região Sudeste, 3.188 (34,0%) na Região Nordeste, 908 (9,7%) na Região

Sul, 801 (8,5%) na Região Norte, e 394 (4,2%) na Região Centro-Oeste (ARAÚJO *et al.*, 2012; BRASIL, 2012e).

Com relação à taxa de incidência de SC no Brasil, em 2011 observou-se uma taxa de 3,3 casos por 1.000 NV, sendo que as Regiões Nordeste e Sudeste apresentaram as maiores taxas nesse ano, correspondendo a 3,8 e 3,6 casos por 1.000 NV, respectivamente. Das Unidades Federativas, o Rio de Janeiro (9,8 por 1.000 NV), Ceará (6,8), Sergipe (6,7), Alagoas (5,9), Rio Grande do Norte (5,4) e Pernambuco (4,9) apresentaram as maiores taxas de incidência em 2011 (ARAÚJO *et al.*, 2012; BRASIL, 2012e). Esses índices demonstram a magnitude do problema, sendo agravado pela constante e significativa subnotificação da doença.

No Ceará, os dados são similares, conforme demonstrado em estudo realizado em 2010 no Núcleo de Informação e Análise em Saúde (NUIAS) da Secretaria da Saúde do Ceará (SESA-CE), em Fortaleza-CE, apresentando os seguintes resultados: entre os anos 2000 e 2009 foram notificados 2.930 casos de SC no Estado do Ceará; a taxa de notificação aumentou ano após ano, passando de 5,6 a 493,2 por 100.000 NV (COSTA *et al.*, 2013).

Diante dessa realidade epidemiológica, faz-se necessário o estabelecimento de medidas imediatas para a redução desse agravo, sendo a identificação dos principais fatores associados à ocorrência da SC uma ação relevante para a construção e o estabelecimento de metas prioritárias focadas na realidade da população.

Dentre os fatores associados à ocorrência desse agravo, estão os Determinantes Sociais da Saúde (DSS), tendo sua definição relacionada à ampla dimensão humana e abrangendo desde as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham até as características sociais dentro das quais a vida transcorre. Sendo assim, percebe-se que a assistência em saúde imprópria dispensada aos grupos minoritários e oprimidos, o gradiente social da saúde dentro dos países e as grandes desigualdades sanitárias são provocadas por uma distribuição desigual consistente, nos âmbitos mundial, nacional e regional. Essas iniquidades são provocadas ainda pelas conseqüentes injustiças que afetam as condições de vida da população, de forma imediata e visível, e a possibilidade de ter uma vida próspera. Nesse contexto, a distribuição desigual das experiências prejudiciais à saúde não é um fenômeno natural, mas uma determinação social (MENDES, 2012).

A importância dos DSS está associada ao fato de que eles repercutem diretamente na saúde: permitindo predizer a maior proporção das variações no estado de saúde, a iniquidade sanitária; estruturando os comportamentos relacionados com a saúde; e interagindo mutuamente na geração da saúde.

O desenvolvimento de estudos que tenham o intuito de identificar os determinantes sociais e outros fatores relacionados a agravos importantes para a saúde pública faz-se relevante para a estruturação de três grandes linhas de ação: melhorar as condições de vida da população; lutar contra a distribuição desigual do poder e dos recursos; medir a magnitude do problema, avaliar as intervenções, ampliar a base de conhecimentos, dotar-se de pessoal capacitado em DSS e sensibilizar a opinião pública a esse respeito (SOBRAL; FREITAS, 2010).

Baseado nisso, estudos nacionais demonstram que a ocorrência da SC está associada a diversos fatores, considerados, na maioria das vezes, determinantes sociais para a ocorrência desse agravo. Um dos principais entraves para o sucesso no controle da SC está no tratamento do parceiro, uma vez que, em grande parte dos casos, este não realiza o tratamento concomitante à gestante, conforme as diretrizes do MS, condicionando-a ao tratamento inadequado e a reinfecção e culminando em mais casos de SC (CAMPOS *et al.*, 2012; DONALÍSIO; FREIRE; MENDES, 2007; GONÇALVES *et al.*, 2013; SARACENI; MIRANDA, 2012). Situações semelhantes são encontradas em diversos estados brasileiros, sendo identificado em Salvador - Bahia, Campos - Rio de Janeiro e Campo Grande - Mato Grosso um percentual, respectivamente, de 96, 88 e 60% dos parceiros das gestantes com sífilis sem tratamento adequado (ALMEIDA; PEREIRA, 2007; FERNANDES; FERNANDES; NAKATA, 2007; FIGUEIRÓ-FILHO *et al.*, 2007).

Outros aspectos relativos às dificuldades no controle da SC, também mencionados pela literatura, são: a captação tardia da gestante para o início do pré-natal; desconhecimento da importância do diagnóstico precoce pelos profissionais; demoras nos resultados dos exames laboratoriais não-treponêmicos, destacando-se o *Venereal Disease Research Laboratory* (VDRL), utilizados pelas unidades básicas de saúde e a própria qualidade da assistência (FERNANDES; FERNANDES; NAKATA, 2007).

Além disso, existe uma dificuldade adicional em realizar prontamente o VDRL e em agendar uma nova consulta para que o profissional da saúde possa definir o tratamento a ser instituído. Outro ponto relevante seria a baixa utilização dos serviços de pré-natal no país, que interfere diretamente de forma negativa na qualidade da assistência à gestante, ficando aquém do preconizado pelas políticas ministeriais (DEPERTHESS *et al.*, 2004; FERNANDES; FERNANDES; NAKATA, 2007). Convergindo com esse contexto desfavorável, revisão ampla da literatura, com o intuito de compilar os dados nacionais sobre o acompanhamento pré-natal de acordo com as metas estabelecidas em políticas públicas brasileiras, utilizando como métodos de obtenção dos dados o próprio sistema de informações do SISPRENATAL

ou outras fontes, identificou uma cobertura insatisfatória de gestantes que realizaram a totalidade do conteúdo mínimo recomendado pelo MS, equivalendo a 7,25% no SISPRENATAL e 16,79% em outros registros (ANDREUCCI; CECATTI, 2011).

Outra problemática que dificulta o controle desse agravo está associada à inadequação do tratamento oportuno. Embora diversos estudos comprovem a segurança e eficácia da penicilina benzatina para tratamento da sífilis gestacional e, conseqüentemente, prevenção da SC (BLENCOWE *et al.*, 2011; GALVÃO *et al.*, 2013), constata-se, na atualidade, a escassez desse antibiótico em todos os serviços farmacêuticos públicos e privados, estando a crise de abastecimento associada a insuficiência de matéria prima necessária para elaboração desse fármaco.

Sabe-se, porém que o MS tem dispensado grandes esforços para a implementação de atividades preventivas em todo o território nacional. Entre as atividades realizadas com o intuito de reduzir os índices de SC, destaca-se o desenvolvimento de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, desenvolvidas pelos profissionais de saúde, em geral na atenção básica, que embora em contextos distintos, apresentam objetivos convergentes na busca pelo controle desse agravo.

Dessa forma, visando reduzir os índices epidemiológicos da sífilis em todo o Brasil e estabelecer o incentivo a realização do diagnóstico precoce e do tratamento adequado da sífilis em gestantes, existem diversos programas e políticas que apresentam recomendações acerca dos procedimentos adequados que devem ser desenvolvidos na assistência pré-natal.

Um exemplo disso consiste na Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, instituída pelo MS em 2005, considerando a necessidade de ampliar os esforços para alcançar as metas estabelecidas pelo Pacto Nacional para Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, lançado pelo MS no ano de 2004. Nesse mesmo ano, foi publicado um manual técnico sobre atenção qualificada e humanizada no pré-natal e puerpério, que recomenda a realização de exame de anti-HIV e sorologia para sífilis no primeiro trimestre, bem como a repetição dos mesmos até a trigésima semana de gestação (BRASIL 2005; BRASIL, 2004).

Entretanto, mesmo com essas recomendações ministeriais para a disponibilização gratuita dos exames diagnósticos de sífilis, bem como o tratamento oportuno durante a gestação, observa-se que as taxas de SC ainda são elevadas em todo o território brasileiro. Constata-se assim que, embora todos esses procedimentos para prevenção da sífilis gestacional e congênita sejam preconizados, existe uma diversidade de entraves para a aplicação adequada dessa política, destacando-se a falta de utilização satisfatória dos serviços

de pré-natal, a indisponibilidade de testes laboratoriais para diagnóstico desses agravos e a falta de medicação adequada para o tratamento satisfatório de gestantes infectadas (ANDREUCCI; CECATTI, 2011; DEPERTHES *et al.*, 2004; FERNANDES; FERNANDES; NAKATA, 2007).

Diante disso, pode-se inferir que as repercussões epidemiológicas relativas à SC estão relacionadas à qualidade e cobertura ineficientes da assistência pré-natal, uma vez que, apesar da melhoria de sua cobertura, o número de mulheres que realizam a quantidade de consultas mínimas e todos os exames laboratoriais preconizados está aquém das recomendações. Além disso, mesmo as que realizam as consultas de pré-natal em uma quantidade adequada, existem as que não retornam para recebimento e avaliação dos exames, bem como as que apresentam alguma falha durante o tratamento, enfocando a falta de avaliação e acompanhamento do parceiro concomitantemente durante a gravidez.

Em outubro de 2007 o MS instituiu o Plano Nacional de Redução da Transmissão Vertical da Sífilis e do HIV, objetivando uma redução das taxas de transmissão vertical da sífilis e do HIV até 2011, através do aumento da cobertura de diagnóstico, tratamento e profilaxia do agravo. Logo, é possível pensar em uma erradicação da sífilis, enfocando a prevenção por meio de ações assistenciais, sendo responsabilidade dos profissionais de saúde aumentar seus esforços a fim de tornar os serviços mais acessíveis, eficientes e organizados (OLIVEIRA; FIGUEIREDO, 2011).

Porém, para promover a melhoria desta realidade, os profissionais de saúde, principalmente o enfermeiro, devem participar ativamente deste plano nacional, realizando ações de educação em saúde que abordem e incentivem as formas de prevenção da doença; diagnosticando precocemente a sífilis em mulheres em idade reprodutiva; captando as gestantes e iniciando precocemente o pré-natal; realizando uma assistência pré-natal de qualidade e organizada; instituindo o tratamento adequado da gestante e do(s) seu(s) parceiro(s), abordando clínica e epidemiologicamente os casos identificados, notificando todos os casos de SC e orientando as usuárias acerca das formas de prevenção desta doença (BRASIL, 2007).

A atuação dos profissionais de saúde, com participação de toda equipe interdisciplinar, nas ações de promoção da saúde deve garantir a integralidade do cuidado na atenção básica, tornando-se um diferencial no atendimento de sua clientela. Para maior embasamento das ações e estratégias de educação em saúde com vistas à promoção da saúde de gestantes expostas a infecção sifilítica e, conseqüentemente, prevenção da SC, faz-se necessário conhecermos toda a dinâmica que envolve essa patologia, desde a detecção,

diagnóstico e tratamento, observando todos os fatores de risco envolvidos com tal agravo (SOUSA *et al.*, 2014).

Diante desse contexto, evidencia-se que a SC consiste em uma patologia cujas causas são multifatoriais, envolvendo tanto aspectos individuais quanto as condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais. A identificação desses fatores associado à ocorrência da SC faz-se relevante, pois permite o estabelecimento de prioridades de acordo com as necessidades fáticas da população. Sendo assim, é importante o desenvolvimento de pesquisas que tenham o escopo de identificar os fatores de risco da SC, pois permite a sensibilização tanto dos profissionais quanto das mulheres para a realização de ações preventivas desse agravo, como a realização do teste diagnóstico de rotina e o estabelecimento do tratamento precocemente.

Além disso, sendo esses fatores associado à ocorrência da SC aspectos que repercutem diretamente na saúde, permitindo predizer a maior proporção das variações no estado de saúde, a iniquidade sanitária; estruturando os comportamentos relacionados com a saúde; e interagindo mutuamente na geração da saúde, a identificação desses fatores que influencia a ocorrência da SC apresenta uma grande contribuição para a Enfermagem, pois possibilita a verificação e o estabelecimento de fatores de risco para esse agravo, favorecendo a formulação de planos assistenciais específicos para a prevenção da sífilis gestacional e congênita.

Diante desse panorama, faz-se o seguinte questionamento: Quais os fatores que influenciam a ocorrência da SC?

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

○ Identificar os fatores associados à ocorrência da sífilis congênita em um hospital de referência do município de Fortaleza, Ceará.

2.2 Objetivos Específicos

- Analisar a influência dos aspectos sociodemográficos, história sexual e reprodutiva, hábitos de vida e situações de vulnerabilidades na ocorrência da sífilis congênita;
- Verificar a associação entre características da assistência pré-natal e a ocorrência da sífilis congênita;
- Avaliar o conhecimento, a atitude e a prática de mulheres quanto à prevenção da sífilis congênita, observando a influência dos mesmos na ocorrência desse agravo.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Percebe-se, diante da literatura científica, que existe uma diversidade de trabalhos que apresentam o escopo de identificar os fatores de risco para a SC. Esses trabalhos elencam uma variedade de aspectos que influenciam a ocorrência desse agravo, sendo evidenciados principalmente os seguintes itens: características sociais, econômicas e demográficas; hábitos de vida, com ênfase no início da vida sexual e uso de substâncias entorpecentes; qualidade da assistência pré-natal, bem como o contato existente entre o serviço de saúde e o parceiro de mulheres diagnosticadas com sífilis durante o ciclo gravídico-puerperal.

Entretanto, observa-se que trabalhos que utilizem o termo Determinantes Sociais da Saúde, com enfoque na influência dos mesmos na ocorrência da SC, são escassos na literatura científica. Isso pode ser justificado pelo fato de ser uma nomenclatura relativamente recente. De acordo com Moreira (2013), embora já se tivesse discutido sobre a influência de diversos fatores na saúde dos indivíduos, foi apenas em 2005 que se criou a Comissão Sobre Determinantes Sociais da Saúde (CDSS) pela Organização Mundial da Saúde (OMS), ampliando-se as discussões sobre essa temática.

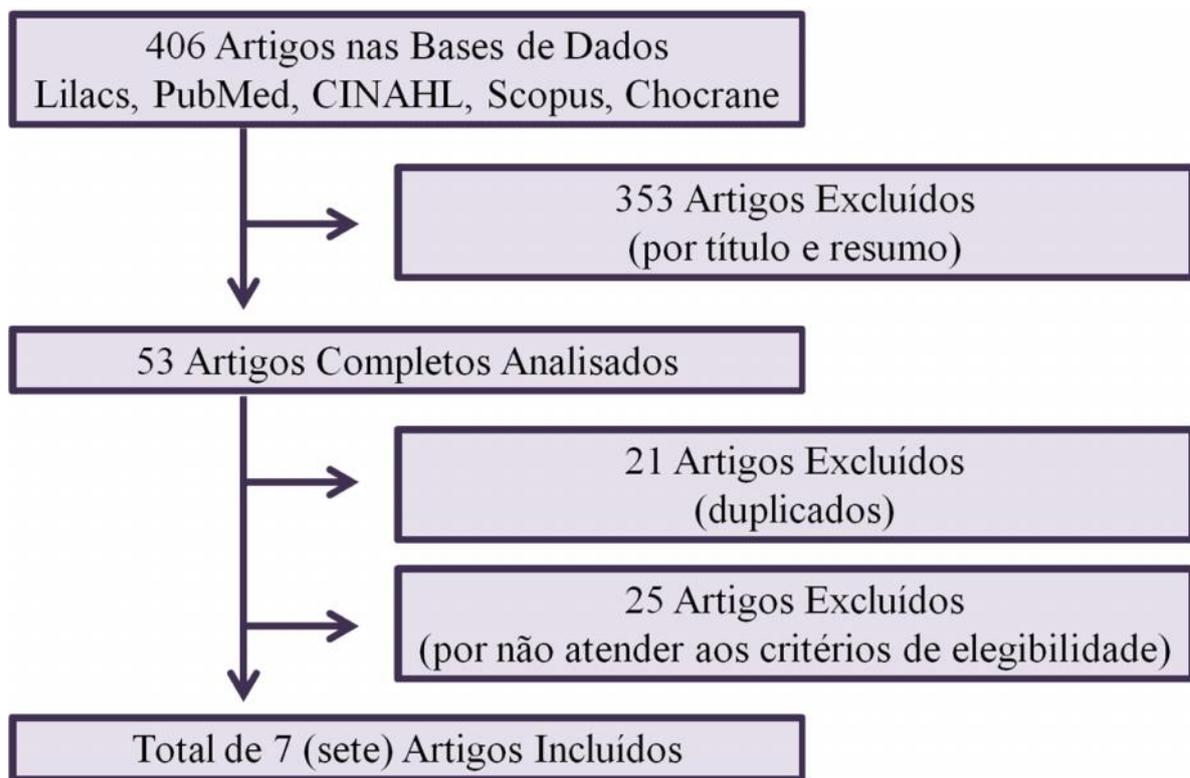
Foi utilizada, para sistematização dessa revisão de literatura, a terminologia em saúde, consultada nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), selecionando-se os seguintes descritores: Sífilis Congênita, Fatores de Risco e Determinantes Sociais da Saúde. Para realizar a seleção dos manuscritos científicos, foram utilizados os sistemas de bases de dados importantes no contexto da saúde. Por meio do acesso *Online*, foram utilizadas as seguintes bases de dados: LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), PubMed (Public/Publish Medline), CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature), Scopus e Cochrane (GALVÃO; SAWADA; ROSSI, 2002; MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008). O levantamento de artigos ocorreu nos meses de dezembro de 2014 e janeiro de 2015.

Utilizou-se a seguinte pergunta norteadora: Quais os determinantes sociais de saúde da sífilis congênita evidenciados na literatura científica?

Foram incluídos estudos em que a publicação apresentasse informações relativas a fatores de risco/determinantes sociais da SC; estar disponível eletronicamente; ser classificado como artigo original; estar divulgado em inglês, espanhol e/ou português; publicações completas com resumos disponíveis.

Os artigos foram selecionados a partir da adequação dos mesmos quanto aos critérios estabelecidos, bem como através da análise de sua relevância científica e sua relação com a temática previamente estabelecida. Foram mencionados os principais motivos pelos quais os artigos foram excluídos dessa pesquisa. Após análise minuciosa dos artigos, selecionaram-se sete trabalhos, conforme figura 1.

Figura 1 - Organograma do processo de seleção de artigos inclusos na revisão de literatura. Fortaleza, 2016.



Verificou-se que a maioria dos artigos selecionados foram identificados através da combinação dos descritores “fatores de risco e sífilis congênita”, correspondendo a seis artigos. A escassa utilização do descritor “determinantes sociais da saúde” justifica-se pelo fato de ser uma nomenclatura relativamente recente.

Em relação ao tipo de estudo, por se tratar de uma revisão que tinha o escopo de identificar os fatores associados à ocorrência da SC, as pesquisas selecionadas apresentaram os seguintes percursos metodológicos: Descritivo-Ecológico (n=4); Caso-Controle (n=2) e Coorte (n=1). Os estudos foram realizados em diversos países, demonstrando que diversas nações ainda apresentam a SC como uma problemática de saúde pública relevante. Entretanto, percebe-se a escassez de estudos nos países desenvolvidos, sobretudo nos países europeus, que envolvam a temática SC.

O público-alvo com maior enfoque nas pesquisas foi a própria puérpera, buscando, na maioria das vezes, identificar fatores pessoais, sociais, econômicos ou relacionados com a assistência à saúde durante o ciclo gravídico-puerperal que influenciem a ocorrência de SC, conforme Tabela 1. Percebe-se, conforme identificado nessa revisão, que a abordagem com o parceiro é negligenciada, dificultando uma abordagem ampla de resolução desse agravo. De acordo com alguns estudos, a falta de contato com os parceiros de mulheres que apresentam sífilis representam um aspecto relevante para o insucesso da prevenção da SC (CAMPOS *et al.*, 2012; GONÇALVES *et al.*, 2013; SARACENI; MIRANDA, 2012).

Tabela 1 - Caracterização dos Estudos da Revisão de Literatura. Fortaleza-CE, 2016.

| ESTUDO | N | REFERÊNCIAS |
|--|----------|---|
| Tipo de Estudo | | |
| Caso-Controle | 02 | (PARKER <i>et al.</i> , 2012; QIN <i>et al.</i> , 2014b) |
| Coorte | 01 | (QIN <i>et al.</i> , 2014a) |
| Descritivo-Ecológico | 04 | (ARAÚJO <i>et al.</i> , 2012; ARAÚJO <i>et al.</i> , 2013; LIMA <i>et al.</i> , 2013; REVOLLO <i>et al.</i> , 2007) |
| Público-Alvo | | |
| Puérperas | 05 | (ARAÚJO <i>et al.</i> , 2012; ARAÚJO <i>et al.</i> , 2013; LIMA <i>et al.</i> , 2013; PARKER <i>et al.</i> , 2012; REVOLLO <i>et al.</i> , 2007) |
| Puérperas e Parceiro | 02 | (QIN <i>et al.</i> , 2014a; QIN <i>et al.</i> , 2014b) |
| Descritores Utilizados na Busca | | |
| Determinantes Sociais da Saúde e Sífilis Congênita | 01 | (PARKER <i>et al.</i> , 2012) |
| Fatores de Risco e Sífilis Congênita | 06 | (ARAÚJO <i>et al.</i> , 2012; ARAÚJO <i>et al.</i> , 2013; LIMA <i>et al.</i> , 2013; REVOLLO <i>et al.</i> , 2007; QIN <i>et al.</i> , 2014a; QIN <i>et al.</i> , 2014b) |
| País de Realização do Estudo | | |
| Argentina | 01 | (PARKER <i>et al.</i> , 2012) |
| Brasil | 03 | (ARAÚJO <i>et al.</i> , 2012; ARAÚJO <i>et al.</i> , 2013; LIMA <i>et al.</i> , 2013) |
| Bolívia | 01 | (REVOLLO <i>et al.</i> , 2007) |
| China | 02 | (QIN <i>et al.</i> , 2014a; QIN <i>et al.</i> , 2014b) |

Em relação às variáveis relativas aos DSS, realizou-se uma categorização com os seguintes tópicos, conforme Tabela 2: aspectos pessoais, aspectos socioeconômicos, assistência à saúde e hábitos de vida. Dentre esses tópicos, os que foram frequentemente abordados nos estudos selecionados apresentavam relação com os aspectos pessoais (idade, escolaridade, estado civil e raça), bem como a assistência em saúde (consultas pré-natal; realização de exames; participação do parceiro nas consultas; cobertura da assistência; realização de tratamento da gestante e do parceiro).

Tabela 2 - Determinantes Sociais da Saúde da Sífilis Congênita Identificados na Revisão de Literatura. Fortaleza-CE, 2016.

| ESTUDO | N | REFERÊNCIAS |
|--|----------|---|
| Aspectos Pessoais | | |
| Idade; Escolaridade; Estado Civil; Raça. | 06 | (ARAÚJO <i>et al.</i> , 2013; LIMA <i>et al.</i> , 2013; PARKER <i>et al.</i> , 2012; REVOLLO <i>et al.</i> , 2007; QIN <i>et al.</i> , 2014a; QIN <i>et al.</i> , 2014b) |
| Aspectos Socioeconômicos | | |
| Renda; Habitação; Condições de Trabalho (Ocupação) | 04 | (ARAÚJO <i>et al.</i> , 2013; PARKER <i>et al.</i> , 2012; QIN <i>et al.</i> , 2014a; QIN <i>et al.</i> , 2014b) |
| Assistência a Saúde | | |
| Consultas Pré-natal; Realização de Exames; Participação do Parceiro nas Consultas; Cobertura da Assistência; Realização de Tratamento da Gestante e do Parceiro. | 06 | (ARAÚJO <i>et al.</i> , 2012; LIMA <i>et al.</i> , 2013; PARKER <i>et al.</i> , 2012; REVOLLO <i>et al.</i> , 2007; QIN <i>et al.</i> , 2014a; QIN <i>et al.</i> , 2014b) |
| Hábitos de Vida | | |
| Infecção por outras DST; uso de drogas ilícitas; Início Precoce da Vida Sexual; Elevado Número de Parceiros Sexuais. | 04 | (ARAÚJO <i>et al.</i> , 2013; PARKER <i>et al.</i> , 2014; QIN <i>et al.</i> , 2014a; QIN <i>et al.</i> , 2012b) |

Observou-se, em alguns estudos, que a idade inferior a 30 anos consistia em uma característica comum entre as mães de crianças diagnosticadas com SC. Em estudo desenvolvido

em Minas Gerais, com o escopo de identificar a incidência e os fatores de risco da SC, verificou-se que os casos ocorreram predominantemente em nascidos de mães na faixa etária de 20 a 29 anos, equivalendo a 57% dos casos (LIMA *et al.*, 2013). Já em estudo realizado em Posadas, na Argentina, com o intuito de verificar os determinantes sociais da SC, observou-se que a relação entre as variáveis idade da mulher e ocorrência da SC não apresentou significância estatística (PARKER *et al.*, 2012).

Quanto à escolaridade, verificou-se, na maioria dos estudos que abordavam essa variável, uma relação diretamente proporcional entre a baixa escolaridade e a ocorrência de SC (ARAÚJO *et al.*, 2013; LIMA *et al.*, 2013; REVOLLO *et al.*, 2007; QIN *et al.*, 2014a; QIN *et al.*, 2014b). A partir desse dado, nota-se a necessidade de discussão acerca da sensibilização, capacitação e empoderamento da população para prevenção da SC, uma vez que a baixa escolaridade e o conhecimento escasso sobre as manifestações clínicas, transmissão e tratamento da sífilis podem influenciar na ocorrência desse agravo em mulheres, favorecendo, conseqüentemente, a ocorrência da SC.

Sobre estado civil, a ausência de parceria fixa consistiu em um fator frequente nas mães de crianças que foram diagnosticadas com SC. Quase um quarto das mulheres que possuíam sífilis não tinham parceria fixa, em estudo desenvolvida na China envolvendo 417 gestantes que possuíam essa infecção (QIN *et al.*, 2014a). Já em relação à raça, foi uma variável pouco mencionada nos artigos. Entretanto, em pesquisa desenvolvida em Belo Horizonte, mencionada anteriormente, identificou-se uma prevalência de cor parda ou preta (70%), entre as mães de crianças diagnosticadas com SC (LIMA *et al.*, 2013).

Em relação à renda das mulheres que tiveram filhos diagnosticados com SC, estudos apresentaram resultados semelhantes. Conforme pesquisa realizada em Fortaleza-CE, Brasil, com puérperas que frequentaram uma maternidade pública nesse estado, observou-se que a maioria das mulheres possuía renda familiar inferior a dois salários mínimos, correspondendo a 83,5% dos casos (ARAÚJO *et al.*, 2013). Entretanto, em estudo realizado em Posadas, localizado na Argentina, verificou-se resultados divergentes, pois cerca de 50% das mulheres que tiveram filhos diagnosticados com SC possuíam uma renda familiar igual ou superior a quatro pesos por pessoa por dia, correspondente a um dólar americano, sendo mencionada na pesquisa que a renda familiar não parecia estar associada a SC (PARKER *et al.*, 2012).

Acerca de variáveis relacionadas à habitação, identificou-se, em estudo de coorte desenvolvido em Shenzhen na China, que 100% das mulheres que tiveram filhos diagnosticados com SC residiam em habitações temporárias, ou seja, que não eram próprias

ou permanentes (QIN *et al.*, 2014a). Outro aspecto importante, analisado no estudo desenvolvido em Posadas na Argentina, foi o local de residência das mulheres com crianças diagnosticadas com SC, sendo mais prevalente a habitação no centro ou semicentro (de 2 a 5 km do centro) de Posadas (PARKER *et al.*, 2012). Isso evidencia a possibilidade de prevalência da sífilis em grandes centros urbanos, embora, na maioria das vezes, sejam os locais que dispunham de maior assistência pré-natal, bem como serviços especializados para diagnóstico e tratamento desse agravo.

Em relação à ocupação, estudo de coorte desenvolvido em Shenzhen, na China, evidenciou que 52,9% das mulheres que tiveram seus filhos diagnosticados com SC encontravam-se desempregadas, demonstrando as iniquidades socioeconômicas existentes na ocorrência da SC (QIN *et al.*, 2014a).

Quando verificado os aspectos relacionados à assistência a saúde, identificou-se, nos estudos analisados, a avaliação das seguintes variáveis: Consultas Pré-natal; Realização de Exames; Participação do Parceiro nas Consultas; Cobertura da Assistência; Realização de Tratamento da Gestante e do Parceiro. Foram identificados resultados relevantes que evidenciam a relação entre os cuidados em saúde realizados no pré-natal e a ocorrência da sífilis durante a gravidez, bem como a transmissão desse agravo de forma vertical.

Em relação às consultas pré-natal, estudo desenvolvido em quatro províncias da Bolívia revelou que 73,6% das mulheres que apresentaram sífilis durante a gestação realizaram acompanhamento pré-natal. Entretanto, apenas 35,8% dessas mulheres receberam solicitação de realização de exames laboratoriais para identificação da sífilis durante a gestação (REVOLLO *et al.*, 2007). Esses resultados são preocupantes, pois demonstram a fragilidade da assistência dispensada às mulheres durante a gravidez, pois embora sejam realizadas consultas pré-natal, o desenvolvimento de exames para o diagnóstico precoce da sífilis durante a gestação encontra-se comprometida.

Outro estudo, realizado em Belo Horizonte-MG, Brasil, que apresenta resultados relacionados às consultas de pré-natal e a realização de exames para identificação da sífilis, evidenciou os seguintes dados: no que diz respeito à assistência pré-natal, observou-se que 84% dos casos de SC nasceram de mães que realizaram pelo menos uma consulta pré-natal e 57% deles nasceram de mães que tiveram o diagnóstico de sífilis durante a gestação. Entretanto, apenas 14% dos casos nasceram de mães tratadas para a sífilis de forma adequada durante a gestação. Além disso, somente 11% dos parceiros das mães dos casos haviam recebido tratamento para sífilis (LIMA *et al.*, 2013).

Corroborando com esses estudos mencionados anteriormente, uma pesquisa desenvolvida em Fortaleza-CE, Brasil, identificou que 94,6% das puérperas incluídas no estudo tiveram pelo menos uma consulta pré-natal e 85,2% realizaram a consulta em cuidados de saúde primários. Entre as que receberam assistência pré-natal, um percentual de 98,1% teve pelo menos um teste VDRL. Entre eles, um quantitativo de 23,8% levou-o durante o primeiro trimestre de gravidez e 41,7% no terceiro trimestre, enquanto 34,5% levou-nos primeiro e terceiro trimestres de gravidez e 1,9% não realizou exame VDRL. Associação significativa foi encontrada em mulheres que não receberam assistência pré-natal ($p < 0,001$) e não realizaram VDRL no pré-natal ($p < 0,001$) com a ocorrência de VDRL positivo na maternidade (ARAÚJO *et al.*, 2013).

Outro estudo, que apresentava o escopo de estimar a incidência da SC e identificar sua relação com a cobertura da Estratégia Saúde da Família, chegou a seguinte conclusão: apesar do aumento das coberturas de pré-natal identificados no território brasileiro, ainda se observa uma baixa efetividade dessas ações para a prevenção da SC. Não foi identificada uma associação melhor entre o pré-natal realizado pelas equipes da Estratégia Saúde da Família e o controle da SC do que aquela associação observada nas situações em que o pré-natal é realizado por outros modelos de atenção (ARAÚJO *et al.*, 2012).

Com isso, percebe-se de forma convergente nos estudos analisados que existe uma relação entre a assistência em saúde e a ocorrência da SC, principalmente devido aos seguintes motivos: comprometimento da qualidade da assistência dispensada durante o pré-natal, pois, embora sejam disponibilizadas consultas de profissionais da saúde durante a gestação, existem falhas relativas à realização precoce do exame para diagnóstico da sífilis, bem como a realização do tratamento em tempo hábil; acompanhamento concomitante das mulheres diagnosticadas com sífilis durante a gestação e seus parceiros para realização de tratamento em ambos.

Outros aspectos analisados nos estudos, buscando identificar os fatores de risco para SC, foram a análise das variáveis seguintes: contaminação por outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST); uso de drogas ilícitas; Início Precoce da Vida Sexual; Elevado Número de Parceiros Sexuais. Percebeu-se que os estudos buscam identificar a relação existente entre os hábitos de vida das mulheres e a ocorrência da SC.

Estudo desenvolvido em Fortaleza-CE, Brasil, evidenciou que 7,2% das puérperas entrevistadas usavam algum tipo de drogas ilegais não injetáveis (maconha e/ou cocaína e/ou crack), bem como 5,2% disseram que seus parceiros usavam o mesmo tipo de drogas ilegais e 8,6% apresentaram queixas genitais anteriores. Vale ressaltar que nenhum dos entrevistados

relatou o uso de drogas injetáveis ou a sua utilização por seus parceiros (ARAÚJO *et al.*, 2013).

Outro estudo caso-controle realizado em Shenzhen, na China, demonstrou que todas as mulheres reconheceram ter uma história de relações sexuais extraconjugais ou pré-matrimoniais com uma gama de número de 1 a 10 indivíduos. No entanto, apenas 30% dessas mulheres admitiram que tiveram a primeira experiência sexual antes da idade de 18 anos. A taxa de uso de preservativo foi inferior a 25% nos últimos dois anos. Um total de 5,4%, 29,0% e 10,1% reconheceram, respectivamente, uma história prévia de uso cocaína, uso de crack e IST anteriormente (QIN *et al.*, 2014b).

Em relação ao estudo desenvolvido em Posadas na Argentina, evidenciou-se uma prevalência de mulheres com início da vida sexual antes dos 16 anos de idade, bem como 40% das mesmas tiveram mais de um parceiro sexual nos últimos três anos do nascimento da criança (PARKER *et al.*, 2012).

O público-alvo com maior enfoque nas pesquisas foi a própria puérpera, buscando, na maioria das vezes, identificar fatores pessoais, sociais, econômicos ou relacionados com a assistência à saúde durante o ciclo gravídico-puerperal que influenciem a ocorrência de SC. Percebe-se, conforme identificado nessa revisão, que a abordagem com o parceiro é negligenciada, dificultando uma abordagem ampla de resolução desse agravo. De acordo com alguns estudos, a falta de contato com os parceiros de mulheres que apresentam sífilis representam um aspecto relevante para o insucesso da prevenção da SC (CAMPOS *et al.*, 2012; GONÇALVES *et al.*, 2013; SARACENI; MIRANDA, 2012).

Dessa forma, observa-se que foi comum entre os estudos à existência de hábitos de vida contribuindo diretamente com a ocorrência da SC. Outro aspecto importante de ser mencionado seria a ocorrência concomitante de diversos fatores de risco influenciando na ocorrência da SC, pois a realização de hábitos de vida que favoreçam a ocorrência de IST, associado a um contexto social, educacional, econômico e cultural que contribuam com a ocorrência dessa patologia, bem como o comprometimento da qualidade da assistência pré-natal dispensada as gestantes, favorecem e intensificam a possibilidade de ocorrência desse agravo. Nesse contexto, evidencia-se a complexa associação entre os DSS e a ocorrência da SC, sendo evidenciada pela literatura científica analisada a existência de múltiplos fatores associados à ocorrência desse agravo.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 Promoção da Saúde e Determinantes Sociais da Saúde

Diversos acontecimentos relacionados à promoção da saúde foram decisivos para o início das discussões acerca dos DSS. Desde a Conferência de Alma-Ata, ocorrida em 1978 com o lema “Saúde para Todos no ano 2000”, que se dá grande ênfase à questão das iniquidades em saúde e suas determinações econômicas e sociais, abordando a saúde como um direito a ser alcançado tanto pela melhoria do acesso aos serviços de saúde, como também pelo trabalho de cooperação com outros setores da sociedade (PAIM; SILVA, 2010).

A IV Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada em Jacarta – Indonésia, adentra a temática ao refletir o compromisso firme dos participantes desta reunião de recorrer a mais ampla gama de recursos para enfrentar os determinantes da saúde no século XXI. Além disso, reexaminam-se os determinantes da saúde para identificar as direções e as estratégias necessárias para enfrentamento dos desafios da promoção da saúde (LOPES; TOCANTINS, 2012).

Realizada na Cidade do México no ano de 2000, a V Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde consistiu em um momento propício para a discussão da necessidade urgente de abordar os determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde, buscando o fortalecimento dos mecanismos de colaboração para a promoção da saúde em todos os níveis e setores da sociedade (MARTINS, 2010).

Em 2005, a cidade de Bangkok foi sede da VI Conferência Internacional para Promoção da Saúde, sendo discutida a temática Política e Parceria para a Saúde: Procurando Interferir nos Determinantes Sociais de Saúde. A Carta de Bangkok tem o escopo de identificar as ações, compromissos e promessas necessários para abordar os determinantes da saúde em um mundo globalizado através da promoção da saúde. Além disso, contextualiza a promoção da saúde como o processo que permite as pessoas aumentar o controle sobre sua saúde e seus determinantes, mobilizando-se (individual e coletivamente) para melhorar a sua saúde, sendo uma função central da saúde pública e contribuindo para o trabalho de enfrentamento das IST, além de outras ameaças à saúde (MOREIRA, 2013).

Outra reunião importante dentro do contexto da promoção da saúde e dos DSS consiste na VII Conferência Internacional para Promoção da Saúde, realizada em Nairóbi –

Quênia, sendo relatado que as parcerias e ações intersetoriais são consideradas condições imprescindíveis para a realização de intervenções eficazes sobre os determinantes da saúde e para o real alcance da equidade em saúde, implementando formas de colaboração, cooperação e integração entre diferentes áreas, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida e o bem-estar das populações (SERAPIONI; MATOS, 2013).

Além dessas conferências internacionais supracitadas, outros aspectos importantes para a promoção de discussões acerca dos determinantes sócias da saúde foram a criação da CDSS pela OMS, em março de 2005, e a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) em 2006. Conjuntamente, foi constituído um grupo de trabalho com integrantes de diferentes ministérios e com a participação dos Conselhos Nacionais e Municipais de Secretários de Saúde (CONASS e CONASEMS). A CNDSS foi constituída por 16 personalidades da vida social, cultural, científica e empresarial e teve como principais objetivos a produção de conhecimentos e informação sobre os DSS no Brasil, apoiar o desenvolvimento de políticas e programas que enfrentem a questão dos determinantes sociais e as iniquidades em saúde, e a promoção de atividades de mobilização da sociedade (MOREIRA, 2013).

Nesse contexto, baseado nessa sucinta descrição da evolução histórica de marcos importantes para promoção da saúde e para os DSS, evidencia-se a relação existente entre esses conceitos, bem como a preocupação dos órgãos e entidades nacionais e internacionais relacionadas à saúde em promover discussões envolvendo os determinantes da saúde, visando a diminuição das iniquidades existentes na sociedade e o alcance da equidade no âmbito da saúde.

Sendo assim, tendo em vista a identificação da existência de fatores que determinavam a ocorrência de um agravo, bem como a verificação de uma multiplicidade de aspectos envolvidos nessa determinação da saúde, como aspectos sociais, econômicos, biológicos, dentre outros, diversos estudiosos passaram a estudar minuciosamente a interação e/ou a influência que alguns fatores tinham sobre a ocorrência de uma patologia, sendo criados, a partir desses estudos, os denominados Modelos da Determinação Social da Saúde.

4.2 O Modelo da Determinação Social da Saúde

De acordo com a CNDSS, os determinantes da saúde consistem em fatores vinculados aos comportamentos individuais e às condições de vida e trabalho, bem como os relacionados com a macroestrutura econômica, social e cultural, sendo produto da ação

humana e, portanto, podem e devem ser transformados pela ação humana (BADZIAK; MOURA, 2010).

Verifica-se na literatura uma diversidade de propostas de modelos de determinação social da saúde, como: Modelo de Evans e Stoddart; Modelo de Brunner e Marmot; Modelo de Diderichsen, Evans e Whitehead; Modelo de Starfield; Modelo de Graham; Modelo de Solar e Irwin. Entretanto, apesar desses modelos convergirem quanto à busca de explicações mais detalhadas das relações e das mediações entre os diversos níveis de determinação social da saúde e a gênese das iniquidades, esse estudo se baseará nos pressupostos desenvolvidos por Dahlgren e Whitehead (2007), que são utilizados pela CNDSS, pois consiste no modelo com maior simplicidade, fácil compreensão para vários tipos de público e clara visualização gráfica dos diversos DSS existentes (MENDES, 2012).

Conforme o modelo de Determinação Social da Saúde descrito por Dahlgren e Whitehead (2007), os determinantes da saúde estão dispostos em diferentes camadas concêntricas, que são dispostas a partir do nível de abrangência, desde uma camada mais próxima aos determinantes individuais até uma camada distal onde se situam os macrodeterminantes. Esse modelo enfatiza as interações existentes entre cada camada: estilos de vida individuais estão envoltos nas redes sociais e comunitárias e nas condições de vida e de trabalho, as quais, por sua vez, relacionam-se com o ambiente mais amplo de natureza econômica, cultural e econômica, demonstrando que um determinante pode ser agravado ou influenciado por outros.

De acordo com a Figura 2, os indivíduos estão no centro do modelo, sendo identificadas algumas características individuais, como a idade, sexo e herança genética que, evidentemente, exercem influência sobre seu potencial e suas condições de saúde. Essas características, embora imutáveis, são consideradas fatores determinantes da saúde, influenciando, muitas vezes, a ocorrência de diversos agravos (MENDES, 2012).

Imediatamente externa a essa camada supracitada, evidencia-se os comportamentos e os estilos de vida individuais, conhecidos como determinantes proximais. Entende-se que os comportamentos e os estilos de vida dependem, não somente do livre arbítrio das pessoas, mas também de outros determinantes, como acesso a informações, influência da propaganda, pressão de pares, possibilidade de acesso a alimentos saudáveis e espaços de lazer, entre outros. Devido a isso, essa camada está situada no limiar entre os fatores individuais e os DSS de camadas superiores. Dentro dessa classe de determinantes, destacam-se os seguintes: a dieta inadequada, o sobrepeso ou a obesidade, a inatividade física,

o tabagismo, o uso excessivo de álcool e outras drogas, o estresse, as práticas sexuais não protegidas e outros (DAHLGREN; WHITEHEAD, 2007).

Figura 2 - Demonstração gráfica do Modelo de Determinação Social da Saúde de Dahlgren e Whitehead. Fortaleza, 2016.



Fonte: Mendes (2012).

Outros fatores considerados determinantes da saúde, identificados na figura 2, consistem na influência das redes sociais e comunitárias, constituídas pelo conjunto de relações que o indivíduo estabelece com grupos sociais e com a comunidade, cuja maior ou menor riqueza expressa o nível de coesão social ou de capital social que é de fundamental importância para a saúde da sociedade como um todo.

O capital social, por sua vez, são acumulações de recursos, tangíveis e intangíveis, que derivam da participação em redes sociais e nas suas inter-relações. O conceito de capital social implica possibilidades de fluxos de acumulação e desacumulação. Estudos recentes consideram o capital social como relações informais e de confiança e de cooperação entre famílias, vizinhos e grupos, a associação formal em

organizações e o marco institucional normativo e valorativo de uma determinada sociedade que estimula ou desestimula as relações de confiança e de compromisso cívico. As relações entre capital social e saúde estão bem estabelecidas (MENDES, 2012, p. 166).

Em outra camada, identifica-se a representação dos determinantes considerados intermediários. Geralmente, estão incluídos nessa camada os seguintes exemplos: os fatores relacionados às condições de vida e de trabalho, a disponibilidade de alimentos e o acesso a ambientes e serviços essenciais, como saúde, educação, saneamento e habitação. Ao analisar esses determinantes, evidencia-se que os mesmos indicam que as pessoas em desvantagem social apresentam diferenciais de exposição e de vulnerabilidade aos riscos à saúde que contribuem ou influenciam na ocorrência de patologias. Na maioria das vezes, a influência desses fatores em relação à saúde dos indivíduos encontra-se relacionada às condições habitacionais inadequadas, a exposição a condições mais perigosas ou estressantes de trabalho e ao menor acesso aos serviços sociais (DAHLGREN; WHITEHEAD, 2007).

Finalmente, na camada mais externa estão situados os macrodeterminantes que possuem grande influência sobre as demais camadas subjacentes e estão relacionados às condições econômicas, culturais e ambientais da sociedade, incluindo também determinantes supranacionais como o processo de globalização. Esses são os determinantes sociais distais da saúde, que embora não sejam modificados com facilidade pelos indivíduos, contribuem direta ou indiretamente na ocorrência de patologias (MENDES, 2012).

Diante disso, percebe-se a amplitude de fatores que podem contribuir na ocorrência de desfechos relacionados à saúde, existindo desde a influência de aspectos biológicos, sociais e culturais, que não são facilmente modificados pelos indivíduos, até a contribuição do estilo de vida, das redes sociais e comunitárias, das condições de vida e trabalho. Sendo assim, para se intervir diretamente nos determinantes sociais, diminuindo a influência dos mesmos na ocorrência de patologias, deve-se ter conhecimento da multiplicidade de fatores que podem contribuir com esses desfechos.

A análise do modelo da determinação social da saúde leva a opções políticas para intervenção sobre os diferentes níveis de determinação. Os fatores macro da camada mais externa, os determinantes distais, devem ser enfrentados por meio de macropolíticas saudáveis que atuem diretamente sobre os seguintes aspectos: reduzir a pobreza e a desigualdade, superar as iniquidades em termos de gênero e de etnicidade, promover a educação universal e inclusiva e atuar na preservação do meio ambiente (DAHLGREN; WHITEHEAD, 2007).

Os determinantes sociais considerados da camada intermediária permitem o planejamento e estabelecimento de políticas de melhoria das condições de vida e de trabalho. Isso significa melhorar essas condições de vida e de trabalho e o acesso a serviços essenciais, tais como educação, serviços sociais, habitação, saneamento e saúde. A forma de intervenção mais adequada para enfrentamento desses DSS intermediários é a organização de projetos intersetoriais, sendo fundamental para promover a equidade em saúde (MENDES, 2012).

Os determinantes sociais relacionados às redes sociais e comunitárias estão associados à necessidade de construção da coesão social e de redes de suporte social que permitam a acumulação de capital social. Sendo assim, as ações que devem ser desenvolvidas no âmbito político, envolvendo esses DSS são: a implementação de sistemas de seguridade social inclusivos; o fortalecimento da participação social ampla no processo democrático; o desenho de equipamentos sociais que facilitem os encontros e as interações sociais nas comunidades; e a promoção de esquemas que permitam as pessoas trabalharem coletivamente nas prioridades de saúde que identificaram. Além disso, devem-se priorizar alguns grupos sociais que apresentam maior suscetibilidade, como as minorias étnicas e raciais, os pobres, as mulheres, as pessoas idosas e as crianças (DAHLGREN; WHITEHEAD, 2007).

Os determinantes sociais da camada relativa ao estilo de vida dos indivíduos, denominados de determinantes proximais, evidenciam a importância da realização de ações que tenham o escopo de afastar barreiras estruturais aos comportamentos saudáveis e de criação de ambientes de suporte às mudanças comportamentais, favorecendo as condições de saúde e qualidade de vida da população. Essas ações devem ser planejadas com o intuito de reforçar a necessidade da combinação de mudanças estruturais ligadas às condições de vida e de trabalho com ações, desenvolvidas, no plano micro, com pequenos grupos ou pessoas, de mudança de comportamentos não saudáveis (tabagismo, uso excessivo de álcool e outras drogas, alimentação inadequada, sobrepeso ou obesidade, sexo não protegido, estresse e outros), especialmente por meio da educação em saúde (MENDES, 2012).

Por fim, os determinantes individuais, que estão localizadas na camada mais interna, considerados, em geral, determinantes não modificáveis, são enfrentados da seguinte forma:

[...] pela ação dos serviços de saúde sobre os fatores de risco biopsicológicos (hipertensão arterial sistêmica, depressão, dislipidemia, intolerância à glicose e outros) e/ou sobre as condições de saúde já estabelecidas e estratificadas por riscos (MENDES, 2012, p. 167).

A determinação social da saúde, enquanto modelo teórico para compreensão da saúde pública contemporânea, considera que a maneira de obter resultados sustentados na saúde é por meio de transformações de longo prazo das estruturas e das relações da sociedade.

Em relação à SC, a identificação da multiplicidade de fatores que contribuem diretamente para a ocorrência desse agravo permitiria a realização de planejamento e intervenções mais específicas nos diversos âmbitos das entidades executoras da saúde pública no Brasil. Compreender quais os fatores associados à ocorrência dessa patologia e instituir intervenções que tenham o intuito de minimizar tal influência consistem em ações importantes dentro do contexto da necessidade de erradicação da SC em todo o território nacional. Sendo assim, compreender que os fatores que contribuem com a ocorrência desse agravo são distintos em cada região do país e/ou do mundo permite a elaboração de planejamentos estratégicos específicos, através da aplicação direcionada das ações preconizadas nas políticas de saúde já existentes, favorecendo o desenvolvimento de ações para o controle desse agravo a partir nas peculiaridades prioritárias em cada região.

5 METODOLOGIA

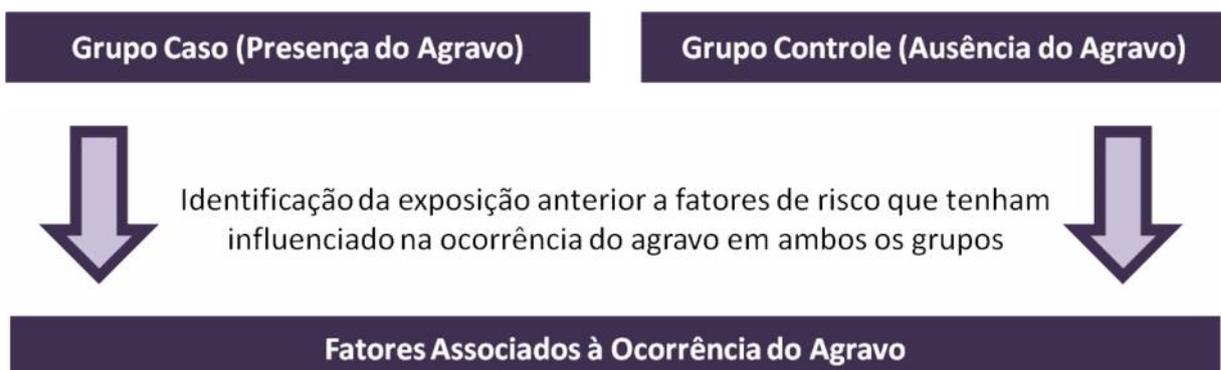
5.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo observacional, correlacional do tipo caso-controle. As pesquisas observacionais caracterizam-se como investigações em que a variável independente não pode ser manipulada, ocorrendo a coleta de dados sem introduzir tratamento ou estabelecer mudanças intervencionistas. As pesquisas correlacionais estudam o efeito de uma causa potencial que não pode ser manipulada, buscando a interrelação ou associação entre duas ou mais variáveis, ou seja, uma tendência de oscilação em uma das variáveis interferindo na variação de outras (POLIT, BECK; 2011).

Os estudos de caso-controle podem ser utilizados para investigar a etiologia de doenças ou de condições relacionadas à saúde, e para avaliar ações e serviços de saúde. Esse tipo de estudo parte do efeito (agravo) para a investigação da causa (exposição), conforme Figura 3. Este desenho de estudo foi escolhido por ser concebido para investigar associação e/ou fatores de risco entre grupos com relativa simplicidade de execução (HULLEY *et al.*, 2015).

Consistem em vantagens desse tipo de estudo os seguintes aspectos: tempo mais curto para o desenvolvimento, uma vez que a seleção de participantes é feita após o surgimento do agravo; custo mais baixo da pesquisa; maior eficiência para o estudo de doenças raras; ausência de riscos para os participantes; possibilidade de investigação simultânea de diferentes hipóteses etiológicas (POLIT, BECK; 2011).

Figura 3 - Representação gráfica do percurso metodológico do estudo caso-controle. Fortaleza, 2016.



5.2 Período e Local do Estudo

O estudo foi realizado no período de agosto de 2015 a janeiro de 2016 no Alojamento Conjunto (AC) do Hospital Geral César Cals (HGCC), pertencente à rede de atenção hospitalar do município de Fortaleza, Ceará, sendo referência para todo o estado em termos de alta complexidade. Atualmente, conta com uma capacidade instalada de 297 leitos, sendo 109 obstétricos clínicos e cirúrgicos, 12 leitos de UTI adulto, 36 leitos médio risco e 21 leitos de UTI neonatal, dentre outros. Constitui um complexo hospitalar, vinculado à Secretaria Estadual de Saúde, com as seguintes unidades: Unidade de Hospital Geral; Unidade de Atenção à Saúde da Mulher; Unidade Materno-Infantil (Neonatologia); Casa da Gestante; Projeto Canguru; Banco de Leite Humano; Unidade de Atendimento Ambulatorial; Centro de Estudo Aperfeiçoamento e Pesquisa – CEAP; Núcleo Hospitalar de Epidemiologia – NUHEPI; Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH. Realiza um serviço de excelência à mulher e recém-nascido, atendendo, em média, 500 parturientes mensalmente. Além disso, são 1705 funcionários, quase 20000 exames, 5000 consultas ambulatoriais, 350 cirurgias e cerca de 1000 internações por mês.

5.3 População e Amostra

A população do estudo foi composta por puérperas internadas na referida instituição hospitalar, durante o período do estudo. Para classificação e composição dos grupos caso e controle, utilizou-se a definição estabelecida pelo MS do Brasil para SC de acordo com a preconização, sendo estabelecidos quatro critérios para conceituação de casos desse agravo, conforme descrito a seguir (BRASIL 2015, BRASIL 2006):

- Primeiro Critério: Toda criança, ou aborto, ou natimorto de mãe com evidência clínica para sífilis e/ou com sorologia não-treponêmica reagente para sífilis com qualquer titulação, na ausência de teste confirmatório treponêmico realizada no pré-natal ou no momento do parto ou curetagem, que não tenha sido tratada ou tenha recebido tratamento inadequado.
- Segundo Critério: Todo indivíduo com menos de 13 anos de idade com as seguintes evidências sorológicas: titulações ascendentes (testes não-treponêmicos); e/ou testes não-treponêmicos reagentes após seis meses de idade (exceto em situação de seguimento

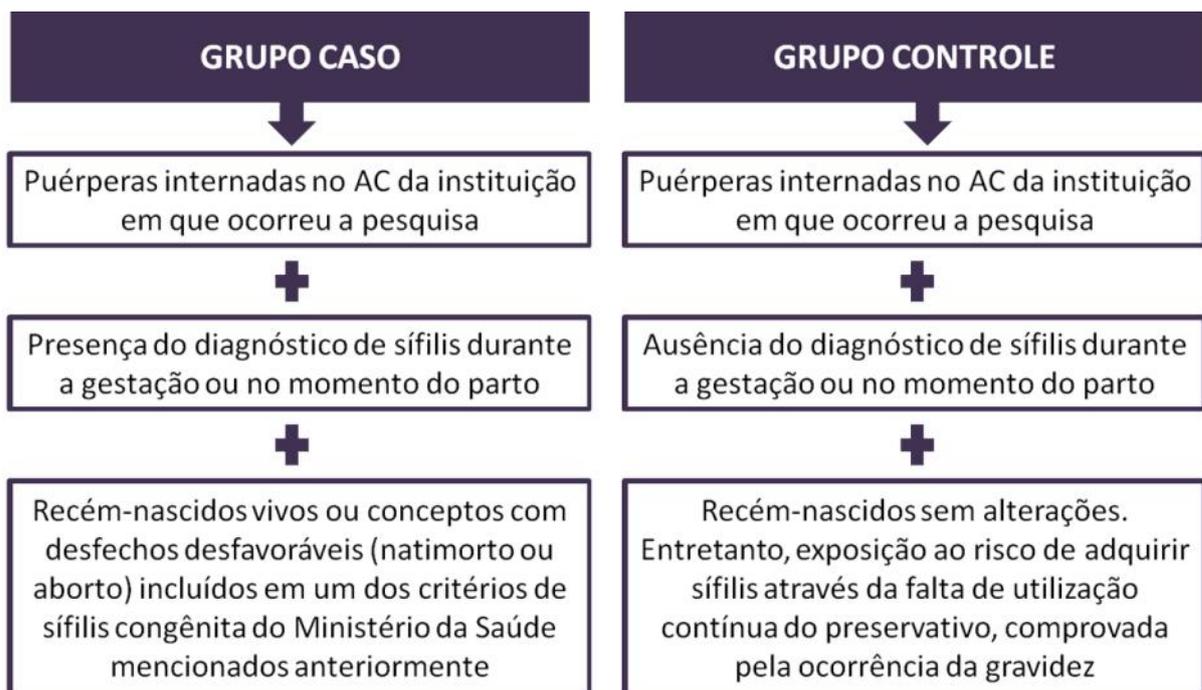
terapêutico); e/ou testes treponêmicos reagentes após 18 meses de idade; e/ou títulos em teste não-treponêmico maiores do que os da mãe. Em caso de evidência sorológica, apenas deve ser afastada a possibilidade de sífilis adquirida.

- Terceiro Critério: Todo indivíduo com menos de 13 anos, com teste não-treponêmico reagente e evidência clínica ou líquórica ou radiológica de SC.

- Quarto Critério: Toda situação de evidência de infecção pelo *T. pallidum* na placenta ou no cordão umbilical e/ou em amostras da lesão, biópsia ou necropsia de criança, produto de aborto ou natimorto, por meio de exames microbiológicos.

Nesse contexto foi utilizada a seguinte conceituação como critério de inclusão para cada grupo, conforme descrição ministerial preconizada (Figura 4):

Figura 4 - Representação gráfica dos critérios de inclusão para os grupos caso e controle. Fortaleza, 2016.



Os critérios de exclusão para ambos os grupos foram: apresentar estado de saúde mental comprometido de modo a inviabilizar a resposta consciente e adequada dos instrumentos dessa pesquisa e possuir comprometimento em relação ao nível de instrução que inviabilize a análise dos questionamentos realizados através dos instrumentos e a indicação de respostas reais/fidedignas.

O tamanho da amostra foi calculado utilizando-se a fórmula para estudos de caso-controle (LWANGA; LEMESHOW, 2001), considerando-se um Razão de Chances (RC) de

1,5, estabelecido através de um estudo piloto previamente realizado, uma probabilidade da presença dos fatores de risco selecionados nas mães de crianças suspeitas/diagnosticadas com SC em torno de 20%, uma precisão relativa de 50% e um nível de significância de 5%. Aplicando-se esses valores na fórmula a seguir, temos que $n = 91$ para os grupos. Para eventuais perdas e/ou de informações, acrescentou-se uma margem de erro de 10% ao tamanho da amostra calculado, implicando, dessa forma, no envolvimento de 100 puérperas para os grupos. De acordo com avaliação epidemiológica de casos de sífilis em anos anteriores nessa maternidade, observou-se uma relação de casos:controles bastante discrepantes, sendo decidido usar uma relação de 1: 4. Dessa forma, serão incluídos 50 casos e 200 controle (total de 250 puérperas). O Tamanho da amostra para a estimativa de uma Razão de Chances (RC) ou Odds Ratio (OR) com precisão especificada:

$$n = \frac{z^2_{5\%} \{ 1/[P_1(1 - P_1)] + 1/[P_2(1 - P_2)] \}}{e^2}$$

Onde, $RC = [P_1/(1 - P_1)]/[P_2/(1 - P_2)]$; fixadas RC e P2

5.4 Coleta e Análise dos Dados

A coleta de dados foi realizada através da aplicação de um instrumento estruturado (APÊNDICE A), constituído de quatro tópicos: 1. informações relacionadas aos aspectos sociodemográficos, história sexual e reprodutiva e hábitos de vida das puérperas; 2. questionamentos para avaliação do Conhecimento, Atitude e Prática (CAP) das puérperas quanto à prevenção da SC; 3. aspectos relativos à assistência pré-natal, observando ações mínimas preconizadas pelo MS brasileiro, bem como por órgãos internacionais de saúde, que demonstram uma qualidade satisfatória da assistência prestada as mulheres durante o ciclo gestatório; 4. Situações de Vulnerabilidade. Todos os formulários foram criados pelo pesquisador baseados na literatura pertinente, sendo necessária a testagem prévia com puérperas, e reformulação após avaliação.

A realização do teste piloto envolveu um quantitativo de 20 puérperas internadas na instituição em que ocorreu a pesquisa e que também possuíam os mesmos critérios de

inclusão necessários para participação efetiva nesse estudo. O objetivo desse teste piloto consistiu em analisar previamente a compreensão dos questionamentos contidos no instrumento de coleta de dados, para possíveis modificações e reformulações que tornassem mais compreensíveis os quesitos analisados. Entretanto, após teste piloto, observou-se que não foi necessária a realização de alterações no instrumento de coleta de dados, pois as puérperas que participaram dessa testagem prévia não apresentaram dificuldades quanto à compreensão dos questionamentos realizados.

5.4.1 Variáveis relacionadas aos Aspectos Sociodemográficos, História Sexual e Reprodutiva e Hábitos de Vida

Quanto aos aspectos sociodemográficos, foram questionadas as puérperas acerca das seguintes variáveis: idade, escolaridade, estado civil, procedência, renda familiar, ocupação, raça e religião. Todas essas variáveis foram obtidas através da declaração da puérpera no momento da entrevista. Nos momentos em que existiu alguma dúvida por parte da puérpera que pudessem ser sanada com a visualização de algum documento, os mesmos foram consultados.

Em relação à história sexual e reprodutiva, as seguintes variáveis foram examinadas: menarca; sexarca; tipo de parceria sexual; número de parceiros no último ano; comportamento sexual; história pregressa de IST; acompanhamento ginecológico; número de gestações, parto e aborto; número de filhos vivos, de partos cesáreos e de parto normal; utilização de método anticonceptivo. Para a obtenção dessas variáveis, foi utilizado o próprio relato das puérperas, mas, em aspectos relacionados ao pré-natal, em que as informações constavam no cartão da gestante, os mesmos foram consultados.

Por fim, sobre os hábitos de vida da puérpera, foram indagadas a utilização de algum tipo de droga, a história pregressa e atual de tabagismo e etilismo, bem como o uso de tatuagens e piercings. Da mesma forma, as informações foram adquiridas através da declaração das próprias puérperas.

A escolha desses aspectos que foram avaliados baseou-se no referencial teórico dessa pesquisa, denominado Modelo de Determinação Social da Saúde, selecionando-se desde as características intrínsecas do indivíduo até o estilo de vida dos mesmos, com o intuito de verificar a influência desses fatores na ocorrência da SC (DAHLGREN; WHITEHEAD, 2007).

5.4.2 Variáveis relacionadas à avaliação do conhecimento, atitude e prática das puérperas quanto à prevenção da sífilis congênita

Em relação à avaliação do CAP das puérperas quanto à prevenção da SC, foram realizados alguns questionamentos com o intuito de analisar tais aspectos. Para a elaboração dos questionamentos relacionados ao CAP, levaram-se em consideração outras pesquisas que utilizaram esse percurso metodológico em diversos contextos (BRASIL *et al.*, 2014; MARINHO *et al.*, 2003; NICOLAU *et al.*, 2012a). Acerca do CAP, as perguntas versaram sobre as manifestações clínica da SC, a forma de transmissão, o tratamento adequado, as medidas ou ações preventivas, dentre outros aspectos.

Para o estabelecimento da adequação do CAP das puérperas frente à prevenção da SC, considerou-se quando as respostas das mesmas se enquadravam nas definições padronizadas a seguir:

- CONHECIMENTO

1. Adequado - Quando um quantitativo de 75% ou mais das respostas elencada pelas puérperas estavam pertinentes, de acordo com as definições a seguir: Quando a puérpera referir já ter ouvido falar sobre sífilis, indicando fonte adequada. Quando relatar formas de transmissão da sífilis pertinentes. Quando indicar que a transmissão vertical da sífilis pode ocorrer tanto no pré-natal quanto no parto. Quando referir formas adequadas de prevenção da sífilis.

2. Inadequado - Quando a puérpera referir não ter ouvido falar sobre sífilis ou mencionar conceituação errônea acerca dessa patologia. Quando relatar formas de transmissão da sífilis inadequadas. Quando indicar que a transmissão vertical da sífilis não pode ocorrer tanto no pré-natal quanto no parto. Quando referir formas impróprias de prevenção da sífilis.

- ATITUDE:

1. Adequada - Quando um quantitativo de 75% ou mais das respostas descritas pelas puérperas estavam pertinentes, de acordo com as definições a seguir: Quando relatar que é sempre provável a possibilidade de infecção (reinfecção) por sífilis, referindo a mesma probabilidade de infecção do seu parceiro. Quando indicar que a realização do teste de detecção da Sífilis no período do pré-natal consiste em ação sempre necessária para a gestante, e em caso de infecção por sífilis das mesmas, torna-se necessária a realização do mesmo teste para o parceiro. Quando a puérpera referir que é sempre necessária a utilização do preservativo para prevenção da transmissão de Sífilis. Quando mencionar que o acompanhamento médico é sempre necessário. Quando relatar informações pertinentes acerca

da amamentação de seu bebê caso o seu teste diagnóstico constasse positivo, informando motivos relacionados.

2. Inadequada - Quando a puérpera relatar que a sua possibilidade de infecção (reinfecção) por sífilis, bem como a mesma probabilidade de infecção do seu parceiro é pouco provável ou improvável. Quando indicar que a realização do teste de detecção da Sífilis no período do pré-natal consiste em ação desnecessária para a gestante, e em caso de infecção por sífilis das mesmas, é desnecessária a realização desse teste para o parceiro. Quando a puérpera referir que é desnecessária a utilização do preservativo para prevenção da transmissão de Sífilis. Quando mencionar que o acompanhamento médico é desnecessário. Quando relatar informações errôneas acerca da amamentação de seu bebê caso o seu teste diagnóstico constasse positivo, informando motivos relacionados.

- PRÁTICA

1. Adequada - Quando um quantitativo de 75% ou mais das respostas declaradas pelas puérperas estavam pertinentes, de acordo com as definições a seguir: Quando referir que nunca foi diagnóstica com alguma IST. Quando indicar que realizou o exame para detecção da Sífilis no período pré-natal. Quando relatar que utiliza o preservativo para prevenção da transmissão de Sífilis, informando utilização sempre em todas as práticas sexuais que realiza.

2. Inadequada - Quando a puérpera referir que já foi diagnóstica com alguma IST anteriormente. Quando indicar que não realizou o exame para detecção da Sífilis no período pré-natal. Quando relatar que não utiliza o preservativo para prevenção da transmissão de Sífilis que utiliza, mas não em todas as práticas sexuais.

5.4.3 Variáveis relativas à qualidade da assistência pré-natal

Em relação à qualidade da assistência pré-natal, utilizaram-se os manuais disponibilizados pelo MS brasileiro para o estabelecimento das ações preconizadas por esse órgão (BRASIL, 2012c). Sendo assim, foram realizados diversos questionamentos que representam ações no contexto pré-natal que estão diretamente relacionadas com a prevenção da transmissão vertical da SC, exemplificados a seguir:

1. Número de consultas pré-natal realizadas: para possibilitar a análise da adequação desse aspecto, consideraram-se as recomendações do MS do Brasil que desde 2011, com a Estratégia Rede Cegonha, passou a recomendar a realização de no mínimo sete consultas para uma gestação a termo (BRASIL, 2011a).

2. Idade gestacional de início das consultas: Utilizou-se como referencial para adequação desse parâmetro informações ministerial contidas em manual que indicam dez passos para o pré-natal de qualidade na atenção básica, dentre eles, iniciar o pré-natal na Atenção Primária à Saúde até a 12ª semana de gestação (captação precoce) (BRASIL, 2012c).
3. Realização de teste rápido de sífilis: Para adequação, considerou-se a disponibilização e realização desse teste no período pré-natal, conforme preconização do MS (BRASIL, 2012c).
4. Exames sorológicos para diagnóstico precoce da sífilis, com enfoque no VDRL: conforme as recomendações do MS brasileiro, o exame VDRL deve ser solicitado e realizado em dois momentos durante a gestação - na primeira consulta ou primeiro trimestre e no terceiro trimestre (BRASIL, 2012c).
5. Orientações Educativas: Participação em estratégias educativas sobre IST, dentre as quais se evidencia a sífilis, com enfoque na orientação das puérperas e de seus parceiros para a prevenção da transmissão vertical desse agravo.

5.4.4 Situações de Vulnerabilidade

Foram questionados situações de vulnerabilidade que dificultam o acesso aos serviços de saúde ou inviabilizam o acompanhamento contínuo por profissionais de saúde de algumas gestantes específicas. Dentre os aspectos interrogados durante a entrevista destacam-se: vivendo em situação de rua; residência juntamente com familiares; mudança frequente de domicílio; ocorrência de situação de abuso sexual, físico ou verbal; profissional do sexo e parceria com presidiário. Selecionaram-se essas variáveis através da identificação de diversos estudos que apontam o risco/vulnerabilidade desses públicos específicos para as IST, sendo recomendada por essas investigações a realização de novas pesquisas que busquem identificar o risco desse público a esses agravos (ANDRADE *et al.*, 2015a; CHERSICH *et al.*, 2014; LIAO *et al.*, 2012; NICOLAU *et al.*, 2012b; YANG *et al.*, 2011).

As informações foram coletadas por meio de entrevista a puérpera, bem como foram resgatados dados do cartão da gestante e dos prontuários da parturiente e do recém-nascido. Para a coleta das informações foi solicitada à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B) pela puérpera.

Assim, também se utilizaram para a realização da pesquisa fontes primárias, que podem ser definidas como aquela que é constituída por estudo feito por um pesquisador e que expressa mais do que uma simples informação factual, contendo estudo, análise, reflexão e

classificação ou descrição. Não se tratando apenas de mero registro ordenado (RODRIGUES, 2007). Para padronizar a forma de coleta de dados, foram utilizadas as instruções contidas no Procedimento Operacional Padrão para Coleta de Dados, (APÊNDICE C).

Após a obtenção dos dados, os mesmos foram tabulados para posterior avaliação. As variáveis contínuas foram examinadas através de um teste estatístico que possui o intuito de avaliar a normalidade da amostra, denominado *Kolmogorov-Smirnov*, sendo verificado que a amostra não seguia um padrão normal. Dessa forma, para a análise desses aspectos, selecionou-se o uso da mediana, com avaliação do Desvio Padrão (DP). Para as variáveis dicotômicas, com o escopo de elucidar as possíveis associações, realizaram-se os cálculos de Odds Ratio (OR) com seus respectivos Intervalos de Confiança (IC) de 95%, bem como o teste qui-quadrado de associação de Pearson. Os dados foram organizados através de tabelas, analisados através da frequência absoluta e relativa, bem como os resultados dos testes estatísticos mencionados, sendo discutidos à luz da literatura pertinente.

5.5 Aspectos Éticos

O projeto foi aprovado no Comitê de Ética em pesquisa do HGCC, Fortaleza-CE, via Plataforma Brasil, segundo o parecer nº 1.328.001 (ANEXO A). Os participantes assinaram um TCLE, sendo garantido sigilo sobre todas as informações coletadas e assegurado o anonimato dos participantes, segundo as normas da Resolução nº466/12 do Conselho Nacional de Saúde do MS para pesquisa com seres humanos (BRASIL, 2012a).

Foram respeitados todos os princípios conceituais da bioética através da manutenção da beneficência, não maleficência, autonomia e justiça de todos os sujeitos que participarem dessa pesquisa.

6 RESULTADOS

Inicialmente, apresentam-se os dados relativos à caracterização sociodemográficas das puérperas envolvidas nesse estudo, através da associação da ocorrência da SC com as seguintes variáveis preditoras: faixa etária, escolaridade, procedência, renda familiar, ocupação, estado civil, raça e religião, conforme Tabela 3.

Tabela 3 - Distribuição das características sociodemográficas das puérperas segundo a presença do diagnóstico de sífilis congênita nos recém-nascidos no período de agosto de 2015 a janeiro de 2016 no HGCC. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2016.

| Variáveis | Caso | | Controle | | OR | IC 95% | Valor de p | Md (\pm DP) Valor de p |
|-----------------------|-----------|--------------|------------|--------------|-------------|--------------------|---------------|------------------------------|
| | N | % | N | % | | | | |
| Faixa Etária | | | | | | | | |
| 20 a 29 | 38 | 76,0 | 121 | 60,5 | 2,07 | 1,02 - 4,19 | 0,042* | 26 (\pm 5,25) |
| Demais idades | 12 | 24,0 | 79 | 39,5 | | | | 0,001** |
| Escolaridade | | | | | | | | |
| 9 anos | 41 | 82,0 | 106 | 53,0 | 4,04 | 1,86 - 8,75 | 0,001* | 9 (\pm 3,02) |
| > 9 anos | 9 | 18,0 | 94 | 47,0 | | | | 0,001** |
| Procedência | | | | | | | | |
| Capital | 35 | 70,0 | 128 | 64,0 | 1,31 | 0,67 - 2,57 | 0,426* | |
| Interior | 15 | 30,0 | 72 | 36,0 | | | | |
| Renda Familiar | | | | | | | | |
| R\$ 788,00**** | 45 | 90,0 | 149 | 74,5 | 3,08 | 1,16 - 8,18 | 0,019* | 700,00 |
| > R\$ 788,00**** | 5 | 10,0 | 51 | 25,5 | | | | 0,001** |
| Ocupação | | | | | | | | |
| Não Remunerado | 38 | 76,0 | 125 | 62,5 | 1,90 | 0,93 - 3,86 | 0,073* | |
| Remunerado | 12 | 24,0 | 75 | 37,5 | | | | |
| Estado Civil | | | | | | | | |
| Casada | 30 | 60,0 | 156 | 78,0 | 0,42 | 0,22 - 0,82 | 0,009* | |
| Solteira | 20 | 40,0 | 44 | 22,0 | | | | |
| Raça | | | | | | | | |
| Branca | 6 | 12,0 | 53 | 26,5 | 0,38 | 0,15 - 0,94 | 0,031* | |
| Não Branca | 44 | 88,0 | 147 | 73,5 | | | | |
| Religião | | | | | | | | |
| Católica | 32 | 64,0 | 161 | 80,5 | 0,43 | 0,22 - 0,85 | 0,013* | |
| Não Católica | 18 | 36,0 | 39 | 19,5 | | | | |
| Total | 50 | 100,0 | 200 | 100,0 | | | | |

* Teste qui-quadrado de associação de Pearson

** Teste de Kolmogorov-Smirnov

***Valor do Salário Mínimo Brasileiro no Ano de Ocorrência da Coleta de Dados dessa Pesquisa

Em relação à faixa etária, constatou-se que houve uma predominância de puérperas envolvidas nesse estudo com idade entre 20 a 29 anos, mediana de 26 anos (DP - 5,25), variando de 18 a 39 anos. Ao observar os grupos isoladamente e realizar uma comparação entre ambos, constatou-se um percentual maior de puérperas que tiveram seus recém-nascidos diagnosticados com SC nessa faixa etária de 20 a 29 anos, equivalendo a 76% dos casos (n=38), enquanto que 60,5% (n=121) das puérperas incluídas no grupo controle possuíam a faixa etária nesse intervalo. Verificou-se uma associação estatística entre as variáveis faixa etária e ocorrência da SC ($p=0,042$), sendo observado que mulheres com faixa etária entre o intervalo de 20 a 29 anos possuem 2,07 (IC 95%: 1,02 - 4,19) vezes mais chance de transmitirem verticalmente a sífilis aos seus recém-nascidos.

Acerca da Escolaridade, notou-se uma prevalência em ambos os grupos de puérperas com nível educacional igual ou inferior a nove anos de estudo, mediana de 9 anos (DP - 3,02), variando de 2 a 16 anos de estudo. Embora em ambos os grupos a maioria das puérperas tenham um baixo nível educacional, identificou-se uma distinção relevante ao comparar a frequência relativa dessa variável dos dois grupos incluídos nesse estudo, sendo observado 82% (n=41) do grupo caso e 53% (n=106) do grupo controle com escolaridade igual ou inferior a nove anos, totalizando uma diferença de 29%. Os testes estatísticos realizados apontaram uma associação entre as variáveis escolaridade e ocorrência da SC ($p=0,001$), concluindo-se que mulheres com baixa escolaridade possuem 4,04 (IC 95%: 1,86 - 8,75) vezes mais chances de possuírem infecção pela sífilis durante a gravidez/parto e transmitirem a sífilis para o recém-nascido.

Quanto à procedência das puérperas incluídas nesse estudo, identificou-se que a maioria das puérperas em ambos os grupos eram provenientes da capital, equivalendo a 70% (n=35) no grupo caso e 64% (n=128) no grupo controle. Entretanto, não foi verificada associação estatística entre a variável procedência e a ocorrência da SC ($p=0,426$).

Sobre a renda familiar, verificou-se, ao analisar as puérperas pertencentes a ambos os grupos, uma mediana de R\$ 700,00 reais (DP - R\$ 291,57 reais), variando de R\$ 100,00 a R\$ 1.600,00 reais. Comparando os grupos, verificou-se uma predominância de puérperas com renda familiar igual ou inferior a R\$ 788,00 reais, considerado o salário mínimo brasileiro no ano de realização da coleta de dados da pesquisa, perfazendo um total de 90% (n=45) no grupo caso e 74,5% (n=149) no grupo controle. Identificou-se uma associação estatística entre a variável renda familiar e a ocorrência da SC ($p=0,019$), sendo observado, dessa forma, que mulheres de baixa renda possuem 3,08 vezes (IC 95%: 1,16 - 8,18) maior chance de transmitirem sífilis para seus recém-nascidos.

Em relação à ocupação, notou-se que apenas uma pequena parcela de puérperas envolvidas nesse estudo realizava alguma espécie de trabalho formal e remunerado. A grande maioria das mulheres nessa pesquisa realizavam trabalhos domésticos ou atividades trabalhistas sem nenhuma formalidade, totalizando 76% (n=38) do grupo caso e 62,5% (n=125) do grupo controle. Porém, não foi observada associação estatística entre essa variável e a ocorrência de SC (p=0,073).

Acerca da variável relacionada ao estado civil, identificou-se uma prevalência nesse estudo de mulheres casadas ou em união estável, ou seja, com parceria fixa, sendo verificado um percentual de 60% (n=30) de puérperas do grupo caso e 78% (n=156) do grupo controle com essa característica. Os testes estatísticos realizados evidenciaram a existência de associação entre as variáveis estado civil e a ocorrência de SC (p=0,009), demonstrando assim que mulheres solteiras ou sem parceria fixa formal possuem uma chance maior de ocorrência de transmissão vertical de sífilis. Sendo assim, o casamento, união estável e/ou parceria fixa formal consistem em fatores de proteção para ocorrência da SC, reduzindo em até 58% as chances de ocorrência desse agravo (OR: 0,42; IC 95%: 0,22 - 0,82).

Quanto à raça das puérperas que participaram dessa pesquisa, houve uma predominância de mulheres consideradas, através da autodeclaração, de raça não branca, apresentando-se os exemplos a seguir: negra, parda, mulata, morena, indígena, dentre outras. Um total de 191 mulheres envolvidas nesse estudo em ambos os grupos definiram-se como pertencentes à raça não branca, correspondendo a 88% (n=44) do grupo caso e 73,5% (n=147) do grupo controle. A análise estatística demonstrou associação entre essa variável supracitada e a ocorrência de SC (p=0,031), evidenciando que mulheres pertencentes à raça branca possuem um fator de proteção para esse agravo, com uma chance diminuída em 62% (OR: 0,38; IC 95%: 0,15 - 0,94).

Sobre a variável Religião, notou-se que a maioria das mulheres pertencia à religião católica, perfazendo um total de 64% (n=32) das puérperas incluídas no grupo caso e 80,5% (n=161) no grupo controle. Verificou-se uma associação estatística entre as variáveis religião e a ocorrência da SC (0,013), sendo observado que a participação e inclusão dessas mulheres na religião católica consistiram em fator de proteção (OR: 0,43; IC 95%: 0,22 - 0,85), reduzindo em 57% a chance da ocorrência desse agravo.

Para avaliação das características ginecológicas e obstétricas das puérperas que participaram desse estudo, bem como a verificação da associação dessas características com a ocorrência da SC, foram questionados os seguintes aspectos, de acordo com a Tabela 4: sexarca, número de parceiros no último ano, comportamento sexual, história de IST

previamente, realização de consulta ginecológica anteriormente, número de partos e uso de método anticonceptivo.

Tabela 4 - Distribuição das características ginecológicas e obstétricas das puérperas segundo a presença do diagnóstico de sífilis congênita nos recém-nascidos no período de agosto de 2015 a janeiro de 2016 no HGCC. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2016.

| Variáveis | Caso | | Controle | | OR | IC 95% | Valor de <i>p</i> |
|--|-----------|--------------|------------|--------------|-------------|---------------------|-------------------|
| | N | % | N | % | | | |
| <i>Sexarca</i> | | | | | | | |
| < 15 anos | 44 | 88,0 | 143 | 71,5 | 2,92 | 1,18 - 7,24 | 0,016* |
| 15 anos | 6 | 22,0 | 57 | 28,5 | | | |
| <i>Nº de Parceiro no Ano</i> | | | | | | | |
| 1 | 28 | 56,0 | 160 | 80,0 | 0,31 | 0,16 - 0,61 | 0,001* |
| 2 | 22 | 44,0 | 40 | 20,0 | | | |
| <i>Comportamento Sexual</i> | | | | | | | |
| Heterossexual | 46 | 92,0 | 189 | 94,5 | 0,67 | 0,20 - 2,19 | 0,506* |
| Bissexual | 4 | 8,0 | 11 | 5,5 | | | |
| <i>História de IST</i> | | | | | | | |
| Sim | 27 | 54,0 | 22 | 11,0 | 9,49 | 4,66 - 19,34 | 0,001* |
| Não | 23 | 46,0 | 178 | 89,0 | | | |
| <i>Consulta Ginecológica</i> | | | | | | | |
| Sim | 28 | 56,0 | 113 | 56,5 | 0,98 | 0,52 - 1,83 | 0,949* |
| Não | 22 | 44,0 | 87 | 43,5 | | | |
| <i>Número de Partos</i> | | | | | | | |
| Múltipara/Secundípara | 32 | 64,0 | 141 | 70,5 | 0,74 | 0,39 - 1,43 | 0,373* |
| Primípara | 18 | 36,0 | 59 | 29,5 | | | |
| <i>Uso de Anticoncepcionais</i> | | | | | | | |
| Sim | 12 | 24,0 | 132 | 66,0 | 0,16 | 0,08 - 0,33 | 0,001* |
| Não | 38 | 76,0 | 68 | 34,0 | | | |
| Total | 50 | 100,0 | 200 | 100,0 | | | |

* Teste qui-quadrado de associação de Pearson

Em relação à faixa etária de ocorrência da primeira relação sexual, notou-se uma predominância de mulheres que iniciaram as práticas sexuais precocemente, antes dos 15 anos de idade, em ambos os grupos, perfazendo um total de 88% (n=44) das mulheres no grupo caso e 71,5% (n=143) no grupo controle. Identificou-se uma associação estatística entre as variáveis sexarca e a ocorrência de SC (p=0,016), confirmando que o início precoce das

práticas sexuais aumentam as chances de ocorrência da SC em 2,92 vezes (IC 95%: 1,18 - 7,24).

Acerca do número de parceiros no último ano antecedente ao momento da entrevista, notou-se que a maioria das puérperas apresentou parceria única, equivalendo a 56% (n=28) das mulheres no grupo caso e 80% (n=160) no grupo controle. Embora tenha sido identificada uma predominância de mulheres com parceria única, verificou-se um percentual significativo de mulheres que tiveram seus recém-nascidos diagnosticados com SC que apresentou mais de um parceiro no ano antecedente ao momento da entrevista, correspondendo a 44% (n=22) dos casos. Os testes estatísticos realizados demonstraram a existência de uma associação estatística entre essa variável e a ocorrência de SC ($p=0,001$), evidenciando que mulheres que possuem parceria única apresentam 69% menos chances de transmissão vertical da sífilis (OR: 0,31; IC 95%: 0,16 - 0,61).

Quanto ao comportamento sexual, foram incluídas nesse quesito as categorias heterossexual e bissexual, sendo excluída a possibilidade de mulheres homossexuais nessa pesquisa por se tratar de um estudo com abordagem direta junta a puérperas, a qual comprova a relação das mesmas com indivíduos do sexo masculino pelo fato de terem passado pelo período gestatório. Observou-se que não houve associação estatística entre essa variável e a ocorrência de SC ($p=0,506$). Entretanto, foi identificada uma predominância de mulheres heterossexuais em ambos os grupos, correspondendo a 92% (n=46) do grupo caso e 94,5% (n=189) do grupo controle.

Sobre a ocorrência prévia de IST, notou-se uma diferença discrepante entre ambos os grupos envolvidos nesse estudo. Ao avaliar as puérperas do grupo controle isoladamente, identificou-se que a maioria das mulheres declarou a não ocorrência de IST previamente, correspondendo a 89% (n=178) das mesmas, enquanto que no grupo caso houve uma predominância de puérperas que relataram a existência prévia de IST, equivalendo a 54% (n=27) dos casos. Além disso, os testes estatísticos comprovaram a associação entre essa variável e a ocorrência de SC ($p=0,001$), concluindo-se que mulheres com ocorrência de IST prévia possuem 9,49 (IC 95%: 4,66 - 19,34) vezes mais chances de possuírem infecção pela sífilis durante a gravidez/parto e transmitirem a sífilis para o recém-nascido.

Em relação ao acompanhamento ginecológico anterior, um percentual semelhante de mulheres em ambos os grupos declararam a realização anterior de exames ginecológicos, perfazendo um total de 56% (n=28) das puérperas no grupo caso e 56,5% (n=113) no grupo controle. Entretanto, verificou-se um quantitativo significativo de mulheres em ambos os grupos que nunca realizaram acompanhamento ginecológico, com mais de 40% dos casos.

Além disso, dentre as mulheres que indicaram a realização prévia de exame preventivo, a maioria concretizou esse acompanhamento com uma periodicidade maior que dois anos (58,15%; n=82). Vale salientar que os testes estatísticos concluíram que não houve associação estatística entre essa variável e a ocorrência de SC ($p=0,949$).

Acerca do número de partos anterior, notou-se uma prevalência de mulheres secundíparas ou múltíparas nos dois grupos envolvidos nesse estudo, correspondendo a 64% (n=32) das puérperas no grupo caso e 70,5% (n=141) no grupo controle. Mesmo que a vivência de partos anteriores seja considerada uma experiência relevante para mulheres, os testes estatísticos realizados não demonstraram associação entre essa variável e a ocorrência de SC ($p=0,373$).

Quanto ao uso de algum método anticonceptivo anteriormente, houve uma distinção entre os grupos analisados, sendo identificado que a maioria das puérperas do grupo controle mencionou a utilização anterior de métodos anticonceptivos, equivalendo a 66% (n=132), enquanto que a maioria das mulheres incluídas no grupo caso declarou não utilizar com rotina métodos anticonceptivos, totalizando 76% (n=38). Dentre os métodos anticonceptivos citados, destacam-se os anticoncepcionais hormonais orais e injetáveis.

Mesmo sendo evidente que apenas o uso do preservativo masculino/feminino representa um método anticonceptivo que previne contra as IST, constatou-se que houve uma associação estatística entre a utilização de métodos anticonceptivos diversos e a ocorrência de SC ($p=0,001$), demonstrando assim que mulheres que utilizam rotineiramente algum método anticonceptivo possuem uma chance menor de ocorrência de transmissão vertical de sífilis, com diminuição das chances de até 84% (OR: 0,16; IC 95%: 0,08 - 0,33). Esse achado permite realizar a seguinte reflexão: mulheres que desenvolvem práticas de autocuidado possuem menos chances de adquirirem sífilis e outras IST, pois, embora apenas os preservativos masculinos e femininos possuam potencial para prevenção desses agravos, a utilização de outros métodos podem estar associados a um autocuidado ampliado das mulheres e a diminuição dos riscos das mesmas as IST.

Outras características que foram avaliadas nesse estudo, consistem em variáveis relacionadas aos hábitos de vida das mulheres entrevistadas. Dentre essas variáveis estão as seguintes: tabagismo, utilização de bebidas alcoólicas frequentemente, uso de drogas ilícitas, existência de tatuagens e uso de piercings. Além disso, buscou-se verificar a associação entre essas variáveis e a ocorrência de SC, conforme apresentado na Tabela 5.

Tabela 5 - Distribuição das características relacionadas aos hábitos de vida das puérperas segundo a presença do diagnóstico de sífilis congênita nos recém-nascidos no período de agosto de 2015 a janeiro de 2016 no HGCC. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2016.

| Variáveis | Caso | | Controle | | OR | IC 95% | Valor de <i>p</i> |
|--------------------------------|-----------|--------------|------------|--------------|-------------|--------------------|-------------------|
| | N | % | N | % | | | |
| <i>Tabagismo</i> | | | | | | | |
| Sim | 23 | 46,0 | 48 | 24,0 | 2,69 | 1,42 - 5,14 | 0,002* |
| Não | 27 | 54,0 | 152 | 76,0 | | | |
| <i>Uso de Bebida Alcoólica</i> | | | | | | | |
| Sim | 28 | 56,0 | 46 | 23,0 | 4,26 | 2,23 - 8,15 | 0,001* |
| Não | 22 | 44,0 | 154 | 77,0 | | | |
| <i>Uso de Drogas Ilícitas</i> | | | | | | | |
| Sim | 13 | 26,0 | 17 | 8,5 | 3,78 | 1,69 - 8,45 | 0,001* |
| Não | 37 | 74,0 | 183 | 91,5 | | | |
| <i>Tatuagens</i> | | | | | | | |
| Sim | 25 | 50,0 | 54 | 27,0 | 2,71 | 1,43 - 5,11 | 0,002* |
| Não | 25 | 50,0 | 146 | 73,0 | | | |
| <i>Piercings</i> | | | | | | | |
| Sim | 7 | 14,0 | 11 | 5,5 | 2,79 | 1,02 - 7,63 | 0,038* |
| Não | 43 | 86,0 | 189 | 94,5 | | | |
| Total | 50 | 100,0 | 200 | 100,0 | | | |

* Teste qui-quadrado de associação de Pearson

Sobre o tabagismo, foi utilizado como definição para a classificação e enquadramento das mulheres entrevistadas nessa variável, o uso de cigarro rotineiramente, seja diariamente, ou apenas com a utilização concomitante com bebidas alcoólicas. Dessa forma, constatou-se uma prevalência de mulheres que não apresentavam hábitos tabagistas em ambos os grupos, equivalendo a 54% (n=27) das puérperas no grupo caso e 76% (n=152) no grupo controle. Os testes estatísticos apontaram a existência de associação entre as variáveis tabagismo e a ocorrência de SC (p=0,002), evidenciando que a realização dessa prática aumenta as chances da ocorrência desse agravo em 2,69 vezes (IC 95%: 1,42 - 5,14).

Em relação à ingestão de bebidas alcoólicas, para incluir as puérperas nessa categoria, considerou-se a utilização de rotina de bebidas alcoólicas, seja diariamente, ou apenas semanalmente. Identificou-se uma distinção entre ambos os grupos envolvidos nessa pesquisa, sendo observado que 56% (n=28) das puérperas do grupo caso admitiram utilizar rotineiramente bebidas alcoólicas, enquanto que apenas 23% (n=46) das mulheres pertencentes ao grupo controle foram classificadas dessa forma. Houve uma associação

estatística entre essa variável e a ocorrência de SC ($p=0,001$), evidenciando-se que o uso de bebidas alcoólicas rotineiramente aumenta em 4,26 vezes (IC 95%: 2,23 - 8,15) a chance de ocorrência de SC.

Outra variável analisada consiste no uso de drogas ilícitas, dentre as quais se destacam as seguintes: cocaína, crack, ecstasy, maconha, mesclado, dentre outras. Dentre as mulheres pertencentes aos grupos envolvidos nessa pesquisa, notou-se um quantitativo significativo de puérperas que admitiram utilizar drogas ilícitas, correspondendo a 26% ($n=13$) do grupo caso e 8,5% ($n=17$) do grupo controle. Constatou-se ainda a presença de associação estatística entre essa variável e a ocorrência de SC ($p=0,001$), identificando-se que o uso de drogas ilícitas acresce 3,78 vezes (IC 95%: 1,69 - 8,45) mais chance de ocorrência dessa patologia.

Quanto à variável tatuagens, constatou-se que consiste em algo bastante comum na atualidade, sendo verificada que grande parte das mulheres envolvidas nesse estudo possuía pelo menos uma imagem tatuada em seu corpo. Ao analisar a frequência relativa de ambos os grupos isoladamente, evidenciou-se que 50% ($n=25$) das mulheres pertencentes ao grupo caso possuíam pelo menos uma tatuagem, enquanto que 27% ($n=54$) do grupo controle se enquadravam nessa característica. Os testes estatísticos apontaram a existência de associação entre essa variável e a ocorrência de transmissão vertical da sífilis ($p=0,002$), evidenciando que a realização de tatuagens aumenta as chances da ocorrência desse agravo em 2,71 vezes (IC 95%: 1,43 - 5,11).

Acerca da utilização de piercings, notou-se que uma pequena quantidade de mulheres relatou uso desse dispositivo. Constatou-se a presença de associação estatística entre essa variável e a ocorrência de SC ($p=0,038$), sendo observado que a utilização do piercings aumenta em 2,79 vezes (IC 95%: 1,02 - 7,63) a chance de ocorrência de transmissão vertical da sífilis.

Além dessas variáveis relacionadas aos comportamentos de risco, outras características podem aumentar à vulnerabilidade de mulheres a infecção pela sífilis durante a gravidez/parto e a ocorrência da transmissão vertical desse agravo. Nesse contexto, foram questionadas também as puérperas a presença dos seguintes aspectos durante a gravidez: vivendo em situação de rua, vivendo em casa de familiares, mudança frequente de domicílio, situação e violência sexual, situação de violência física/verbal, profissional do sexo e parceira de presidiário, de acordo com a Tabela 6.

Tabela 6 - Distribuição das características relacionadas a situações de vulnerabilidade das puérperas segundo a presença do diagnóstico de sífilis congênita nos recém-nascidos no período de agosto de 2015 a janeiro de 2016 no HGCC. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2016.

| Variáveis | Caso | | Controle | | OR | IC 95% | Valor de <i>p</i> |
|--------------------------------|-----------|--------------|------------|--------------|--------------|----------------------|-------------------|
| | N | % | N | % | | | |
| <i>Situação de Rua</i> | | | | | | | |
| Sim | 2 | 4,0 | 2 | 1,0 | 4,12 | 0,57 - 30,03 | 0,130* |
| Não | 48 | 96,0 | 198 | 99,0 | | | |
| <i>Domicílio de Familiares</i> | | | | | | | |
| Sim | 22 | 44,0 | 95 | 47,5 | 0,87 | 0,47 - 1,62 | 0,657* |
| Não | 28 | 56,0 | 105 | 52,5 | | | |
| <i>Mudança de Domicílio</i> | | | | | | | |
| Sim | 24 | 48,0 | 56 | 28,0 | 2,37 | 1,26 - 4,48 | 0,007* |
| Não | 26 | 52,0 | 144 | 72,0 | | | |
| <i>Violência Sexual</i> | | | | | | | |
| Sim | 12 | 24,0 | 16 | 8,0 | 3,63 | 1,59 - 8,29 | 0,001* |
| Não | 38 | 76,0 | 184 | 92,0 | | | |
| <i>Violência Física/Verbal</i> | | | | | | | |
| Sim | 15 | 30,0 | 27 | 13,5 | 2,75 | 1,33 - 5,69 | 0,005* |
| Não | 35 | 70,0 | 173 | 86,5 | | | |
| <i>Profissional do Sexo</i> | | | | | | | |
| Sim | 4 | 8,0 | 1 | 0,5 | 17,31 | 1,89 - 158,47 | 0,001* |
| Não | 46 | 92,0 | 199 | 99,5 | | | |
| <i>Parceira de Presidiário</i> | | | | | | | |
| Sim | 3 | 6,0 | 1 | 0,5 | 12,70 | 1,29 - 124,85 | 0,006* |
| Não | 47 | 94,0 | 199 | 99,5 | | | |
| Total | 50 | 100,0 | 200 | 100,0 | | | |

* Teste qui-quadrado de associação de Pearson

Em relação à situação de rua, não houve associação estatística entre essa variável e a ocorrência de SC ($p=0,130$). Entretanto, mesmo sendo um quantitativo pequeno de puérperas que viviam nessa situação, vale salientar que quatro mulheres entrevistadas se enquadraram nessa categoria.

Acerca da variável residência com familiares, dentre os quais mãe, pai e irmãos, também não foi constatada associação estatística entre essa variável e a ocorrência de transmissão vertical da sífilis ($p=0,657$). Além disso, não houve diferenças percentuais significantes, existindo uma prevalência de puérperas que não viviam juntamente com seus

familiares em ambos os grupos com 56% (N=28) do grupo caso e 52,5% (n=105) do grupo controle.

Outra variável relevante que foi analisada consiste na mudança frequente de domicílio, caracterizado nesse estudo como a mudança de domicílio pelo menos uma vez por ano, podendo acarretar como consequência dificuldades no acesso a serviços de saúde e continuidade no acompanhamento pré-natal. Identificou-se um quantitativo significativo de puérperas que declararam passar por mudanças frequentes no local de residência, correspondendo a 48% (n=24) do grupo caso e 28% (n=56) do grupo controle. A avaliação estatística constatou a associação dessa variável com a ocorrência de SC ($p=0,007$), evidenciando que a mudança frequente de domicílio aumenta 2,37 vezes a chance de ocorrência de SC (OR: 2,37; IC 95%: 1,26 - 4,48).

Sobre a variável relacionada à violência sexual, constatou-se um percentual relevante de mulheres que sofrem esse tipo de violência, perfazendo um total de 28 casos: 24% (n=12) do grupo caso e 8% (n=16) do grupo controle. Evidenciou-se a presença de associação estatística entre as variáveis violência sexual e a ocorrência da transmissão vertical da sífilis ($p=0,001$), sendo identificado que mulheres que sofrem esse tipo de violência possuem 3,63 vezes mais chances de transmitirem verticalmente a sífilis a seus recém-nascidos (IC 95%: 1,59 - 8,29).

Quanto à violência física/verbal, notou-se que consistem em tipos de violência ainda mais frequentes. Vale salientar que 30% (n=15) das mulheres do grupo caso e 13,5% (n=27) do grupo controle sofreram já alguma espécie de violência, seja verbal ou física. Os testes estatísticos realizados apontaram para a existência de associação entre essa variável e a ocorrência de SC ($p=0,005$), constatando-se que mulheres que sofrem esse tipo de violência tem uma chance acrescida de 2,75 vezes de transmitir verticalmente a sífilis ao recém-nascido (IC 95%: 1,33 - 5,69).

Outro aspecto avaliado consiste na variável profissional do sexo, notando-se um quantitativo pequeno de mulheres que se enquadravam nessa característica. Mesmo sendo um quantitativo de apenas cinco mulheres que declararam atuar como profissionais do sexo, deve-se salientar a importância de analisar melhor esse público específico. Houve associação estatística entre essa variável e a ocorrência de transmissão vertical da sífilis ($p=0,001$), sendo observado que mulheres que atuam como profissionais do sexo possuem 17,31 (IC 95%: 1,89 - 158,47) vezes mais chance de transmitirem verticalmente a sífilis aos seus recém-nascidos.

Em relação às mulheres que eram parceiras de presidiários, verificou-se que quatro das puérperas entrevistadas declararam serem parceiras de indivíduos privados de

liberdade, sendo três do grupo caso e uma do grupo controle. A avaliação estatística demonstrou a existência de associação entre essa variável e a ocorrência de SC ($p=0,006$), evidenciando-se assim que mulheres que apresentavam parceria com presidiários possuem uma chance 12,70 vezes maior de transmitir verticalmente a sífilis (OR: 12,70; IC 95%: 1,29 - 124,85).

Sabe-se que a assistência durante o pré-natal, desde que realizado todos os procedimentos preconizados, consiste em ações que favorecem a identificação precoce de risco a gestante e ao conceito e tratamento de agravos em tempo hábil, representando um momento oportuno para a realização de ações que promovam a saúde e previnam doenças relacionadas ao binômio mãe-filho. Assim, nesse estudo, questionou-se sobre algumas variáveis relacionadas à assistência pré-natal e a associação das mesmas quanto à ocorrência de SC, de acordo com a Tabela 7.

Em relação ao número de consultas pré-natal, verificou-se uma diferença considerável entre os dois grupos envolvidos nessa pesquisa, sendo observado que no grupo caso 74% ($n=37$) puérperas realizaram um quantitativo inferior a sete consultas, enquanto que no grupo controle houve uma prevalência de puérperas que realizaram sete consultas ou mais de pré-natal, equivalendo a 53,5% ($n=107$) das mulheres. Notou-se a presença de associação estatística entre essa variável e a ocorrência de SC ($p=0,001$), concluindo-se que mulheres que realizam um quantitativo inferior ao recomendado de consultas de pré-natal possuem 3,27 vezes (IC 95%: 1,64 - 6,53) mais chance de transmitir verticalmente à sífilis.

Outro aspecto relacionado à assistência pré-natal que foi avaliado consiste na idade gestacional de início das consultas do pré-natal, sendo verificado que, em ambos os grupos, uma grande parte das mulheres iniciou o pré-natal com idade gestacional superior a 12 semanas, correspondendo a 78% ($n=39$) das puérperas do grupo caso e 49% ($n=98$) do grupo controle. Os testes estatísticos que foram aplicados demonstraram a existência de associação entre essa variável e a ocorrência de transmissão vertical da sífilis ($p=0,001$), evidenciando que mulheres que iniciam o pré-natal precocemente tem uma proteção maior, com diminuição da chance de ocorrência de SC em 73% (OR: 0,27; IC 95%: 0,13 - 0,56).

Analisou-se também a realização dos testes diagnósticos da sífilis durante o pré-natal, observando duas possibilidades: a realização do teste rápido da sífilis e a realização do VDRL em dois momentos distintos conforme preconização ministerial. Quanto à realização do teste rápido para diagnóstico da sífilis na gestação, notou-se que é um exame pouco difundido e realizado nas mulheres, sendo verificado que apenas 4% ($n=2$) das puérperas do grupo caso e 14% ($n=28$) do controle realizaram esse tipo de exame durante a assistência pré-

natal. Não foi identificada associação estatística entre essa variável e a ocorrência de SC ($p=0,052$).

Tabela 7 - Distribuição das características relacionadas a assistência pré-natal das puérperas segundo a presença do diagnóstico de sífilis congênita nos recém-nascidos no período de agosto de 2015 a janeiro de 2016 no HGCC. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2016.

| Variáveis | Caso | | Controle | | OR | IC 95% | Valor de <i>p</i> |
|---|-----------|--------------|------------|--------------|-------------|--------------------|-------------------|
| | N | % | N | % | | | |
| <i>Nº Consultas Pré-Natal</i> | | | | | | | |
| < 7 | 37 | 74,0 | 93 | 46,5 | 3,27 | 1,64 - 6,53 | 0,001* |
| 7 | 13 | 26,0 | 107 | 53,5 | | | |
| <i>IG Início das Consultas</i> | | | | | | | |
| 12 semanas | 11 | 22,0 | 102 | 51,0 | 0,27 | 0,13 - 0,56 | 0,001* |
| > 12 semanas | 39 | 78,0 | 98 | 49,0 | | | |
| <i>Teste Rápido de Sífilis</i> | | | | | | | |
| Sim | 2 | 4,0 | 28 | 14,0 | 0,26 | 0,06 - 1,11 | 0,052* |
| Não | 48 | 96,0 | 172 | 86,0 | | | |
| <i>2 VDRL no Pré-Natal</i> | | | | | | | |
| Sim | 5 | 10,0 | 116 | 58,0 | 0,08 | 0,03 - 0,21 | 0,001* |
| Não | 45 | 90,0 | 84 | 42,0 | | | |
| <i>Orientações IST / Gestantes</i> | | | | | | | |
| Sim | 8 | 16,0 | 101 | 50,5 | 0,19 | 0,08 - 0,42 | 0,001* |
| Não | 42 | 84,0 | 99 | 49,5 | | | |
| <i>Orientações IST / Parceiro</i> | | | | | | | |
| Sim | 3 | 6,0 | 21 | 10,5 | 0,54 | 0,16 - 1,90 | 0,334* |
| Não | 47 | 94,0 | 179 | 89,5 | | | |
| Total | 50 | 100,0 | 200 | 100,0 | | | |

* Teste qui-quadrado de associação de Pearson

Já em relação ao VDRL, notou-se que consiste em um exame com maior expansão, sendo realizado mais frequentemente durante a assistência pré-natal. Entretanto, nessa pesquisa foi considerado como adequado para detecção da sífilis a realização de dois testes de VDRL, conforme orientações ministeriais. Sendo assim, apenas 10% ($n=5$) das puérperas do grupo caso e 58% ($n=116$) do grupo controle realizaram dois exames de VDRL durante o pré-natal. Os testes estatísticos que foram aplicados demonstraram a existência de associação estatística entre essa variável e a ocorrência de transmissão vertical da sífilis ($p=0,001$), sendo evidenciado que mulheres que realizam esse exame conforme recomendado

tem um chance menor de ocorrência da SC, com diminuição de até 92% (OR: 0,08; IC 95%: 0,03 - 0,21).

Outro aspecto que foi questionado as puérperas que participaram dessa pesquisa consiste na participação, durante o pré-natal, de orientações educativas sobre IST, dentre as quais a sífilis, bem como a participação nessas intervenções educativas com o envolvimento do parceiro, para conscientização dos mesmos quanto ao risco desse agravo durante a gestação/parto.

Em relação à orientação de IST/Sífilis com enfoque na puérpera, verificou-se uma discrepância entre os grupos analisados, sendo identificado que apenas 16% (n=8) das puérperas do grupo caso e 50,5% (n=101) do grupo controle declararam ter recebido algum tipo de orientação sobre essas temáticas durante a consulta de pré-natal. Notou-se a existência de associação estatística entre essa variável e a ocorrência de SC ($p=0,001$), podendo-se concluir que mulheres que recebem orientações sobre IST/Sífilis durante o pré-natal possuem 81% menos chance de ocorrência de transmissão vertical desse agravo (OR: 0,19; IC 95%: 0,08 - 0,42).

Embora se tenha ciência da importância da orientação do parceiro durante o pré-natal, não foi identificada associação estatística entre essa variável e a ocorrência de transmissão vertical da sífilis ($p=0,334$). Verificou-se ainda que a participação e orientação do parceiro durante o pré-natal consistem em uma prática pouca difundida, pois apenas 24 mulheres envolvidas nesse estudo declararam que o parceiro recebeu orientações sobre IST/Sífilis no pré-natal.

Outros aspectos importantes que podem influenciar na ocorrência da SC consistem no CAP acerca da prevenção da transmissão vertical da sífilis. Dessa forma, foi realizada uma diversidade de questionamentos as puérperas, possibilitando essa avaliação e posteriormente a associação dessas variáveis com a ocorrência da SC. Inicialmente, apresentam-se as frequências absolutas e relativas de cada questionamento realizado para avaliar a adequação do CAP, sendo realizado, logo após, os cálculos de Odds Ratio (OR) com seus respectivos Intervalos de Confiança (IC), bem como o teste qui-quadrado de associação de Pearson, para elucidar as possíveis associações entre as variáveis mencionadas.

Quanto à avaliação do conhecimento das puérperas acerca da prevenção da SC, constatou-se que a maioria das mulheres já obteve informações sobre sífilis nas mais diversas fontes, conforme Tabela 8.

Tabela 8 - Distribuição das puérperas incluídas nos grupos caso e controle segundo o conhecimento acerca da prevenção da sífilis congênita nos recém-nascidos no período de agosto de 2015 a janeiro de 2016 no HGCC. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2016.

| Variáveis | Caso | | Controle | |
|--|------|------|----------|------|
| | N | % | N | % |
| Conhecimento Sobre Prevenção da Sífilis Congênita | | | | |
| Fonte de Informação Sobre Sífilis* | | | | |
| Televisão/Rádio | 19 | 38,0 | 53 | 26,5 |
| Profissionais de Saúde | 8 | 16,0 | 101 | 50,5 |
| Escola | 6 | 12,0 | 27 | 13,5 |
| Outros | 14 | 28,0 | 38 | 19,0 |
| Não Sabe informações Sobre Sífilis | 13 | 26,0 | 11 | 5,5 |
| Formas de Transmissão da Sífilis* | | | | |
| Sexual | 33 | 66,0 | 183 | 91,5 |
| Compartilhamento de Seringas | 17 | 34,0 | 21 | 10,5 |
| Transmissão Vertical | 15 | 30,0 | 137 | 68,5 |
| Outros | 3 | 6,0 | 5 | 2,5 |
| Não Sabe as Formas de Transmissão | 17 | 34,0 | 13 | 6,5 |
| Momento de Ocorrência da Transmissão Vertical* | | | | |
| Durante a Gravidez | 12 | 24,0 | 134 | 67,0 |
| Durante o Parto | 9 | 18,0 | 65 | 32,5 |
| Amamentação | 5 | 10,0 | 21 | 10,5 |
| Não Sabe o Momento da Transmissão | 3 | 6,0 | 3 | 1,5 |
| Cuidados para Prevenção da Sífilis* | | | | |
| Uso de Preservativo nas Relações Sexuais | 23 | 46,0 | 167 | 83,5 |
| Não Sabe os Cuidados | 17 | 34,0 | 21 | 10,5 |
| Prevenção Ginecológica | 21 | 42,0 | 31 | 15,5 |
| Outras | 9 | 18,0 | 19 | 9,5 |
| Cuidados para Prevenção da Sífilis Congênita* | | | | |
| Não Sabe os Cuidados | 37 | 74,0 | 43 | 21,5 |
| Tratamento da Gestante | 14 | 28,0 | 147 | 73,5 |
| Realização do Teste Diagnóstico | 12 | 24,0 | 134 | 67,0 |
| Outros | 11 | 22,0 | 29 | 14,5 |

* Um ou mais itens poderiam ser assinalados para cada questionamento realizado

A fonte de informação sobre sífilis consiste em um aspecto importante, pois reflete a relevância das seguintes características: ações dos profissionais da saúde no quesito da educação em saúde; influência dos meios de comunicação que acabam por influenciar direta ou indiretamente os hábitos saudáveis da população; participação da escola, núcleo que

tem como obrigação ser formador de opiniões; contribuição do meio social, onde a relação interpessoal acaba por ser objeto direto de prevenção. Vale salientar um percentual significativo de mulheres que não possuem informações sobre sífilis, sendo 26% (n=13) do grupo caso e 5,5% (n=11) do grupo controle.

Sobre a forma de transmissão da sífilis, a maioria das puérperas que participaram dessa pesquisa elencaram formas adequadas de difusão dessa infecção, dentre as quais se destacam as seguintes: relação sexual, com 66% (n=33) do grupo caso e 91,5% (n=183) do controle; transmissão vertical, com 30% (n=15) do grupo caso e 68,5% (n=137) do controle. Porém, ainda existe um quantitativo relevante de mulheres que desconhecem as formas de transmissão da sífilis, equivalendo a 34% (n=17) das participantes do grupo caso e 6,5% (n=13) do grupo controle. Além disso, constataram-se percepções completamente errôneas, pois algumas mulheres mencionaram o contato cutâneo/mucosa íntegra e a transmissão por vias aéreas como formas de infecção desse agravo.

Dentre as mulheres que indicaram a transmissão vertical como forma de infecção da sífilis, verificou-se que 24% (n=12) das puérperas do grupo caso e 67% (n=134) do grupo controle apresentaram concepções pertinentes sobre os momentos possíveis de transmissão vertical desse agravo, sendo elencados principalmente o período gestacional e o parto como momentos oportunos para ocorrência dessa transmissão.

Em relação aos cuidados para prevenção da sífilis, destacou-se a indicação do uso do preservativo nas relações sexuais como método preventivo desse agravo, correspondendo a 46% (n=23) das mulheres no grupo caso e 83,5% (n=167) no grupo controle, embora ainda seja verificado um elevado desconhecimento sobre os cuidados para prevenção da sífilis.

Para concluir a avaliação da adequação do conhecimento, questionou-se sobre os cuidados para prevenção da SC, sendo observada que grande parte das mulheres desconhecia os métodos preventivos da transmissão vertical desse agravo, perfazendo um total de 74% (n=37) do grupo caso e 21,5% (n=43) do grupo controle. Entretanto, foram elencados cuidados pertinentes para prevenção da SC, como: realização do teste diagnóstico da sífilis durante o pré-natal, necessidade de tratamento de gestantes infectadas e tratamento do parceiro.

Outro aspecto que foi alvo de análise consiste na atitude das puérperas para prevenção da SC, de acordo com a Tabela 9. Quanto à probabilidade de infecção/reinfecção por sífilis, a maioria indicou ser sempre provável, correspondendo a 54% (n=27) das indicações do grupo caso e 79,5% (n=159) do grupo controle.

Tabela 9 - Distribuição das puérperas incluídas nos grupos caso e controle segundo a atitude para prevenção da sífilis congênita nos recém-nascidos no período de agosto de 2015 a janeiro de 2016 no HGCC. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2016.

| Variáveis | Caso | | Controle | |
|--|------|------|----------|------|
| | N | % | N | % |
| <i>Atitude para Prevenção da Sífilis Congênita</i> | | | | |
| Probabilidade de a Mulher ser (Re)Infectada por Sífilis | | | | |
| Sempre Provável | 27 | 54,0 | 159 | 79,5 |
| Pouco Provável | 19 | 38,0 | 25 | 12,5 |
| Improvável | 3 | 6,0 | 15 | 7,5 |
| Não tem Opinião | 1 | 2,0 | 1 | 0,5 |
| Probabilidade do Parceiro ser Infectado por Sífilis | | | | |
| Sempre Provável | 18 | 36,0 | 155 | 77,5 |
| Pouco Provável | 23 | 46,0 | 37 | 18,5 |
| Improvável | 8 | 16,0 | 7 | 3,5 |
| Não tem Opinião | 1 | 2,0 | 1 | 0,5 |
| Necessidade de a Gestante Realizar o Teste para Sífilis | | | | |
| Sempre Necessário | 37 | 74,0 | 193 | 96,5 |
| Pouco Necessário | 7 | 14,0 | 5 | 2,5 |
| Desnecessário | 4 | 8,0 | 1 | 0,5 |
| Não tem Opinião | 2 | 4,0 | 1 | 0,5 |
| Necessidade de o Parceiro Realizar o Teste para Sífilis | | | | |
| Sempre Necessário | 18 | 36,0 | 155 | 77,5 |
| Pouco Necessário | 13 | 26,0 | 41 | 20,5 |
| Desnecessário | 18 | 36,0 | 3 | 1,5 |
| Não tem Opinião | 1 | 2,0 | 1 | 0,5 |
| Qual a Necessidade do Uso de Preservativo nas Relações | | | | |
| Sempre Necessário | 27 | 54,0 | 161 | 80,5 |
| Pouco Necessário | 11 | 22,0 | 17 | 8,5 |
| Desnecessário | 10 | 20,0 | 19 | 9,5 |
| Não tem Opinião | 2 | 4,0 | 3 | 1,5 |
| Necessidade de Acompanhamento em Mulheres Infectadas | | | | |
| Sempre Necessário | 43 | 86,0 | 198 | 99 |
| Pouco Necessário | 5 | 10,0 | 2 | 1 |
| Desnecessário | 1 | 2,0 | - | - |
| Não tem Opinião | 1 | 2,0 | - | - |
| Realização de Amamentação com Teste Positivo da Sífilis | | | | |
| Sim | 18 | 36,0 | 155 | 77,5 |
| Não | 32 | 64,0 | 45 | 22,5 |

No entanto, ao avaliar a probabilidade de infecção por sífilis pelo parceiro, um percentual inferior de mulheres em ambos os grupos mencionou ser sempre provável, equivalendo a 36% (n=18) das puérperas do grupo caso e 77,5% (n=155) do grupo controle. Dessa forma, salienta-se que a percepção de probabilidade reduzida do parceiro ser infectado por sífilis pode favorecer a realização de práticas de risco para infecção da sífilis, como a não utilização de preservativo, devido à confiança exacerbada no parceiro e a omissão das mulheres, dentre outros.

Acerca da necessidade de realização do teste diagnóstico da sífilis durante o pré-natal, questionou-se sobre a importância da efetivação desse exame tanto na gestante quanto no parceiro, constatando-se principalmente os seguintes resultados: 74% (n=37) das mulheres do grupo caso e 96,5% (n=193) do grupo controle indicaram ser sempre necessária a realização do teste diagnóstico da sífilis durante o pré-natal, enquanto que apenas 36% (n=18) das mulheres envolvidas no grupo caso e 77,5% (n=155) do grupo controle mencionaram a necessidade desse exame no parceiro.

Outro aspecto analisado consiste na necessidade do uso do preservativo nas relações sexuais para prevenção da sífilis, verificando-se que 54% (n=27) das puérperas do grupo caso e 80,5% (n=161) do grupo controle consideraram sempre necessária a utilização desse método de barreira nas relações sexuais. Porém, um percentual significativo das participantes dessa pesquisa considerou desnecessária a utilização do preservativo.

Quanto à necessidade de acompanhamento médico das mulheres infectadas pela sífilis, houve praticamente um consenso em ambos os grupos, considerando sempre necessária a realização desse acompanhamento. Já em relação à concepção dessas puérperas acerca da realização da amamentação em mulheres com teste positivo para sífilis, houve uma predominância no grupo caso da concepção de que a não amamentação seria o mais adequado, correspondendo a 64% (n=32) dos casos, enquanto que 77,5% (n=155) das participantes do grupo controle consideraram a realização da amamentação adequada mesmo em mulheres com diagnóstico de sífilis confirmado.

Para avaliação da adequação da prática com o intuito de prevenir a ocorrência de SC, foram realizados questionamentos sobre o diagnóstico prévio de IST, realização do teste diagnóstico da sífilis durante a gestação, utilização de preservativo antes e durante a gestação, momento do uso do preservativo durante as relações sexuais e motivo da não utilização do preservativo do início ao fim das relações sexuais, conforme indicado na Tabela 10.

Tabela 10 - Distribuição das puérperas incluídas nos grupos caso e controle segundo a prática para prevenção da sífilis congênita nos recém-nascidos no período de agosto de 2015 a janeiro de 2016 no HGCC. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2016.

| Variáveis | Caso | | Controle | |
|---|------|------|----------|------|
| | N | % | N | % |
| Prática para Prevenção da Sífilis Congênita | | | | |
| Diagnóstico Prévio de IST | | | | |
| Sim, mas foi tratada | 13 | 26,0 | 15 | 7,5 |
| Sim, mas não foi tratada | 14 | 28,0 | 7 | 3,5 |
| Não | 15 | 30,0 | 151 | 75,5 |
| Não sabe | 8 | 16,0 | 27 | 13,5 |
| Realização do Teste Diagnóstico da Sífilis na Gestação | | | | |
| Sim, duas vezes | 5 | 10,0 | 116 | 58 |
| Sim, apenas uma vez | 39 | 78,0 | 83 | 41,5 |
| Não | 6 | 12,0 | 1 | 0,5 |
| Uso do Preservativo Antes da Gestação | | | | |
| Sim, em todas as relações | 2 | 4,0 | 107 | 53,5 |
| Sim, mas não utiliza em todas as relações | 25 | 50,0 | 54 | 27 |
| Não | 23 | 46,0 | 39 | 19,5 |
| Uso do Preservativo Durante a Gestação | | | | |
| Sim, em todas as relações | 2 | 4,0 | 103 | 51,5 |
| Sim, mas não utiliza em todas as relações | 17 | 34,0 | 49 | 24,5 |
| Não | 31 | 62,0 | 48 | 24 |
| Momento do Uso do Preservativo nas Relações* | | | | |
| Utiliza do início ao fim das relações sexuais | 5 | 18,5 | 89 | 55,3 |
| Não utiliza do início ao fim das relações sexuais | 22 | 81,5 | 72 | 44,7 |
| Motivo da Não Utilização do Preservativo em Toda Relação** | | | | |
| Parceiro sexual não gosta | 14 | 63,6 | 53 | 73,6 |
| Porque incomoda | 5 | 22,7 | 11 | 15,3 |
| Porque dói | 2 | 9,2 | 7 | 9,7 |
| Não sabe | 1 | 4,5 | 1 | 1,4 |

* Foram incluídas apenas as puérperas que indicaram utilização do preservativo antes ou durante a gestação, independente da utilização desse método ocorrer em todas as relações ou não.

**Foram incluídas apenas as puérperas que indicaram a não utilização do preservativo do início ao fim das relações.

Sobre o diagnóstico prévio de IST, ao avaliar os grupos isoladamente, observou-se uma prevalência de diagnóstico prévio de IST nas puérperas que tiveram seus recém-nascidos diagnosticados com SC, perfazendo um total de 54% (n=27) das mulheres envolvidas nesse grupo em que mais da metade das mesmas não realizaram um tratamento

para essas patologias adequadamente. Já em relação ao grupo controle, 75,5% (n=151) das puérperas mencionaram não possuir diagnóstico prévio de nenhuma IST e 13,5% (n=27) não souberam dar considerações pertinentes sobre esse aspecto.

Acerca da realização do teste diagnóstico da sífilis na gestação, verificou-se que a grande maioria das mulheres envolvidas nesse estudo realizou pelo menos um exame para diagnóstico de sífilis durante o pré-natal. Entretanto, apenas 10% (n=5) das puérperas do grupo caso e 58% (n=116) do grupo controle realizaram os dois exames para avaliação desse agravo, conforme preconizado.

Em relação à utilização do preservativo antes e durante a gestação, constatou-se que uma parcela significativa das participantes dessa pesquisa declarou não utilizar esse método de barreira rotineiramente antes da gestação, equivalendo a 46% (n=23) do grupo caso e 19,5% (n=39) do grupo controle. Entretanto, observou-se, com a ocorrência da gestação, que essa prática ficou ainda mais escassa, perfazendo um total de 62% (n=31) das mulheres do grupo caso e 24% (n=48) do grupo controle que não utilizaram o preservativo nas práticas sexuais durante a gestação.

Dentre as mulheres que indicaram a utilização do preservativo nas relações sexuais, questionou-se acerca do momento do uso do preservativo nas relações sexuais, evidenciando-se uma distinção entre os grupos analisados, com predominância de utilização do preservativo do início ao fim das relações no grupo controle (55,3%; n=89), enquanto que no grupo caso houve uma prevalência maior de mulheres que não utilizavam o preservativo do início ao fim das relações sexuais (81,5%; n=22).

Ao analisar isoladamente o grupo de puérperas que não utilizava o método de barreira do início ao fim das relações sexuais, questionou-se o motivo da não utilização desse método de forma permanente, durante toda a relação. Assim, verificou-se que os principais motivos para o não uso contínuo do preservativo foram: parceiro sexual não gosta, incômodo e dor no momento da utilização desse método.

Por fim, observou-se a associação entre a adequação/inadequação do CAP das puérperas para prevenção da SC e a ocorrência desse agravo, de acordo com a Tabela 11.

Em relação ao conhecimento das puérperas sobre a prevenção da SC, considerou-se que 24% (n=12) do grupo caso e 67% (n=134) do grupo controle apresentou conhecimento adequado. Constatou-se uma associação estatística entre essa variável e a ocorrência de SC ($p=0,001$), evidenciando-se que o conhecimento adequado acerca da sífilis, bem como as formas de transmissão e cuidados para a prevenção desse agravo, constitui um fator de

proteção, reduzindo a ocorrência da transmissão vertical da sífilis em até 84% (OR: 0,16; IC 95%: 0,08 - 0,32).

Tabela 11 - Distribuição de puérperas segundo a Adequação do Conhecimento, Atitude e Prática de puérperas para prevenção da transmissão vertical da sífilis segundo a presença do diagnóstico de sífilis congênita nos recém-nascidos no período de agosto de 2015 a janeiro de 2016 no HGCC. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2016.

| Variáveis | Caso | | Controle | | OR | IC 95% | Valor de <i>p</i> |
|---------------------|-----------|------------|------------|------------|-------------|--------------------|-------------------|
| | N | % | N | % | | | |
| Conhecimento | | | | | | | |
| Adequado | 12 | 24,0 | 134 | 67,0 | 0,16 | 0,08 - 0,32 | 0,001* |
| Inadequado | 38 | 76,0 | 66 | 33,0 | | | |
| Atitude | | | | | | | |
| Adequada | 18 | 36,0 | 155 | 77,5 | 0,14 | 0,07 - 0,27 | 0,001* |
| Inadequada | 34 | 64,0 | 45 | 22,5 | | | |
| Prática | | | | | | | |
| Adequada | 2 | 4,0 | 103 | 51,5 | 0,04 | 0,01 - 0,17 | 0,001* |
| Inadequada | 48 | 96,0 | 97 | 48,5 | | | |
| Total | 50 | 100 | 200 | 100 | | | |

* Teste qui-quadrado de associação de Pearson

Acerca da atitude de puérperas para a prevenção da transmissão vertical da sífilis, verificou-se nessa pesquisa uma prevalência de 77,5% (n=155) de adequação desse quesito no grupo controle, enquanto que a maioria das puérperas do grupo caso possuía uma atitude inadequada, correspondendo a 64% (n=34) das mulheres desse grupo. Os testes estatísticos realizados apontaram a existência de uma associação entre essa variável e a ocorrência da SC (p=0,001), podendo-se concluir que mulheres que possuem uma atitude pertinente para a prevenção desse agravo, principalmente quanto à consciência da probabilidade de infecção pessoal e/ou do parceiro, necessidade de realização do teste diagnóstico da sífilis e necessidade do uso do preservativo, possuem uma diminuição de até 86% da chance de ocorrência desse agravo (OR: 0,14; IC 95%: 0,07 - 0,27).

Por fim, sobre a prática para a prevenção da SC, percebeu-se, em ambos os grupos, um percentual relevante de inadequação, perfazendo um total de 96% (n=48) das mulheres do grupo caso e 48,5% (n=97) do grupo controle. Evidenciou-se a existência de associação estatística entre essa variável e a ocorrência da transmissão vertical da sífilis (p=0,001), permitindo, dessa forma, inferir que mulheres que possuem uma prática adequada,

principalmente no que concerne a realização dos testes de diagnóstico da sífilis na gestação conforme preconizado e a utilização do preservativo de forma contínua nas relações sexuais, possuem um fator de proteção para não ocorrência da transmissão vertical desse agravo, com uma chance reduzida de até 96% (OR: 0,04; IC 95%: 0,01 - 0,17).

7 DISCUSSÃO

Diversos são os fatores que contribuem com a ocorrência de agravos no período gestacional. A vulnerabilidade dessas mulheres durante esse período e a possibilidade de transmissão de patologias ao concepto faz com que esse público mereça destaque nas discussões relacionadas à saúde pública, principalmente nos aspectos que concernem à assistência prestada à mulher durante o ciclo gestatório. Sendo assim, estudos que tenham o escopo de identificar fatores de risco para agravos gestacionais constituem temática de grande relevância, possibilitando a formulação de ações específicas que visem o controle dos principais agravos gestacionais, dentre os quais, destaca-se nessa pesquisa a sífilis gestacional e congênita (CAMPOS *et al.*, 2012; SARACENI; MIRANDA, 2012).

Avaliou-se, nesse estudo, a associação entre a ocorrência da SC e diversos aspectos sociodemográficos. Sendo assim, observou-se que a faixa etária entre 20 a 29 anos, escolaridade igual ou inferior a nove anos de estudo, renda familiar igual ou inferior a R\$ 788,00 reais representaram fatores que aumentam as chances de ocorrência da transmissão vertical da sífilis, enquanto que mulheres casadas ou em união estável, de raça branca e da religião católica apresentam um fator de proteção, com chances reduzidas para a ocorrência desse agravo. Já as variáveis procedência e ocupação não apresentaram associação estatística significativa com a SC.

Corroborando com esses resultados, pesquisa desenvolvida na Etiópia, envolvendo 2385 mulheres, com o intuito de avaliar a soroprevalência da sífilis em gestantes e os fatores de risco relacionados com esse agravo, identificou o seguinte resultado: detectou-se que 69 (n=2,9%) gestantes estavam infectadas com sífilis, sendo constatado que a faixa etária de maior prevalência para o diagnóstico desse agravo foi de 21-25 anos com 28 (n=40,6%) casos (ASSEFA, 2014).

Em relação à escolaridade, uma revisão sistemática, que possuía o objetivo de identificar os fatores de risco para infecção ao HIV e outras IST na China, alcançou resultados semelhantes aos encontrados nessa pesquisa, sendo evidenciado que baixo nível de escolaridade aumentam os riscos do HIV/IST em algumas populações, pois possuir nove ou menos anos de escolaridade foi um fator de risco para o HIV/IST (OR - 1,32; IC 95% 1,01-1,74) em um dos estudos incluídos nessa revisão, ampliando em 32% as chances de ocorrência desse agravo (ZHAO *et al.*, 2015).

Quanto à renda familiar, conforme pesquisa realizada em Fortaleza-CE, Brasil, com puérperas que frequentaram uma maternidade pública nesse estado, observou-se que a maioria das mulheres possuía renda familiar inferior a dois salários mínimos, correspondendo a 83,5% dos casos (ARAÚJO *et al.*, 2013). Entretanto, revisão sistemática, com o intuito de identificar os fatores de risco para infecção ao HIV e outras IST na China, constatou que indivíduos com menor renda foram menos propensos a ter múltiplos parceiros sexuais (OR = 0,61; IC 95% 0,47-0,78) e ser infectados com IST (OR = 0,56; IC 95% 0,44-0,70), em comparação com os seus homólogos de maior renda (ZHAO *et al.*, 2015).

Acerca do estado civil, pesquisa realizada em São Paulo-SP, Brasil, com a participação de 4128 indivíduos que eram atendidos em um centro de saúde especializado em IST, verificou resultados semelhantes, apresentados a seguir: 72,3% (n=2981) eram solteiras; 23,7% (n=977) eram casadas; 3,1% (n=128) eram divorciadas; 0,8% (n=35) eram viúvas e sete não relataram o estado civil. Essa investigação confirma uma prevalência menor de IST em mulheres casadas, quando comparada às solteiras, evidenciando associação entre essas variáveis (FAGUNDES *et al.*, 2013).

Sobre a característica relacionada à raça, em consonância com os resultados alcançados nesse estudo, pesquisa realizada em Belo Horizonte-MG, Brasil, com o escopo de descrever a incidência da SC no município de Belo Horizonte no período de 2001 a 2008 e os fatores de risco associados ao diagnóstico desse agravo, constatou que a maioria das mulheres que tiveram seus recém-nascidos diagnosticados com sífilis pertenciam a raça preta, parda, indígena e amarela, correspondendo a 71% dos casos (LIMA *et al.*, 2013).

Em relação à religião, identificou-se, nessa investigação, que a participação na religião católica representa um fator de proteção para a SC, diminuindo as chances de ocorrência desse agravo. Os níveis de religiosidade e os princípios associados ou não à cultura de cada população podem influenciar positivamente na proteção contra fatores/comportamentos de risco, favorecendo a melhor percepção de perigo ou ameaça às IST aos quais os indivíduos estão expostos (GOMES *et al.*, 2013; LUK *et al.*, 2013). Porém, alguns mitos ligados à religiosidade precisam ser superados, pois ainda são constatadas diversas percepções errôneas sobre os motivos de ocorrência das IST no geral. Exemplo disso, estudo realizado na Nigéria, com 172 gestantes acerca do CAP voltados à prevenção da infecção por HIV, constatou que 61,6% das participantes acreditavam que a infecção era causada por um vírus, enquanto 44,2% afirmaram ser um castigo de Deus e 3,5% indicaram ser resultado de bruxaria (MOSES; UDO; OMOTORA, 2009).

Analisaram-se também aspectos relacionados ao perfil ginecológico e obstétrico das puérperas entrevistadas nessa pesquisa, e a correlação desses aspectos com a ocorrência da SC, sendo identificado que o início precoce da vida sexual, hábitos sexuais com múltiplos parceiros, história prévia de IST e a não utilização de anticoncepcionais são aspectos que ampliam as chances de ocorrência desse agravo. As variáveis comportamento sexual, realização prévia de consultas ginecológicas e número de partos anterior não apresentaram significância estatística.

A correlação da sífilis com a precocidade de início da vida sexual também foi verificada em outras investigações (FERNANDES *et al.*, 2015; YANG *et al.*, 2013). No contexto brasileiro, inquérito buscou avaliar os fatores de risco relacionados com a transmissão vertical da sífilis em mulheres infectadas por esse agravo através de um ensaio molecular. Segundo os resultados da pesquisa, houve uma prevalência da coitardia antes dos 16 anos, correspondendo a 77% (183/237) no grupo caso e de 63,2% (191/302) no grupo controle, com uma correlação significativa ($p = 0,0007$) (CARSAL; ARAÚJO; CORVELO, 2013)

O início precoce da vida sexual denota que estratégias de planejamento familiar e promoção da saúde sexual e reprodutiva devem contemplar de forma intensiva o período da adolescência, uma vez que este pode ser determinante na resolução da história ginecológica e obstétrica desses jovens. A adolescência é marcada por profundas transformações e experiências inerentes à sexualidade, porém nem sempre os adolescentes estão preparados para a iniciação sexual, podendo se submeter a riscos e frustrações (MENDOÇA *et al.*, 2012). Dentre os fatores que contribuem para a iniciação sexual precoce feminina estão: manifestação espontânea, violência física, pressão social, além do comércio sexual (CAMPOS; SCHALL; NOGUEIRA, 2013).

Uma vez que um dos critérios de risco para avaliar a vulnerabilidade às IST consiste na multiplicidade de parceiros, buscou-se verificar a sua correlação com a SC. Corroborando com os resultados encontrados, uma coorte prospectiva, realizada de 2007 a 2012, investigou os determinantes da transmissão vertical da sífilis na China. Nesse estudo, a análise da regressão logística múltipla dos fatores de risco para a transmissão vertical da sífilis, identificou que a multiplicidade de parceiro aumentou as chances em 51% para a ocorrência da transmissão vertical (OR: 1,51; IC: 1,01 - 2,25; $p: 0,043$) (QIN *et al.*, 2014c).

Porém, vale lembrar que a crença no amor como ilusória proteção às IST entre pessoas que possuem parcerias estáveis tem elevado os casos de IST em mulheres com parcerias fixas. Assim, independentemente do número e estabilidade da parceria sexual, o uso

do preservativo em todas as relações é imprescindível para a prevenção de IST e a quebra da cadeia epidemiológica (NICOLAU *et al.*, 2012b).

No tocante a não utilização de anticoncepcionais, estudo apoia os achados encontrados nessa investigação, no qual a utilização da pílula (OR: 0,3; IC: 0,1 - 1; p: 0,05), implantes (OR: 0,5; IC: 0,1 - 0,9; p: 0,03) mostraram-se como fator protetor e o não uso de preservativo masculino (OR: 2,3; IC: 1,6 - 3,3; p 0,001) ampliou as chances de ocorrência das IST (MUSYOKI *et al.*, 2015).

Ratificando os achados obtidos, em relação a história prévia de IST, investigação avaliou a prevalência, o comportamento sexual e os fatores associados com a sífilis. Dentre os resultados encontrados, a história prévia de úlceras genitais foi um fator de risco para ocorrência de sífilis anterior (OR: 2,53; IC: 1,67 - 3,86; p 0,05) e sífilis ativa (OR: 2,76; IC: 1,30 - 5,89; P 0,05), bem como a sorologia positiva para HIV aumentou em 61% as chances de ocorrência de sífilis anterior (OR: 1,61; IC: 0,95 - 2,72; p 0,05) (FERNANDES *et al.*, 2015).

Nessa pesquisa, outros aspectos que apresentaram associação estatística significativa, consistindo em fatores que potencializam as chances de ocorrência da SC, são elencados a seguir: tabagismo, uso de bebida alcoólica, uso de drogas ilícitas, tatuagens e piercings. Essas variáveis, concernentes aos hábitos de vida das puérperas, por demonstrarem associação com a ocorrência da transmissão vertical da sífilis, devem ser amplamente discutidas e analisadas pelos profissionais de saúde, com o intuito de verificar que tipo de associação existe entre as mesmas e a incidência desse agravo, possibilitando o estabelecimento de ações e políticas específicas que visem o controle dessa infecção.

Quanto ao hábito tabagismo, corroborando com os dados obtidos nesse estudo, uma pesquisa brasileira, desenvolvida em diversos bairros da zona urbana de Manaus, envolvendo 690 gestantes atendidas na demanda espontânea de uma instituição de saúde desse município, evidenciou que a sífilis durante a gestação foi mais prevalente que outras IST, como Hepatite B e HIV, sendo 24% das gestantes envolvidas nesse estudo tabagistas (MACHADO FILHO *et al.*, 2010).

Pesquisa semelhante, realizada em Israel na província denominada Be'er-Sheva, investigou os fatores associados à sífilis na gestação, incluindo 156 mulheres que possuíam esse agravo. Identificou-se, nesse estudo, que o uso do tabaco amplia as chances de ocorrência da sífilis na gestação, verificando-se uma RC de 3,35 (KRAKAUER *et al.*, 2012). Diversos outros estudos, apontam que o tabagismo pode indicar um estilo de vida que aumenta os riscos de aquisição de IST (LAGO; VACCARI; FIORI, 2013; MESQUITA, *et al.*, 2012;

RAJAPURE *et al.*, 2013), sendo relevante o incentivo de hábitos de vida saudáveis por meio de estratégias educativas realizadas pelos profissionais de saúde, pois possibilitam uma menor exposição a comportamentos de risco para sífilis e outras IST.

Já em relação ao uso de bebidas alcoólicas, identificou-se em revisão sistemática, contendo 30 artigos, que tinha escopo de avaliar a associação entre o etilismo e comportamentos sexuais de risco para IST, que 27 estudos mostraram correlação direta ou indireta entre o abuso de álcool e o sexo desprotegido. Após a análise de todos os manuscritos científicos incluídos nessa revisão, com pesquisas desenvolvidas em diversos países como Uruguai, México, Colômbia e Peru, confirmou-se que o consumo de álcool interfere na percepção de risco e favorece alguns comportamentos que ampliam o contato e disseminação de IST, como multiplicidade de parceiros e uso inconsciente de preservativo (VAGENAS, *et al.*, 2013).

Resultados entre a associação do abuso etílico e o aumento das chances de infecção por IST são apresentados em diversos estudos, abrangendo públicos distintos (DEISS *et al.*, 2013; RAJAPURE *et al.*, 2013). Exemplo disso pode ser identificado em estudo realizado em 28 estados da Índia, com a participação de 14967 adultos na faixa etária de 15-49 (7155 homens e 7812 mulheres), sendo evidenciada uma prevalência geral de IST entre os entrevistados equivalente a 2,5% (IC 95%: 1,9-3,1). Além disso, constatou-se que a prevalência das IST é significativamente maior entre os usuários de álcool do que entre os entrevistados não etilistas, correspondendo a 3,6% e 2,1%, respectivamente (PANDEY *et al.*, 2012).

Sobre o uso de drogas ilícitas, como maconha, cocaína, crack, dentre outras, averiguou-se vários estudos que apontaram a associação entre o uso dessas drogas e o aumento do risco de IST, dentre as quais se destaca a sífilis (MEDHI *et al.*, 2012; MESQUITA, *et al.*, 2012; RAJAPURE *et al.*, 2013). Os efeitos neurológicos dessas substâncias repercutem em condutas desinibidas e inconscientes, interferindo no processo de tomada de decisão e, conseqüentemente, em práticas sexuais inseguras. Além dessas repercussões negativas, verifica-se que a prática de troca de sexo por drogas é um comportamento observado entre os usuários, ampliando ainda mais a exposição desses indivíduos às IST (CASAL; ARAÚJO; CORVELO, 2013).

Estudo realizado em Xangai, na China, com o objetivo de avaliar a existência de comportamentos sexuais de risco entre usuários de drogas, constatou que, dos 276 participantes incluídos na referida pesquisa, 43,8% declararam possuir relação com dois ou mais parceiros nos últimos 30 dias que precederam a entrevista, 48,9% relataram a ocorrência

de práticas sexuais com parceiros não regulares e 67,4% referiram ter relações sexuais desprotegidas (DING *et al.*, 2013). Outra pesquisa, realizada no Paquistão, verificou uma predominância de sífilis em gestantes em regiões que existiam um maior consumo de drogas entre homens, nos quais estavam inseridos os parceiros dessas mulheres, concluindo-se que pode existir influência entre a ocorrência desse agravo e o relacionamento com parceiros usuários de drogas (SETH *et al.*, 2011)

Acerca da variável Tatuagem, estudo desenvolvido em Andhra Pradesh, na Índia, apresentou resultado semelhante a essa pesquisa, ao identificar a associação entre a presença de tatuagem e a maior vulnerabilidade às IST, embora com público distinto, destacando-se os aspectos seguintes: 12.617 indivíduos participaram da pesquisa, sendo 2,08% e 1,42% a prevalência de sífilis entre homens e mulheres, respectivamente; para os homens identificou-se associação estatística entre a ocorrência da sífilis e diversos aspectos como tatuagens, mais de três parceiros sexuais ao longo da vida, o consumo de tabaco, e sexo com homens nos últimos seis meses (SCHNEIDER *et al.*, 2010). Estudo desenvolvido em Salvador, Bahia, também identificou associação entre essas variáveis, ao observar correlação entre o diagnóstico de Hepatite B e presença de tatuagens, com a obtenção de associação estatística significativa entre esses aspectos (MATOS *et al.*, 2013).

Uma metanálise desenvolvida com o objetivo de avaliar a associação de outra IST com a presença de tatuagens e piercings, apresentou os seguintes resultados: dentre os artigos analisados que especificaram o local da tatuagem e/ou piercings não mostraram nenhuma evidência definitiva para um aumento do risco da IST analisada, quando tatuagens e piercings foram recebidos em salões profissionais. No entanto, o risco de infecção é significativo, especialmente entre os grupos de alto risco, quando tatuagens são aplicadas nos estabelecimentos prisionais ou por amigos (TOHME; HOLMBERG, 2012). Sendo assim, intervenções de prevenção são necessárias para evitar a transmissão de IST de forma geral a partir de tatuagem o piercing nas prisões, lares e outros locais potencialmente não estéreis. Além disso, os jovens também devem ser educados sobre a necessidade de ter tatuagens e piercings realizados em condições estéreis para evitar a ocorrência de IST.

Ainda sobre esses aspectos, outro estudo realizado na região da Puglia-Itália a fim de verificar o conhecimento sobre os riscos relativos à prática de arte corporal entre adultos jovens, envolvendo 1598 indivíduos, identificou que 29% da amostra apresentou pelo menos um piercing ou tatuagem (esse percentual não inclui a perfuração do lóbulo da orelha em mulheres). 78,3% acreditavam que é arriscado se submeter a práticas de perfuração / tatuagem. Além disso, a AIDS foi indicada como uma possível infecção por 60,3% dos

calouros, hepatite C por 38,2%, 34,3% tétano e hepatite B em 33,7% da amostra. Vale salientar que 28,1% dos calouros não estavam cientes de que há também complicações não-infecciosas (QUARANTA *et al.*, 2011).

Nessa pesquisa, foram avaliadas situações de vulnerabilidade que podem influenciar a ocorrência de IST, dentre esses aspectos destacam-se: situação de rua; mudança frequente de domicílio; ocorrência de violência sexual, física ou verbal; profissional do sexo e parceria com indivíduo privado de liberdade.

Em relação à situação de rua, não houve associação estatística entre essa variável e a ocorrência de SC ($p=0,130$). Entretanto, é importante salientar que pessoas em situação de rua constituem um grupo populacional com grande vulnerabilidade às IST (MCINNES; LI; HOGAN, 2013; PINTO *et al.*, 2014), apresentando alta prevalência de sífilis quando comparado a população geral (BEIJER; WOLF; FAZEL, 2012). No Brasil existem poucos estudos que analisam esse problema e os principais aspectos relevantes para a estruturação de políticas públicas de saúde voltadas a esse grupo (ADORNO, 2011).

No presente estudo houve uma alta prevalência de sífilis em mulheres em situação de rua (50%). Em investigação realizada na cidade de São Paulo-SP, Brasil, cujo objetivo foi verificar a prevalência de Sífilis e fatores associados à população em situação de rua, utilizando o teste rápido, a prevalência identificada foi 7%, inferior aos achados desse estudo (PINTO *et al.*, 2014). Contudo, salienta-se que a alta prevalência encontrada nessa pesquisa se justifica ao fato de não ser o objetivo primário desse estudo avaliar especificamente essa população. Além disso, os resultados achados nessa pesquisa podem estar associados à quantidade reduzida de moradores de rua que foram incluídas nesse estudo, inviabilizando análises mais aprofundadas acerca da correlação da sífilis congênita nesse público específico.

Estudo nacional identificou perfil de maior vulnerabilidade para as IST na população em situação de rua, estando associada a uma complexa teia de fatores, que conjuga para os seguintes aspectos: diferenças geracionais e de gênero; características relacionadas às práticas e tipo de parceria sexual; o uso de drogas e álcool e a falta de acesso às ações de prevenção das IST e Aids. O uso inconsistente (às vezes/nunca) do preservativo foi referido por aproximadamente 2/3 dos moradores de rua e alta taxa de coinfeção HIV sífilis foi constatada (GRANJEIRO *et al.*, 2012).

No tocante a variável mudança frequente de domicílio, entendida como a mudança de domicílio pelo menos uma vez por ano, constatou-se que esse aspecto pode desencadear maior vulnerabilidade a determinadas condições patológicas do indivíduo em condição sazonal (MCGREADY *et al.*, 2014). A perda do vínculo à unidade de saúde

primária, a descontinuidade assistencial, a dificuldade de novo acesso dos serviços de saúde e fragmentação de um cuidado iniciado anteriormente em outro distrito de saúde são aspectos que geram um aumento do risco a várias morbidades, (HOOGENBOOM *et al.*, 2015) já que os indivíduos não integram mais suas redes de atenção à saúde anteriormente inserida.

Nesse aspecto, as redes de atenção à saúde são entendidas como arranjos organizativos de unidades funcionais de saúde, pontos de atenção e apoio diagnóstico e terapêutico, onde são desenvolvidos procedimentos de diferentes densidades tecnológicas que, integrados através de sistemas de apoio e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (LAVRAS, 2011).

Em relação às violências sexuais, físicas e verbais, verificou-se nessa pesquisa que mulheres com histórico de situação de violência possuem maiores chance de transmitir verticalmente à sífilis, consistindo, dessa forma, em um aspecto que potencializa a ocorrência desse agravo. Entende-se por violência sexual qualquer ato de natureza sexual tentado ou consumado sem o consentimento da mulher, exercido por meio coercitivo ou intimidatório, com emprego de armas, força física, ameaça ou temor psicológico. Ao mesmo tempo, a violência sexual é considerada grave violação de direitos humanos e problema de saúde pública, representando a extrema restrição da autonomia sexual e reprodutiva da mulher. Já a violência física é compreendida basicamente como qualquer conduta que ofenda a integridade ou saúde corporal da mulher (BRASIL, 2011c).

Estima-se que a violência sexual atinja 12 milhões de pessoas a cada ano no mundo. Embora estatísticas ainda sejam parcas no tocante à extensão da violência sexual, sabe-se que são frequentes os abusos sexuais intrafamiliares - como o incesto e o estupro, em especial, e o sexo forçado perpetrado por parceiros íntimos. No Brasil, 23% das mulheres estão sujeitas a violência doméstica - forma mais recorrente da violência de gênero na esfera privada - sendo que 70% desses crimes contra mulheres ocorrem dentro de casa e são praticadas pelo próprio companheiro ou marido (BRASIL, 2012d).

Estudo desenvolvido em Fortaleza, Ceará, com o objetivo de analisar a prevalência e fatores associados à violência por parceiro íntimo após diagnóstico de IST, apresentou os seguintes resultados: 221 pessoas (40,3% do sexo masculino e 59,7% do feminino) atendidas em serviços de referência para tratamento de IST participaram do estudo; referiram ter sofrido violência após o diagnóstico de IST 30,3% dos participantes, sendo 27,6% psicológica, 5,9% física e 7,2% sexual (ANDRADE *et al.*, 2015a).

Outra pesquisa, realizada nos EUA com o escopo de avaliar a associação entre as taxas de crimes violentos e a ocorrência de IST, entre os anos de 1981 a 2010, constatou

também a correlação entre a gonorreia e o acontecimento de crimes violentes ($p=0,001$) nos locais do estudo, bem como se verificou que as taxas de sífilis também foram consistentemente associadas com a ocorrência de situações de violência (CHESSON *et al.*, 2013).

A violência sexual gera grandes repercussões na saúde física da mulher, desde o risco de contaminação por IST, entre elas, o HIV, até gravidez indesejada, agravando o quadro já traumático, e na saúde mental da pessoa através da ocorrência de quadros de depressão, síndrome do pânico, ansiedade e distúrbios psicossomáticos. É preciso entender que, para quem sofreu tal crime, o simples fato de ter de procurar o sistema de saúde e/ou delegacia de polícia, é já um agravo resultante dessa violência, impactando diretamente na sobrecarga desses serviços (BRASIL, 2012d).

Acerca da variável mulheres profissionais do sexo, constatou-se nos resultados dessa pesquisa que esse aspecto aumenta as chances de ocorrência da SC. Convergindo com os dados identificados, estudo realizado na província de Jinan-China, com o intuito de examinar a prevalência de HIV e Sífilis em mulheres profissionais do sexo, observou que dos 363 e 432 indivíduos que foram recrutados e entrevistados, respectivamente nos anos de 2008 e 2009, houve uma prevalência de sífilis de 2,8% e 2,2% nesse período analisado. Somente 60,8% dos indivíduos em 2008 e 48,3% em 2009 relataram um uso consistente do preservativo com os clientes durante o mês anterior a participação na pesquisa (LIAO *et al.*, 2012).

Outra pesquisa desenvolvida em Xangai, na China, para examinar a soroprevalência do vírus Herpes, sífilis e HIV entre trabalhadoras do sexo, com a participação de 793 mulheres, identificou que a maioria das mesmas era imigrante, realizando atividades sexuais profissionalmente há mais de dois anos e casadas, tendo um conhecimento para IST/HIV limitado. Constatou-se ainda que a utilização do preservativo consistiu em prática pouco comum tanto no sexo conjugal quanto no extraconjugal não comercial, porém bastante frequente para o sexo comercial. Cerca de 25% relataram ter IST no ano anterior a pesquisa, com uma porção substancial das mesmas não tratada ou tratada inadequadamente. Além disso, a prevalência global de sífilis foi de 4,6% em 2008 e 2,4% em 2009 (YANG *et al.*, 2011).

Diversos outros estudos apresentam associação entre a prática de sexo profissionalmente e aumento das chances de ocorrência de IST (CHERSICH *et al.*, 2014; WONG *et al.*, 2012), evidenciando assim que essas mulheres que desenvolvem essa prática apresentam um fator de risco ampliado à ocorrência desses agravos. Sendo assim, mulheres profissionais do sexo consistem em um público bastante específico que apresenta

comportamento de risco às IST, sendo necessário o desenvolvimento de ações direcionadas a esse público com o intuito de prevenir a ocorrência dessas infecções.

Outro aspecto que merece destaque consiste na parceria das mulheres com presidiários, sendo verificado nesse estudo que essa característica amplia as chances de ocorrência da SC. Corroborando com esses resultados, estudo envolvendo 17.000 prisioneiros, realizado na Cidade do México, evidenciou uma prevalência significativa de indivíduos privados de liberdade com IST, conforme apresentado a seguir: 0,7% de HIV; 2,0% de Sífilis; 0,15% de Hepatite B e 3,2% de Hepatite C (BAUTISTA-ARREDONDO *et al.*, 2015).

Pesquisa desenvolvida em Toscana, na Itália, com o escopo de avaliar a saúde de detentos dessa localidade, verificou os seguintes aspectos: alto consumo de tabaco, com 70,6% de fumantes regulares entre os reclusos; 9,0% de infecção pela Hepatite C; 2,2% de contaminação pelo vírus da Hepatite B e 1,4% pelo HIV (VOLLER *et al.*, 2011). Dessa forma, pode-se inferir que esse público apresenta elevada vulnerabilidade às IST, sendo mais afetada por essas doenças infecciosas que a população em geral. A própria reclusão e a adoção de práticas desprotegidas nesse ambiente, favorecem a elevação do risco desses agravos.

Com relação à assistência pré-natal, principalmente as ações específicas para prevenção da sífilis gestacional e congênita, consistiu também em aspecto amplamente analisado. Dentre os fatores relativos ao acompanhamento em saúde das mulheres durante a gestação que foram avaliados nessa pesquisa, destacam-se: número de consultas pré-natal realizadas pelas mulheres entrevistadas durante a gestação vigente; idade gestacional de início dessas consultas; realização de teste rápido e VDRL para diagnóstico da sífilis; participação da puérpera e de seu parceiro sexual em estratégias educativas com enfoque nas IST.

Apesar de um enfoque global sobre requisitos mínimos relacionados aos cuidados pré-natais, existem disparidades bem reconhecidas quanto a essa assistência e, conseqüentemente, nos resultados da saúde materna e infantil. Quase todas as mortes maternas (99%) ocorrem em países com situações econômicas desfavoráveis. Embora seja bem documentado que as mulheres que habitam nesses países tendem a acessar o pré-natal tardiamente e assistir uma quantidade insuficientes de consultas, as razões para o acesso inadequado variam muito e podem ser estreitamente ligada à cultura ou infraestrutura de saúde local (BERNARDES *et al.*, 2014).

Diversos estudos apontam a correlação entre a ocorrência de sífilis gestacional/congênita e a qualidade insatisfatória do pré-natal (COSTA *et al.*, 2013;

DOMINGUES *et al.*, 2013b; MAGALHÃES *et al.*, 2013; MESQUITA *et al.*, 2012), constatando-se que esses agravos consistem em condições evitáveis, desde que corretamente diagnosticada e tratada durante o acompanhamento na gestação. Logo, a avaliação precisa do uso da assistência pré-natal e as barreiras associadas ao seu acesso é o primeiro passo crucial no desenvolvimento de programas de saúde pública específicas para melhorar o acesso pré-natal com risco habitual e de alto risco (HAWLEY *et al.*, 2014).

Em relação ao número adequado de consultas, para possibilitar a análise da adequação desse aspecto, consideraram-se as recomendações do MS do Brasil que desde 2011, com a Estratégia Rede Cegonha, passou a recomendar a realização de no mínimo sete consultas para uma gestação a termo (BRASIL, 2011a). Sendo assim, evidenciou-se nessa pesquisa que a realização de um quantitativo insatisfatório de consulta apresentou associação estatística com a ocorrência de SC, indicando que a realização de um número inferior a sete consultas potencializam as chances de ocorrência desse agravo.

Sobre essa variável, pesquisa transversal, realizada no Rio de Janeiro-RJ, Brasil, com 2422 gestantes em acompanhamento pré-natal nos anos de 2007 e 2008, identificou que a maioria das mulheres que participaram do estudo realizou um quantitativo adequado de consultas, equivalendo a 87,28%. Entretanto, ao avaliar isoladamente os casos de sífilis gestacional durante o período em estudo, verificou-se uma maior ocorrência desse agravo entre as gestantes que realizaram um número insatisfatório de consultas, correspondendo a uma prevalência de 11,0 (DOMINGUES *et al.*, 2013b).

Corroborando com esses resultados, estudo desenvolvido na Colômbia em 2011, com o escopo de avaliar os índices epidemiológicos e os fatores associados com a sífilis gestacional e congênita, verificou que 30% das mulheres diagnosticadas com sífilis durante a gestação não realizaram um quantitativo de consultas satisfatórias, sendo que apenas 8% receberam terapia antibiótica pertinente durante a gestação, agravando ainda mais o quadro e favorecendo a ocorrência da transmissão vertical da sífilis (CRUZ *et al.*, 2013).

Pesquisa realizada em Recife, Pernambuco, observou que entre 2004 a 2006, foram detectados 700 casos de SC em crianças menores de um ano de idade, sobre um total de 68.807 NV, das quais 26,11% realizaram menos de quatro consultas e 48,69% entre quatro a seis acompanhamentos pré-natais, evidenciando uma baixa adesão desse público às ações de assistência em saúde (MELO; MELO FILHO; FERREIRA, 2011).

Em relação à idade gestacional de início das consultas de pré-natal, verificou-se, nessa pesquisa que grande parte das mulheres iniciou esse acompanhamento com idade gestacional superior a 12 semanas, correspondendo a 78% (n=39) das puérperas do grupo

caso e 49% (n=98) do grupo controle. Utilizaram-se informações ministeriais como referencial para adequação desse parâmetro contidas em manual que indicam dez passos para o pré-natal de qualidade na atenção básica, dentre eles, iniciar o pré-natal na Atenção Primária à Saúde até a 12ª semana de gestação (captação precoce) (BRASIL, 2012c).

Pesquisa desenvolvida em Vitória-ES, Brasil, entre os anos de 2009 e 2010, com a participação de 360 mulheres, apresentou resultados semelhantes, destacando-se o seguinte: apenas 44,7% das mulheres iniciaram o pré-natal antes do 4º mês de gestação, embora 75,6% tenham realizado um quantitativo igual ou superior a seis consultas. Esses achados reforçam a procura tardia das gestantes aos serviços de saúde, inviabilizando, muitas vezes, a realização adequada de todos os procedimentos recomendados (POLGLIANE *et al.*, 2014).

Em relação aos testes diagnósticos da sífilis, identificou-se, nessa pesquisa, achados que demonstram a dificuldade de acesso e/ou adesão quanto à realização desses exames, observando-se que mais de 85% das puérperas envolvidas no estudo não haviam realizado teste rápido de diagnóstico da sífilis durante a gestação, bem como apenas 10% (n=5) das puérperas do grupo caso e 58% (n=116) do grupo controle realizaram dois exames de VDRL durante o pré-natal. Conforme as recomendações do MS brasileiro o exame VDRL deve ser solicitado e realizado em dois momentos durante a gestação: na primeira consulta ou primeiro trimestre e no terceiro trimestre (BRASIL, 2012c).

Estudo realizado no Sul da China, envolvendo 1567 casos de SC diagnosticados no ano de 2009, apresentou os seguintes resultados: as estratégias de política estabelecidas no plano nacional, que eram aplicadas rotineiramente, levaram a um resultado que ficou aquém do alvo, enquanto que uma estratégia de controle da sífilis abrangente, com aumento da cobertura de triagem pré-natal, associou-se com 157 (95% IC: 154 - 160) casos de SC evitados por 100.000 NV (85% redução) (TAN *et al.*, 2013).

Outro estudo, desenvolvido na região Ashanti do Gana com o intuito de analisar fatores associados à falta de triagem de sífilis no pré-natal, identificou os seguintes fatores de risco: nível de educação mais baixo; realização predominante de consultas pré-natal em estabelecimento de saúde privado; acompanhamento durante a gestação menor que quatro consultas; negatividade na triagem ao HIV dentre outros (DASSAH; ADU-SARKODIE; MAYAUD, 2015).

No Brasil, pesquisa realizada no município de Santa Maria com a participação de 910 puérperas entrevistadas com o escopo de realizar uma avaliação da qualidade do pré-natal, identificou também um quantitativo reduzido de mulheres que realizaram o VDRL no

pré-natal. Notou-se que 65% não realizaram VDRL na primeira consulta e que 63% não realizaram esse teste no terceiro trimestre (ANVERSA *et al.*, 2012).

Embora o teste rápido para diagnóstico da sífilis tenha o intuito de ampliar o acesso à população geral ao diagnóstico precoce e tratamento oportuno, sendo úteis em locais com baixa adesão ao pré-natal, com poucos recursos e de difícil acesso, encontra-se ainda dificuldade para real implantação desses testes na prática assistencial. A introdução do teste rápido no arsenal diagnóstico para melhorar a cobertura de triagem para sífilis na gravidez, permitindo tratamento imediato, é uma sugestão na literatura internacional e já tem sido discutida para ser adotada em território nacional, à semelhança do que se faz com o teste rápido de HIV. Compõe a proposta de qualificação da atenção pré-natal dentro do projeto Rede Cegonha, do MS (AMARAL, 2012).

Um dos entraves para implantação adequada do teste rápido de sífilis nas unidades de atenção primária em saúde consiste no desconhecimento dos profissionais e gestantes acerca dos protocolos que preconizam a utilização desse método diagnóstico. Pesquisa realizada no município do Rio de Janeiro-Brasil, envolvendo 102 profissionais de saúde, com objetivo de verificar o CAP dos profissionais de saúde que atuam na assistência pré-natal em relação ao manejo da sífilis na gestação, constatou que apenas 68,7% dos mesmos apresentavam conhecimento adequado sobre o teste rápido de sífilis (DOMINGUES *et al.*, 2013a).

Outro aspecto que teve destaque nos resultados alcançados consiste nas intervenções educativas para gestantes e parceiros acerca das IST, observando-se, nesse estudo, que um quantitativo significativo de puérperas declarou a falta de realização de orientação dos profissionais de saúde sobre esses aspectos durante o pré-natal. De modo geral, orientações educativa são pouco realizadas durante o pré-natal (ANVERSA *et al.*, 2012), reduzindo-se ainda mais no contexto das IST.

Pesquisa realizada em Botucatu-SP, Brasil, através da avaliação do prontuário de 167 gestantes com o intuito de avaliar a qualidade da assistência pré-natal, destacou que apenas 10,18% das mulheres receberam orientações sobre o HIV durante a gestação (OLIVEIRA *et al.*, 2013). A falta de orientação pelos profissionais de saúde dificulta a obtenção de conhecimento adequado por parte das gestantes, favorecendo o desenvolvimento de práticas inseguras nas relações sexuais e ampliando, assim, a possibilidade de ocorrência de IST.

Além disso, vale salientar a importância da participação do parceiro de gestantes nessas orientações educativas, favorecendo eficácia do desenvolvimento de ações que

previnam a ocorrência de IST nesse público e contribuindo com a redução da transmissão vertical de diversos agravos. Porém, sabe-se que o envolvimento do parceiro durante as consultas de pré-natal não é tão comum. Assim, revisão sistemática, com escopo de avaliar as barreiras e aspectos facilitadores do envolvimento masculino em programas de prevenção da transmissão vertical do HIV, constatou os seguintes aspectos que dificultam a participação masculina nesses programas: fatores do sistema de saúde, tais como longos tempos de espera na clínica pré-natal e a frieza masculina; falta de comunicação do casal; receio dos homens de conhecer o próprio status sorológico; receio da violência doméstica após os resultados; temor de ocorrência do divórcio (MORFAW *et al.*, 2013).

Considerando que o CAP apresentaram-se como componentes importantes de uma conjuntura de adesão ao diagnóstico e tratamento de agravos, no presente estudo buscou-se avaliar os níveis desses indicadores relacionados à SC em uma população de puérperas. Esses elementos convergem para o desenvolvimento de habilidades pessoais no âmbito da promoção da saúde sexual e reprodutiva, bem como para a conscientização sobre a autonomia e corresponsabilidade no cuidado com o próprio corpo e na quebra da cadeia de transmissão das IST (SOUSA *et al.*, 2011).

Quanto ao domínio conhecimento, um percentual significativo de mulheres afirmou não possuir informações sobre sífilis, sendo 26% (n=13) do grupo caso e 5,5% (n=11) do grupo controle. Vale ressaltar, que dentre as variáveis relacionadas ao domínio do conhecimento, a maior parte das puérperas pertencentes ao grupo caso não conhecia essa patologia ou possuíam informações errôneas dos cuidados relacionados a transmissão da sífilis. O uso do preservativo, principal forma de prevenção, só foi indicado por (46%) das mulheres que representavam esse grupo, podendo-se inferir que o desconhecimento influenciou na ocorrência dessa infecção.

A complexidade do conhecimento em relação ao uso do preservativo vai ao encontro do conceito de promoção da saúde, o qual consiste na capacitação e inclusão do indivíduo no processo de melhoria da sua qualidade de vida (BRASIL, 2002). O desenvolvimento de habilidades pessoais consiste em uma das estratégias de promoção da saúde, sendo obtida por meio de informação, educação para a saúde e intensificação das habilidades vitais (WILSON *et al.*, 2013). Essas ferramentas permitem que os indivíduos conheçam várias opções de cuidado e conduzam práticas favoráveis à saúde. Nessa perspectiva, compreende-se a relevância da identificação do nível de conhecimento das mulheres, bem como o pensamento e a prática das mesmas frente ao uso do preservativo na promoção da saúde (ANDRADE *et al.*, 2015b).

Estudo transversal, com 278 puérperas internadas no sistema de AC de uma maternidade brasileira, buscou avaliar o CAP sobre IST, identificando-se que apenas 54 (19,4%) puérperas apresentaram conhecimento adequado (BRASIL *et al.*, 2014).

Outra investigação buscou avaliar o nível de CAP do uso de preservativos para a redução dos índices de IST/HIV, sendo constatado que embora os indivíduos participantes do estudo tivessem ouvido falar e/ou soubessem as finalidades do uso desse método preventivo, apenas 35 mulheres (22,6%) tinham conhecimento adequado sobre o preservativo masculino e 11 (7,1%) a respeito do feminino (NICOLAU *et al.*, 2012a).

Uma das principais características da resposta brasileira as morbidades as IST consiste na estruturação conceitual fortemente ancorada no referencial dos direitos humanos. A promoção do sexo mais seguro, como principal estratégia da política de prevenção das IST no país, baseia-se na defesa e promoção dos direitos sexuais, especialmente no que diz respeito ao direito de cada cidadão vivenciar plenamente sua sexualidade, tendo acesso aos meios necessários para desenvolver as práticas sexuais da forma mais segura possível, evitando consequências indesejadas (BRASIL, 2011b).

Partindo dessa diretriz, tornar acessíveis as informações sobre os meios de transmissão das IST e os métodos de prevenção seguros existentes representam componentes estruturantes da política de prevenção (BRASIL, 2011b), porém evidências através do conhecimento acumulado sobre a dinâmica da epidemia e seus determinantes demonstram que a proteção contra as IST não se resume a um ato meramente cognitivo (TULLOCH *et al.*, 2011).

Ao contrário, há um conjunto de questões que determinam as possibilidades de proteção de cada pessoa ou grupo, ou, em outras palavras, há diferentes contextos de vulnerabilidade as IST. Entretanto, a oferta de informações corretas e cientificamente embasadas continua a ser um dos deveres do Estado, como gestor da política de saúde, para que cidadãos façam suas escolhas de modo consciente e factível em seus singulares contextos de vida (BRASIL, 2011b).

Em relação ao domínio atitude de puérperas para a prevenção da transmissão vertical da sífilis, verificou-se nessa pesquisa uma prevalência de 77,5% (n=155) de adequação desse quesito no grupo controle, enquanto que a maioria das puérperas do grupo caso possuía uma atitude inadequada, correspondendo a 64% (n=34) das mulheres desse grupo.

Esses resultados corroboram com pesquisa realizada em Balngadesh que buscou verificar o nível de atitude de mulheres em relação às IST e suas associações com atributos

sociodemográficos. Identificou-se que a maioria (70,6%) das mulheres possuem atitude para prevenção das IST, destacando-se como principais aspectos associados os seguintes: locais de residência (rural: OR = 0,363, IC95% = 0,20-1,08), idade (20-29 anos: OR = 1.331; IC95% = 0,98-2,31); nível educacional (primário: OR = 2,366, IC 95% = 1,98-3,1, secundário: OR = 10,089; IC95% = 8,98-12,77, superior: OR = 20,241; IC95% = 18,33-22,65); escutar radio (OR = 1,189; IC95% = 1,29-3,12) e assistir TV (OR = 2,498, IC95% = 2,22-4,09), dentre outros (HOSSAIN *et al.*, 2014).

Nesse contexto, a definição do termo atitude permeia, essencialmente, as opiniões, os sentimentos, as predisposições e as crenças relativamente constantes dos indivíduos direcionadas a um objetivo, pessoa ou situação específica, relacionando-se ao domínio afetivo, ou seja, a dimensão emocional (AMU; ADEGUN, 2015). Logo, o conhecimento da adequação das atitudes das puérperas frente à transmissão vertical da sífilis facilita o direcionamento de intervenções que modifiquem suas crenças e opiniões relacionadas a esse agravo.

Por fim, quanto ao nível de conhecimento, o último domínio do CAP avaliado, os resultados apontaram, que em ambos os grupos, obteve-se percentual relevante de inadequação, perfazendo um total de 96% (n=48) das mulheres do grupo caso e 48,5% (n=97) do grupo controle. Vale destacar que no manejo da sífilis a utilização do preservativo é a principal prática para a não transmissão dessa doença.

Corroborando com os achados identificados, estudo realizado em Fortaleza avaliou o CAP de mulheres, em população específica, quanto ao uso do preservativo masculino e feminino como medida preventiva às IST. Apenas 29 mulheres (18,7%) possuíam prática adequada do preservativo masculino, ou seja, utilizam sempre, em todas as relações sexuais do início ao fim. A situação do emprego do preservativo feminino demonstrou-se ainda mais desfavorável, de modo que somente duas (1,3%) o utilizavam adequadamente. Quanto à consistência do uso, 31 mulheres (20%) usavam o preservativo masculino sempre em todas as práticas sexuais, e duas (1,3%) o preservativo feminino de forma consistente. As demais mulheres ou não usavam sempre em todas as práticas ou nunca empregavam, especialmente o feminino (NICOLAU *et al.*, 2012a).

Ainda sobre a temática, revisão bibliográfica caracterizou a produção científica acerca do CAP individuais de mulheres em relação ao uso do preservativo na prevenção de IST. Os resultados dos estudos ressaltam, principalmente, que os obstáculos ao desenvolvimento de habilidades pessoais em relação ao uso do preservativo estão mais relacionados a questões de gênero do que à falta de conhecimento. A confiança no parceiro

fixo contribui para o não uso do preservativo, enquanto que em relações sexuais ocasionais com parceiros desconhecidos a taxa de uso do preservativo é mais alta (SOUSA *et al.*, 2011).

Nesse sentido, verifica-se que a habilidade pessoal em relação à prática do uso do preservativo em todas as relações sexuais, além de depender da disponibilidade desse recurso nos serviços de saúde e da orientação de profissionais de saúde, encontra dificuldade na adaptação dos próprios casais, que frequentemente relatam barreiras de cunho cultural e emocional que os impedem de praticar o sexo seguro, com uso do preservativo (SIEGLER *et al.*, 2012).

Sendo assim, a verificação da prevalência de práticas inadequadas para prevenção de IST demonstra a necessidade do desenvolvimento de políticas/programas que tenham o escopo de incentivar o desenvolvimento de ações saudáveis que permitam a realização de práticas sexuais seguras.

Dessa forma, com o objetivo de avaliar o impacto dos programas de redução de danos em HIV e sífilis e comportamentos de risco, investigação realizada na China recrutou 747 mulheres, sendo aplicados dois inquéritos transversais em 2004 e 2010, respectivamente. Verificou-se que a probabilidade de realização de sexo desprotegido diminuiu de forma notória e significativamente, com redução em 86% dos casos (OR: 0,14, IC 95%: 0,09- 0,21) (ZHANG *et al.*, 2014). Tais resultados ratificam que a utilização de estratégias de redução de danos pode ser um meio eficaz de reduzir o sexo desprotegido e interromper a cadeia de transmissão do HIV e da sífilis (YIN *et al.*, 2010; ROU *et al.*, 2010).

8 CONCLUSÃO

Após obtenção e análise dos resultados obtidos nessa pesquisa, assim como a comparação ampla entre as implicações inferidas com os dados alcançados e a literatura científica, conclui-se que diversos aspectos influenciam a ocorrência da SC. Sendo assim, a transmissão vertical da sífilis consiste em um agravo complexo, que apresenta uma multiplicidade de fatores individuais, sociais, culturais, econômicos e políticos que ampliam a possibilidade de ocorrência dessa patologia, merecendo, dessa forma, atenção redobrada por partes dos profissionais de saúde que atuam diretamente na assistência às mulheres gestantes, bem como pelos responsáveis pela elaboração de políticas públicas direcionadas a esse público.

Nessa pesquisa, após análise estatística, constatou-se associação entre a ocorrência de SC e as seguintes variáveis sociodemográficas: faixa etária entre 20 a 29 anos; escolaridade reduzida, principalmente em indivíduos com nível educacional igual ou inferior a nove anos de estudo; renda familiar inferior a um salário mínimo brasileiro, que consiste em R\$ 788,00 reais de acordo com o período de realização da pesquisa. Além disso, evidenciaram-se alguns fatores considerados de proteção, que diminuem as chances de ocorrência do agravo estudado, elencando-se a seguir: estado civil definido como casada ou em união estável; raça/etnia considerada branca e religião católica ativa.

Já em relação aos aspectos ginecológicos e obstétricos, identificou-se que o início precoce das relações sexuais, anterior aos 15 anos de idade, e a presença de história prévia de IST ampliam as chances de ocorrência da SC. Entretanto, o relacionamento sexual com um único parceiro e a indicação de uso de algum método anticonceptivo foram considerados fatores de proteção, contribuindo com a redução das chances de ocorrência da transmissão vertical dessa infecção.

Em relação aos hábitos de vida e situações de vulnerabilidade, evidenciou-se, nessa pesquisa, correlação estatisticamente significante entre a ocorrência de SC e os seguintes aspectos: tabagismo; uso de bebidas alcoólicas; uso de drogas ilícitas; presença de tatuagem e piercing; mudança frequente de domicílio; ocorrência de violência sexual, física e verbal; mulheres profissionais do sexo e parceria com indivíduos privados de liberdade. Nesse sentido, evidenciou-se que mulheres que apresentem esses hábitos de vida e/ou vivenciem essas condições de vulnerabilidade possuem uma chance ampliada para a ocorrência de sífilis gestacional e congênita.

Além disso, quanto aos aspectos relacionados à assistência pré-natal, a transmissão vertical da sífilis associou-se estatisticamente a múltiplos fatores. Dentre eles, destaca-se que a realização de um número reduzido de consultas pré-natais, em um quantitativo inferior a sete consultas, aumentam as chances de ocorrência dessa patologia. Salienta-se também que o início precoce das consultas de pré-natal, com uma idade gestacional igual ou inferior a 12 semanas, a realização de dois testes VDRL conforme preconização e a orientação das puérperas pelos profissionais de saúde sobre aspectos relacionados às IST, dentre as quais se incluem a sífilis, consistem em fatores de proteção, reduzindo as chances de ocorrência da transmissão vertical dessa infecção.

Outros fatores que também apresentaram correlação estatisticamente significativa com esse desfecho desfavorável foram à adequação do CAP sobre prevenção da SC, sendo identificado que a presença de informações prévias sobre sífilis, a indicação de uma atitude pertinente para a prevenção da SC e o desenvolvimento de práticas sexuais saudáveis consistem em fatores de proteção que reduzem as chances de ocorrência da sífilis gestacional e congênita.

Nesse contexto, conclui-se que políticas de atenção à saúde com o escopo de desenvolver intervenções que favoreçam a prevenção/erradicação da sífilis em gestantes e da SC devem levar em consideração a complexidade desses agravos, compreendendo que desde fatores individuais, intrínsecos as mulheres, bem como aspectos sociais e relacionados à assistência em saúde favorecem a ocorrência dessa patologia. Sendo assim, as recomendações políticas quanto ao diagnóstico precoce e a realização de tratamento adequado em tempo hábil pelas gestantes e seus parceiros sexuais, devem permanecer amplamente difundidas na assistência pré-natal. Entretanto, deve-se dispor de maior atenção a outras situações específicas de vulnerabilidade, com o incentivo de busca ativa de indivíduos que apresentam comportamento de risco às IST de modo geral e que não procuram o serviço de saúde para o diagnóstico/tratamento desses agravos.

Nesse cenário, baseado no referencial teórico dessa pesquisa, salienta-se a correlação entre SC e os DSS, principalmente no que concernem os seguintes fatores: aspectos individuais, intrínsecos ao ser humano; estilo de vida dos indivíduos; e as condições de vida dos mesmos, com destaque para os serviços sociais de saúde. Dessa forma, pode-se inferir que a influência desses múltiplos fatores que apresentaram associação estatística nesse estudo consiste em aspectos que contribuem diretamente na ocorrência da transmissão vertical dessa infecção, sendo, portanto, condições consideradas determinantes/condicionantes da SC.

Destarte, compreendendo que existem múltiplos fatores que influenciam a ocorrência da sífilis gestacional e congênita, bem como entendendo que os profissionais de saúde que atuam na atenção primária na equipe interdisciplinar são os responsáveis pela assistência ampliada aos indivíduos, conclui-se que os mesmos devem ter consciência sobre a complexidade dos aspectos relacionados a esses agravos. Além disso, salienta-se a necessidade do papel do enfermeiro, enquanto educador em saúde, para o desenvolvimento de ações educativas que disseminem na população a necessidade de práticas saudáveis relativas à prevenção das IST, pois a falta de conhecimento pode elevar ainda mais a adoção de práticas desprotegidas.

A abordagem de puérperas de uma única instituição hospitalar no qual foi desenvolvida a pesquisa, embora seja uma maternidade de referência que atende mulheres de diversos municípios do estado do Ceará, ainda assim representa uma restrição nos dados obtidos, consistindo em uma limitação desse estudo. Além disso, outra limitação evidenciada consiste no diagnóstico tardio da sífilis congênita. A dificuldade de titulação satisfatória da sífilis, através dos testes para diagnóstico desse agravo, nos recém-nascido contribui para que boa parte dos mesmos sejam notificados precocemente, entretanto de forma errônea, dificultando a realização de estudos com esse público.

Com isso, recomenda-se a realização de novos estudos que tenham o escopo de analisar os fatores associados à dificuldade de abordagem/tratamento do parceiro de mulheres que apresentem sífilis na gestação ou que tenham transmitido verticalmente à sífilis, bem como avaliar os aspectos de risco às IST em públicos específicos, como profissionais do sexo e parceiras de presidiários, e a influência na transmissão vertical desses agravos nessa população específica. Além disso, torna-se importante o desenvolvimento de estudos que tenham intuito de construir e validar tecnologias educativas que contribuam com a prevenção da sífilis materna e congênita.

REFERÊNCIAS

- ADORNO, R. C. F. Atenção à saúde, direitos e o diagnóstico como ameaça: políticas públicas e as populações em situação de rua. **Etnográfica**, Lisboa, v. 15, n. 3, p. 543-67, Sept./Dec. 2011.
- ALMEIDA, M. F. G.; PEREIRA, S. M. Caracterização epidemiológica da sífilis congênita no município de Salvador. **DST j. bras. doenças sex. transm.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3-4, p. 144-56, dez. 2007.
- ALZATE-GRANADOS, J. P.; SÁNCHEZ-BELLO, N. F.; AMAYA-ARIAS, A. C.; PERALTA-PIZZA, F.; ESLAVA-SCHMALBACH, J. Congenital syphilis incidence disparities in Colombia 2005 to 2011: an ecological study. **Rev. salud pública**, Bogotá, v. 14, n. 6, p. 968-81, Oct. 2012.
- AMARAL, E. Sífilis na gravidez e óbito fetal: de volta para o futuro. **Rev. bras. ginecol. obstet.**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 2, p. 52-55, Feb. 2012.
- AMU, E. O.; ADEGUN, P. T. Awareness and Knowledge of Sexually Transmitted Infections among Secondary School Adolescents in Ado Ekiti, South Western Nigeria. **J. Sex. Transm. Dis.**, New York., v. 2015, n. 2015, p. 1-7, Aug. 2015.
- ANDRADE, R. F. V.; ARAÚJO, M. A. L.; VIEIRA, L. J. E. S.; REIS, C. B. S.; MIRANDA, A. E. Violência por parceiro íntimo após o diagnóstico de doenças sexualmente transmissíveis. **Rev. saúde pública.**, São Paulo, v. 49, n. 3, p. 1-9, mar. 2015a.
- ANDRADE, S. S. C.; ZACCARA, A. A. L.; LEITE, K. N. S.; BRITO, K. K. G.; SOARES, M. J. G. O.; COSTA, M. M. L.; PINHEIRO, A. K. B.; OLIVEIRA, S. H. S. Conhecimento, atitude e prática de mulheres de um aglomerado subnormal sobre preservativos. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 49, n. 3, p. 364-372, Mar. 2015b.
- ANDREUCCI, C. B.; CECATTI, J. G. Desempenho de indicadores de processo do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no Brasil: uma revisão sistemática. **Cad. saúde pública.**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 6, p. 1053-64, jun. 2011.
- ANVERSA, E. T. R.; BASTOS, G. A. N.; NUNES, L. N.; PIZZOL, T. S. D. Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de Estratégia Saúde da Família em município no Sul do Brasil. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, p. 789-800, abr. 2012.
- ARAÚJO, C. L.; SHIMIZU, H. E.; SOUSA, A. I.; HAMANN, E. M. Incidence of congenital syphilis in Brazil and its relationship with the Family Health Strategy. **Rev. saúde pública.**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 479-86, Jun. 2012.
- ARAÚJO, M. A.; FREITAS, S. C.; MOURA, H. J.; GONDIM, A. P.; SILVA, R. M. Prevalence and factors associated with syphilis in parturient women in Northeast, Brazil. **BMC Public Health**, London, v. 13, n. 206, p. 1-6, Mar. 2013.

ASSEFA, A. A. Three Year Retrospective Study on Seroprevalence of Syphilis among Pregnant Women at Gondar University Teaching Hospital, Ethiopia. **Afr. health sci.**, Kampala, v. 14, n. 1, p. 119-124, Mar. 2014.

BADZIAK, R. F. F.; MOURA, V. E. V. Determinantes sociais da saúde: um conceito para efetivação do direito à saúde. **Rev. Saúde públic. Santa Catarina.**, Florianópolis, v. 3, n. 1, p. 69-79, jan./jun. 2010.

BAUTISTA-ARREDONDO, S.; GONZÁLEZ, A.; SERVAN-MORI, E.; BEYNON, F.; JUAREZ-FIGUEROA, L.; CONDE-GLEZ, C. J.; GRAS, N.; SIERRA-MADERO, J.; LOPEZ-RIDAURA, R.; VOLKOW, P.; BERTOZZI, S. M. A cross-sectional study of prisoners in Mexico City comparing prevalence of transmissible infections and chronic diseases with that in the general population. **PLoS One.**, San Francisco, v. 10, n. 7, p. 1-17, Jul. 2015.

BEIJER, U.; WOLF, A.; FAZEL, S. Prevalence of tuberculosis, hepatitis C virus, and HIV in homeless people: a systematic review and meta-analysis. **Lancet infect. dis.**, New York, v. 12, n. 11, p. 859-70, Nov. 2012.

BERNARDES, A. C. F.; SILVA, R. A.; COIMBRA, L. C.; ALVES, M. T. S. S. B.; QUEIROZ, R. C. S.; BATISTA, R. F. L.; BETTIOL, H.; BARBIERI, M. A.; SILVA, A. A. M. Inadequate prenatal care utilization and associated factors in São Luís, Brazil. **BMC Pregnancy and Childbirth.**, London, v. 14, n. 266, p. 1-12, Aug. 2014.

BLENCOWE, H.; COUSENS, S.; KAMB, M.; BERMAN, S.; LAWN, J. E. Lives Saved Tool supplement detection and treatment of syphilis in pregnancy to reduce syphilis related stillbirths and neonatal mortality. **BMC Public Health.**, London, v. 11, n. 3, p. 1-16, Apr. 2011.

BRASIL, R. F. G.; MOREIRA, M. M. C.; TELES, L. M. R.; DAMASCENO, A. K. C.; MOURA, E. R. F. Grau de conhecimento, atitudes e práticas de puérperas sobre a infecção por HIV e sua prevenção. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 133-7, Mar./Apr. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Saúde. **Resolução CNS nº 466/12.** Normas para pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1067, de 4 de julho de 2005. Institui a política nacional de atenção obstétrica e neonatal. **Diário Oficial da União.** Poder Executivo, Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 427/GM, de 18 de março de 2004. Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal. **Diário Oficial da União.** Poder Executivo, Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico / Ministério da Saúde,** Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 5. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 3. ed. atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de **Atenção à Saúde. Manual prático para implementação da Rede Cegonha**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciências, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Infecções Sexualmente Transmissíveis**. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciências, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto promoção da saúde. **As cartas da promoção da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Pesquisa **de conhecimento, atitudes e práticas na população brasileira** / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. **Diretrizes para controle da sífilis congênita**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Boletim Epidemiológico Sífilis 2012**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2012e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa nacional de DST e Aids. **Protocolo para prevenção da transmissão vertical de HIV e sífilis** – Manual de Bolso/Ministério da Saúde, Secretaria da Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e AIDS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres**. Ministério da Saúde Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Brasília: Ministério da Saúde, 2011c.

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. **Rev. bras. ginecol. obstet.**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 9, p. 397-402, Sept. 2012.

CAMPOS, H. M.; SCHALL, V. T.; NOGUEIRA, M. J. Saúde sexual e reprodutiva de adolescentes: interlocuções com a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE). **Saúde debate**, Londrina, v. 37, n. 97, p. 336-346, abr./jun. 2013.

CASAL, C.; ARAÚJO, E. C.; CORVELO, T. C. O. Risk factors and pregnancy outcomes in women with syphilis diagnosed using a molecular approach. **Sex. transm. infect.**, London, v. 89, n. 3, p. 257-61. May. 2013.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). Congenital syphilis - United States, 2003-2008. **MMWR morb. mortal. wkly. rep.** Atlanta, v. 59, n. 14, p. 413-7, Apr. 2010.

CHERSICH, M. F.; BOSIRE, W.; KING'OLA, N.; TEMMERMAN, M.; LUCHTERS, S. Effects of hazardous and harmful alcohol use on HIV incidence and sexual behaviour: a cohort study of Kanyan female sex workers. **Global. health.**, London, v. 10, n. 22, p. 1-11, Apr. 2014.

CHESSON, H. W.; OWUSU-EDUSEI, K.; LEICHLITER, J. S.; ARAL, S. O. Violent crime rates as a Proxy for the social determinants of sexually transmissible infection rates: the consistent state-level correlation between violent crime and reported sexually transmissible infections in the United State, 1981-2010. **Sex. health.**, Collingwood, v. 10, n. 5, p. 419-23, Nov. 2013.

COSTA, C. C.; FREITAS, L. V.; SOUSA, D. M. N.; OLIVEIRA, L. L.; CHAGAS, A. C. M. A.; LOPES, M. V. O.; DAMASCENO, A. K. C. Sífilis congênita no Ceará: análise epidemiológica de uma década. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 152-9, fev. 2013.

CRUZ, A. R.; CASTRILLÓN, MINOTTA, A. Y.; M. A.; RUBIANO, L. C.; CASTAÑO, M. C.; SALAZAR, J. C. Gastacional and congenital syphilis epidemic in the Colombian Pacific Coast. **Sex. transm. dis.**, Philadelphia, v. 40, n. 10, p. 813-8, Oct. 2013.

DAHLGREN G, WHITEHEAD M. **Policies and strategies to promote social equity in health.** Background document to WHO – Strategy paper for Europe. Stockolm: Arbetsrapport/ Institutet for Framtidsstudier, 2007.

DASSAH, E. T.; ADU-SARKODIE, Y.; MAYAUD, P. Factors associated with failure to screen for syphilis during antenatal care in Ghana: a case control study. **BMC infect. dis.**, v. 15, n. 125, p. 1-9, Mar. 2015.

DEISS, R. G.; CLARK, J. L.; KONDA, K. A.; LEON, S. R.; KLAUSNER, J. D.; CACERES, C. F.; COATES, T. J. Problem drinking is associated with increased prevalence of sexual risk behaviors among men who have sex with men (MSM) in Lima, Peru. **Drug alcohol depend.**, Limerick, v. 132, n. 1, p. 134-39, Sept. 2013.

DEPERTHES, B. D.; MEHEUS, A.; O'REILLY, K.; BROUTET, N. Maternal and congenital syphilis programmes: case studies in Bolivia, Kenya and South Africa. **Bull. World Health Organ.**, Geneve, v. 82, n. 6, p. 410-6, Jun. 2004.

DING, Y.; HE, N.; ZHU, W.; DETELS, R. Sexual Risk Behaviors among Club Drug Users in Shanghai, China: Prevalence and Correlates. **AIDS behav.**, New York, v. 17, n. 7, p. 2439-49, Sept. 2013.

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. **Ciênc. saúde coletiva.**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1341-51, mai. 2013a.

DOMINGUES, R. M. S. M.; SARACEN, V.; HARTZ, Z. M. A.; LEAL, M. C.; Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal. **Rev. saúde pública.**, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 147-57, jan. 2013b.

DONALÍSIO, M. R.; FREIRE, J. B.; MENDES, E. T. Investigação da sífilis congênita na microrregião de Sumaré, Estado de São Paulo, Brasil - desvelando a fragilidade do cuidado à mulher gestante e ao recém-nascido. **Epidemiol. serv. saúde.**, Brasília, v. 16, n. 3, p. 165-73, set. 2007.

FAGUNDES, L. J.; VIEIRA JUNIOR, E. E.; MOYSÉS, A. C. M. C.; LIMA, F. D.; MORAIS, F. R. B.; VIZINHO, N. L. Sexually Transmitted Diseases in a specialized STD healthcare center: epidemiology and demographic profile from January 1999 to December 2009. **An. bras. dermatol.**, Rio de Janeiro, v. 88, n. 4, p. 523-9, Jul./Aug. 2013.

FERNANDES, F. R.; ZANINI, P. B.; REZENDE, G. R.; CASTRO, L. S.; BANDEIRA, L. M.; PUGA, M. A.; TANAKA, T. S.; CASTRO, L. S.; BERTOLACCI-ROCHA, L. G.; TELES, S. A.; MOTTA-CASTRO, A. R. Syphilis infection, sexual practices and bisexual behaviour among men who have sex with men and transgender women: a cross-sectional study. **Sex. transm. infect.**, London, v. 91, n. 2, p. 142-9, Mar. 2015.

FERNANDES, R. C. S. C.; FERNANDES, P. G. C. C.; NAKATA, T. Y. Análise de casos de sífilis congênita na maternidade do hospital da sociedade portuguesa de beneficência de campos. **DST j. bras. doenças sex. transm.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3-4, p. 157-161, dez. 2007.

FIGUEIRÓ-FILHO, E. A.; GARDENAL, R. V. C.; ASSUNÇÃO, L. A.; COSTA, G. R.; PERIOTTO, C. R. L.; VEDOVATTE, C. A. Sífilis congênita como fator de assistência pré-natal no município de Campo Grande-MS. **DST j. bras. doenças sex. transm.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3-4, p. 139-43, dez. 2007.

GALVÃO, C. M.; SAWADA, N. O.; ROSSI, L. A. A Prática Baseada em Evidências: Considerações Teóricas para sua Implementação na Enfermagem Perioperatória. **Rev. latinoam. enferm.**, São Paulo, v. 10, n. 5, p. 690-5, set./out. 2002.

GALVAO, T. F.; SILVA, M. T.; SERRUYA, S. J.; NEWMAN, L. M.; KLAUSNER, J. D.; PEREIRA, M. G.; FESCINA, R. Safety of Benzathine Penicillin for Preventing Congenital Syphilis: A Systematic Review. **PLoS ONE.**, San Francisco, v. 8, n. 2, p. 1-9, Feb. 2013.

GOMES, F. C.; ANDRADE, A. G.; IZBICKI, R.; ALMEIDA, A. M.; OLIVEIRA, L. G. Religion as a protective factor against drug use among brazilian university students: a national survey. **Rev. bras. psiquiatr.**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 29-37, Mar. 2013.

- GONÇALVES, C. V.; KERBER, N. P. C.; BACHES, A. P.; ALVES, C. B.; WACHHOLZ, V. A.; OLIVEIRA, F. S. Conhecimento da rotina laboratorial por profissionais da atenção básica: um estudo descritivo. **Online braz. j. nurs.**, Niterói, v. 12, n. 4, p. 813-22, dez. 2013.
- GRANGEIRO, A.; HOLCMAN, M. M.; ONAGA, E. T.; HERCULANO DUARTE RAMOS DE ALENCAR, ANNA LUIZA NUNES PLACCO, PAULO ROBERTO TEIXEIRA. Prevalência e vulnerabilidade à infecção pelo HIV de moradores de rua em São Paulo, SP. **Rev. saúde pública.**, São Paulo, v. 46, n. 4, p. 674-684, Apr. 2012.
- HAWLEY, N. L.; BROWN, C.; NU'USOLIA, O.; AH-CHING, J.; MUASAU-HOWARD, B.; MCGARVEY, S. T.. Barriers to adequate prenatal care utilization in American Samoa. **Matern. child health j.**, New York, v. 18, n. 10, p. 2284-92, Dec. 2014.
- HOOGENBOOM, G.; THWIN, M. M.; VELINK, K.; BAAIJENS, M.; CHARRUNWATTHANA, P.; NOSTEN, F.; MCGREADY. Quality of intrapartum care by skilled birth attendants in a refugee clinic on the Thai-Myanmar border: a survey using WHO Safe Motherhood Needs Assessment. **BMC Pregnancy Childbirth.**, London, v. 15, n. 1, p. 1-9, Feb. 2015.
- HOSSAIN, M.; MANI, K. K.; SIDIK, S. M.; SHAHAR, H. K.; ISLAM, R. Knowledge and awareness about STDs among women in Bangladesh. **BMC Public Health.**, London, v. 14, n. 775, p. 1-7, Jul. 2014.
- HULLEY, S. B.; CUMMINGS, S. R.; BROWNER, W. S.; GRADY, D. G.; NEWMAN, T. B. **Delineando a Pesquisa Clínica.** 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.
- KRAKAUER, Y.; PARIENTE, G.; SERGIENKO, R.; WIZNITZER, A.; SHEINER, E. Perinatal outcome in cases of latente syphilis during pregnancy. **Int. j. ginecol. obstet.**, Ireland, v. 118, n. 1, p. 15-17, jul. 2012.
- LAGO, E. G.; VACCARI, A.; FIORI, R. M. Clinical Features and Follow-up of Congenital Syphilis. **Sex. transm. dis.**, Philadelphia, v. 40, n. 2, p. 85-94, fev. 2013.
- LAVRAS, C. Primary Health Care and the Organization of Regional Health Care Networks in Brazil. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 867-74, Oct./Dec. 2011.
- LIAO, M.; NIE, X.; PAN, R.; WANG, C.; RUAN, S.; ZHANG, C.; KANG, D.; FU, J.; QIAN, Y.; TAO, X.; ZHAO, J. Consistently Low Prevalence of Syphilis among Female Sex Workers in Jinan, China: Findings from Two Consecutive Respondent Driven Sampling Surveys. **PLoS One.**, San Francisco, v. 7, n. 4, p. 1-8, Apr. 2012.
- 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. **Ciênc. saúde coletiva.**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 499-506, fev. 2013.
- LOMOTÉY, C. J.; LEWIS, J.; GEBRIAN, B.; BOURDEAU, R.; DIECKHAUS, K.; SALAZAR, J. C. Maternal and congenital syphilis in rural Haiti. **Rev. panam. salud publica.**, Washington, v. 26, n. 3, p. 197-202, Sept. 2009.

- LOPES, R.; TOCANTINS, F. R. Promoção da Saúde e Educação Crítica. **Interface comum. saúde educ.**, Botucatu, v 16, n. 40, p. 235-46, jan./mar. 2012.
- LUK, J. W.; EMERY, R. L.; KARYADI, K. A.; PATOCK-PECKHAM, J. A.; KING, K. M. Religiosity and substance use among Asian American college students: moderated effects of race and acculturation. **Drug alcohol depend.**, Limerick, v. 130, n. 1, p. 1-19, Jun. 2013.
- LWANGA, S.K.; LEMESHOW, S. **Sample size determination in health studies: a practical manual**. Geneva: World Health Organization, 2001.
- MACHADO FILHO, A. C.; SARDINHA, J. F. J.; PONTE, R. L.; COSTA, E. P.; SILVA, S. S.; MARTINEZ-ESPINOSA, F. E. Prevalência de infecção por HIV, HTLV, VHB e de sífilis e clamídia em gestantes numa unidade de saúde terciária na Amazônia ocidental brasileira. **Rev. bras. ginecol. obstet.**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, p. 176-83, abr. 2010.
- MAGALHÃES, D. M. S.; KAWAGUCHI, I. A. L.; DIAS, A.; CALDERON, I. M. P. Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. **Cad. saúde pública.**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 6, p. 1109-20, jun. 2013.
- MARINHO, L. A. B.; COSTA-GURGEL, M. S.; CECATTI, J. G.; OSIS, M. J. D. Conhecimento, atitude e prática do auto-exame de mamas em centros de saúde. **Rev. saúde pública.**, São Paulo, v. 37, n. 5, p. 576-582, mai. 2003.
- MARTINS, A. M. B. B. **Análise da Produção Científica Sobre Determinantes Sociais de Saúde na Faculdade de Saúde Pública – USP**. 2010. 117f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.
- MATOS, S. B.; JESUS, A. L.; PEDROZA, K. C.; SODRE, H. R.; FERREIRA, T. L.; LIMA, F. W. Prevalence of serological markers and risk factors for bloodborne pathogens in Salvador, Bahia state, Brazil. **Epidemiol. infect.**, Cambridge, v. 141, n. 1, p: 181-7, Jan. 2013.
- MCGREADY, R.; KANG, J.; WATTS I.; TYROSVOUTIS, M. E. G.; HTUT, A. M.; TUN, N. W.; KEEREECHAROEN, L.; WANGSING, C.; HANBOONKUNUPAKARN, B.; NOSTEN, F. H. Audit of antenatal screening for syphilis and HIV in migrant and refugee women on the Thai-Myanmar border: a descriptive study. **F1000 Research.**, London, v. 3, n. 123, p. 1-23, Nov. 2014.
- MCINNES, D. K.; LI, A. E.; HOGAN, T. P. Opportunities for Engaging Low-Income, Vulnerable Populations in Health Care: A Systematic Review of Homeless Persons' Access to and Use of Information Technologies. **Am. j. public health.**, Washington, v. 103, n. 2, p. 11-24, Dec. 2013.
- MEDHI, G. K.; MAHANTA, J.; KERMODE, M.; PARANJAPE, R. S.; ADHIKARY, R.; PHUKAN, Factors associated with history of drug use among female sex workers (FSW) in a high HIV prevalence state of India. **BMC Public Health**, London, v. 12, n. 273, p. 1-8, Apr. 2012.

MELO, N. G. D. O.; MELO FILHO, D. A.; FERREIRA, L. O. C. Intraurban Differences Related to Inherited Syphilis in Recife, State of Pernambuco, Brazil (2004-2006). **Epidemiol. serv. saúde**, Brasília, v. 20, n. 2, p. 213-22, jun. 2011.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família.** / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & contexto enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, out./dez. 2008.

MENDONÇA, G. M. M.; DAYANE, L.; ABREU, P.; ADELANE, P.; SILVA, M.; ANDRADE, M. P. Promoção da saúde sexual de puérperas adolescentes: conhecimento e práticas. **Adolesc. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 14-20, abr./jun. 2012.

MESQUITA, K. O.; LIMA, G. K.; FILGUEIRA, A. A.; FLÓR, S. M. C.; FREITAS, C. A. S. L.; LINHARES, M. S. C.; GUBERT, F. A. Análise dos Casos de Sífilis Congênita em Sobral, Ceará: Contribuições para Assistência Pré-Natal. **DST j. bras. doenças sex. transm.**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 20-27, 2012.

MOREIRA, M. C. **Determinação Social da Saúde: fundamento teórico-conceitual da reforma sanitária brasileira.** 2013. 145f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Programa de Pós-graduação em Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

MORFAW, F.; MBUAGBAW, L.; THABANE, L.; RODRIGUES, C.; WUNDERLICH, A. P.; NANA, P.; KUNDA, J. Male involvement in prevention programs of mother to child transmission of HIV: a systematic review to identify barriers and facilitators. **Systematic Reviews.**, Oxford, v. 2, n. 5, p. 1-13, 2013.

MOSES, C. C.; UDO, S.; OMOTORA B. Knowledge, attitude and practice of ante-natal attendees toward prevention of mother to child transmission (PMTCT) of hiv infection in a tertiary health facility, Northeast-Nigeria. **East afr. j. public. health.**, Tanzania, v. 6, n. 2, p. 128-35, Jan. 2009.

MUSYOKI, H.; KELLOGG, T. A.; GEIBEL, S.; MURAGURI, N.; OKAL, J.; TUN, W.; FISHER RAYMOND, H.; DADABHAI, S.; SHEEHY, M.; KIM, A. A. Prevalence of HIV, sexually transmitted infections, and risk behaviours among female sex workers in Nairobi, Kenya: results of a respondent driven sampling study. **AIDS behav.**, New York, v. 19, n. 1, p. 46-58, Feb. 2015.

NICOLAU, A. I. O.; RIBEIRO, S. G.; LESSA, P. R. A.; MONTE, A. S.; BERNARDO, E. B. R.; PINHEIRO, A. K. B. Conhecimento, atitude e prática do uso de preservativos por presidiárias: prevenção das DST/HIV no cenário prisional. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 711-9, 2012a.

NICOLAU, A. I. O.; RIBEIRO, S. G.; LESSA, P. R. A.; MONTE, A. S.; FERREIRA, R. C. N.; PINHEIRO, A. K. B. Retrato da realidade socioeconômica e sexual de mulheres presidiárias. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 386-92, set. 2012b.

OLIVEIRA, D. R.; FIGUEIREDO, M. S. N. Abordagem conceitual sobre a sífilis na gestação e o tratamento de parceiros sexuais. **Enferm. foco (Brasília)**, Brasília, v. 2, n. 2, p. 108-111, abr./jun. 2011.

OLIVEIRA, R. L. A.; FONSECA, C. R. B.; CARVALHAES, M. A. B. L.; PARADA, C. M. G. L.. Avaliação da atenção pré-natal na perspectiva dos diferentes modelos na atenção primária. **Rev. latinoam. enferm.**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 1-8, mar./abr. 2013.

PAIM, J. S.; SILVA, L. M. V.; Universalidade, integralidade, equidade e SUS. **BIS, Bol. Inst. Saúde**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 109-14, ago. 2010.

PANDEY, A.; MISHRA, R. M.; REDDY, D. C.; THOMAS, M.; SAHU, D.; BHARADWAJ, D. Alcohol Use and STI among Men in India: Evidences from a National Household Survey. **Indian J. Community Med.**, New Delhi, v. 37, n. 2, p. 95-100, Apr./Jun. 2012.

PARKER, L. A.; DESCHUTTER, E. J.; BORNAY-LLINARES, F. J.; HERNANDEZ-AGUADO, I.; SILVA, G.; PIRAGINE, R. C.; LUMBRERAS, B. Clinical and socioeconomic determinants of congenital syphilis in Posadas, Argentina. **Int. j. infect. dis.**, Hamilton, v. 16, n. 4, p. 256-61, Apr. 2012.

PINTO, V. M.; TANCREDI, M. V.; ALENCAR, H. D. L.; CAMOLESI, E.; HOLCMAN, M. M.; GRECCO, J. P.; GRANGEIRO, A.; GRECCO, E. T. O. Prevalência de Sífilis e fatores associados a população em situação de rua de São Paulo, Brasil, com utilização de Teste Rápido. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 341-354, jun. 2014.

POLGLIANE, R. B. S.; LEAL, M. C.; AMORIM, M. H. C.; ZANDONADE, E.; SANTOS NETO, E. T. Adequação do processo de assistência pré-natal segundo critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e da Organização Mundial de Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 7, p. 1999-2010, jul. 2014.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: avaliação de evidências para a prática de enfermagem. 7 ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

QIN, J. B.; FENG, T. J.; YANG, T. B.; HONG, F. C.; LAN, L. N.; ZHANG, C. L. Maternal and paternal factors associated with congenital syphilis in Shenzhen, China: a prospective cohort study. **Eur. j. clin. microbiol. infect. dis.**, Berlin, v. 33, n. 2, p. 221-32, Feb. 2014a.

QIN, J. B.; FENG, T. J.; YANG, T. B.; HONG, F. C.; LAN, L. N.; ZHANG, C. L.; YANG, F.; MAMADY, K.; DONG, W. Risk factors for congenital syphilis and adverse pregnancy outcomes in offspring of women with syphilis in Shenzhen, China: a prospective nested case-control study. **Sex. transm. dis.**, Philadelphia, v. 41, n. 1, p. 13-23, Jan. 2014b.

QIN, J. B.; FENG, T. J.; YANG, T. B.; HONG, F. C.; LAN, L. N.; ZHANG, C. L.; LIU, X. L.; YANG, Y. Z.; XIAO, S. Y.; TAN, H. Z. Synthesized prevention and control of one decade for mother-to-child transmission of syphilis and determinants associated with congenital syphilis and adverse pregnancy outcomes in Shenzhen, South China. **Eur. j. clin. microbiol. infect. dis.**, Berlin, v. 33, n. 12, p. 2183-98, Dec. 2014c.

- QUARANTA, A.; NAPOLI, C.; FASANO, F.; MONTAGNA, C.; CAGGIANO, G.; MONTAGNA, M. T. Body piercing and tattoos: a survey on young adults' knowledge of the risks and practices in body art. **BMC Public Health.**, London, v. 11, n. 744, p. 1-8, Oct. 2011.
- RAJAPURE, V.; TIRWA, R.; POUDYAL, H.; THAKUR, N. Prevalence and Risk Factors Associated with Sexually Transmitted Diseases (STDs) in Sikkim. **J. community health.**, New York, v. 28, n. 1, p. 156-162, Feb. 2013.
- REVOLLO, R.; TINAJEROS, F.; HILARI, C.; GARCÍA, S. G.; ZEGARRA, L.; DÍAZ-OLAVARRIETA, C.; CONDE-GONZÁLEZ, C. J. Maternal and congenital syphilis in four provinces in Bolivia. **Salud Publica Méx.**, México, v. 49, n. 6, p. 422-8, Dec. 2007.
- RODRIGUES, R. M. **Pesquisa acadêmica**: como facilitar o processo de preparação de suas etapas. São Paulo: Atlas, 2007.
- ROU, K.; SULLIVAN, S. G.; LIU, P.; WU, Z. Intensificação programas de prevenção para reduzir a transmissão sexual do HIV na China. **Int. j. epidemiol.**, v. 39, n. 2, p. 38-46, Dec. 2010.
- SANTIS, M.; LUCA, C.; MAPPA, I.; SPAGNUOLO, T.; LICAMELI, A.; STRAFACE, G.; SCAMBIA, G. Syphilis Infection during Pregnancy: Fetal Risks and Clinical Management. **Infect. dis. obstet. gynecol.**, New York, v. 20, n. 1, p. 1-5, Jul. 2012.
- SARACENI, V.; MIRANDA, A. E. Relação entre a cobertura da Estratégia Saúde da Família e o diagnóstico de sífilis na gestação e sífilis congênita. **Cad. saúde pública.**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 490-6, mar. 2012.
- SCHNEIDER, J. A.; LAKSHMI, V.; DANDONA, R.; KUMAR, G. A.; SUDHA, T.; DANDONA, L. Population-based seroprevalence of HSV-2 and syphilis in Andhra Pradesh state of India. **BMC infect. dis.**, London, v. 10, n. 59, p. 1-8, Mar. 2010.
- SERAPIONI, M.; MATOS, A. R. Participação em saúde: entre limites e desafios, rumos e estratégias. **Rev. port. saúde pública.**, Lisboa, v. 31, n. 1, p. 11-22, jan./jun. 2013.
- SETH, P.; WINGOOD, G. M.; DICLEMENTE, R. J.; ROBINSON, L. S. Alcohol use as a marker for risky sexual behaviors and biologically confirmed sexually transmitted infections among young adult African-American women. **Womens Health Issues.**, New York, v. 21, n. 2, p. 130-5, Mar./Apr. 2011.
- SIEGLER, A. J.; MBWAMBO, J. K.; MCCARTY, F. A.; DICLEMENTE, R. J. Condoms “contain worms” and “cause HIV” in Tanzania: Negative Condom Beliefs Scale development and implications for HIV prevention. **Soc. sci. med.**, Oxford, v. 75, n. 9, p. 1685-91, Nov. 2012.
- SOBRAL, A.; FREITAS, C. M. Modelo de Organização de Indicadores para Operacionalização dos Determinantes Socioambientais da Saúde. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 35-47, jan. 2010.

SOUSA, D. M. N.; COSTA, C. C.; CHAGAS, A. C. M. A.; OLIVEIRA, L. L.; ORIÁ, M. O. B.; DAMASCENO, A. K. C. Sífilis congênita: reflexões sobre um agravo sem controle na saúde mãe e filho. **Rev. enferm. UFPE on line.**, Recife, v. 8, n. 1, p. 160-5, jan. 2014.

SOUSA, L. B.; CUNHA, D. F. F.; XIMENES, L. B.; PINHEIRO, A. K. B.; VIEIRA, N. F. C. Conhecimentos, atitudes e prática de mulheres acerca do uso do preservativo. **Rev. enferm. UERJ.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 147-52, jan./mar. 2011.

TAN, N. X.; RYDZAK, C.; YANG, L.; VICKERMAN, P.; YANG, B.; PEELING, W, R.; HAWKES, S.; CHEN, X.; TUCKER, J. D. Prioritizing Congenital Syphilis Control in South China: A Decision Analytic Model to Inform Policy Implementation. **PloS Med.**, San Francisco, v. 10, n. 1, p. 1-11, Jan. 2013.

TOHME, R. A.; HOLMBERG, S. D. Transmission of Hepatitis C Virus Infection Through Tattooing and Piercing: A Critical Review. **Clin. infect. dis.**, Chicago, v. 54, n. 8, p. 1167-1178, Jan. 2012.

TULLOCH, O.; MAYAUD, P.; ADU-SARKODIE, Y.; OPOKU, B. K.; LITHUR, N. O.; SICKLE, E.; MORETLWE, S. D.; WAMBURA, M.; CHANGALUCHA, J.; THEOBALD, S. Using research to influence sexual and reproductive health practice and implementation in Sub-Saharan Africa: a case-study analysis. **Health res. policy syst.**, v. 9, n. 1, p. 1-12, Jun. 2011.

VAGENAS, P.; LAMA, J. R.; LUDFORD, K. T.; GONZALES, P.; SANCHEZ, J.; ALTICE, F. L. A systematic review of alcohol use and sexual risk-taking in Latin America. **Rev. panam. salud publica.**, Whashington, v. 34, n. 4, p. 267-74, Oct. 2013.

VOLLER, F.; SILVESTRI, C.; ORSINI, C.; AVERDA, L.; DA FRÉ, M.; CIPRIANI, F. Lo stato di salute della popolazione detenuta all'interno delle strutture penitenziarie della Regione Toscana. **Epidemiol. prev.**, Milano, v. 35, n. 5-6, p. 297-306, Sept./Dec. 2011.

WILSON, M. G.; HUSBANDS, W.; MAKOROKA, L.; RUEDA, S.; GREENSPAN, N. R.; EADY, A.; DOLAN, L.; KENNEDY, R.; CATTANEO, J.; ROURKE, S. Counselling, Case Management and Health Promotion for People Living with HIV/AIDS: An Overview of Systematic Reviews. **AIDS and Behavior.**, New York, v. 17, n. 5, p. 1612-25, Jun. 2013.

WONG, W. C.; YIM, Y. L.; LEUNG, T. N.; LYNN, H.; LING, D. C. Prevalence and risk factors of sexually transmitted infections in female sex workers in Hong Kong. **Hong Kong med. j.**, Hong Kong, v. 18, n. 3, p. 42-6, Ago. 2012.

YANG, B.; HALLMARK, C. J.; HUANG, J. S.; WOLVERTON, M. L.; MCNEESE-WARD, M.; ARAFAT, R. R. Characteristics and risk of syphilis diagnosis among HIV-infected male cohort: a population-based study in Houston, Texas. **Sex. transm. dis.**, Philadelphia, v. 40, n. 12, p. 957-63, Dec. 2013.

YANG, Y.; YAO, J.; GAO, M.; SU, H.; ZHANG, T.; HE, N. Herpes simplex vírus type 2 infection among female sex workers in Shanghai, China. **AIDS care**, Oxford, v. 23, n. 1, p. 37-44, Jun. 2011.

YIN W.; HAO, Y.; SUN, X.; GONG, X.; LI, F.; LI, J.; ROU, K.; SULLIVAN, S G.; WANG, C.; CAO, X.; LUO, W.; WU, Z. Scaling up the national methadone maintenance treatment program in China: achievements and challenges. **Int j. epidemiol.**, London, v. 39, n. 2, p. 29-37, Dec. 2010.

ZHANG, L.; LIANG, S.; LU, W.; PAN, S. W.; CANÇÃO, B.; LIU, Q.; XU, Y.; DONG, H.; XING, H.; SHAO, Y.; RUAN, Y. HIV, Syphilis, and Behavioral Risk Factors among Female Sex Workers before and after Implementation of Harm Reduction Programs in a High Drug-Using Area of China. **PLos One.**, San Francisco, v. 9, n. 1, p. 1-6, Jan. 2014.

ZHAO, Y.; LUO, T.; TUCKER, J. D.; WONG, W. C. W. Risk Factors of HIV and Other Sexually Transmitted Infections in China: A Systematic Review of Reviews. **PLos ONE.**, San Francisco, v. 10, n. 10, p. 1-15, Oct. 2015.

ZHU, L.; QIN, M.; XIE, R. H.; WONG, T.; WEN, S. W. Maternal and congenital syphilis in Shanghai, China, 2002 to 2006. **Int. j. infect. dis.**, Hamilton, v. 14, n. 3, p. 45-8, Sept. 2010.

**APÊNDICE A - INSTRUMENTO PARA IDENTIFICAÇÃO DOS FATORES
ASSOCIADO À OCORRÊNCIA DA SÍFILIS CONGÊNITA**

1 Aspectos Sociodemográficos, Hábitos de Vida e História Sexual e Reprodutiva

| | |
|---|----|
| 1 Idade: _____ | 1 |
| 2 Procedência: _____ | 2 |
| 3 Escolaridade (anos de estudo): _____ | 3 |
| 4 Renda familiar (valor absoluto): _____ | 4 |
| 5 Ocupação atual: _____ | 5 |
| 6 Estado civil: 1. () Solteira 2. () Casada 3. () União estável 4. () Viúva 5. () Divorciada | 6 |
| 7 Você se considera: 1. () Branca 2. () Negra 3. () Parda/Morena/Mulata 4. () Outra. Qual: _____ | 7 |
| 8 Religião: 1. () católica 2. () espírita 3. () evangélica 4. () testemunho de Jeová 5. () protestante 6. () outra: _____ 7. () Agnóstica | 8 |
| 9 Sexarca: _____ | 9 |
| 10 N° de parceiros nos último ano: _____ | 10 |
| 11 Comportamento sexual: 1. () Heterossexual 2. () Bissexual | 11 |
| 12 História pregressa de IST na vida: 1. () Sim 2. () Não | 12 |
| Tipo(s)/realização de tratamento: _____ | 13 |
| 13 Acompanhamento ginecológico: 1. () Sim 2. () Não | 14 |
| 14 Periodicidade: _____ | 15 |
| 15 Data da última consulta: ___/___/___ | 16 |
| 16 G: _____ 17 P: _____ 18 A: _____ | 17 |
| 19 N° de filhos vivos: _____ | 18 |
| 20 N° de partos cesáreos: _____ | 19 |
| 21 N° de partos normal: _____ | 20 |
| 22 Utilizava método anticonceptivo? 1. () Sim 2. () Não | 21 |
| 23 Caso Sim, qual? 1. () Camisinha 2. () ATCO 3. () ATC injetável 4. () Coito interrompido 5. () tabelinha 6. () Temperatura basal 7. () Billings 8. () outro: _____ | 22 |
| 24 História de tabagismo: 1. () sim 2. () Não | 23 |
| 25 História de uso de bebidas alcoólicas: 1. () Sim 2. () Não | 24 |
| 26 Usou/Usa algum tipo de droga? 1. () cocaína 2. () crack 3. () ecstasy 4. () mesclado 5. () maconha 6. () outras: _____ 8. () não | 25 |
| 27 Possui tatuagens? 1. () Sim 2. () Não | 26 |
| 28 Possui piercings? 1. () Sim 2. () Não | 27 |
| | 28 |

2 Conhecimento, Atitude e Prática para Prevenção da Sífilis Congênita

| | |
|--|----|
| <p>Conhecimento:</p> <p>29 Já ouviu falar sobre sífilis: 1. () jornais/revistas 2. () profissional da saúde 3. () sites/internet 4. () familiares/amigos 5. () televisão/rádio 8. () Outros: _____ 9. () não sei</p> | 29 |
| <p>30 Quais as formas de transmissão da sífilis: 1. () compartilhar agulhas contaminadas 2. () Transmissão vertical 3. () Sexo vaginal/ oral/ anal sem preservativo 8. () Outras: _____ 9. () não sei</p> | 30 |
| <p>31 Caso tenha referido no item anterior a “transmissão vertical”, em que momento pode ocorrer à transmissão (de mãe para filho) da sífilis: 1. () Durante a gravidez 2. () No parto 3. () Na amamentação 8. () Outras: _____ 9. () não sei</p> | 31 |
| <p>32 Como se prevenir contra sífilis: 1. () relação com único parceiro 2. () uso de preservativo 3. () abstinência sexual 3. () uso de anticoncepcional oral 4. () prevenção ginecológica 8. () Outras: _____ 9. () não sei</p> | 32 |
| <p>33 Como prevenir a transmissão da sífilis para os recém-nascidos: 1. () realizando teste diagnóstico precocemente 2. () tratamento/puérpera 3. () tratamento/parceiro 4. () tratamento/recém-nascido 8. () Outras: _____ 9. () não sei</p> | 33 |
| <p>Conhecimento: () Adequado () Inadequado</p> | |
| <p>Atitude:</p> <p>34 Quanto a probabilidade de você ser infectada (ou reinfetada) por sífilis: 1. () É sempre provável 2. () É pouco provável 3. () É improvável 4. () Não tem opinião</p> | 34 |
| <p>35 Quanto a probabilidade de seu marido ser infectado por sífilis: 1. () É sempre provável 2. () É pouco provável 3. () É improvável 4. () Não tem opinião</p> | 35 |
| <p>36 Qual a necessidade da gestante realizar o teste para detecção da sífilis? 1. () É sempre necessário 2. () É pouco necessário 3. () É desnecessário 4. () Não tem opinião</p> | 36 |
| <p>37 Caso a gestante esteja infectada pela sífilis, qual a necessidade do marido realizar o teste da sífilis? 1. () É sempre necessário 2. () É pouco necessário 3. () É desnecessário 4. () Não tem opinião</p> | 37 |
| <p>38 Caso o parceiro seja infectado pela sífilis, qual a necessidade de se utilizar camisinha nas relações sexuais? 1. () É sempre necessário 2. () É pouco necessário 3. () É desnecessário 4. () Não tem opinião</p> | 38 |

| | |
|--|----|
| <p>39 Quando a mulher é infectada pela sífilis, qual a necessidade de se ter acompanhamento médico?</p> <p>1. () É sempre necessário 2. () É pouco necessário</p> <p>3. () É desnecessário 4. () Não tem opinião</p> | 39 |
| <p>40 Você amamentaria caso o teste diagnóstico fosse positivo para sífilis:</p> <p>1. () Sim 2. () Não Qual motivo: _____</p> | 40 |
| <p>Atitude: () Adequada () Inadequada</p> | |
| <p>Prática:</p> <p>41 Já foi diagnosticada com alguma IST?</p> <p>1. () sim e fui tratada 2. () sim e não fui tratada 3. () nunca tive 4. () não sei</p> | 41 |
| <p>42 Você realizou o teste para detecção da sífilis durante a gestação?</p> <p>1. () 1º trim PN 2. () 2º trim PN 3. () 3º trim PN 4. () 1º e 3º trim PN</p> <p>5. () 1º e 2º trim PN 6. () 2º e 3º trim PN 7. () não realizei</p> <p>8. () na maternidade o teste rápido</p> | 42 |
| <p>43 Uso de preservativos:</p> <p>1. () em todas as relações 2. () regularmente</p> <p>3. () não utilizam por questões religiosas 4. () não utiliza por não gostar</p> <p>5. () não utiliza porque o cônjuge não gosta</p> <p>6. () não utiliza porque não oferecem prazer 7. () não utiliza porque só tem 1 parceiro</p> <p>8. () não utiliza porque usava ATC 9. () outro: _____</p> | 43 |
| <p>44 Uso de preservativos durante a gravidez:</p> <p>1. () em todas as relações 2. () regularmente</p> <p>3. () não utilizam por questões religiosas 4. () não utiliza por não gostar</p> <p>5. () não utiliza porque o cônjuge não gosta</p> <p>6. () não utilizam porque não oferecem prazer</p> <p>7. () não utilizam porque na gravidez não transmite o HIV</p> <p>8. () não utiliza porque não usava antes 9. () não utiliza porque só tem 1 parceiro</p> <p>10. () outro: _____</p> | 44 |
| <p>45 E o momento do uso do preservativo masculino, caso o utilize, qual afirmação você pratica?</p> <p>1. () O utilizo sempre do início ao fim de todas as práticas sexuais que realizo.</p> <p>2. () Não o utilizo sempre do início ao fim de todas as práticas sexuais que realizo.</p> | 45 |
| <p>46 Explique os motivos e ocasiões do não uso desde o início das práticas sexuais: _____</p> | 46 |
| <p>Prática: () Adequada () Inadequada</p> | |

3 Avaliação da Assistência Pré-natal

| | |
|---|----|
| 47 Número de Consultas Pré-Natal Realizadas: _____ | 47 |
| 48 Idade Gestacional que iniciou as consultas de pré-natal: _____ | 48 |
| 49 Foi realizado no pré-natal o teste rápido de triagem para sífilis; 1. () No 1º e 3º trimestre 2. () Apenas no 1º trimestre | 49 |
| 3. () Apenas no 3º Trimestre 4. () Não foi realizado 9. () Não Sabe | 50 |
| 50 Foi realizado no pré-natal o VDRL para diagnóstico da sífilis; 1. () No 1º e 3º trimestre 2. () Apenas no 1º trimestre | 51 |
| 3. () Apenas no 3º Trimestre 4. () Não foi realizado 9. () Não Sabe | 52 |
| 51 Foi realizada estratégia educativa sobre IST/Sífilis juntamente com a gestante; 1. () Sim 2. () Não | |
| 52 Foi realizada estratégia educativa sobre IST/Sífilis juntamente com os parceiros das gestante; 1. () Sim 2. () Não | |

4 Situações de Vulnerabilidade

| | |
|---|----|
| 53 Durante a gestação, vivendo em situação de rua: 1. () Sim 2. () Não | 53 |
| 54 Durante a gestação, vivendo em casa de familiares: 1. () Sim 2. () Não | 54 |
| 55 Mudança Frequente de Domicílio: 1. () Sim 2. () Não | 55 |
| 56 Sofreu abuso/violência sexual: 1. () Sim 2. () Não | 56 |
| 57 Sofreu violência doméstica física e/ou verbal: 1. () Sim 2. () Não | 57 |
| 58 Profissional do Sexo: 1. () Sim 2. () Não | 58 |
| 59 Parceira de Presidiário: 1. () Sim 2. () Não | 59 |

**APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(PÚBLICO-ALVO)**

Prezada senhora,

Estou convidando a senhora a participar de um estudo que está sob minha responsabilidade. Nesse estudo pretendo identificar os fatores associados a sífilis congênita. As participantes serão puérperas que estejam internadas no alojamento conjunto do Hospital Geral César Cals (HGCC). Pretendemos com esta pesquisa contribuir para a prestação de uma assistência de Enfermagem mais qualificada as gestantes, parturientes e puérperas no que tange a prevenção da sífilis congênita.

Caso a senhora concorde em participar do estudo, realizarei uma série de questionamento com o intuito de verificar os fatores associado à ocorrência de sífilis congênita. Sua participação neste estudo é livre e deve durar em média 15 minutos.

Dou-lhe a garantia de que as informações obtidas serão utilizadas apenas para a realização deste estudo. A presente pesquisa poderá ter o risco de causar constrangimento, ao passo que você poderá não ter a intenção de responder tais perguntas. A senhora tem o direito de sair do estudo a qualquer momento, se assim desejar, sem que sua desistência possa prejudicar seu atendimento na rede pública ou privada de saúde. Finalmente informo que sua identidade será preservada tanto durante a condução do estudo como quando publicado em periódicos científicos. A participação no estudo não trará nenhum custo à senhora. A senhora poderá fazer qualquer pergunta durante a leitura desse termo.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será impresso em duas vias, sendo que uma ficará comigo (pesquisador) e a outra, com você (entrevistada).

Em caso de dúvidas e/ou desistência da entrevista, pode-se entrar em contato com o Comitê de Ética do Hospital Geral César Cals (HGCC). por meio do telefone (85) 3101-5347 ou através do endereço Av. Imperador, nº 545 – Bairro Centro, CEP: 60015-051. Caso precise entrar em contato comigo, informo-lhe meu nome e endereço:

Igor Cordeiro Mendes
Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará
Rua Alexandre Baraúna, 1115. Fone: (85) 3366-8448
E-mail: igormendesufc@yahoo.com.br

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIMENTO

Eu, _____ RG nº _____,
declaro que tomei conhecimento do estudo citado acima, compreendi seus objetivos e concordo em participar da pesquisa.

Fortaleza, ____ de _____ de 2015.

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador

Testemunha

Assinatura de quem coletou os dados

Digital do Participante

**APÊNDICE C - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO
PARA COLETA DE DADOS**

| PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - 01 | |
|---|--|
| UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ | |
| NOME DA TAREFA: COLETA DE DADOS PARA DESENVOLVIMENTO DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO | ESTABELECIDO EM: JANEIRO DE 2015 |
| RESPONSÁVEL: IGOR CORDEIRO MENDES | |
| OBJETIVOS | |
| Padronizar a coleta de dados para identificação dos fatores associado a sífilis congênita. | |
| MATERIAL | |
| - Termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE B); - Instrumento para identificação dos fatores associados a sífilis congênita (APÊNDICE A). | |
| DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES | |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. No momento do encontro, será realizada a leitura do TCLE (Apêndice B) junto com as puerpéras que consentirem em colaborar com o estudo; 2. Serão explicitados os objetivos do estudo, bem como a forma de realização da coleta de dados; 3. As participantes serão orientadas a procederem da seguinte forma durante a coleta de dados: <ol style="list-style-type: none"> 3.1 Responda cada questionamento mantendo a veracidade das informações. 3.2 Em caso de dúvida acerca de alguma informação, podem ser consultados outros tipos de materiais, como: documentos pessoais, cartão da gestante, dentre outros. 3.3 Outros indivíduos não poderão interferir na resposta da entrevistada. 3.4 Caso tenha alguma dúvida quanto ao significado ou a compreensão de algum questionamento, a puerpera deve solicitar ao pesquisador que refaça o questionamento de maneira mais clara. 4. Depois disso, serão analisados novamente os instrumentos (checando se este foi preenchido por completo), contendo todas as informações necessárias. | |
| CONSIDERAÇÕES IMPORTANTES | |
| PREPARADO POR: | EXECUTADO POR: |

ANEXO A – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

HOSPITAL GERAL DR. CÉSAR
CALS/SES/SUS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: FATORES ASSOCIADOS A OCORRÊNCIA DA SÍFILIS CONGÊNITA

Pesquisador: IGOR CORDEIRO MENDES

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 49837515.0.0000.5041

Instituição Proponente: Hospital Geral Dr. César Cal's/SES/SUS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.328.001

Apresentação do Projeto:

O estudo será observacional, correlacional do tipo caso controle. O estudo será realizado no período de dezembro de 2015 a abril de 2016 no Alojamento Conjunto (AC) do Hospital Geral César Cal's (HGCC). A população do estudo será composta por puérperas internadas no AC da HGCC durante o período do estudo. O tamanho amostral será de 250, sendo 50 casos e 200 controles. A coleta de dados será realizada através da aplicação de um instrumento estruturados, constituído de três tópicos: 1. informações relacionadas aos aspectos sociodemográficos, história sexual e reprodutiva e hábitos de vida das puérperas; 2. questionamentos para avaliação do conhecimento, atitude e prática (CAP) das puérperas quanto à prevenção da sífilis congênita; 3. aspectos relativos à assistência pré-natal, observando ações mínimas preconizadas pelo Ministério da Saúde brasileiro, bem como por órgãos internacionais de saúde, que demonstram uma qualidade satisfatória da assistência prestada as mulheres durante o ciclo gestatório.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Identificar os fatores que influenciam a ocorrência da sífilis congênita.

Objetivo Secundário:

Analisar a influência dos aspectos sociodemográficos, história sexual e reprodutiva e hábitos de

Endereço: Av. Imperador, nº 372

Bairro: Centro

CEP: 60.015-052

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-5354

Fax: (85)3101-5354

E-mail: ceap@hgcc.ce.gov.br

HOSPITAL GERAL DR. CÉSAR
CAL/S/SES/SUS



Continuação do Parecer: 1.328.001

vida para a ocorrência da sífilis congênita; Verificar a associação da qualidade da assistência pré-natal com a ocorrência da sífilis congênita; Avaliar o conhecimento, a atitude e a prática de mulheres quanto à prevenção da sífilis congênita, observando a influência dos mesmos na ocorrência desse agravo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não foram identificados riscos para as usuárias do serviço de saúde que participarão da pesquisa ou riscos mínimos.

Benefícios:

A identificação dos fatores relacionados com a ocorrência da Sífilis congênita possibilita o planejamento e a execução de estratégias mais focadas, visando a prevenção e o controle desse agravo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa de grande relevância para saúde pública. Bem delineada e objetivos bem definidos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos essenciais foram apresentados, tais como Folha de Rosto, Projeto, Termo de Concordância, TCLE, questionário, entre outros.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|---|--|------------------------|----------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_602055.pdf | 29/10/2015 10:33:31 | | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | Termodeconsentimento2.pdf | 29/10/2015 10:32:55 | IGOR CORDEIRO MENDES | Aceito |

Endereço: Av. Imperador, nº 372

Bairro: Centro

CEP: 60.015-052

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-5354

Fax: (85)3101-5354

E-mail: ceap@hgcc.ce.gov.br

HOSPITAL GERAL DR. CÉSAR
CALC/SUS/SUS



Continuação do Parecer: 1.328.001

| | | | | |
|--|--------------------------------|------------------------|-------------------------|--------|
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | ProjetoHGCC2.pdf | 29/10/2015 10:32:35 | IGOR CORDEIRO MENDES | Aceito |
| Outros | CartadeEncaminhamentoaoCEP.pdf | 05/10/2015 23:07:54 | IGOR CORDEIRO MENDES | Aceito |
| Outros | CurriculoLattes.pdf | 05/10/2015 23:07:12 | IGOR CORDEIRO MENDES | Aceito |
| Outros | TermodeResponsabilidade.pdf | 05/10/2015 23:06:43 | IGOR CORDEIRO MENDES | Aceito |
| Outros | TermodeCompromisso.pdf | 05/10/2015 23:06:21 | IGOR CORDEIRO MENDES | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TermodeConsentimento.pdf | 05/10/2015 23:03:46 | IGOR CORDEIRO MENDES | Aceito |
| Declaração de Pesquisadores | DeclaracaodeConcordancia.pdf | 05/10/2015 23:03:21 | IGOR CORDEIRO MENDES | Aceito |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura | TermodeAnuencia.pdf | 05/10/2015 23:02:24 | IGOR CORDEIRO MENDES | Aceito |
| Orçamento | Orcamento.pdf | 05/10/2015 23:01:29 | IGOR CORDEIRO MENDES | Aceito |
| Cronograma | Cronograma.pdf | 05/10/2015 23:00:04 | IGOR CORDEIRO MENDES | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | ProjetoHGCC.pdf | 05/10/2015 22:59:48 | IGOR CORDEIRO MENDES | Aceito |
| Folha de Rosto | FolhadeRosto.pdf | 05/10/2015 22:59:02 | IGOR CORDEIRO MENDES | Aceito |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 18 de Novembro de 2015

Assinado por:
ANTONIO LUIZ CARNEIRO JERONIMO
(Coordenador)

Endereço: Av. Imperador, nº 372

Bairro: Centro

CEP: 60.015-052

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-5354

Fax: (85)3101-5354

E-mail: ceap@hgcc.ce.gov.br