



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**  
**FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM**  
**DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**

**CAROLINE RIBEIRO DE SOUSA**

**CONHECIMENTO, ATITUDE E PRÁTICA DE ADOLESCENTES  
GESTANTES SOBRE A PREVENÇÃO DE SÍFILIS CONGÊNITA**

**FORTALEZA**

**2016**

**CONHECIMENTO, ATITUDE E PRÁTICA DE ADOLESCENTES  
GESTANTES SOBRE A PREVENÇÃO DE SÍFILIS CONGÊNITA**

**CAROLINE RIBEIRO DE SOUSA**

Monografia apresentada ao curso de Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dra. Ana Kelve de Castro Damasceno

**FORTALEZA  
2016**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Federal do Ceará  
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

---

- S696c Sousa, Caroline Ribeiro de Sousa.  
Conhecimento, Atitude e Prática de adolescentes gestantes sobre a prevenção de sífilis congênita /  
Caroline Ribeiro de Sousa Sousa. – 2016.  
69 f.
- Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia,  
Odontologia e Enfermagem, Curso de Enfermagem, Fortaleza, 2016.  
Orientação: Profa. Dra. Ana Kelve de Castro Damasceno.  
Coorientação: Profa. Ma. Igor Cordeiro Mendes.
1. Adolescente. 2. Enfermagem Obstétrica. 3. Sífilis Congênita. I. Título.

CDD 610.73

---

CAROLINE RIBEIRO DE SOUSA

**CONHECIMENTO, ATITUDE E PRÁTICA DE ADOLESCENTES  
GESTANTES SOBRE A PREVENÇÃO DE SÍFILIS CONGÊNITA**

Monografia apresentada ao curso de Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dra. Ana Kelve de Castro Damasceno

Aprovada em: 16/12/2016.

BANCA EXAMINADORA

---

Prof. Dra. Ana Kelve de Castro Damasceno(Orientador)  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Enf. Prof. Igor Cordeiro Mendes (Co-orientador)  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Prof. Dra. Régia Christina Moura Barbosa  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

A Deus.

Aos meus pais, família e amigos.

## AGRADECIMENTOS

À Deus por guiar meus passos até aqui e por me dar força quando mais precisei para superar os obstáculos.

Aos meus pais, Luciana e Brito, por todo amor e cuidado que tiveram por mim em todas as fases da minha vida, muitas vezes renunciando seus próprios sonhos para que eu pudesse realizar os meus. Se não fosse por vocês, nada disso teria sido possível. Meu amor e gratidão por vocês são infinitos.

Ao meu querido irmão, João Cláudio, por todos os sorrisos que sempre arranca de mim, mesmo nos momentos mais difíceis. Minha vida ficou mais feliz e completa desde o dia que você chegou. Te amo muito.

À toda minha família: avós, tios e tias por toda força e ajuda que sempre me deram. Muito obrigada por tudo.

À minha querida professora e orientadora Ana Kelve por toda a paciência, compromisso, dedicação e orientação. Agradeço por ter contribuído com grande parte do meu crescimento acadêmico. Saiba que você é um exemplo de profissional e ser humano. Muito obrigada!

Ao Programa de Educação Tutorial, que me proporcionou as melhores experiências, crescimento acadêmico, amadurecimento e me deu uma família na universidade. Obrigado a todos os petianos que fizeram parte da minha jornada!

Às professoras Régia e Priscila, por sempre acreditarem em mim, dado força, amadurecimento como pessoa e quanto enfermeira. Agradeço por todo carinho e orientação que tiveram por mim.

Às minhas grandes amigas, Tati e Adriana, por todo apoio, carinho, auxílio e por estarem ao meu lado durante toda essa jornada. Esse trabalho é tão meu quanto de vocês.

Aos meus grandes amigos, Luzia, Rodrigo e Vitor, que eu posso contar sempre.

Aos meus amigos Igor, Essyo, Mairton, Gabriela Lemos, Olívia e Alana, por estarem ao meu lado durante essa jornada.

Agradeço ao Dário, por ficar ao meu lado e me apoiar em todo esse período da universidade e por ter me ajudado a acreditar em mim mesma.

“Todos deveriam ser transformados em ações,  
em ações que tragam resultados.”  
(Florence Nightingale)

## RESUMO

Objetivou-se avaliar o grau de conhecimento, atitudes e práticas de gestantes adolescentes sobre prevenção da transmissão de sífilis congênita. Trata-se de um estudo descritivo, transversal e de natureza quantitativa. Foi desenvolvido em um ambulatório de adolescentes pertencente a uma maternidade de ensino da rede pública, considerada de nível terciário, referência para atendimentos obstétricos e neonatal. O estudo teve como amostra um total de 80 gestantes adolescentes. A coleta de dados ocorreu no mês de setembro a novembro de 2016, após aprovação do comitê de ética da instituição, com o número do parecer 1.646.393. Os dados foram analisados por meio da estatística descritiva e apresentados em tabelas. Foram realizadas entrevistas com a utilização de um questionário para avaliar o conhecimento, a atitude e a prática sobre a infecção de sífilis adquirida e congênita e sua prevenção. Os resultados encontrados foram a idade das gestantes variou de 12 a 19 anos, prevalecendo gestantes menores ou igual a 15 anos (51,2%). Predominou escolaridade menor que 9 anos de estudo (60,0%) e a raça mulata ou parda (74,9%). A maioria das gestantes tinham companheiro (56,3%), apenas 1 parceiro nos últimos meses (92,5%), com sexarca até 15 anos (90,0%) e eram primigestas (95,0%). As adolescentes utilizavam como método contraceptivo mais o preservativo masculino (52,5%). O conhecimento foi inadequado (93,8%), pois apenas 40 (50%) das gestantes já ouviram falar sobre sífilis e apenas 9 (11,8%) já ouviram falar de sífilis congênita e a maioria não sabia como se prevenia sífilis (55,0%); a atitude adequada (52,5%) foi marcada pelas 80 (100,0%) gestantes referirem sempre necessário a realização do pré-natal; 77 gestantes (96,3%) afirmarem que é sempre necessário mostrar os resultados dos exames do pré-natal; 76 (95%) afirmarem que é sempre necessário, caso tenha sífilis, fazer o acompanhamento com profissional de saúde. A prática inadequada (93,8%) foi influenciada pelo baixo percentual de utilização do preservativo antes da gravidez (13,8%) e durante a gestação (10,0%). Concluiu-se que o conhecimento e a prática de gestantes adolescentes eram inadequados, enquanto a atitude era adequada. Destacou-se a necessidade de informações para gestante adquirir novos conhecimentos, ter atitudes corretas frente sua sexualidade. Além do desenvolvimento de métodos educativos que transmitam de forma clara e objetiva informações afim de melhorar o conhecimento, atitude e prática de adolescentes gestantes sobre a prevenção de sífilis congênita.

**Palavras-Chave:** Adolescente, Enfermagem Obstétrica, Sífilis Congênita.



## ABSTRACT

The objective of this study was to evaluate the knowledge, the attitudes and the practices of adolescent pregnant women about the prevention of congenital syphilis transmission. This is a descriptive, cross-sectional and quantitative study. It was developed in an outpatient clinic of adolescents belonging to a school maternity of the public network, considered of tertiary level, reference for obstetric and neonatal care. The study had a sample of 80 adolescents. The data collection took place between the months of September to November 2016, after approval of the ethics committee of the institution, with the number of opinion 1.646.393. Data were analyzed through descriptive statistics and presented in tables. Interviews were conducted with the use of a questionnaire to evaluate the knowledge, attitude and practice about the infection of acquired and congenital syphilis and its prevention. The results found were that the age of the pregnant women ranged from 12 to 19 years, prevailing pregnant women less than or equal to 15 years (51.2%). Prevalence was lower than 9 years of schooling (60.0%) and the mulatto or brown race (74.9%). Most of the pregnant women: had a partner (56.3%), had only 1 partner in the last months (92.5%), had their First sexual intercourse until 15 years old (90.0%) and were primigravidas (95.0%). The adolescent women preferred the male condom as a contraceptive method (52.5%). Knowledge was inadequate (93.8%), since only 40 (50%) of the women had heard about syphilis and only 9 (11.8%) had heard of congenital syphilis and most did not know how to prevent syphilis (55.0%); The appropriate attitude (52.5%) was characterized by 80 (100.0%) pregnant women always refer to prenatal care; 77 pregnant women (96.3%) affirm that it is always necessary to show the results of prenatal exams; 76 (95%) affirm that it is always necessary, if you have syphilis, to follow up with a health professional. Inadequate practice (93.8%) was influenced by the low percentage of condom use before pregnancy (13.8%) and during pregnancy (10.0%). It was concluded that the knowledge and practice of adolescent pregnant women were inadequate, while the attitude was adequate. The need for information for pregnant women to acquire new knowledge and to have correct attitudes towards their sexuality was highlighted in the study. In addition to the development of educational methods that clearly and objectively transmit information in order to improve the knowledge, the attitude and the practice of pregnant adolescents on the prevention of congenital syphilis.

**Keywords:** Adolescent, Obstetric Nursing, Congenital Syphilis.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição de gestantes adolescentes segundo suas características sócio demográficas, MEAC, setembro a novembro de 2016, Fortaleza- CE, 2016.....	16
Tabela 2 – História sexual de gestantes adolescentes, MEAC, setembro a novembro de 2016, Fortaleza- CE, 2016.....	20
Tabela 3 – Distribuição de gestantes segundo suas características ginecológicas, MEAC setembro a novembro de 2016, Fortaleza- CE, 2016.....	21
Tabela 4 – Distribuição de gestantes adolescentes segundo suas características obstétricas, MEAC, setembro a novembro de 2016, Fortaleza- CE, 2016.....	23
Tabela 5 – Distribuição das gestantes segundo o consumo de drogas e tatuagens/ <i>piercing</i> por gestantes adolescentes, MEAC, setembro a novembro de 2016, Fortaleza- CE, 2016.....	25
Tabela 6 – Distribuição de gestantes segundo o conhecimento frente a prevenção da transmissão da sífilis congênita. MEAC, setembro a novembro de 2016, Fortaleza- CE, 2016.....	26
Tabela 7 – Distribuição de gestantes segundo a atitude frente a prevenção da transmissão da Sífilis congênita, MEAC, setembro a novembro de 2016.....	30
Tabela 8 – Distribuição de gestantes segundo a prática frente à prevenção da transmissão da sífilis congênita, MEAC, setembro a novembro de 2016, Fortaleza- CE 2016.....	32

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>01</b>
<b>2. OBJETIVOS.....</b>	<b>05</b>
<b>3. REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>06</b>
3.1 Programas e políticas relacionadas à Sífilis.....	06
3.2 A assistência do Pré-Natal no controle do sífilis congênita.....	07
3.3 O contexto das políticas públicas sobre a vulnerabilidade dos adolescentes diante á Sífilis e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis.....	09
<b>4. METODOLOGIA.....</b>	<b>11</b>
4.1 Tipo de estudo .....	11
4.2 Descrição do Local do estudo.....	11
4.3 Amostra.....	12
4.4 Coleta e análise dos dados .....	12
4.5 Aspectos éticos da pesquisa .....	14
<b>5. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>15</b>
<b>6. CONCLUSÃO.. ..</b>	<b>37</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>40</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>46</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>52</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A sífilis é uma doença crônica, infectocontagiosa, causada pela bactéria *Treponema pallidum*, que ataca sistematicamente o organismo depois de infectado. Ela se caracteriza por ter vários estágios clínicos e também pode se desenvolver em períodos de latências, quando não é identificado nenhum sintoma (OMS, 2015).

A sífilis ainda persiste em níveis elevados de infecção e pode acometer de forma severa principalmente quando não tratada. A transmissão da bactéria acontece por meio do contato sexual, também por via transplacentária e via canal de parto. O risco de transmissão vertical varia de acordo com o estágio de infecção da mãe, sendo mais elevado nos estágios iniciais e também podendo ocorrer em qualquer período da gestação (DAMASCENO *et al.* 2014). Dessa forma, a sífilis se apresenta como uma das principais doenças infecciosas durante o ciclo gestacional, podendo acarretar consequências para o feto.

A sífilis congênita se apresenta com quadro clínico variável. Quando a transmissão ocorre no último trimestre, tende a aparecer de forma assintomática, mas pode se manifestar no bebê: eritematopapulosa, placas mucosas, choro intenso, pênfigo sífilítico, microadenopatia, hepatoesplenomegalia e também manifestações tardias (DAMASCENO *et al.* 2014).

Devido às graves implicações na gestação, verifica-se que a incidência da doença tanto no âmbito nacional quanto internacional, reflete a falha na assistência de qualidade à gestante nos diferentes territórios, das ações propostas e também na investigação dos casos da doença.

Em relação aos índices epidemiológicos de sífilis na gestação, estima-se que ocorram 1 milhão de casos de sífilis por ano entre as gestantes. Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), no ano de 2013, 1,9 milhões de gestantes estavam infectadas pela sífilis, em todo o mundo (PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, 2014).

No território nacional os números se mostraram preocupantes. De 2005 a junho de 2014, foram notificados no SINAN 100.790 casos de sífilis na gestação, dos quais 42,1% são na Região Sudeste, 23,5% no Nordeste, 12,4% no Norte, 11,6% no Sul e 10,3% no Centro-Oeste. Durante 2013, observou-se uma taxa de detecção de 7,4 casos de sífilis em gestantes para cada 1.000 nascidos vivos (BRASIL, 2015). Esses elevados índices

epidemiológicos, associados a falhas na detecção precoce desse agravo na gestação e na terapêutica favorecem a ocorrência da sífilis congênita.

Em relação aos parâmetros epidemiológicos de sífilis congênita, durante 2012 a 2014, o número de casos de sífilis congênita aumentou de 334 para 458, representando um aumento na taxa de 8,4 para 11,6 casos por 100.000 nascidos vivos e isso se deve ao aumento da taxa de sífilis primária e secundária entre as mulheres, mostrando um aumento de 22,2%, passando de 0,9 para 1,1 casos por 100.000 mulheres (CDC, 2015).

Em um estudo na Colômbia, mostrou-se a incidência de sífilis congênita no período de 2005 a 2011, identificando uma elevação de 2,15 casos por 1000 nascidos vivos em 2005 para 3,28 casos por 1000 nascidos vivos em 2011 (ALZATE-GRANADOS *et al.*, 2012).

Em relação à incidência de sífilis congênita, no Brasil, em 2013 identificou-se um aumento taxa de 4,7 casos por 1.000 nascidos vivos, sendo a Região Nordeste a que apresentou a maior incidência de casos. Percebeu-se que nos últimos 10 anos, houve um aumento na taxa de incidência de sífilis congênita. Entre 2004 a 2013, a taxa aumentou 3 casos para cada 1.000 nascidos vivos (BRASIL, 2015).

No Brasil, em relação aos menores de um ano de idade foram detectados no SINAN 104.853 casos de sífilis congênita, no período de 1998 a junho de 2014 (BRASIL, 2015). Refletindo também na taxa de mortalidade infantil por sífilis, que nos últimos dez anos, passou de 2,2 por 100.000 nascidos vivos em 2004 para 5,5 em 2013 (BRASIL, 2015).

Em 2013, o Ceará mostrou incidência maior que a média nacional (4,7 por 1.000 nascidos vivos), apresentando 7,7 por 1000 nascidos vivos (BRASIL, 2015). De 2000 a 2009, a taxa de notificação aumentou progressivamente, de 5,6 aumentou para 493,2 por 100.000 nascidos vivos (COSTA *et al.*, 2013).

Além disso, no Brasil, em 2013, no país, mostrou que 23,7% dos casos de sífilis congênita ocorreram entre mulheres de 15 a 19 anos, embora as maiores proporções ocorressem em bebês cujas mães tinham entre 20 e 29 anos de idade (50,2%) (BRASIL, 2015). Mostrando que mesmo que a prevalência seja maior na idade reprodutiva, existe uma grande incidência em um pequeno intervalo de idade na adolescência.

Em um estudo na Bahia, que analisava a prevalência e os fatores de risco associados à sífilis congênita, identificou-se um aumento do número de gestantes infectadas na faixa etária entre 11 e 20 anos, cerca de 20% nos anos de 2008 e 2010. Em 2011, observou-se um aumento dessa faixa etária, representando 60% das mulheres

avaliadas (SANTOS *et al.* 2015). com esses dados, estudo desenvolvidos em Sergipe, que mostra a prevalência de Sífilis Congênita no período de 2009 a 2014, mostrou que 19,1% das gestantes estavam no período da adolescência (MOURA *et al.* 2015). Em uma pesquisa sobre mortalidade perinatal por sífilis congênita, no Rio de Janeiro, realizada com 292 fichas de notificação de óbitos fetais e neonatais, encontrou-se que 44,9% das gestantes encontravam-se na fase da adolescência (SACARACENI *et al.* 2005).

A adolescência é uma fase do ciclo evolutivo do ser humano que, de acordo com a OMS, corresponde à faixa etária entre 10 e 19 anos, 11 meses e 29 dias de idade. Compreende-se como um período marcado por muitas experiências, estilos de vida variados, devido ao gênero, classe/etnia, relações sociais e características individuais. (MONTEIRO, 2014).

Devido ao início precoce da vida sexual, a vida amorosa diferenciada, a falta de informação sobre as infecções sexualmente transmissíveis, a não adesão ao uso do preservativo, a necessidade de afirmação, não apenas o comportamento individual, mas também a influência social, econômica, tornam os adolescentes e jovens adultos vulneráveis às infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) (COSTA *et al.* 2013). Além disso, as gestações não planejadas se tornam frequentes e com isso, o risco de transmissão vertical dessas infecções também aumenta.

Existem políticas que protegem o direito sexual e reprodutivo de jovens. As Diretrizes Nacionais da Atenção Integral à Saúde do Adolescente defendem os direitos sexuais e reprodutivos do jovem. Com isso, possibilita uma maior integralidade, livre de coerção, discriminação e violência. Além disso, a educação sexual e reprodutiva pode ser estimulada no Programa Saúde na Escola que visa a junção da saúde pública e da educação para o desenvolvimento de ações que promovam a saúde do adolescente no ambiente da escola (BRASIL,2010).

Outra política importante que engloba adolescentes grávidas é a Rede Cegonha, que assegura à mulher e à criança o direito da realização de um parto humanizado, além de garantir a assistência à prevenção de infecções sexualmente transmissíveis durante a gestação, com isso aumentou a detecção de sífilis durante a gestação. Com essa política, também estimulou-se à assistência ao pré-natal de qualidade (BRASIL, 2015).

Uma forma de prevenir a transmissão vertical de ISTs é através do pré-natal. A falta de uma assistência de qualidade influencia na incidência de sífilis congênita, visto que durante o pré-natal, pode-se detectar precocemente a sífilis adquirida, através dos

exames sorológicos solicitados e começar o tratamento, diminuindo os casos de sífilis congênita (DOMINGUES *et al.* 2014).

É durante o pré-natal que se tem a integração do profissional com a gestante e o estabelecimento da confiança, tanto em momentos individuais quanto em grupo (SEGATTO *et al.* 2015). Com isso possibilita ao profissional identificar as principais lacunas referentes ao conhecimento e comportamento dessas gestantes e assim, fazer intervenções educativas adequadas, a fim de prevenir e promover a saúde.

Diante do exposto, compreendeu-se a relevância de responder a seguinte indagação: Qual o conhecimento, atitude, prática de adolescentes gestantes atendidas em um ambulatório de especializado em um hospital de referência obstétrica e neonatal no município de Fortaleza- CE?

Faz-se necessário responder esse questionamento, visto que a sífilis na gestação apresenta consequências graves para o feto, os dados epidemiológicos demonstram que ainda existe uma alta taxa de infecção e prevalência de sífilis em gestante e sífilis congênita, além do crescimento de infecções sexualmente transmissíveis em adolescentes. Além disso, mostra que apesar das políticas públicas que garantem a saúde sexual e reprodutiva, precisa-se compreender essa faixa etária para então articular ações que promovam a saúde desses jovens. Acredita-se na relevância dessa pesquisa, já que apresenta uma grande contribuição para a enfermagem como ciência, colaborando com o desenvolvimento de uma assistência de qualidade e contribuindo para estratégias que visem a diminuição das taxas de incidência de sífilis congênita.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

- Analisar o conhecimento, atitude e prática quanto à prevenção da transmissão de sífilis congênita em gestantes adolescentes.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Verificar o perfil sócio demográfico, sexual, reprodutivo e hábitos de vida de gestantes adolescentes;
- Identificar fatores que influenciaram no conhecimento, atitude e prática de adolescentes gestantes sobre sífilis congênita.



### **3 REVISÃO DE LITERATURA**

#### **3.1 Programas e políticas relacionadas à Sífilis**

O controle da sífilis gestacional e congênita tem uma relação direta a história da mulher e as políticas públicas. No Brasil, as primeiras políticas públicas referentes à mulher restringiam-se as necessidades relativas ao ciclo gravídico-puerperal. Dessa forma, em 1983, o Ministério da Saúde instituiu o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que se configurou como uma das primeiras ações governamentais voltadas para a mulher na saúde (BRASIL, 2004).

Esse programa visa garantir a integralidade e autonomia ao ser mulher através de objetivos específicos como: prevenir e controlar as Infecções Sexualmente Transmissíveis/IST. Dentro desse objetivo, uma das metas seria a eliminação da sífilis, considerada problema de saúde pública no Brasil (BRASIL, 2004).

A partir do PAISM, o Ministério da Saúde focou em políticas que oferecessem assistência à mulher como um todo. O combate às doenças sexualmente transmissíveis tornou-se bem difundido no país. Devido à elevada taxa de prevalência, de transmissão vertical e da alta mortalidade, a sífilis na gestação foi incluída como IST de notificação compulsória, conforme a Portaria nº 542 de 22 de dezembro de 1986 (SARACENI *et al.*, 2005).

No entanto, devido as falhas na conduta e no diagnóstico precoce, assim como a falta de registro, sabe-se que a frequência da doença é bem maior do que os números oficiais, demonstrando que há níveis elevados de subnotificação desse agravo. Com o intuito de acompanhar e controlar esse agravo, em 1997, o Ministério da Saúde passou a ter como meta para eliminação da doença o registro de até um caso de sífilis congênita por 1.000 nascidos vivos/ano (BRASIL, 2006).

No ano 2000, o MS criou o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), que tem como objetivo a redução das taxas de morbimortalidade materna, perinatal e neonatal, além de melhorar o acesso, a cobertura e a qualidade de assistência primária, solicitando a realização do VDRL na primeira consulta de pré-natal e na trigésima semana de gestação, favorecendo o diagnóstico e melhorando o controle da sífilis congênita (BRASIL, 2002).

Em 2002, o Ministério da Saúde lançou o Projeto Nascer nas maternidades com atendimento de mais de 500 partos ao ano em municípios prioritário, e tem como principal

objetivo promover a capacitação de equipes multiprofissionais, garantindo a reorganização do processo de trabalho para a melhoria da qualidade da assistência à gestante, puérpera e recém-nascido, para a redução da transmissão vertical e controle da sífilis congênita (BRASIL, 2003).

Um importante marco dentro do cenário público brasileiro, o Pacto pela Saúde, aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde em 2006, apresentou como um de seus três eixos o Pacto pela Vida. A redução da mortalidade materna e infantil está entre as suas prioridades, sendo um dos componentes a redução das taxas de transmissão vertical do HIV e da sífilis (BRASIL, 2007b).

Em 2007, foi lançado o Plano Nacional de Redução da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis, que teve como metas a redução escalonada e regionalizada das taxas de transmissão mãe-filho do HIV e da sífilis até 2011. A partir disso, poder-se-ia aumentar a cobertura de testagem para o HIV e sífilis no pré-natal, elevar a cobertura do tratamento de gestantes com sífilis e seus parceiros, além de ampliar ações de prevenção (BRASIL, 2007a).

Outra ação desenvolvida recentemente pelo Ministério da Saúde (MS), que dentre seus objetivos promove a humanização e a assistência eficaz à saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal, é o Projeto Rede Cegonha. É uma rede de cuidados que assegura à mulher o direito reprodutivo e à atenção humanizada durante a gestação, ao parto e ao puerpério, bem como ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis da criança, ajudando a redução dos índices de mortalidade materna no país (BRASIL, 2011).

Percebe-se que todas as políticas citadas obtiveram impacto positivo para a melhoria da promoção da saúde do binômio mãe e filho, contribuindo para a prevenção da sífilis congênita, porém ainda se verifica obstáculos que impossibilitam a realização dos objetivos propostos pelos programas, sendo necessário uma maior participação dos profissionais e gestores para uma implementação efetiva dessas políticas.

### **3.2 A assistência do Pré-Natal no controle do sífilis congênita**

Além dos programas e políticas públicas voltadas para a prevenção e controle de sífilis gestacional e congênita, tornou-se necessário uma assistência de qualidade do pré-natal para a prevenção das doenças infecciosas de transmissão vertical na gestação. Pode-

se considerar a sífilis congênita como importante marcador da qualidade da assistência pré-natal.

No mundo, cerca de 2 milhões de gestantes são infectadas pela sífilis a cada ano. A maioria das gestantes não realiza o teste para sífilis, e as que o fazem não são tratadas adequadamente ou sequer recebem tratamento (OMS, 2011).

A triagem sorológica no pré-natal é eficaz e o tratamento com penicilina é efetivo, barato e facilmente disponível. Apesar disso, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) estima que na América Latina e Caribe, 330.000 gestantes soropositivas para sífilis não recebam o tratamento para a doença durante as consultas de pré-natal a cada ano, e que dois terços dos casos de sífilis em gestantes resultem em sífilis congênita. Nos países da região, a cobertura do diagnóstico da sífilis nas gestantes que realizaram o pré-natal no ano de 2010 foi de apenas 61% (OPAS, 2012).

Vale destacar que segundo dados do Sistema de Informação e Notificação de Agravos (SINAN) de quase três milhões de mulheres que engravidam anualmente, no Brasil, apenas 75% realizam o pré-natal. Destas, somente 50% realizam o VDRL no início do pré-natal e apenas 23% o repetem no terceiro trimestre da gestação, conforme preconizado pelas normas brasileiras. (BRASIL, 2005).

Em um estudo, realizado em Belo Horizonte-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 sífilis congênita 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 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, 98,1% teve pelo menos um teste VDRL. Entre eles, 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).

Diante desse contexto, os fatores associados à sífilis congênita encontrados neste estudo sugerem falhas na assistência pré-natal e indicam a necessidade de propor novas estratégias com o objetivo de reduzir a transmissão vertical da sífilis.

### **3.3 O contexto das políticas públicas sobre a vulnerabilidade dos adolescentes diante à Sífilis e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis**

A sífilis, por ser uma Infecção Sexualmente Transmissíveis (IST), possui as mesmas características de vulnerabilidades desse grupo de doenças e que se manifestam, sobretudo, na faixa etária dos adolescentes.

A adolescência é uma fase do ciclo evolutivo do ser humano que, de acordo com a OMS, corresponde à faixa etária entre 10 e 19 anos, 11 meses e 29 dias de idade, sendo que para o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), essa faixa se encontra entre os 12 e 18 anos, 11 meses e 29 dias de idade. Compreende-se como um período marcado por muitas experiências, estilos de vida variados, devido ao gênero, classe/etnia, relações sociais e características individuais. (MONTEIRO, 2014).

A partir disso, neste período da vida a maioria dos adolescentes vivencia diversos momentos que os tornam vulneráveis às ISTs, como a síndrome da adolescência normal; iniciação sexual; experimentação de drogas lícitas e ilícitas, todos, comportamentos de risco influenciados na maioria das vezes pelo meio social em que o adolescente está inserido. Dessa forma, fica evidente que a vulnerabilidade não está atrelada apenas aos comportamentos de risco individuais, mas também aos fatores sociais, culturais, econômicos e políticos (TOLEDO, 2011). Diante desse contexto, é necessário que existam políticas públicas que atendam às necessidades desse grupo diante da sua vulnerabilidade para adquirir ISTs.

Atualmente, as políticas públicas de saúde no Brasil são desenvolvidas de acordo com o modelo de atenção à saúde proposto pelo Sistema Único de Saúde (SUS). A partir dessas orientações é criado o Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD) em 1989, com propostas de saúde integral aos jovens. Embora as ações prioritárias do PROSAD considerassem o atendimento integral da saúde do adolescente, destaca-se que suas ações se concentravam na saúde sexual e reprodutiva deste grupo. Isto foi consequência do

Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) (TEXEIRA, SILVA, TEIXEIRA, 2013).

Seguindo as diretrizes de descentralização e de territorialização das ações e dos serviços de saúde do SUS, a saúde do adolescente foi redirecionada para a Atenção Básica, em que foram utilizadas algumas das principais estratégias desse âmbito, entre elas o Programa de Saúde da Família (PSF), utilizando estratégias mais voltadas para o controle de agravos e da gravidez na adolescência (TEXEIRA, SILVA, TEIXEIRA, 2013).

Em junho de 2006, o Ministério da Saúde publicou o "Marco Teórico e Referencial da Sexualidade e Saúde Reprodutiva de Adolescentes e Jovens". Esse documento problematizou a vulnerabilidade dos adolescentes (JAGER *et al.*, 2014).

Todas essas políticas públicas influenciaram a criação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens. A implementação dessa política, em âmbito nacional, promoveu o desenvolvimento de ações de saúde e contribuiu para o alcance dos objetivos e metas que constam do Pacto pela Saúde, fortalecendo o atendimento na Atenção Básica (JAGER *et al.*, 2014; BRASIL, 2010).

Outra política importante foi o Programa Saúde na Escola (PSE), instituído pelo Decreto Presidencial n. 6.286/2007, uma parceria entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação, tendo como objetivo ampliar as ações de saúde aos alunos da rede pública de ensino. Evidencia-se que a escola tem papel fundamental em auxiliar na detecção de comportamentos de risco que tornem o adolescente vulnerável e participa do desenvolvimento de práticas educativas voltadas à promoção da saúde do escolar (MACHADO *et al.*, 2016).

Diante desse contexto, percebeu-se a necessidade de implantação das políticas citadas, que reforçaram a importância de promover a saúde dos adolescentes, diminuindo a vulnerabilidade diante das Infecções Sexualmente Transmissíveis, especialmente a sífilis adquirida e congênita. Porém, ainda se verificam falhas na implantação dessas políticas, sendo necessário que profissionais e gestores identifiquem os possíveis fatores que contribuam para essa vulnerabilidade e possam atuar na promoção e prevenção desses adolescentes, favorecendo a diminuição da taxa de ISTs presentes nos adolescentes e contribuindo para a diminuição das taxas de sífilis.

## **4 METODOLOGIA**

### **3.1 Tipo de Estudo**

O estudo foi descritivo de corte transversal e de abordagem quantitativa. Na abordagem quantitativa o investigador irá identificar variáveis de interesse, desenvolvendo definições operacionais a partir dessas variáveis e, depois, coletará dados relevantes dos sujeitos. Também será de delineamento transversal, já que irá descrever uma situação a partir de um ponto fixo do tempo (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011).

### **3.2. Descrição do local de Estudo**

O estudo foi realizado no Ambulatório de adolescentes da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC). Essa maternidade compõe conjuntamente com o Hospital Universitário Walter Cantídio o Complexo Hospitalar Universitário, composto pela Faculdade de Medicina (FAMED) e pela Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem (FFOE) da Universidade Federal do Ceará (UFC), localizada na Rua Coronel Nunes de Melo S/N, Rodolfo Teófilo - Fortaleza - Ceará – Brasil.

A maternidade é referência no Estado do Ceará na assistência obstétrica e ginecológica. Sua missão é promover o Ensino, Pesquisa e Extensão, além de oferecer um serviço terciário de alta complexidade da saúde da mulher e do recém-nascido. Além disso, é a única instituição a nível terciário que possui um atendimento direcionado à população adolescente.

No ambulatório de adolescentes, temos consultas de pré-natal e consultas especializadas na área da ginecologia. As adolescentes são encaminhadas do posto de saúde para serem acompanhadas durante a gestação na MEAC, considerando as peculiaridades desse grupo populacional.

A primeira consulta acontece com a enfermeira do setor e após com o médico em atendimento, retornando no terceiro trimestre para a enfermeira e quando houver necessidade.

### 3.3. Amostra

Devido à falta de registros oficiais sobre a quantidade de gestantes adolescentes atendidas no serviço de pré-natal da maternidade em que ocorreu o estudo, o cálculo amostral foi baseado no registro pessoal da quantidade de pacientes de primeira consulta atendidas no setor por uma das enfermeiras do mesmo. Essa quantidade corresponde a 250 gestantes atendidas no período de janeiro a outubro de 2016.

O cálculo amostral foi realizado utilizando-se a fórmula para estudos com amostras finitas (JEKEL; ELMORE; KATZ, 2005), descrita abaixo:

$$N = \frac{a^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{E^2 (N-1) + a^2 \cdot p \cdot q}$$

Onde:

n= tamanho da amostra

a<sup>2</sup>= nível de significância escolhido, expresso em número de desvio padrão

p = percentagem em que o fenômeno de verifica

q = percentagem complementar (100-p)

N = tamanho da população

Assim, a amostra foi de 152 mulheres a partir de um tamanho populacional (N) de 250 gestantes em 10 meses. Foi estabelecido um intervalo de confiança de 95%, sendo de 1,96 o nível de significância expresso em desvio padrão (a), erro máximo permitido (e) de 0,05 e uma prevalência (p) de 50%.

Foram incluídas no estudo gestantes adolescentes em acompanhamento do PN na MEAC e sem sífilis adquirida.

Os critérios de exclusão para seleção da amostra foram: adolescentes menores de 18 anos não acompanhadas pelo responsável no momento da coleta.

### 3.4. Coleta e Análise de Dados

A coleta de dados foi realizada no período de setembro a novembro de 2016 pela aplicação do Inquérito CAP, pois proporciona a identificação de deficiências referente ao conhecimento e comportamento de uma população específica, possibilitando, futuramente, o planejamento de intervenções para esse grupo (KALIYAPERUMAL, 2004).

De acordo com os estudos realizados com esse tipo de instrumento, sabe-se que a definição de conhecimento, atitude e prática (KALIYAPERUMAL, 2004):

§ Conhecimento – recordar fatos específicos ou a habilidade para aplicar fatos específicos para a resolução de problemas ou, ainda, emitir conceitos com a compreensão adquirida sobre determinado evento.

§ Atitude – é, essencialmente, ter opiniões. É, também, ter sentimentos, predisposições e crenças, relativamente constantes, dirigidos a um objetivo, pessoa ou situação. Relaciona-se ao domínio afetivo – dimensão emocional.

§ Prática – é a tomada de decisão para executar a ação. Relaciona-se aos domínios psicomotor, afetivo e cognitivo – dimensão social.

O instrumento CAP que foi utilizado nessa pesquisa foi adaptado de um estudo maior (MENDES, 2016) (APÊNDICE A) e estruturado em dois tópicos: 1. Dados sociodemográficos e dados referentes à saúde sexual e reprodutiva; 2. A avaliação do conhecimento, atitude e prática (CAP) das adolescentes sobre a prevenção da sífilis congênita.

A fim de analisar os aspectos pertinentes ao CAP foram realizados questionamentos sobre as manifestações clínicas da sífilis congênita, a forma de transmissão, o tratamento adequado, as medidas ou ações preventivas, dentre outros aspectos. Diante desse contexto, foram utilizadas como definições adaptadas de Mendes (2016) a seguir:

**CONHECIMENTO: Adequado** - Quando a gestante referir já ter ouvido falar sobre sífilis, indicando fonte adequada (jornais/ revistas/internet/televisão/rádio e profissional da saúde). Quando relatar pelo menos uma forma de transmissão da sífilis pertinente. Quando indicar que a transmissão da sífilis pode ocorrer tanto na gestação quanto no parto. Quando referir pelo menos uma forma adequada de prevenção da sífilis/sífilis para o recém-nascido. **Inadequado** - Quando a gestante referir não ter ouvido falar sobre sífilis ou mencionar conceituação errônea acerca dessa patologia. Quando não relatar pelo menos uma forma de transmissão da sífilis ou transmissões inadequadas. Quando indicar que a transmissão da sífilis não pode ocorrer na gestação e/ou no parto. Quando não referir pelo menos uma forma de prevenção da sífilis/sífilis para o recém-nascido ou formas impróprias.

**ATTITUDE: Adequada** - Quando a gestante indicar que realizar o pré-natal é sempre necessário. Quando indicar que a realização do teste de detecção da Sífilis no período do pré-natal consiste em ação sempre necessária. Quando referir que é sempre necessário



que utilizar camisinha nas relações sexuais caso o parceiro esteja infectado com sífilis. Quando Referir que é sempre necessário o parceiro fazer teste de sífilis caso a gestante esteja infectada. Quando referir que ser acompanhada por um profissional caso esteja infectada é sempre necessário. Quando referir que é sempre necessário retornar com o resultados de exames do pré-natal para o profissional. **Inadequada** -. Quando indicar que realizar o pré-natal é pouco necessário, desnecessário ou não ter opinião sobre isso. Quando referir que a realização do teste de detecção da Sífilis no período do pré-natal consiste em ação desnecessária, pouco necessária, ou não ter opinião sobre a necessidade desses testes. Quando referir que é poucos necessário, desnecessário ou não ter opinião sobre isso sobre utilizar camisinha nas relações sexuais caso o parceiro esteja infectado com sífilis. Quando referir que é pouco necessário, desnecessário ou não ter opinião sobre o parceiro fazer teste de sífilis caso a gestante esteja infectada. Quando referir é pouco necessário, desnecessário ou não ter opinião sobre ser acompanhada por um profissional caso esteja infectada. Quando referir que é poucos necessário, desnecessário ou não ter opinião sobre retornar com o resultados de exames do pré-natal para o profissional.

**PRÁTICA: Adequada** - Quando relatar que utiliza o preservativo para prevenção da transmissão de IST, informando utilização sempre em todas as práticas sexuais que realiza e sempre do início ao fim das práticas sexuais. Quando indicar que realizou o exame para detecção da Sífilis no período pré-natal. Quando referir que não foi diagnosticada com IST. **Inadequada** - Quando a gestante referir que não utiliza o preservativo para prevenção da transmissão de Sífilis ou que utiliza, mas não em todas as práticas sexuais ou quando não utiliza desde início a camisinha nas práticas sexuais. Quando não realizou o exame para detecção e diagnóstico da Sífilis, no período pré-natal. Quando tiver histórico de Sífilis.

Os dados foram armazenados e processados no *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 22.0. Foram analisado por estatística descritiva, frequência absoluta, relativa, desvio padrão e média.

Os dados foram apresentados em tabelas, bem como discutidos conforme a literatura pertinente.

### **3.5. Aspectos Éticos**

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em pesquisa da Maternidade Escola Assis Chateaubriand via Plataforma Brasil. As participantes adolescentes assinaram um Termo de Assentimento Livre (APÊNDICE B) e Esclarecido e os acompanhantes responsáveis deverão assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C), sendo garantido o anonimato, a autonomia de participar da pesquisa, cumprindo os preceitos éticos da beneficência, da não-maleficência, segundo as normas da Resolução nº466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde para pesquisa com seres humanos (BRASIL, 2012).

Foi solicitada a autorização da direção da instituição, para a coleta de dados com as gestantes. O projeto foi aprovado com o número do parecer 1.646.393 (ANEXO A)

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados encontrados são apenas parciais. Desde o início da coleta, foram entrevistadas 80 gestantes adolescentes durante os meses de setembro a novembro. Dessa forma, o estudo continua em andamento para finalização da amostra.

Todas as gestantes entrevistadas tinham acompanhante e nenhuma estava, atualmente, infectada com sífilis adquirida.

### 5.1 Caracterização sócio-demográfica das participantes do estudo

As características sócio-demográficas das 80 gestantes adolescentes são apresentadas na Tabela 1.

**Tabela 1** – Distribuição de gestantes adolescentes segundo suas características sócio-demográficas, MEAC, setembro a novembro de 2016, Fortaleza- CE.

Variáveis (N=80)	Fa	%	Média (Desvio padrão)
<b>Idade</b>			
Inferior a 16 anos	41	51,2	15,38 ( $\pm$ 1,546)
16 anos a 19 anos	39	48,8	Mediana: 15
<b>Procedência</b>			
Capital	73	91,3	-
Interior	7	8,8	
<b>Escolaridade</b>			
Menor que 9 anos de estudo	48	60,0	8,81( $\pm$ 1,917)
Acima de 9 anos de estudo	32	40,0	Mediana: 9
<b>Renda*</b>			
Acima de 880 reais	45	56,3	1208,5( $\pm$ 686,7)
Até 880 reais	33	41,3	Mediana:950
Não souberam informar	2	2,5	
<b>Ocupação</b>			
Estudante	55	68,8	
Do lar	18	22,5	
Trabalha	3	3,8	
Ignorado	4	5,0	
<b>Estado civil</b>			
Com parceiro	45	56,3	
Sem parceiro	35	43,8	
<b>Raça</b>			
Parda/Morena/Mulata	60	74,9	
Branca	13	16,3	
Negra	7	8,8	
<b>Religião</b>			
Evangélica	42	52,5	
Católica	27	33,8	
Agnóstica	8	10,0	

Outra	3	8,0
-------	---	-----

\*Salário mínimo durante o estudo foi de 880,00

As informações referentes à idade variaram na faixa etária de 12 a 19 anos, sendo a mais prevalente 16 anos (20%), seguida por 15 anos (18%). Pode-se perceber que a prevalência foi maior em adolescentes precoces. Sabe-se que a gravidez na adolescência é considerada uma gestação de alto risco devido às repercussões sobre a mãe e o recém-nascido, além de acarretar problemas sociais e biológicos como, por exemplo: risco derivado da não realização de um pré-natal de qualidade (RODRIGUES *et al.*, 2015). Essas especificidades podem aumentar a vulnerabilidade das adolescentes em relação às ISTs, como a sífilis. .

A idade materna foi categorizada em 2 grupos: pacientes com idade inferior a 16 anos – adolescentes precoces - e pacientes com idade entre 16 e 19 anos e 364 dias – adolescentes tardias. Percebeu-se que a prevalência foi maior em adolescentes precoces.

Em um estudo realizado em um atendimento terciário no Ceará, que comparou os resultados maternos e perinatais entre adolescentes precoces e tardias; verificou-se que ambas apresentavam características biológicas aceitáveis para desempenho obstétrico satisfatório (MAGALHÃES *et al.*, 2006).

Para corroborar com o estudo, uma pesquisa realizada para identificar os fatores de exposição e risco para HIV/AIDS e sífilis entre gestantes adolescentes e adultas jovens, verificou que a prevalência de HIV ou sífilis foi maior entre a faixa etária de 17 a 19 anos (CONCEIÇÃO *et al.*, 2011).

Quando indagadas sobre a procedência, foi verificado que 73 (91,3%) mulheres moravam na capital, sendo o restante advindo do interior para realizar o pré-natal e parto na capital. Prevalecendo aqui um atendimento centrado na gestantes adolescentes de Fortaleza, fato que nos leva a refletir pelo baixo percentual de gestantes de outros municípios que estas adolescentes estão sendo atendidas em suas localidades, sem a necessidade de se deslocar, porém fica a dúvida de como tem sido prestada essa assistência em termos de acesso a consulta como o médico obstetra quando há necessidade. A Estratégia de Saúde da Família tem dado resposta a estas necessidades com um atendimento multiprofissional e interdisciplinar que vem suprindo essa necessidade, já que a saúde deve funcionar de forma descentralizada e integralizada.

Quanto à escolaridade, observou-se que a maioria das mulheres tinha entre 8 a 11 anos de estudo. O mesmo achado foi constatado em um estudo com o objetivo de

avaliar o grau de conhecimento, atitude e prática de puérperas sobre infecção por HIV e sua prevenção (GOMES *et al.*, 2014).

Já em relação à escolaridade categorizada entre adolescentes que estudaram até 9 anos e adolescentes que estudaram mais que 9 anos, mostrou que 48 (60%) das gestantes tem uma escolaridade menor que 9 anos. Trata-se de um fator preocupante, visto que as adolescentes com ensino médio completo/incompleto podem ter maior acesso às informações sobre as infecções sexualmente transmissíveis e adotar um comportamento seguro do que aquelas que estão em séries iniciais e tiveram acesso apenas a conhecimentos básicos sobre saúde (REIS, *et al.*, 2011).

No tocante à renda familiar, tem-se uma média de R\$1208,6, o que destaca a família como uma rede de apoio econômico dessa adolescente, visto que a maioria é estudante ou não possui nenhuma atividade remunerada.

Em um estudo realizado no Rio de Janeiro, identificou que a condição desfavorável social e economicamente podem estar associados a gravidez indesejada durante a adolescência, verificando que 53,84% das gestantes adolescentes viviam com uma renda familiar de 1 salário mínimo (SILVA *et al.*, 2016).

Isso se reflete em um problema social que atinge a maioria das adolescentes brasileiras, a dependência econômica. Essa dificuldade financeira acarreta diversas consequências, pois, por não possuir uma renda e não haver possibilidade de sustentar a si e aos seus filhos, muitas ficam à mercê de seus companheiros, tornando-se vulneráveis a violências físicas e emocionais.

Os dados sobre ocupação mostram que 55(68,8%) das adolescentes mesmo gestantes ainda estudam, enquanto que 18 (22,5%) não trabalham e também não estudam. Fato que demonstra a importância que as adolescentes estão dando aos estudos, com uma possibilidade futura de vida profissional e econômica melhor.

Em um estudo que analisou qual o conhecimento, atitude e prática de adolescentes gestantes sobre métodos anticoncepcionais verificou que 51,9% das gestantes não frequentavam a escola e das que frequentavam, 44% estavam no ensino fundamental e 54,7% cursavam o ensino médio. Das adolescentes que abandonaram a escola, o principal motivo alegado para o abandono escolar foi a gravidez (BELO *et al.*, 2002).

Dessa forma, a escolaridade, a renda e a ocupação constituem o componente social determinante para a vulnerabilidade a Sífilis. Entende-se, que o conceito de vulnerabilidade pode ser resumido como o movimento de considerar a chance de

exposição das pessoas no contexto individual e coletivo que podem acarretar uma maior suscetibilidade à infecção e ao adoecimento. (ALBUQUERQUE, MOCO, BATISTA; 2010).

Quanto ao estado civil, o mais preponderante nesse estudo foram mulheres com parceiro com parceiro (56,3%). Esse fato é importante, pois a presença de um acompanhante pode ser considerado um indicador de segurança durante a gestação, parto e puerpério (DINIZ, 2012). Dessa forma, os profissionais devem desenvolver estratégias de inclusão e emponderamento desses parceiros, para melhorar a assistência à essas adolescentes.

Além disso, o apoio dos parceiros é fundamental sobre a saúde mental materna. A ausência de apoio social por tonar gestantes mais suscetíveis à ocorrência de transtornos como a depressão e além de dificultar a parentalidade.

Quando se analisa a raça das puérperas em questão, observa-se que a maioria definiu-se como parda/morena/mulata 60 gestantes (74,9%), porém, apenas 7 (8,8%) consideraram-se negras. Justifica-se pela miscigenação de raças que formam a população brasileira (AZAD *et al.*, 2010).

Alguns estudos mostram a relação da sífilis congênita com a raça da mãe. Um estudo que analisava os fatores de risco para sífilis congênita, na Paraíba, mostrou uma associação significativa entre raça e notificação de sífilis congênita, visto que os maiores índices de crianças infectadas eram filhas de mães de raça parda e negra(83,9%). Esta estatística pode estar relacionada ao desconhecimento por parte das mulheres sobre a definição de cada raça e, também, por ser esta característica autorreferida (FRANÇA *et al.*, 2015).

Outro estudo em Minas Gerais, também analisou a incidência e fatores de risco para sífilis congênita em Belo Horizonte e verificou que a cor parda, negra da mãe como fator de risco independente para sífilis congênita (56%). Isso aponta a contribuição da desigualdade social determinação de um desfecho grave e previsível como a sífilis congênita (LIMA *et al.*, 2013).

Quando se analisa a religião, percebe-se que a evangélica esteve mais destacada entre essas adolescentes, a qual 42 (52,5%) estão inseridas, seguida pela religião católica com 42 gestantes (33,8%). Em um estudo realizado com puérperas para identificar os fatores associados a sífilis congênita, identificou que a religião católica é fator de proteção para a ocorrência desse agravo (MENDES, 2016).

Por fim, a vulnerabilidade da sífilis adquirida e congênita é influenciada diretamente pelo indivíduo e os meios sociais que o cercam. Dessa forma, a idade, a procedência, a escolaridade, a ocupação, a remuneração e religião são dados que permitem analisar o indivíduo inserido em um contexto social determinante para a prática sexual saudável.

## 5.2 História sexual das participantes do estudo

**Tabela 2** – História sexual de gestantes adolescentes, MEAC, setembro a novembro de 2016, Fortaleza- CE.

Variáveis (N=80)	Fa	%	Média (Desvio padrão)
<b>Menarca</b>			
Até 12 anos	57	71,25	12,64 ( $\pm 9,861$ )
Depois de 12 anos	23	28,75	Mediana: 12
<b>Sexarca</b>			
Até 15 anos	72	90,0	13,85 ( $\pm 1,370$ )
Depois de 15 anos	8	10,0	Mediana: 14
<b>Tipo de parceria</b>			
Estável	75	93,8	
Instável	5	6,3	
<b>Número de parceiros nos últimos 3 meses</b>			
Apenas 1 parceiro	74	92,5	( $\pm 10,955$ )
2 ou mais parceiros	5	6,25	
Nenhum parceiro	1	1,25	

Os dados sobre a menarca variaram entre a faixa etária de 9 a 14 anos e evidenciam que 57 (71,25%) puérperas tiveram sua primeira menstruação até os 12 anos de idade. Demonstrando um início precoce dos ciclos menstruais em mais de 25% da amostra.

A menarca é um indicador de maturação biológica e a sua idade de surgimento vem diminuindo em países desenvolvidos e subdesenvolvidos, sendo essa antecipação mais expressiva entre o final do século XIX e os anos 70, pertencentes ao século XX, porém, a partir dessa década não há consenso se essa idade continua a diminuir ou está estacionada (ROMAN, *et al.*, 2009). Em um estudo, verificou-se que população de nível socioeconômicos elevado, a idade da menarca tende a ser mais precoce que as encontradas em populações de níveis mais baixos (BORGES, G. A.; JÚNIOR, R. P., 2012).

Quando se analisa a sexarca das participantes, observa-se que a faixa etária variou de 10 a 17 anos. Foi verificada, ainda, uma precocidade no início da vida sexual, na qual 57 (71,25%) gestantes iniciaram sua vida sexual antes dos 16 anos de idade.

A correlação da sífilis com a precocidade de início da vida sexual foi verificada em alguns estudos. Em um estudo realizado com puérperas para identificar os fatores associados a sífilis congênita, identificou que 88% das participantes tiveram a primeira relação sexual antes dos 15 anos (MENDES, 2016).

O início da vida sexual demanda de estratégias de planejamento familiar e promoção da saúde sexual e reprodutiva para contemplar de forma eficaz a adolescência. A adolescência é marcada por transformações e experiências inerentes à sexualidade, mas nem sempre estão preparadas para a iniciação sexual, podendo se submeter a riscos (MENDONÇA *et al.*, 2012)

Em relação ao tipo de parceria, 75 mulheres (93,8%) garantiram ter uma relação estável com o parceiro. Ao se analisar o número de mulheres que possuem uma relação instável, tem-se 5 participantes, 6,37%. Foi explicada à mulher a diferença entre relação instável, como uma relação onde não há um parceiro fixo ou há, mas este possui outra(s) mulher(es), e relação estável onde a mulher afirma ter apenas um parceiro e acredita que este tem relação apenas com ela.

Em relação ao número de parceiros nos últimos três meses de gravidez, 5 mulheres (6,25%) citaram ter dois ou mais parceiros, enquanto 74 (92,5%) tinham apenas 1 parceiro. A multiplicidade de parceiro remete a um comportamento sexual de risco, pois se questiona o uso de preservativo nessas relações, a falta de conhecimento sobre a história pregressa do parceiro e a exposição contínua a infecção por alguma IST. Em um estudo realizado em São Paulo, correlacionou dados sociodemográfico e clínicos de mulheres com HPV e a soropositividade para o HIV, identificando maior probabilidade de soropositividade as mulheres que tinham múltiplos parceiros (GASPAR *et al.*, 2015).

Corroborando com os dados encontrados no estudo, uma pesquisa realizada em Fortaleza que investigava fatores de risco para sífilis congênita, verificou-se que mulheres que haviam parceria única tinham 69% menos chance de transmissão vertical de sífilis (MENDES, 2016).

### 5.3 História ginecológica das participantes do estudo

A Tabela 3 traz informações sobre a história ginecológica das gestantes.

**Tabela 3** – Distribuição de gestantes segundo suas características ginecológicas, MEAC, setembro a novembro de 2016, Fortaleza- CE.

Variáveis (N=80)	Fa	%
------------------	----	---



<b>Acompanhamento ginecológico</b>		
Sim	43	53,8
Não	37	46,3
<b>Número de exames de prevenção (n=43)</b>		
Fez 1 vez	22	27,5
Fez mais de 2 ou mais	21	26,3

O acompanhamento ginecológico, refere-se as gestantes adolescentes que já foram assistidos por um profissional da saúde da área ginecológica ou na própria unidade básica e que realizaram o exame de prevenção Papanicolaou.

Quando se analisa esse dado, percebeu-se que 37 gestantes (46,3%) nunca realizou nenhum acompanhamento ginecológico. Em um estudo que analisava a prática do exame papanicolaou, mostrou uma parcela expressiva das adolescentes que tiveram sua iniciação sexual, mas não realizaram o exame, especialmente aquelas menores de 14 anos, estando, assim, mais vulneráveis as ISTs (CRUZ; JARDIM, 2013).

No Brasil, o Ministério da Saúde adotou a realização do controle do Câncer do Colo do Útero (CCU) em todas as mulheres entre 25 a 64 anos, a cada três anos após dois resultados negativos com intervalo anual (INCA,2011). Como principais barreiras para tal têm-se: a dificuldade de aproximar-se dos serviços de saúde, a natureza expositiva do exame, desconforto emocional, condições socioeconômicas e falta de conhecimento (FERNANDES, *et al.*, 2009).

Das 43 adolescentes (53,8%) que receberam assistência ginecológica, seja ela antes ou durante a gravidez, percebe-se que 22 adolescentes tinha o feito apenas uma única vez o exame. O fato é justificado pela idade dessas meninas, a maioria tinham iniciado a relação sexual com menos de 15 anos e logo após engravidaram.

Embora a fase da adolescência não estar incluída na faixa etária para o exame citopalógico cervical, devido a iniciação precoce da vida sexual, faz-se necessário estimular a realização do exame também na fase da adolescência, alertando sua importância, consequências e morbidades a serem descobertas.

Estudos mostram que as adolescentes têm um conhecimento limitado sobre os objetivos do exame de citologia oncológica e uma prática em relação à atividade sexual que às expõem ao câncer de colo e infecções. Portanto, se faz necessários investimentos na educação sexual nas instituições de ensino, assim como a inserção da adolescente nos programas de detecção desta neoplasia (CRUZ; JARDIM, 2013).

Além disso, o exame Papanicolaou não é importante apenas para o diagnóstico de Câncer de colo uterino, mas como um forte aliado na detecção de infecções sexualmente transmissíveis, devido a indisponibilidade do exame a fresco com microscópio para detecção destes microrganismos (LEITE *et al.*, 2014). A maioria das mulheres vão para a consulta ginecológica para realizar o exame de prevenção e no momento do exame físico pode ser identificado lesões de sífilis, por exemplo.

#### 5.4 História obstétrica das participantes do estudo

A Tabela 4 traz informações sobre a história obstétricas das gestantes.

**Tabela 4** – Distribuição de gestantes adolescentes segundo suas características obstétricas, MEAC, setembro a novembro de 2016, Fortaleza- CE.

Variáveis (N=80)	Fa	%
<b>Número de gestações</b>		
1	76	95,0
2 ou mais	4	5,0
<b>Número de partos</b>		
Nenhum parto	79	98,8
1 ou mais partos	1	1,2
<b>Número de abortos</b>		
0	77	96,3
1	3	3,7
<b>Uso de contraceptivos antes da gravidez*</b>		
Preservativo masculino	42	52,5
Anticoncepcional oral	20	25,0
Anticoncepcional injetável	14	17,5
Dispositivo intrauterino	1	1,3
Coito interrompido	2	2,5

\*As porcentagens dos tipos de contraceptivos antes da gravidez foram calculadas a partir do número de puérperas (n=80), porém os dados absolutos são maiores devido ao uso de diferentes tipos de contraceptivos por uma mesma mulher.

Podemos observar que a maioria das adolescentes são primígestas (95%). Das gestantes que haviam tido mais de uma gestação (5%), 3 (3,7%) tiveram sua gravidez interrompida e abortaram.

A gestação é um fenômeno fisiológico e sua evolução, na maior parte dos casos, acontece sem intercorrências. Apesar disso, um pequena parcela de gestantes, em razão de características específicas, apresenta maior probabilidade de evolução

desfavorável, tanto para o feto como para a mãe. O simples fato de ser adolescente é um fator de risco para abortamento. O próprio Ministério da Saúde considera gravidez de risco a de adolescentes menores de 15 anos (JORGER *et al.*, 2014).

Em relação ao uso de contraceptivos antes da gravidez, foi observado que o preservativo masculino era o mais utilizado (92%), enquanto métodos hormonais, como o anticoncepcional oral (20%) e o injetável (14%) são menos utilizados.

Corroborando com a pesquisa, foi realizado um estudo sobre o uso e conhecimento de métodos contraceptivos por adolescentes e se verificou que 60,71% utilizam camisinha masculina (VIEIRA *et al.*, 2016). Isso se deve ao fato de que os adolescentes desconhecem da variedade de métodos contraceptivos. No mesmo estudo, mostrou que a maioria das adolescentes desconheciam os outros métodos contraceptivo e que nunca haviam visto um preservativo feminino (VIEIRA *et al.*, 2016).

O fato do preservativo masculino ser o mais utilizado é algo positivo, tendo em visto que o uso da camisinha segue como uma das principais formas de prevenção de ISTs.

Os preservativos masculinos ou femininos devem ser oferecidos às pessoas sexualmente ativas como um método eficaz para a redução do risco de transmissão do HIV e de outros agentes sexualmente transmissíveis, além de evitar gravidez. Além disso, as orientações adequadas para a conservação e o uso correto e regular dos preservativos masculino e feminino devem fazer parte da abordagem realizada pelo profissional de saúde (BRASIL, 2015).

Observou-se que 18,8% das gestantes não utilizavam nenhum método contraceptivo e 2,5% utilizavam coito interrompido. Isso mostra a importância de atividades educativas sobre métodos contraceptivos com adolescentes e a necessidade de estimular a participação do planejamento familiar..

Na prática, o planejamento familiar preconizado pelo Ministério da Saúde não é compatível com as ações realizadas pela Estratégia de saúde da família uma vez que, apesar de ser considerado prioritário, o planejamento familiar ocupa plano secundário nos serviços de saúde, onde maior ênfase é dada ao ciclo grávido-puerperal. Para os adolescentes o problema pode ser ainda maior, pois os serviços de saúde não são organizados para o atendimento em planejamento familiar para este grupo e a procura espontânea é pequena, ocorrendo geralmente quando já estão grávidas e desejam iniciar o pré-natal (MOURA; GOMES, 2014)

## 5.5 Uso de drogas lícitas e ilícitas, tatuagens e piercings

Os hábitos tabagistas e etilistas, o consumo de drogas ilícitas e o uso de tatuagens/ piercings são apresentados na Tabela 5.

**Tabela 5** – Distribuição das gestantes segundo o consumo de drogas e tatuagens/*piercing* por gestantes adolescentes, MEAC, setembro a novembro de 2016, Fortaleza- CE.

<b>Variáveis</b>	<b>Fa</b>	<b>%</b>
<b>Etilismo (n=80)</b>	16	20
<b>Tabagismo (n=80)</b>	6	7,5
<b>Uso de drogas ilícitas (n=80)*</b>		
Maconha	10	12,5
Outras Drogas	4	5,00
Cocaína	2	2,5
<b>Possui tatuagens (n=80)</b>	16	20,0
<b>Possui piercings (n=80)</b>	20	25,0

\*As porcentagens dos tipos de drogas utilizadas antes ou durante a gravidez foram calculadas a partir do número de puérperas (n=80), porém os dados absolutos são maiores devido ao uso de diferentes tipos de drogas por uma mesma mulher

Identificou-se que 32 (40%) das gestantes utilizaram ou utilizam alguma droga. O uso de drogas por gestantes é um grave problema social e de saúde pública. As gestantes com dependência química tem menor adesão a assistência pré-natal, têm menor participação em grupos de gestantes e apresentam maior risco de intercorrências obstétricas e fetais (KASSADA *et al.* 2013).

O hábito de usar drogas de abuso sendo elas lícitas ou ilícitas na gestação pode ser subdiagnosticado devido ao “sentimento de culpa” das gestantes, que, prevendo uma possível repreensão e desaprovação pelo profissional de saúde, pode negar ou relatar um consumo menor da substância (KASSADA *et al.* 2013).

Constatou-se que 10 gestantes (12,5%) das adolescentes utilizaram ou utilizam alguma droga lícita ou ilícita. Essa fato demonstra a vulnerabilidade que estas apresentam, tanto um risco para o feto quanto a própria saúde sexual da mãe.

Uma droga ilícita utilizada por muitas adolescentes e que acaba por preocupar os profissionais de saúde quanto ao seu uso na gestação é a maconha. Estudos neurocomportamentais da exposição pré-natal a maconha constataram que abstinência leve e controle autonômico pobre estão presentes em recém-nascidos em que as mães utilizaram esse tipo de droga (MINNES, LANG, SINGER; 2011).

Pesquisas mostram que adolescentes que usam drogas ilícitas, como maconha e cocaína, apresentam mais déficits cognitivos, dificuldade de atenção, problemas de memória visual e verbal e das funções executivas, dificuldade de aprendizagem e alteração na coordenação visomotora (ASHTARI *et al.*, 2011).

O uso de tatuagens e *piercings* durante a gestação não acarreta consequências sérias para o feto nem para a mãe. Mas é válido destacar que os instrumentos usados para a colocação do *piercing* e tatuagem são objetos perfuro-cortantes que, se não utilizados de forma descartável, podem transmitir doenças de transmissão sanguínea.

Uma metanálise desenvolvida com o objetivo de avaliar a associação de IST com a presença de *piercings* e tatuagens, demonstrou que quando recebido em salões profissionais não mostravam nenhuma evidência definitiva para risco de IST. Sendo assim, intervenção de prevenção são necessária para evitar IST, educando jovens a necessidade de ter tatuagens e *piercings* realizados em condições estéreis (THOME; HOLMBERG, 2012).

## 5.6 Conhecimento acerca da prevenção da Sífilis congênita

A fim de descrever e analisar o conhecimento dessas gestantes, apresenta-se a tabela a baixo:

**Tabela 6** – Distribuição de gestantes segundo o conhecimento frente a prevenção da transmissão da sífilis congênita, MEAC, setembro a novembro de 2016, Fortaleza- CE.

<b>Variáveis (n=80)</b>	<b>Fa</b>	<b>%</b>
<b>Fonte de informação da Sífilis*</b>		
Não sabe	49	61,3
Profissionais de saúde	15	18,8
Outros	10	12,5
Familiares/Amigos	8	10,0
Televisão/rádio/ jornais/revistas/internet	6	7,5
<b>Formas de transmissão*</b>		
Não sabe	47	58,8
Sexual	31	38,8
Compartilhamento de agulhas contaminadas	8	10,0
Transmissão vertical	3	3,8
Outros	4	5,0

<b>Momento que ocorre transmissão vertical*</b>		
	Não sabe	51 63,7
	Durante a gravidez	19 23,8
	No parto	14 17,5
	Nas amamentação	6 7,5
	Outras formas	1 1,3
<b>Prevenção da Sífilis*</b>		
	Não sabe	44 55
	Uso de preservativo	33 41,3
	Prevenção ginecológica	10 12,5
	Relação com um único parceiro	8 10,0
	Abstinência Sexual	8 10,0
	Uso de anticoncepcional oral	4 5,0
	Outras	4 5,0
<b>Prevenção da Sífilis para o RN*</b>		
	Não sabe	55 31,3
	Tratamento da gestante	21 26,3
	Tratamento/ recém-nascido	11 13,8
*As	Realizando teste diagnóstico precocemente	10 12,5
	Outras	4 5,0
<b>Avaliação do conhecimento</b>		
	Inadequado	75 93,8
	Adequado	5 6,3

porcentagens foram calculadas a partir do número de gestantes (n=80), porém os dados absolutos são maiores devido a possibilidade de escolha de mais de uma opção.

A avaliação do conhecimento das 80 participantes acerca da prevenção sífilis congênita revelou que apenas 5 (6,3%) possuíam o conhecimento adequado. Apenas 40 (50%) das gestantes já ouviram falar sobre sífilis e apenas 9 (11,8%) já ouviram falar de sífilis congênita. Além disso, não sabiam conectar essas informações, ou citar pelo menos uma forma de transmissão e prevenção.

A fonte de informação sobre a sífilis é uma questão importante a ser discutida, ela reflete a importância da ação dos profissionais da saúde no quesito da educação em saúde, dos meios de comunicação que acabam por influenciar direta ou indiretamente os hábitos saudáveis da população, da escola, núcleo que tem como obrigação ser formador de opiniões, e do meio social, onde a relação interpessoal acaba por ser objeto direto de prevenção (MENDES,2016).

Com isso, o presente estudo constatou que a principal fonte de informação sobre a sífilis são os profissionais de saúde, citados por 15 mulheres (18,8%); seguido outras formas de informação, relatado por 10 gestantes (12,5%), dentre destas, citou-se a escola como uma fonte de informação.

Isso demonstra a importância da atuação do profissional de saúde, que deve orientar essas gestantes sobre as infecções sexualmente transmissíveis durante o pré-natal e também a promoção da saúde com atividades educativas na escola, pelo Programa Saúde na Escola (PSE).

Desse modo, mesmo diante dos problemas encontrados no âmbito do PSE, é importante que os profissionais priorizem atividades educativas voltadas para a prevenção de IST/Aids de maneira contínua junto aos adolescentes, utilizando-se de abordagens diferenciadas, participativas e inclusivas que sejam capazes de agregar o conhecimento científico e popular, gerando maior relação entre o saber e as práticas e maior apropriação crítica da realidade (SILVA,2013).

Além disso, pode-se considerar a figura do professor como um papel significativo entre os adolescentes, o que se relaciona a esse acesso às outras fontes como as revistas e livros (PADILHA *et al.*,2015).

Em relação a forma de transmissão da sífilis, 47 das participantes (58,8%) não sabiam como se transmitiam o agravo; 38,8% acreditava que sexo sem preservativo transmitiam sífilis, 10% acreditava que através de agulhas compartilhadas ocorria a infecção e apenas 3,8% citaram a transmissão vertical como meio de transmissão.

Isso explica porque 51(63,7%) gestantes não sabiam como era a transmissão da sífilis para o recém-nascido. Apenas 19 gestantes (23,8%) afirmaram que ocorria durante a gestação a infecção pela sífilis e 14 (17,5%) afirmaram que no momento do parto havia a transmissão para o RN.

Concordando, em parte, com os achados aqui expostos, um estudo realizado para identificar os fatores de risco para sífilis congênita mostrou que 66% das puérperas acreditavam que a forma sexual era a principal forma de transmissão e apenas 24% acreditavam que havia transmissão vertical da sífilis (MENDES, 2016).

Em relação as formas de prevenção da sífilis, 33 gestantes (41,3%) acreditavam que o uso do preservativo preveniria sífilis, enquanto 44 gestantes (55%) não sabiam como se prevenia sífilis. Já em relação a prevenção de sífilis congênita o número de mulheres que não sabiam como se prevenia aumenta para 55 gestantes (68,3%). Apenas 13,8% acredita que realizar o teste diagnóstico precocemente, preveniria sífilis congênita, enquanto 26,3% acredita que a principal forma de transmissão seria tratamento da gestante e 13,8% o tratamento do RN.

No mesmo estudo citado anteriormente, o conhecimento de puérperas em relação a prevenção de sífilis demonstrou que 46% indicava o uso do preservativo como

meio de prevenção de sífilis e 74% das puérperas desconheciam os métodos preventivos de transmissão vertical desse agravo (MENDES, 2016).

As informações oferecidas durante o pré-natal são importantes para a adoção de medidas saudáveis durante a gravidez. Questiona-se, então, a qualidade dessas informações. Sabe-se que dentre os exames ofertados durante o pré-natal e até mesmo antes do parto destaca-se o teste VDRL e o teste rápido, respectivamente; como é possível um profissional permitir que uma gestante realize um exame sem antes explicar a doença a ser diagnosticada, suas formas de transmissão e suas possíveis consequências dependendo do resultado?

Um estudo realizado em Fortaleza, verificou o conhecimento, atitude e prática de profissionais de saúde em relação a sífilis, mostrou que embora atitude e prática fossem adequadas, um número significativo de profissionais teve um conhecimento inadequado e regular. O maior déficit foi percebido quanto às formas de transmissão da doença, os estágios, as manifestações clínicas (COSTA, 2012).

O controle da sífilis congênita depende da realização de uma assistência de pré-natal de qualidade. Logo, o manejo da sífilis é necessário profissionais de saúde com habilidade e competências necessárias para o seu acompanhamento durante o pré-natal e adoção de práticas adequadas (COSTA, 2012).

Em relação a adequabilidade do conhecimento dessas gestantes sobre a prevenção da sífilis congênita, demonstrou-se que 93,8% das adolescentes tinham um conhecimento inadequado sobre o assunto.

Esse fato é preocupante, pois tornar acessível as informações sobre os meios de transmissão das IST e os métodos de prevenção seguros existentes fazem parte da política de prevenção. Dessa forma, a oferta de informações corretas e cientificamente embasadas continua sendo dever do Estado, como gestor de política de saúde, para que os indivíduos façam suas escolhas de forma consciente (BRASIL,2011).

### **5.7 Atitude acerca da prevenção da Sífilis Congênita**

A avaliação acerca da atitude das gestantes adolescentes evidenciou que 42 (52,5%) possuíam uma atitude adequada frente a prevenção da sífilis congênita, considerando sempre necessário a realização do pré-natal; sempre necessário realizar o teste para detecção de sífilis; sempre necessário o marido realizar o teste caso a gestante esteja com sífilis; sempre necessário retornar para consulta de pré-natal os resultados dos



exames realizados; sempre necessário o acompanhamento médico caso esteja infectada com sífilis; sempre necessário utilizar a camisinha quando o parceiro está infectado com sífilis. Dessa forma, com o intuito de descrever e analisar as atitudes dessas adolescentes dispõe-se a tabela a baixo:

Tabela 7 – Distribuição de gestantes segundo a atitude frente a prevenção da transmissão da Sífilis congênita, MEAC, setembro a novembro de 2016, Fortaleza- CE.

<b>Variáveis (N=80)</b>	<b>Fa</b>	<b>%</b>
<b>Necessidade de realizar o pré-natal</b>		
Sempre necessário	80	100
<b>Necessidade de a gestante realizar o teste para detecção de sífilis</b>		
Sempre necessário	69	86,3
Não tem opinião	10	12,5
Pouco necessário	1	1,3
<b>Necessidade de o marido realizar o teste caso a gestante esteja com sífilis</b>		
Sempre necessário	55	68,8
Desnecessário	19	23,8
Não tem opinião	5	6,3
Pouco necessário	1	1,3
<b>Necessidade de mostrar os exames do pré-natal para o profissional</b>		
Sempre necessário	77	96,3
Desnecessário	2	2,5
Não tem opinião	1	1,3
<b>Necessidade de acompanhamento médico específico, caso a gestante esteja com sífilis</b>		
Sempre necessário	76	95
Pouco necessário	3	3,8
Não tem opinião	1	1,3
<b>Necessidade de usar preservativo nas relações caso o parceiro esteja com sífilis</b>		
Sempre necessário	77	96,3
Pouco necessário	1	1,3
Desnecessário	1	1,3
Não tem opinião	1	1,3
<b>Avaliação da atitude</b>		
Adequada	44	52,5
Inadequada	38	47,5

Alguns dados importantes foram encontrados. As 80 gestantes referiram sempre necessário a realização do pré-natal; 77 gestantes (96,3%) afirmaram que é sempre necessário mostrar os resultados dos exames do pré-natal; 76 (95%) afirmaram que é sempre necessário, caso tenha sífilis, fazer o acompanhamento com profissional de saúde.

O pré-natal consiste no acompanhamento da gestante, servindo como um momento de aprendizagem para a mulher e sua família e permite, ainda, detectar anormalidades com a mãe e o RN. Dessa forma, o enfermeiro tem fundamental importância na assistência pré-natal, entretanto, são necessários investimentos em sua qualificação, para que as consultas possam ser realizadas da melhor forma possível (ARAÚJO *et al.*, 2013).

Embora as consultas de pré-natal, nesse caso, sejam acompanhadas por médicos em sua maioria, mesmo que seja considerado pré-natal de alto risco, é importante que a gestante não perca o vínculo com a sua equipe de atenção básica onde iniciou o seu acompanhamento de pré-natal (BRASIL, 2012).

Toda gestante deve ser assistida nas consultas de enfermagem obstétrica intercaladas com as consultas médicas, mas é o enfermeiro que dar uma maior ênfase aos aspectos preventivos do cuidado, motivando a mulher ao autocuidado e a comunicação de alterações precocemente. Porém, as ações educativas não devem ser realizadas apenas pelos enfermeiros, mas por todos os profissionais de saúde (LUCIANO; SILVA; CECCHETTO, 2011).

Em relação a necessidade da gestante realizar o teste para detecção de sífilis, 69 (86,3%) acreditavam ser sempre necessário. Apesar da relevância, chama-se a atenção para as 10 (12,5%) que não tem opinião sobre o assunto. Além disso, 19 (23,5%) acham desnecessário o marido realizar o teste caso a gestante esteja com sífilis.

Isso reforça a reflexão sobre os obstáculos da realização dos testes de detecção para sífilis, suas disponibilidades, preparo de profissionais e atividades educativas citadas anteriormente em relação ao conhecimento dessas gestantes.

Outro dado importante foi que 77 gestantes (96,3%) relataram ser sempre necessário a utilização da camisinha nas relações sexuais, caso o parceiro esteja infectado com sífilis.

Esse fato demonstra claramente a consciência dessas gestantes quanto à transmissão sexual do sífilis e o uso de preservativo como sua principal forma de prevenção. É alarmante, porém, as gestantes expressarem essa consciência apenas quando são remetidas a uma realidade de infecção já instalada. Isso demonstra uma divergência entre o conhecimento dessas gestantes e suas atitudes.

Alguns estudos corroboram com os achados desse estudo. Em relação a puérperas, a atitude adequada em relação à sífilis congênita demonstrou que 77,5% haviam adequabilidade de sua atitude (MENDES, 2016). Outro estudo realizado em Bangladesh

que que buscou verificar a atitude de mulheres em relação à IST mostrou que a maioria (70,6%) possuíam atitude adequada para a prevenção das ISTs (HOSSAIN *et al.*, 2014).

Para corroborar com os resultados encontrados, uma pesquisa em São Paulo objetivou analisar o CAP sobre preservativo sobre adolescentes universitários e identificou que a maioria havia atitude positiva em relação ao método (ALVES *et al.*, 2008).

Discordando desse estudo, uma pesquisa realizada com puérperas em Fortaleza, que analisou o conhecimento, atitude e prática em relação a prevenção do HIV, mostrou que a maioria das puérperas (80,5%) haviam uma atitude inadequada em relação ao HIV (GOMES, 2014).

Logo, o conhecimento da adequação das atitudes das gestantes adolescentes frente à transmissão vertical da sífilis facilita o direcionamento de intervenções relacionados a esse grave.

### 5.8 Prática acerca da prevenção da Sífilis congênita

A avaliação acerca da prática das adolescentes gestantes frente a prevenção de sífilis congênitas evidenciou que apenas 5 (6,3%) puérperas possuíam uma prática adequada.

**Tabela 8** – Distribuição de gestantes segundo a prática frente à prevenção da transmissão da sífilis congênita, MEAC, setembro a novembro de 2016, Fortaleza- CE.

Variáveis (n=80)	Fa	%
<b>Diagnóstico de IST</b>		
Nunca teve IST	75	93,8
Já teve IST e realizou tratamento	4	5
Não sabe	1	1,3
<b>Período da realização do teste para sífilis na gestação*</b>		
Primeiro trimestre do pré-natal	37	46,3
Segundo trimestre do pré-natal	13	16,3
Não realizou	15	18,8
Primeiro e segundo trimestre do pré-natal	6	7,5
Terceiro trimestre do pré-natal	3	3,8
Primeiro e terceiro trimestre do pré-natal	3	3,8
Segundo e terceiro trimestre do pré-natal	3	3,8

\*As porcentagens do período de realização do teste VDRL e o uso de preservativo antes e durante a gestação foram calculadas a partir do número de gestantes (n=80), porém os dados absolutos são maiores devido ao teste ter sido realizado em mais de um período e os motivos terem sido citados diversos por uma mesma mulher

<b>Uso de preservativo antes de engravidar*</b>		
Utilizou as vezes	31	38,8
Utilizou em todas as relações	11	13,8
Não utilizou por outros motivos	9	11,3
Não utilizou porque só possuía um parceiro sexual	8	10
Não utilizou porque o parceiro sexual não gostava	7	8,8
Não utilizou porque não gostava	7	8,8
Não utilizou porque diminui o prazer	6	7,5
Não utilizou devido a questões religiosas	1	1,3
<b>Uso de preservativo na gestação*</b>		
Utilizou as vezes	27	33,8
Não utilizou por outros motivos	18	22,5
Não utilizou porque não gostava	8	10
Utilizou em todas as relações	8	10
Não utilizou porque o parceiro sexual não gostava	6	7,5
Não utilizou porque diminui o prazer	4	5
Não utilizou porque na gravidez não transmite doença	4	5
Não utilizou porque não utilizava antes	2	2,5
Não utilizou porque só possuía um parceiro sexual	2	2,5
<b>Momento do uso do preservativo** (N= 66)</b>		
Utiliza do início ao fim nas relações sexuais	59	73,8
Não utiliza do início ao fim nas relações sexuais	7	8,8
<b>Avaliação da prática</b>		
Inadequada	75	93,8
Adequada	5	6,3

\*\*O momento do uso do preservativo foi investigado apenas para aquelas mulheres que relataram ter usado este em todas as relações ou regularmente antes e/ou durante a gestação

Ao serem questionadas sobre diagnóstico de uma possível Infecção Sexualmente Transmissível (IST) em algum momento da vida, a maioria das gestantes, (93,8%), afirmaram nunca ter contraído uma IST em toda a vida. Das adolescentes que tiveram IST e alegaram estar tratadas, HPV e sífilis estão entre o histórico das 5% gestantes.

As IST são doenças infecciosas que podem ser disseminadas através do contato sexual. Algumas podem também ser transmitidas por vias não sexuais, porém as formas não sexuais de transmissão são menos frequentes (BRASIL, 2015).

Corroborando com os dados aqui explanados, um estudo realizado com puérperas em maternidade constatou que a maioria das mulheres entrevistadas, (75,5%) afirmou nunca ter contraído uma IST (MENDES, 2016).

Outro estudo realizado com puérperas, em Fortaleza, que avaliou o conhecimento, atitude e prática sobre HIV, os dados encontrados foi que muitas mulheres

não reconhecerem os sinais e sintomas de uma IST e 85,3% puérperas nunca tiveram uma IST (GOMES, 2014).

Questiona-se o fato de que apenas 43 das gestantes (53,8%) fizeram o exame ginecológico, logo, não se pode afirmar com convicção que todas as 75 gestantes nunca tiveram uma IST.

Quando se analisa a realização de teste para identificar sífilis durante o pré-natal, 37 gestantes adolescentes (46,3%) realizaram o teste no primeiro trimestre, enquanto apenas 3 gestantes (3,8%) realizaram no primeiro e no terceiro trimestre. Pode-se justificar pelo o início da gestação das adolescentes.

O mais preocupante é que 18,8% das participantes não realizaram o teste de detecção durante o pré-natal. Conforme o MS, o exame de VDRL deve ser solicitado em dois momentos da gestação: na primeira consulta ou primeiro trimestre e terceiro trimestre (BRASIL, 2012c), mas apenas 3,8% das gestantes estão incluídas nessas recomendação do ministério.

No Brasil, um estudo realizado em Santa Maria – RS avaliou a qualidade do pré-natal e identificou um número reduzido de mulheres que realizaram VDRL. Notou-se que 65% não realizou o VDRL na primeira consulta e que 63% não realizou no terceiro semestre (ANVERSA et al., 2012).

Em um estudo realizado em Fortaleza, demonstrou-se a dificuldade de acesso ou adesão quanto à realização dos exames para sífilis, quando mais de 85% das puérperas envolvidas não haviam realizado teste diagnóstico para sífilis na gestação (MENDES, 2016).

Embora o teste rápido para sífilis seja para ampliar o acesso à população ao diagnóstico precoce e tratamento oportuno, encontra-se uma dificuldade para sua implantação. Uma das dificuldades encontradas é a falta de capacitação de profissionais de saúde. Uma pesquisa no Rio de Janeiro, identificou que 32% dos profissionais não apresentavam conhecimento adequado sobre o teste rápido de sífilis (DOMINGUES et al., 2013). Outro aspecto, destaca-se a falta de orientação Sobre IST durante o pré-natal. De modo geral, orientações educativas são pouco realizadas durante o pré-natal (ANVERSA et al., 2012).

Quando questionadas acerca do uso do preservativo masculino nas relações anteriores a gestação, 31 adolescentes (38,8%) afirmaram que só utilizam às vezes. Com a iniciação sexual ocorrendo cada vez mais precocemente a maioria dos adolescentes é sexualmente ativo e demanda por cuidados preventivos com relação à saúde reprodutiva,

principalmente devido à necessidade de se reduzir consequências negativas da prática sexual insegura (MOURA; GOMES, 2014).

Estudo entre adolescentes de Portugal evidenciou a crença de que o uso do preservativo masculino interfere no gozo durante a relação sexual. Resultado semelhante foi observado entre adolescentes de Portugal, sendo citados a diminuição do prazer (24,6%) e o incômodo (22,5%) (OLIVEIRA *et al.*, 2009).

Torna-se necessário uma mudança de hábito entre as mulheres, ao afirmarem o não uso do preservativo pelo simples fato de não gostarem, é preciso uma sensibilização de que o uso do preservativo vai além da aceitação ou gosto, ele impera uma necessidade.

Já o não uso por possuir apenas um parceiro, remete novamente a confiança disposta em seus companheiros. Estudo mostrou que essa confiança, torna a utilização do preservativo frequentemente escassa, aumentando o risco de IST entre adolescentes (VALIM *et al.*, 2015).

Quando se analisa o não uso do preservativo porque o parceiro não gosta percebe-se que apesar das lutas e conquistas diárias, algumas mulheres ainda encontram-se submissas as vontades de seus parceiros inclusive no ato sexual, colocando em risco sua saúde. Esse fato dificulta a negociação da utilização do preservativo e se deve estimular o diálogo entre o casal para liberdade de expressão e inclusão do preservativo (VALIM *et al.*, 2015). Estes estudos corroboram os achados encontrados no estudo para o não uso do preservativo.

Outro dado alarmante é que apenas 11 gestantes (13,8%) afirmaram utilizar o preservativo masculino em todas as relações sexuais antes da gravidez. Dessa forma, questiona-se o papel do profissional de saúde no contexto da sensibilização dessas mulheres sobre os riscos de adquirir sífilis e outras ISTs durante a vida e suas consequências para uma gravidez futura.

Quando questionadas ao uso do preservativo masculino durante a gravidez, é válido destacar que a maioria, 37 (33,8%) gestantes afirmaram utilizar as vezes na gestação, 18 (22,5%) afirmaram não utilizar por outros motivos, dentro deles, a maioria justificou a não utilização por não haver mais a possibilidade de engravidar ou porque não tiveram relação sexual durante o período gestacional. Apenas 8 (10%) relatou que utilizava em todas as relações sexuais, 2,5% não utiliza pois não utilizava antes da gestação e 5% não utiliza pois durante a gestação não há a transmissão de doenças.

Isso é um dado preocupante, visto que o preservativo não é utilizado apenas para evitar a gravidez mas também possíveis ISTs, como a sífilis, então deve ser utilizado também durante a gestação.

É necessário refletir mais uma vez a importância da educação em saúde no pré-natal, pois este se configura como um espaço livre para diálogo aberto entre gestante e enfermeiro, cabendo ao profissional a responsabilidade de sanar dúvidas e orientar sobre possíveis agravos que possam interferir na promoção da saúde do binômio mãe e filho (GOMES, 2014).

Uma revisão bibliográfica caracterizou o uso do preservativo na prevenção de IST com mulheres e se encontrou que os obstáculos ao uso da camisinha estavam mais relacionados a questões de gênero que à falta de conhecimento. A confiança no parceiro contribui para o não uso do preservativo. Demonstrando que além do conhecimento, encontra-se uma dificuldade na adaptação dos próprios casais (SOUSA *et al.*, 2011).

Das gestantes que utilizavam camisinha nas relações sexuais, 59% afirmaram utilizar desde o início ao fim da prática sexual e 8,8% não utilizava desde o início. Não utilizar o preservativo do início ao fim da prática sexual demonstra a qualidade da informação que chega até o casal, visto que muitas vezes um conhecimento errôneo de que ISTs são transmitidas apenas durante a ejaculação levam esse a adoção de práticas inadequadas (GOMES, 2014).

Com todos os dados aqui expostos, fica o seguinte questionamento de como reduzir a sífilis congênita se não houver um conhecimento adequado, uma atitude condizente e uma prática segura antes, durante e após uma gravidez?

## 6. CONCLUSÃO

O perfil sócio demográfico das gestantes adolescentes estudadas apontou para uma maioria adolescente precoce, procedentes da capital, com menos de nove anos de estudo, a maioria estudante, com renda familiar total maior que 880 reais. A união estável prevaleceu e a miscigenação de raças, como pardas, morenas ou mulatas, foi a mais citada. A principal religião mencionada foi a evangélica.

A história sexual das participantes evidencia uma menarca antes ou igual a 12 anos de idade, uma sexarca antes ou igual a 15 anos, uma relação estável com o companheiro e um parceiro nos últimos três meses. Tal fato demonstra um comportamento saudável frente à saúde sexual.

Em relação, porém, a história ginecológica é possível observar uma falha na educação em saúde prestada a essas mulheres, onde apesar de a maioria (53,8%) ter realizado o exame preventivo alguma vez na vida, percebe-se ainda uma baixa adesão, sendo realizado apenas por adolescentes gestantes em uma amostra de 80. Outro fator que corrobora com esse fato é que apenas 21 dessas gestantes realizaram o exame mais de uma vez seguindo uma periodicidade.

A história obstétrica demonstra que a maioria (95%) estava na primeira gravidez. O método contraceptivo mais utilizado foi o preservativo masculino, seguido do anticoncepcional oral.

Quanto ao conhecimento sobre a sífilis adquirida e congênita, foi constatada uma inadequabilidade deste componente, pois, embora, tivessem ouvido falar e/ou soubessem alguma forma de transmissão e alguma forma de prevenção, não foi possível considerar adequado a maioria das respostas das entrevistadas, justificado pelo conhecimento precário.

Apenas 40 gestantes já ouviram falar de sífilis e apenas 9 em sífilis congênita. Isso reflete na qualidade das informações prestadas principalmente pelos profissionais de saúde. É preciso repensar as formas de abordagem para que o conhecimento não se limite apenas à simples verticalização de informações, é preciso uma abordagem diferente, lúdica, garantindo a aprendizagem dessas gestantes, de forma a mudar a consciência e a tornar acessíveis informações que beneficiariam toda a família.

Diante dessas barreiras é preciso aperfeiçoar técnicas de informação desde o início da atividade sexual, torná-la acessível, voltada para a realidade dessas adolescentes



e mudar o panorama alarmante aqui encontrado, onde apenas 5 (6,3%) das gestantes adolescentes eram detentoras de um conhecimento adequado.

Apesar do conhecimento inadequado, essas gestantes apresentaram, em sua maioria (52,5%), uma atitude adequada. Isso mostra que essas gestantes tem consciência para prevenir sífilis adquirida e congênita.

O fato das 80 gestantes acharem necessário a realização do pré-natal e 69 (86,3%) concordarem com a importância da realização do teste para detecção de sífilis, mostra uma consciência de que é obrigação do SUS e direito dessas a realização do teste de sífilis durante a gestação para contribuir com a promoção da saúde do binômio mãe e filho, visto que a descoberta precoce da sífilis diminui as chances da transmissão vertical.

Outro fato importante foi que 77 gestantes afirmaram que é sempre necessário a utilização do preservativo caso o parceiro esteja infectado. O grande número de afirmações do tipo 'sempre necessário' demonstrou que a maioria afirma a necessidade do uso do preservativo apenas com a infecção já instalada.

Já na iminência de uma infecção a preocupação com o uso do preservativo não se faz tão evidente, pois a maioria das gestantes (38,8%) utilizou as vezes o preservativo antes da gravidez e apenas 10% utiliza o preservativo em todas as relações sexuais durante a gestação. Essa fato demonstra que as gestantes não apresentaram práticas sexuais seguras.

Além disso, a maioria só realizou o VDRL ou teste rápido no primeiro trimestre e 18,8% não haviam realizado no pré-natal. A partir disso, evidencia-se a importância do diagnóstico da sífilis durante a atenção pré-natal. Sendo solicitado não só no primeiro trimestre mas também no terceiro trimestre, permitindo o diagnóstico e tratamento oportuno, sendo considerados como medidas eficazes para prevenção da sífilis congênita.

Diante dos resultados aqui encontrados, percebe-se que estratégias de promoção da saúde sexual antes e durante a gestação são necessárias. É preciso considerar a consciência e autonomia das adolescentes para realizar suas próprias escolhas e decisões, inserida muitas vezes em um contexto social e econômico problemático.

Destaca-se ainda a necessidade de informações durante as consultas de pré-natal porque essas são oportunidades de uma relação direta profissional - paciente, onde estratégias educativas fazem mudanças na consciência e assim, sendo necessárias para, dessa forma, a gestante adquirir novos conhecimentos, ter atitudes corretas frente sua sexualidade e realizar práticas sexuais seguras.

Além disso, políticas de atenção à saúde que devem desenvolver intervenções que favoreçam a prevenção/erradicação da sífilis em gestantes de qualquer faixa etária e sífilis congênita, compreendendo fatores individuais de cada gestantes e que as recomendações de diagnóstico precoce e tratamento hábil devem permanecer difundidas no pré-natal.

Dentre as limitações encontradas no estudo, tem-se a restrição de dados obtidos pela instituição hospitalar e maternidade de referência desse estudo. Além da própria estrutura do ambulatório de adolescentes, onde a falta de privacidade pode influenciar na veracidade das informações prestadas. Outra limitação que podemos citar, foi a falta de acompanhantes responsáveis pelas adolescentes gestantes e a não validação do instrumento.

Por fim, todos os objetivos propostos foram alcançados com êxito, os pontos negativos expressados servem para a realização de novas pesquisas que investiguem as informações prestadas a esse público durante a gravidez, nas consultas de planejamento familiar e pré-natal, respectivamente, além de servir de base para a criação de métodos educativos que transmitam de forma clara e objetiva informações afim de melhorar o conhecimento, atitude e prática de adolescentes gestantes sobre a prevenção de sífilis congênita.

## REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, V.S.; MOCO, E.T.M.; BATISTA, C.S. Mulheres Negras e HIV: determinantes de vulnerabilidade na região serrana do estado do Rio de Janeiro. **Saude soc.**, v.19, n.2, p. 63-74, 2010.
- ALVES, A. S.; LOPES, M. H. B. M. Conhecimento, atitude e prática do uso de pílula e preservativo entre adolescentes universitários. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 61, n. 1, p. 11-17, Feb. 2008
- ALZATE-GRANADOS, J. P et al . Disparidades en la incidencia de sífilis congénita en Colombia 2005 a 2011: Un estudio ecológico. **Rev. salud pública**, Bogotá , v. 14, n. 6, p. 968-981, Oct. 2012
- ANVERSA, E. T. R.; BASTOS, G. A. NN; NUNES, L. N.; PIZZOLS, T.S.D. Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidade 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.
- ARAUJO, S. M. et al. A importância do pré-natal e a assistência de enfermagem. **Veredas Favip-Revista Eletrônica de Ciências**, v. 3, n. 2, 2013.
- ASHTARI, M., AVANTS, B., CYCKOWSKI, L., CERVELLIONE, K. L., ROOFEH, D., COOK, P, et al. Medial temporal structures and memory functions in adolescents with heavy cannabis use. **J Psychiatr Res**, 45(8),1055-1066 ,2011.
- AZAD, K; BARNETT, S.; BANERJEE, B.; SHASHA, S.; KHAN, K.; REGO, A.R.; BARUA, S.; FLATMAN, D.; PAGEL, C.; PROST, A.; ELLIS, M.; COSTELLO, A. Effect of scaling up women's groups on birth outcomes in three rural districts in Bangladesh: a cluster-randomized controlled trial. **Lancet**, v.375, p. 1193-1202, 2010.
- BELO, M.A.V. et al. Conhecimento, atitude e prática sobre métodos anticoncepcionais entre adolescentes gestantes. **Revista de Saúde Pública**, v. 38, n. 4, p. 479-487, 2004.
- BORGES, G; JÚNIOR, R. P.. Idade da menarca em adolescentes de Londrina-PR. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 5, n. 3, p. 5-11, 2012.
- BRASIL, Instituto Nacional De Câncer. Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero. Rio de Janeiro: INCA, 2011
- BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Cadernos de Atenção Básica, n.32. Brasília – DF, 2012.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Princípios e diretrizes. Brasília, 2004.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Programa de humanização no pré-natal e nascimento. Brasília (DF); 2002

BRASIL, Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis. Ministério da Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Brasília – DF, 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diário Oficial da União. Projeto Rede Cegonha. Portaria No 1.459, de 24 de Junho de 2011. Brasília (DF); 2011.

BRASIL, Ministério da saúde. Secretaria de vigilância em saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites virais. Pesquisa de conhecimento, atitudes e práticas na população brasileiras. Departamento de DST, Aids e Hep. Virais. Brasília , 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de vigilância epidemiológica. 6. ed. Brasília (DF); 2005.

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

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Plano Operacional para Redução da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis no Brasil. Brasília (DF); 2007b.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis. Brasília (DF); 2007a.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Programa Nacional de DST e Aids. Projeto Nascer. Série F: Comunicação e Educação em Saúde. Brasília (DF); 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº466/12. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, 2012.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Boletim Epidemiológico Sífilis 2015. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2015

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). Increase in Incidence of Congenital Syphilis — United States, 2012–2014. **Morb Mortal Wkly Rep.**;64:1241–5, 2015.

COSTA, C. C. Conhecimento, atitude e prática dos enfermeiros acerca do controle da sífilis na gestação. 2012. 102 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Fortaleza, 2012.

COSTA, C.O. et al. HIV/AIDS e sífilis entre gestantes adolescentes e adultas jovens: fatores de exposição e risco dos atendimentos de um programa de DST/HIV/AIDS na rede pública de saúde/SUS, Bahia, Brasil. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 35, p. 179, 2011.

DA COSTA, C. C, FREITAS, L. V, SOUSA, D. M.N, DE 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. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, 47(1), 152-159, 2013.

DA CRUZ, D. E.; JARDIM, D. P. Adolescência e Papanicolau: conhecimento e prática. **Adolescência e Saude**, v. 10, n. 1, p. 34-42, 2013.

DAMASCENO, Alessandra BA et al. Sífilis na gravidez. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, v. 13, n. 3, 2014.

DINIZ, S. Materno-Infantilism, Feminism and Maternal health Policy In Brazil. **Reprod. Health Matters**, V.20, P.125 – 132, 2012

DOMINGUES, R.M. S. M. et al. Prevalência de sífilis na gestação e testagem pré-natal: Estudo Nascer no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, n. 5, p. 766-774, 2014.

FERNANDES, J.V.; RODRIGUES, S.H.L.; COSTA, Y.G.A.S.; SILVA, L.C.M.; BRITO, A.M.L.; AZEVEDO, P.R.M.; FERNANDES, T.A.A.M. . Conhecimentos, atitudes e prática do exame de Papanicolau por mulheres, Nordeste do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v.43, n. 5, p. 851-858, 2009.

FRANÇA, I. S. X. et al. Fatores associados à notificação da sífilis congênita: um indicador de qualidade da assistência pré-natal. *Rev Rene*. 2015 maio-jun; 16(3):374-81

GASPAR, J. et al. Fatores sociodemográficos e clínicos de mulheres com papilomavírus humano e sua associação com o vírus da imunodeficiência humana. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 23, n. 1, p. 74-81, 2015.

GOMES, B.R..F. et al. Grau de conhecimento, atitudes e práticas de puérperas sobre a infecção por HIV e sua prevenção. **Acta paul. enferm.[internet]**, p. 133-137, 2014.

JORGE, M. et al. Características das gestações de adolescentes internadas em maternidades do estado de São Paulo, 2011. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 23, n. 2, p. 305-315, 2014.

KALIYAPERUMAL K. Guideline for conducting a knowledge, attitude and practice (KAP) study. **AECS Illumination**, v.4, n.1, p.7- 9, 2004.

KASSADA, D. S. et al. Prevalência do uso de drogas de abuso por gestantes. **Acta Paul Enferm**, v. 26, n. 5, p. 467-71, 2013.

LEITE, K. N. S.; SILVA, F. M. C. D.; ZACCARA, A. A. L.; OLIVEIRA, S. H. D. S.; COSTA, T. F. D.; ANDRADE, S. S. D. C. **Agentes microbiológicos de vulvovaginites identificados pelo Papanicolau**. 2014.

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. **Ciênc Saúde Coletiva**. 2013; 18(2):499-506.

LUCIANO, M.P.; SILVA, E.F.D.A. F.H, Orientations Of Nursing In The High Risk Gestation: The Pregnant Perceptions, **Rev enferm UFPE**, jul.;5(5):1261-266, 2011.

MAGALHÃES, M. L. C. et al. Gestação na adolescência precoce e tardia: há diferença nos riscos obstétricos. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 28, n. 8, p. 446-52, 2006.

MENDES, I. C. Fatores associados à ocorrência de sífilis congênita : um estudo caso-controle. 2016. 111 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2016

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

MINNES, S.; LANG, A.; SINGER, L. Prenatal Tobacco, Marijuana, Stimulant, and opiate exposure: outcomes and practice implications. **Addict Sci Clin Pract**, v.6, n.1, p.57-70, 2011

MOURA, Laís Norberta Bezerra; GOMES, Keila Rejane Oliveira. Planejamento familiar: uso dos serviços de saúde por jovens com experiência de gravidez. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 3, 2014.

MOURA, J. J, SILVEIRA, R. S. Prevalência da sífilis congênita em recém-nascidos no estado de sergipe Aracaju. 2015.

NONATO, S. M.; MELO, A. P. S.; GUIMARÃES, M. D. C. Sífilis na gestação e fatores associados à sífilis congênita em Belo Horizonte-MG, 2010-2013. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, 24(4):681-694, out-dez 2015.

OLIVEIRA, S.H.S.; ABREU, M.S.N.; BARROSO, M.G.T.; VIEIRA, N.F.C. Crenças de adolescentes portugueses sobre o uso do preservativo. **Rev Eletrônica Enferm**. 2009;11(4):912-22

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Diagnóstico laboratorial de doenças sexualmente transmissíveis, incluindo o vírus da imunodeficiência humana. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

ORGANIZACIÓN PAN-AMERICANA DE LA SALUD. Análisis de la situación al año 2010: eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la sífilis

congénita en la Región de las Américas [Internet]. Washington, D.C.: Organización Pan-Americana de la Salud; 2012

PADILHA, A.P. et al. O conhecimento de adolescentes sobre doenças sexualmente transmissíveis. **Gestão e Saúde**, Brasília, DF. Brasil, p. Pag. 2249-2260, mai. 2015. ISSN 1982-4785. Disponível em: <<http://gestaoesaude.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/view/1055>>. Acesso em: 08 Dez. 2016. doi:10.18673/

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. 2014 update: elimination of mother-to-child transmission of HIV and syphilis in the Americas. Washington, DC: **Unit of HIV, Hepatitis, Tuberculosis, and Sexually Transmitted Diseases**; 2014. Disponível em: [http://www.unicef.org/lac/Elimination\\_MTCT\\_in\\_the\\_Americas\\_2014\\_ENG.pdf](http://www.unicef.org/lac/Elimination_MTCT_in_the_Americas_2014_ENG.pdf).

PEDROSA M. Atenção integral á saúde da mulher: desafios para implementação na prática assistencial. **Rev Bras Med Fam Com**. 2005 July [cited 2013 Feb 15];1(3):72-80.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. Using research in evidence-based nursing practice. In: POLIT, D. F.; BECK, C. T. (Ed.). *Essentials of nursing research: methods, appraisal and utilization*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2011. p. 457-494.

REIS, R.K.; SANTOS, C.B.; DANTAS, R.A.S.; GIR, E. Qualidade de vida, aspectos sociodemográficos e de sexualidade de pessoas vivendo com HIV/ AIDS. **Texto contexto- enferm**, v.20, n.3, p. 565-575, 2011.

RODRIGUES, A. H. et al. Obstetrical profile of pregnant women treated at a public hospital in the state of Ceará, Brazil/Perfil obstétrico de parturientes atendidas em um hospital público do interior do estado do Ceará, Brasil/Obstétrica perfil de las mujeres embarazadas.. **Revista de Enfermagem da UFPI**, v. 4, n. 4, p. 29-34, 2015.

ROMAN, E.P.; RIBEIRO, R.R.; GUERRA, G.J.; BARROS, A.A.F. Antropometria, maturação sexual e idade da menarca de acordo com o nível socioeconômico de meninas escolares de Cascavel (PR). **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v.55, n.3, p.317-321, 2009.

SANTOS, G. C., BORGES-PALUCH, L. R., CERQUEIRA, T. P. D. S., PASSOS, N. C. R. Prevalência e fatores associados à sífilis em gestantes atendidas pelo SUS em município da Bahia. **Revista Baiana de Saúde Pública**, 39(3), 529, 2015.

SARACENI V, VELLOZO V, LEAL MC, HARTZ ZMA. Estudo de confiabilidade do SINAN a partir das Campanhas para a Eliminação da Sífilis Congênita no Município do Rio de Janeiro. **Rev Bras Epidemiol** [Internet].Dec;8(4):419-24, 2005.

SARACENI V., GUIMARÃES, M.H.F.S, THEME FILHA, M.M., LEAL, M.C. Mortalidade perinatal por sífilis congênita: indicador da qualidade da atenção à mulher e à criança. **Cad Saúde Pública**. 21(4):1244-50, 2005.

SEGATTO, M. J, DE LIMA, S. B. S., KESSLER, M., EBERHARDT, T. D, SOARES, R. S.A, & Silveira, L. B. T. D. Evaluation of prenatal care in a Brazil's South city/Avaliação da assistência pré-natal em município do Sul do Brasil/Evaluación de la

asistencia pre-natal en el municipio del Sur del Brasil. **Revista de Enfermagem da UFPI**, 4(2), 4-10, 2015.

SILVA, A. A. Avaliação da atuação do enfermeiro na prevenção de DST/AIDS no Programa Saúde na Escola [manuscrito]. Diss. Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem. Departamento de Enfermagem, 2013.

SILVA, M. R.B. et al. Por que elas não usam? um estudo sobre a não adesão das adolescentes aos métodos contraceptivos e suas repercussões. **Saúde em Redes**, v. 1, n. 4, p. 75-83, 2016.

SOUSA, L.B. et al. Conhecimento, atitudes e prática de mulheres acerca do uso do preservativo. **Ver. Enf. URJ**. Rio de Janeiro, v.19, n.1, p. 147-52, jan./mar. 2011

THOME,O.; MAYAUD, P.; ADU-SARKODIE, Y. OPOKU, B. K.; LITHUR, N. O.; SICKLE, E. MORETLWE, S. D.; WAMBURA, M.; CHANGALUCHA, J.; THEOBALDS, S. Using research to influence sexual and reproductive health practice an implementation in sub. Saharan Africa: a case study analys. **Health res. Policy syst**. V9, n1, p.1-12jun. 2011.

VALIM, E. M. A. et al. Utilização de preservativo masculino entre adolescentes de escolas públicas na cidade de Uberaba (MG), Brasil: conhecimentos e atitudes. **Cad. saúde colet.,(Rio J.)**, v. 23, n. 1, p. 44-49, 2015.

VIEIRA, E. L. et al. Uso e conhecimento sobre métodos contraceptivos de estudantes da rede de ensino pública e privada do município de Bacabal-MA. **Revista Científica do ITPAC**, v. 9, p. 87-107, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Methods for surveillance and monitoring of congenital syphilis e elimination within existing systems [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2011



**APÊNDICE A - INSTRUMENTO PARA IDENTIFICAÇÃO DO  
CONHECIMENTO, ATITUDE E PRÁTICA SOBRE A PREVENÇÃO DE  
SÍFILIS CONGÊNITA**

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

<b>1 Idade:</b> _____	1
<b>2 Procedência:</b> _____	2
<b>3 Escolaridade</b> (anos de estudo): _____	3
<b>4 Renda familiar (valor absoluto):</b> _____	4
<b>5 Ocupação atual:</b> _____	5
<b>6 Estado civil:</b> 1. ( ) Solteira 2. ( ) Casada 3. ( ) União estável 4. ( ) Viúva 5. ( ) Divorciada	6
<b>7 Você se considera:</b> 1. ( ) Branca 2. ( ) Negra 3. ( ) Parda/Morena/Mulata 4. ( ) Outra. Qual: _____	7
<b>8 Religião:</b> 1. ( ) católica 2. ( ) espírita 3. ( ) evangélica 4. ( ) testemunho de Jeová 5. ( ) protestante 6. ( ) outra: _____ 7. ( ) Agnóstica	8
<b>9 Menarca:</b> _____	9
<b>10 Sexarca:</b> _____	10
<b>11 Tipo de parceria sexual:</b> 1. ( ) Estável 2. ( ) Instável	11
<b>12 N° de parceiros nos últimos 3 meses:</b> _____	12
<b>13 Comportamento sexual:</b> 1. ( ) Heterossexual 2. ( ) Homossexual 3. ( ) Bissexual	13
<b>14 Acompanhamento ginecológico:</b> 1. ( ) Sim 2. ( ) Não	14
<b>15 Periodicidade:</b> _____	15
<b>16 Data da última consulta:</b> ___/___/___	16
<b>17 G:</b> ___ <b>19 P:</b> ___ <b>20 A:</b> ___	17
<b>18 N° de filhos vivos:</b> _____	18
<b>19 N° de partos cesáreos:</b> _____	19
<b>20 N° de partos normal:</b> _____	20
<b>21 Utilizava qual método contraceptivo?</b>	21

1.( )Camisinha 2.( )ATCO 3.( )ATC injetável 4.( ) Coito interrompido 5.( ) tabelinha 6.( ) Temperatura basal 7.( )Billings 8.( ) outro:_____	22
<b>22 História de tabagismo:</b> 1. ( )sim 2. ( )Não	23
<b>23 História de etilismo:</b> 1. ( )Sim 2.( ) Não	24
<b>24 Usou/Usa algum tipo de droga?</b> 1. ( ) cocaína 2. ( ) crack 3. ( ) ecstasy 4. ( ) mesclado 5. ( ) maconha 6. ( ) outras:_____ 8.( ) não	25
<b>25 Possui tatuagens?</b> 1. ( )Sim 2. ( ) Não	26
<b>26 Possui piercings?</b> 1. ( )Sim 2. ( ) Não	27
	28
	29

### Conhecimento, Atitude e Prática para Prevenção da Sífilis Congênita

<b>Conhecimento:</b>	30
<b>27 Já ouviu falar sobre sífilis:</b> 1.( ) SIM 2. ( )NÃO	
<b>28.1 Já ouviu falar sobre sífilis congênita?</b> 1. ( )SIM 2.( ) NÃO	
<b>29. Se sim, qual foi a fonte utilizada:</b> 1. ( ) jornais/revistas/ sites/internet/ televisão/rádio 2. ( ) profissional da saúde 3. ( ) familiares/amigos 4( ) Outros: _____ 5. ( ) não sei	31
<b>30 Quais as formas de transmissão da sífilis:</b> 1. ( ) compartilhar agulhas contaminadas 2. ( ) Transmissão vertical 3. ( ) Sexo vaginal/ oral/ anal sem preservativo 8. ( ) Outras: _____ 9. ( ) não sei	32
<b>31 Em que momento pode ocorrer a transmissão vertical (de mãe para filho) da sífilis:</b> 1. ( )Durante a gravidez 2. ( ) No parto 3. ( ) Na amamentação	33

<p>8. ( ) Outras: _____ 9. ( ) não sei</p> <p><b>32 Como se prevenir contra sífilis:</b></p> <p>1. ( ) relação com único parceiro 2. ( ) uso de preservativo 3. ( ) abstinência sexual</p> <p>3. ( ) uso de anticoncepcional oral 4. ( ) prevenção ginecológica</p> <p>8. ( ) Outras: _____ 9. ( ) não sei</p> <p><b>33 Como prevenir a transmissão da sífilis para os recém-nascidos:</b></p> <p>1. ( ) realizando teste diagnóstico precocemente 2. ( ) tratamento da gestante 3. ( ) tratamento/recém-nascido 4. ( ) Outras: _____ 5. ( ) não sei</p>	34
<p><b>Conhecimento: ( ) Adequado ( ) Inadequado</b></p>	
<p><b>Atitude:</b></p> <p><b>34 É importante que a gestante realize o pré-natal?</b></p> <p>1. ( ) É sempre necessário 2. ( ) É pouco necessário 3. ( ) É desnecessário 4. ( ) Não tem opinião</p> <p><b>35 Qual a necessidade da gestante realizar o teste para detecção da sífilis?</b></p> <p>1. ( ) É sempre necessário 2. ( ) É pouco necessário 3. ( ) É desnecessário 4. ( ) Não tem opinião</p> <p><b>36 Caso a gestante esteja infectada pela sífilis, qual a necessidade do marido realizar o teste VDRL ou teste rápido?</b></p> <p>1. ( ) É sempre necessário 2. ( ) É pouco necessário 3. ( ) É desnecessário 4. ( ) Não tem opinião</p> <p><b>37 Retornar para a consulta para mostrar os exames de pré-natal ao profissional da saúde é importante?</b></p> <p>1. ( ) É sempre necessário 2. ( ) É pouco necessário 3. ( ) É desnecessário 4. ( ) Não tem opinião</p> <p><b>38 Quando a mulher é infectada pela sífilis, qual a necessidade de se ter acompanhamento médico?</b></p> <p>1. ( ) É sempre necessário 2. ( ) É pouco necessário 3. ( ) É desnecessário 4. ( ) Não tem opinião</p>	35 36 37 38 39
<p><b>39 Caso o parceiro seja infectado pela sífilis, qual a necessidade de se utilizar camisinha nas relações sexuais?</b></p> <p>1. ( ) É sempre necessário 2. ( ) É pouco necessário 3. ( ) É desnecessário 4. ( ) Não tem opinião</p>	40
<p><b>Atitude: ( ) Adequada ( ) Inadequada</b></p>	

<p><b>Prática:</b></p> <p><b>40 Já foi diagnosticada com alguma IST?</b></p> <p>1. ( ) sim e fui tratada 2. ( ) sim e não fui tratada 3. ( ) nunca tive 4. ( ) não sei</p>	42
<p><b>41 Você já realizou o teste para detecção da sífilis durante a gestação?</b></p> <p>1. ( ) 1º trim PN 2. ( ) 2º trim PN 3. ( ) 3º trim PN 4. ( ) 1º e 3º trim PN 5. ( ) 1º e 2º trim PN 6. ( ) 2º e 3º trim PN 7. ( ) não realizei</p>	43
<p><b>42 Uso de preservativos:</b></p> <p>1. ( ) em todas as relações 2. ( ) as vezes 3. ( ) não utilizam por questões religiosas 4. ( ) não utiliza por não gostar 5. ( ) não utiliza porque o cônjuge não gosta 6. ( ) não utiliza porque não oferecem prazer 7. ( ) não utiliza porque só tem 1 parceiro 8. ( ) não utiliza porque usava ATC 9. ( ) outro: _____</p>	44
<p><b>43 Uso de preservativos durante a gravidez:</b></p> <p>1. ( ) em todas as relações 2. ( ) as vezes 3. ( ) não utilizam por questões religiosas 4. ( ) não utiliza por não gostar 5. ( ) não utiliza porque o cônjuge não gosta 6. ( ) não utilizam porque não oferecem prazer 7. ( ) não utilizam porque na gravidez não transmite o HIV 8. ( ) não utiliza porque não usava antes 9. ( ) não utiliza porque só tem 1 parceiro 10. ( ) outro: _____</p>	45
<p><b>44 E o momento do uso do preservativo masculino, caso o utilize, qual afirmação você pratica?</b></p> <p>1. ( ) O utilizo sempre do início ao fim de todas as práticas sexuais que realizo. 2. ( ) Não o utilizo sempre do início ao fim de todas as práticas sexuais que realizo.</p>	46
<p><b>Prática: ( ) Adequada ( ) Inadequada</b></p>	

**APÊNDICE B TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO  
(PARA RESPONSÁVEL)**

Prezada senhor (a),

Estou convidando o senhor (a) a autorizar um estudo que está sob minha responsabilidade. Nesse estudo pretendo identificar o conhecimento, atitude e prática sobre a prevenção da sífilis congênita. As participantes serão gestantes adolescentes que estejam realizando pré-natal no ambulatório da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC). Pretendemos com esta pesquisa contribuir para a prestação de uma assistência de Enfermagem mais qualificada as gestantes no que tange a prevenção da sífilis congênita.

Caso o senhor (a) concorde em autorizar o estudo, realizarei uma série de questionamento com o intuito de verificar o conhecimento, atitude e prática sobre a prevenção de sífilis congênita da adolescente na qual o senhor (a) seja responsável. A participação é livre e devem demorar uns 15 minutos.

Dou-lhe a garantia de que as informações obtidas serão utilizadas apenas para a realização deste estudo. A adolescente 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 ao senhor (a). O senhor (a) 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 (o responsável pela adolescente).

Em caso de dúvidas e/ou desistência da entrevista, pode-se entrar em contato com o Comitê de Ética da MEAC por meio do telefone (85) 3366-8590. Caso precise entrar em contato comigo, informo-lhe meu nome e endereço:

Caroline Ribeiro de Sousa

Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará

Rua Alexandre Baraúna, 1115. Fone: (85) 3366-8448

E-mail: carolineribeiro7@hotmail.com

**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 2016.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador

\_\_\_\_\_  
Testemunha

\_\_\_\_\_  
Assinatura de quem coletou os dados

## **APÊNDICE C TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PARA PÚBLICO-ALVO)**

Você está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa “Conhecimento, Atitude e Prática de Adolescentes Gestantes acerca da prevenção de Sífilis Congênita. Nesta pesquisa pretendemos analisar o conhecimento, atitude e prática quanto à prevenção da transmissão de sífilis congênita entre gestantes adolescentes e jovens adultas de uma unidade de atenção primária em Fortaleza – CE. O motivo que nos leva a estudar esse assunto é o fato de que a sífilis adquirida ainda ser um problema de saúde pública, permanecendo com taxas de prevalência e infecção alta principalmente durante a gestação, aumentando a chance de recém-nascidos com sífilis congênita. Além disso, a partir de estudos foi possível identificar que o número de adolescentes com infecções sexualmente transmissíveis tem aumentando. Dessa forma, torna-se importantes estudos como esse.

Para esta pesquisa, realizarei uma série de questionamento com o intuito de verificar o conhecimento, atitude e prática sobre a prevenção de sífilis congênita da adolescente. A participação é livre e devem demorar uns 15 minutos.

Dou-lhe a garantia de que as informações obtidas serão utilizadas apenas para a realização deste estudo. 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 senhora poderá fazer qualquer pergunta durante a leitura desse termo. Para participar desta pesquisa, o responsável por você deverá autorizar e assinar um termo de consentimento.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será impresso em duas vias, sendo que uma ficará comigo (pesquisador) e a outra, com você (o responsável pela adolescente). Em caso de dúvidas e/ou desistência da entrevista, pode-se entrar em contato com o Comitê de Ética de UFC por meio do telefone (85) 3366-8344. Caso precise entrar em contato comigo, informo-lhe meu nome e endereço:

Caroline Ribeiro de Sousa  
Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará  
Rua Alexandre Baraúna, 1115. Fone: (85) 3366-8448  
E-mail: carolineribeiro7@hotmail.com

### ASSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIMENTO

Eu, \_\_\_\_\_ RG  
n° \_\_\_\_\_, declaro que tomei conhecimento do estudo citado acima,  
compreendi seus objetivos e concordo em participar da pesquisa.

Fortaleza, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2016.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador

## ANEXOS

**EBSERH**



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES  
MATERNIDADE ESCOLA ASSIS CHATEAUBRIAND  
GERÊNCIA DE ATENÇÃO À SAÚDE - GAS

**MEAC**  
INSTITUTO DE PESQUISA E DESENVOLVIMENTO

### CARTA DE ANUÊNCIA

Autorizamos a realização da pesquisa intitulada “**Conhecimento, Atitude e Práticas de Adolescentes Gestantes sobre Sífilis Congênita**” a ser realizada na Maternidade Escola Assis Chateaubriand pelos(as) Pesquisadores(as) **Caroline Ribeiro de Sousa e Régia Christina Moura Barbosa Castro**.

Fortaleza, 22 de junho de 2016.

**Prof. Carlos Augusto Alencar Júnior**  
Gerente de Atenção à Saúde da MEAC/UFC




UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ  
MATERNIDADE ESCOLA ASSIS CHATEAUBRIAND – MEAC

Fortaleza, 22/06/2016

Do: NESAR

À Coordenação do Ambulatório Adolescente - MEAC/UFC/EBSERH

Encaminhamos a pesquisa intitulada “**Conhecimento, Atitude e Práticas de Adolescentes Gestantes sobre Sífilis Congênita**”, do(a) PESQUISADOR(AS): **Caroline Ribeiro de Sousa**, do(a) ORIENTADOR(A): **Régia Christina Moura Barbosa Castro** para a sua análise e parecer sobre execução nesse serviço.




\_\_\_\_\_  
Dra. Sílvia Bomfim Hyppólito  
Coordenadora do NESAR/MEAC/UFC

TERMO DE CIÊNCIA

Aprovado para execução

Fortaleza, 27 / 6 / 2016 .



\_\_\_\_\_  
Assinatura e Carimbo

Prof.ª Dra. Zenilda Vieira Bruno  
Chefe da Divisão Médica  
MEAC/UFC/EBSERH





## FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

1. Projeto de Pesquisa:  
CONHECIMENTO, ATITUDE E PRÁTICA DE ADOLESCENTES GESTANTES SOBRE SÍFILIS CONGÊNITA

2. Número de Participantes da Pesquisa: 200

3. Área Temática:

4. Área do Conhecimento:  
Grande Área 4, Ciências da Saúde

**PESQUISADOR RESPONSÁVEL**

5. Nome:  
Regia Christina Moura Barbosa

6. CPF:  
613.983.953-68

7. Endereço (Rua, n.º):  
AGUANAMBI 2/1210 FATIMA 302 FORTALEZA CEARA 60055402

8. Nacionalidade:  
BRASILEIRO

9. Telefone:  
(85) 3254-3897

10. Outro Telefone:

11. Email:  
regiabarbosa@hotmail.com

Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumpro os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.

Data: 14 / 06 / 2016

Regia Christina M. Barbosa  
Assinatura

**INSTITUIÇÃO PROPONENTE**

12. Nome:  
Maternidade Escola Assis Chateaubriand /  
MEAC/ UFC

13. CNPJ:  
07.206.048/0001-08

14. Unidade/Órgão:

15. Telefone:  
(85) 4009-8523

16. Outro Telefone:

Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumpro os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.

Responsável: PROF. DR. EDUARDO MONTENEGRO JR.  
GERENTE DE ENSINO E PESQUISA  
HOSPITALS UNIVERSITÁRIOS - UFC

CPF: 358.653.263-68

Cargo/Função: \_\_\_\_\_

Data: 06 / 07 / 2016

Eduar Montenegro Jr.  
Assinatura

**PATROCINADOR PRINCIPAL**

Não se aplica.

## DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA

Nós pesquisadores do projeto intitulado **Conhecimento, Atitude e Prática de adolescentes gestantes sobre sífilis congênita**, que tem como objetivo **analisar o conhecimento, atitude e prática quanto à prevenção da transmissão de sífilis congênita em gestantes adolescentes**, estamos cientes do encaminhamento do projeto ao Comitê de Ética em pesquisa da MEAC/UFC.

Fortaleza, 20 de junho de 2016.



Régia Christina Moura Barbosa Castro



Caroline Ribeiro de Sousa

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** CONHECIMENTO, ATITUDE E PRÁTICA DE ADOLESCENTES GESTANTES SOBRE SÍFILIS CONGÊNITA

**Pesquisador:** Régia Christina Moura Barbosa

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 57668216.0.0000.5050

**Instituição Proponente:** Maternidade Escola Assis Chateaubriand / MEAC/ UFC

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 1.646.393

**Apresentação do Projeto:**

CONHECIMENTO, ATITUDE E PRÁTICA DE ADOLESCENTES GESTANTES SOBRE SÍFILIS CONGÊNITA

O estudo será descritivo de corte transversal e de abordagem quantitativa.

N = 200.

O estudo será

realizado no Ambulatório de Pré-Natal de adolescentes gestantes da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC).

Serão incluídas no estudo gestantes adolescentes em acompanhamento do PN na MEAC e sem a sífilis adquirida.

A coleta de dados será realizada no período de agosto a outubro de 2016 pela aplicação do Inquérito CAP(Conhecimento, atitude e prática).

**Objetivo da Pesquisa:**

Analisar o conhecimento, atitude e prática quanto à prevenção da transmissão de sífilis congênita em gestantes adolescentes, por meio da aplicação do critério CAP com gestantes adolescentes de

Endereço: Rua Cel Nunes de Melo, s/n

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-270

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8569

Fax: (85)3366-8528

E-mail: cepmeac@gmail.com

Continuação do Parecer: 1.648.393

uma maternidade escola, referência para o estado do

Ceará

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

Os riscos serão mínimos, dentre eles o recordatório de fatores que possam estar relacionados a exposição da gestante à doença.

**Benefícios:**

Ao avaliar o conhecimento, atitude e prática dessas gestantes, o profissional de saúde poderá intervir nas principais lacunas que possam estar relacionadas a não prevenção da infecção por sífilis congênita.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Projeto bem estruturado.

Necessidade de ambiente reservado para a aplicação do inquérito CAP, prevenindo exposição da adolescente.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

TERMOS OK, COMPLETOS.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

APROVADO

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O colegiado aprova o parecer do relator.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_742180.pdf	08/07/2016 13:44:15		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projctocomitecarol.pdf	08/07/2016 13:43:41	Régia Christina Moura Barbosa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tclerespcarol.pdf	08/07/2016 13:43:12	Régia Christina Moura Barbosa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	tclecarol.pdf	08/07/2016 13:42:56	Régia Christina Moura Barbosa	Aceito

Endereço: Rua Cel Nunes de Melo, s/n

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-270

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8569

Fax: (85)3366-8528

E-mail: cepmeac@gmail.com

MATERNIDADE ESCOLA ASSIS  
CHATEAUBRIAND/ MEAC/ UFC



Continuação do Parecer: 1.646.393

Justificativa de Ausência	tclecarol.pdf	08/07/2016 13:42:56	Régia Christina Moura Barbosa	Aceito
Outros	cartadeanuenciacarol.pdf	08/07/2016 13:42:36	Régia Christina Moura Barbosa	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracaodeconcordanciacarol.pdf	08/07/2016 13:42:15	Régia Christina Moura Barbosa	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	concordanciadosetorcarol.pdf	08/07/2016 13:41:47	Régia Christina Moura Barbosa	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostocarol.pdf	08/07/2016 13:41:24	Régia Christina Moura Barbosa	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

FORTALEZA, 21 de Julho de 2016

---

**Assinado por:**  
**Maria Sidneuma Melo Ventura**  
**(Coordenador)**

Endereço: Rua Cel Nunes de Melo, s/n

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-270

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8569

Fax: (85)3366-8528

E-mail: cepmeac@gmail.com